

Kumulative Dissertation
zur Erlangung des Grads einer Doktorin der Philosophie
in der Erziehungswissenschaft

**Kooperation an der Schnittstelle von
Kinder- und Jugendhilfe und
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Studien zur Wahrnehmung von Fachkräften**

eingereicht von
Astrid Jörns-Presentati
geboren am 07.10.1979 in Köln

Erstbetreuer: Prof. Dr. Joachim Schroeder
Fachbereich Erziehungswissenschaft
Universität Hamburg
Zweitbetreuer: Prof. Dr. Gunter Groen
Department Soziale Arbeit
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Abgabe: 12. April 2024

Datum der Disputation: 20. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
Abstract	7
1 Einleitung	8
1.1 Begründungszusammenhänge der Kooperation	9
1.2 Ziel der Dissertation und Gliederung	13
2 Theoretischer und empirischer Rahmen	15
2.1 Interprofessionelle Kooperation: Begriff und Bedeutung	15
2.2 Das Categorization-Elaboration Model	16
2.3 Die Theorie der sozialen Repräsentationen	21
2.4 Theoretische Grundlagen des Fragebogens PINCOM-Q	24
2.5 Theoretische Grundlagen des Fragebogens PICOCC	26
3 Methodischer Zugang	31
3.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung	34
3.2 Messinstrumente	35
3.3 Datenauswertung	35
4 Publikationen	36
4.1 Publikation 1	36
4.2 Publikation 2	37
4.3 Publikation 3	38
5 Zentrale Ergebnisse	39
5.1 Validierung der Instrumente	39
5.2 Inhaltliche Ergebnisse.....	43
6 Diskussion	44
6.1 Interpretation der Faktoren des PINCOM-Q (G) und des PICOCC	45
6.2 Limitationen und Ausblick	54
6.3 Fazit	55
Literatur	58
Eidesstattliche Erklärung	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Categorization-Elaboration Model.....	19
Abbildung 2: Perception of Interprofessional Collaboration Model – PINCOM.....	25
Abbildung 3: Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care.....	29
Abbildung 4: Das Verlaufsmodell des PICOCC	30
Abbildung 5: Forschungsstränge der Evaluation des Projektes „Grenzgänger“	31
Abbildung 6: Mixed-Methods-Forschungsdesign im Projekt Grenzgänger und die RESME-Vorstudie	32
Abbildung 7: Bewertung der Interprofessionellen Kooperation (PINCOM-Q, N = 201)	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Stichprobenverteilung	34
Tabelle 2: Der Fragebogen PINCOM-Q (G)	41
Tabelle 3: Konzepte und Items des PICOCC	42

Abkürzungsverzeichnis

ACE	adverse childhood experiences
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
Bt-Drs.	Bundestags-Drucksache
CEM	Categorization-Elaboration Model (CEM)
CFA	konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA)
EFA	explorative Faktorenanalyse (EFA)
IJIC	International Journal of Integrated Care (IJIC)
KJH	Kinder und Jugendhilfe
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
PICOCC	Perceptions of Interprofessional Collaboration Scale for Children with Multiple and Complex Needs
PINCOM	Perception of Interprofessional Collaboration Model
PINCOM-Q (G)	Perceptions of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (German)
RESME	On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

Zusammenfassung

Interprofessionelle Kooperation wird von Fachkräften häufig als eine bereichernde und wirksame Arbeitsform wahrgenommen, die neben einer besseren Versorgung von Klient:innen mit einem geschärften Bewusstsein für die eigenen professionsspezifischen Kompetenzen und mehr gegenseitigem Verständnis unter den Berufsgruppen einhergeht. Aushandlungen und Absprachen mit anderen Professionen können jedoch auch ein gesteigertes Arbeitsvolumen, eine Einbuße an professioneller Autonomie, und Konflikte mit sich bringen und mit einer höheren Arbeitsbelastung, ineffektiveren Arbeitsprozessen und Fehlern verbunden sein. Vor diesem Hintergrund ist Kooperation kein Patentrezept, sondern ein komplexer Prozess, der Spannungen erzeugen, scheitern und Unsicherheiten für die Beteiligten umfassen kann. Die vorliegende Dissertation bietet einen sozialpsychologischen Erklärungsansatz dafür, dass Kooperation für Fachkräfte sowohl Entlastung als auch Belastung bedeuten kann. Den Kern der Arbeit bilden drei Publikationen zu empirischen Studien des spezifischen Kooperationsverhältnisses zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus. In zwei Veröffentlichungen werden Messinstrumente einer psychometrischen Güteüberprüfung unterzogen und die Dimensionen der Kooperationsqualität geschärft. Die deutsche Version des PINCOM-Q (German) erhebt die Wahrnehmung von Fachkräften in Bezug auf die allgemeine Prozessqualität der Kooperation an der Schnittstelle dieser Systeme. Der zweite Fragebogen wurde eigens im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt und misst, wie Fachkräfte die Zusammenarbeit in der Versorgung von komplex psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen mit umfangreichem Jugendhilfebedarf wahrnehmen. Die dritte Publikation präsentiert Ergebnisse einer Fragebogenerhebung unter Fachkräften in Jugendämtern, in der Heimerziehung und in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Die Ergebnisse zeigen, dass beide Skalen Differenzen in der Wahrnehmung sowohl auf der Ebene der Berufsrolle als auch der organisationalen Zugehörigkeit sichtbar machen können. Es werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie die Messinstrumente in Forschung und Praxis eingesetzt werden können, um das Potenzial von Kooperation in diesem Feld besser auszuschöpfen.

Abstract

Interprofessional collaboration is often perceived by professionals as an enriching and effective practice that improves the quality of care and goes hand in hand with a heightened self-awareness regarding their own professional competencies and greater mutual understanding between professional groups. However, negotiations and agreements with other professions can also imply an increased workload, a loss of professional autonomy, and conflicts that can lead to additional work-related stress, ineffective ways of working, and errors. In this respect, interprofessional collaboration is not a panacea, but a complex process that can create tensions, fail, and be bound with uncertainties for those involved. With reference to social psychology, this dissertation offers a framework as to why interprofessional collaboration can be both a relief and a burden for professionals. Three empirical studies on the specific collaborative partnership between the child welfare and child mental health system form the core of this thesis. Two publications deal with the psychometric assessment of two instruments. The German version of the PINCOM-Q (G) is designed to measure the perception of the general process quality of interprofessional collaboration between both systems. The second scale was constructed as part of a larger study to evaluate a practice intervention to improve the interprofessional collaboration between child welfare and child mental health around children with multiple and complex mental health problems. The third publication presents the results of a survey with professionals in child welfare, residential care, and child and adolescent psychiatric clinics. The results show that both scales can reveal differences in perception at the level of both professional and organisational affiliation. Suggestions are made as to how the instruments can be used in research and practice to better utilise the potential of interprofessional collaboration in this field.

1 Einleitung

„Man kann auch mal nicht einer Meinung sein. Das finde ich ganz wichtig. Und dieser enge Kontakt; ich hatte mit der KJPP ja nie so einen Kontakt. Selbst im ASD nicht, wo ich wöchentlich da war, aber wo ich dann eher immer den Eindruck hatte, ich bin jetzt wieder der Erfüllungsgehilfe. Jetzt habe ich wieder einen Auftrag mitgekriegt und ich muss es jetzt wieder lösen. So war es früher bei mir: Die Ärztin hat mir gesagt, was ich jetzt zu tun habe. Und das ist in diesem Gremium nicht mehr der Fall und das finde ich sehr, sehr bereichernd.“

(Groen & Jörns-Presentati 2018, 143)

Moderne Wohlfahrtsstaaten zeichnen sich durch eine stetige Ausdifferenzierung in Bezug auf Funktion, Zuständigkeit und Wirkungsbereich unterschiedlicher Versorgungssysteme aus (Fischer & Geene, 2017, S. 7). Der demografische und soziale Wandel (Behrend et al., 2020; Sennett, 2010) erfordert spezialisierte, professionalisierte und dezentralisierte Hilfeangebote für chronisch, multimorbid erkrankte und komplex belastete Menschen (Willumsen et al. 2012, S. 1). Diese Entwicklung birgt jedoch die Gefahr einer fragmentierten Hilfelandschaft, in der hochdifferenzierte Hilfen isoliert voneinander bestehen, die sich nur durch eine geringe Lebensweltorientierung auszeichnen (van Santen & Seckinger, 2003, S. 387). Menschen, die auf mehrere Hilfesysteme angewiesen sind, drohen an den Schnittstellen dieser zersplitterten Unterstützungsumgebung durchs Netz zu fallen (Keene, 2008; Rankin & Regan, 2004; Valentine, 2016). Die systemübergreifende Abstimmung zwischen sozialen Dienstleistern des Gesundheits- und Sozialwesens gilt als ein vielversprechender Ansatz, um besser koordinierte, effektivere und ressourcenschonendere Versorgungsangebote zu schaffen und nahtlose Übergänge zu gewährleisten (Fischer & Geene, 2017; Gahleitner & Homfeldt, 2012; Sottas & Kissmann, 2015; Weimann-Sandig, 2022). Es wird die Notwendigkeit einer Kooperation unter den Berufsgruppen in der Annahme appelliert, „durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz zu erreichen“ (van Santen und Seckinger, 2003, S. 29).

In ihrer umfassenden empirischen Studie über Kooperationsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) bezeichnen van Santen und Seckinger Kooperation als „ein voraussetzungsvolles und unter bestimmten Bedingungen wirkungsvolles Verfahren, komplexe Aufgaben zu bearbeiten“ (van Santen & Seckinger, 2003, S. 424). Eine dieser Bedingungen ist die Wahrnehmung der Fachkräfte, denn ein „Kooperationszusammenhang als eigenständiges soziales Gebilde“ (Van Santen und Seckinger 2003, S. 9) wird primär in der sozialen Interaktion erzeugt. Auf der Mikroebene vermitteln Fachkräfte ihre beruflichen Grundorientierungen, verteilen Rollen und Aufgaben und verhandeln ihre „Position im Geflecht der Professionen“ (Franzheld, 2017, S. 19). Das soziale Wissen, über das Fachkräfte als Stellvertretende einer Profession und Organisation verfügen, beeinflusst die Frage, wie sie andere Berufsgruppen und die Kooperation wahrnehmen. Diese Wahrnehmungen haben wiederum Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und die Art und Weise, wie Fachkräfte die Zusammenarbeit verstehen, praktizieren und bewerten (Widmark et al., 2016a, 2016b). Es ist anzunehmen, dass es „nicht alleine die äußeren Bedingungen, sondern ebenso die interpersonellen Prozesse, Wissenshierarchien oder Kommunikationsprobleme sind, die für das (Nicht-)Gelingen von Zusammenarbeiten konstitutiv sind“ (Ritter & Groth, 2019, S. 14).

Das einleitende Zitat, in dem ein Mitarbeiter eines stationären Jugendhilfeträgers Erfahrungen in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPP) reflektiert, veranschaulicht die vorangehenden Darlegungen. Die Äußerungen stammen aus der Abschlussevaluation des Praxisforschungsprojektes *„Grenzgänger – Abgestimmter Umgang mit Kindern und Jugendlichen bei Vorliegen einer psychischen Störung sowie eines Unterstützungsbedarfs gemäß SGB VIII“*, in das die vorliegende Dissertation eingebettet ist (Groen & Jörns-Presentati 2018). Grundlegendes Anliegen des Projektes war, ein innovatives Abstimmungskonzept in der Hilfeplanung zu entwickeln und die Vernetzung zwischen KJH und der KJPP in der Region voranzutreiben. Die beschriebene Szene im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) verdeutlicht auf eindringliche Weise, wie ein subjektiv wahrgenommenes Machtdifferenzial die vordergründig demokratische Abstimmung von Hilfen überformen und eine Zuweisungspraxis legitimieren kann. Der Ärztin wird die Position einer Entscheidungsträgerin zugewiesen, die Aufträge erteilt, wohingegen der Sozialarbeiter die Position des Erfüllungsgehilfen einnimmt. Erst im Gremium, das im Kooperationsprojekt geschaffen wurde, entsteht eine Vorstellung von einer interprofessionellen Kooperation, in der es keinen „Rahmenbruch“ darstellt, eine ärztliche Position zu diskutieren oder ihr gar zu widersprechen (Goffman, 1974; Hanses & Sander, 2012, S. 18).

Die Wahrnehmung der Fachkräfte ist eine wichtige Prozessvariabel bei der Implementation und Steuerung von interprofessionellen Kooperationen (van Santen und Seckinger 2003, S. 367), die im Fokus der vorliegenden Dissertation steht. Es existieren bereits nationale und internationale qualitative Studien, die sich mit der subjektiven Wahrnehmung der Hürden und Gelingensfaktoren in der interprofessionellen Kooperation zwischen KJH und dem kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischem Gesundheitssystem befassen (Almqvist & Lassinantti, 2018; Atkinson et al., 2007; Bindt & Walter, 2017; Cooper et al., 2016; Darius & Hellwig, 2004; Darlington et al., 2005; Mack et al., 2019; McLean, 2012; Müller-Luzi & Schmid, 2017; Nützel et al., 2005; Rumping et al., 2019; Van den Steene et al., 2018; Van Dongen et al., 2020). Zu diesem Zeitpunkt gibt es jedoch noch keine deutschsprachigen, theoretisch fundierten, validierten Messinstrumente, die die Wahrnehmung der Qualität der interprofessionellen Kooperation von Fachkräften an der Schnittstelle von KJH und KJPP systematisch erheben und messen. Die vorliegende Dissertation schließt diese Lücke und leistet insofern auch einen grundlagenwissenschaftlichen methodischen Beitrag zur empirischen Kooperationsforschung. Im Folgenden wird zunächst dargelegt, warum komplexe Multiproblemlagen junger Menschen und ihrer Familien vermehrt ein systemübergreifendes Zusammenwirken von KJH und KJPP über die disziplinären Grenzen hinweg erfordert und welche besonderen Kooperationsanforderungen an die Fachkräfte in diesem Zusammenhang gestellt werden.

1.1 Begründungszusammenhänge der Kooperation

Der 13. Kinder- und Jugendbericht wies bereits im Jahr 2009 darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf auf die interprofessionelle Kooperation zwischen Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem angewiesen sind

(Hörster et al., 2013). Kinder und Jugendliche, die mit der KJH und hier insbesondere mit der Hilfe zur Erziehung (§§ 27–35 SGB VIII) in Kontakt kommen, sind im Vergleich mit der Standardbevölkerung deutlich häufiger kumulativen, psychosozialen und biologischen Risikofaktoren sowie sozialstrukturellen Einflussfaktoren ausgesetzt, von denen bekannt ist, dass sie zu psychischen Problemen beitragen. Zu diesen Risikofaktoren zählen zum Beispiel belastende Kindheitserfahrungen, die sogenannten „adverse childhood experiences“ (ACE) (Bürgin et al., 2023), die psychische Störung eines Elternteils, wiederholte Bindungs- und Beziehungsabbrüche, komplextraumatische Erfahrungen (z. B. Flucht), Entwicklungsschwierigkeiten (z. B. geistige Behinderung), sozioökonomische Benachteiligung sowie Diskriminierung und eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Gahleitner & Homfeldt, 2012; Greger et al., 2015; Tarren-Sweeney, 2008).

Während rund 17 % der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind (Klipker et al., 2018), zeigen Untersuchungen, dass etwa 50 % der Kinder und Jugendlichen, deren Familien Hilfe zur Erziehung in Anspruch nehmen, und 60 % bis 75 % der Kinder und Jugendlichen, die in Pflegefamilien oder in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe leben, die diagnostischen Kriterien (Falkai & Wittchen, 2018) für mindestens eine psychische Störung erfüllen (Bronsard et al., 2016; Jozefiak et al., 2016; Schmid et al., 2008). Die Schnittmenge zwischen den Systemen ist dementsprechend groß. In einer Erhebung von Beck (2015) hatten 38 % der in der KJPP (teil-)stationär behandelten Kinder und Jugendlichen bereits Kontakt mit der Jugendhilfe und 33 % begannen noch während oder nach Beendigung des Klinikaufenthaltes eine Jugendhilfemaßnahme. In ca. 70 % der Fälle konnte von einer Indikation für Hilfe zur Erziehung ausgegangen werden. Epidemiologische Studien belegen, dass Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe an verhältnismäßig schwerwiegenderen emotionalen und Verhaltensproblemen leiden und höhere Raten chronischer Störungen und Komorbiditäten aufweisen (Águila Otero et al., 2020; González García et al., 2016; Jozefiak et al., 2016; Schmid et al., 2008; Tarren-Sweeney, 2008). Als Folge wiederholter und andauernder Exposition gegenüber Stressoren wie schwerer Vernachlässigung und körperlicher Gewalt ist der Anteil der Posttraumatischen Belastungsstörungen für diese Gruppe ebenso erhöht (Vasileva et al., 2015; Vasileva & Petermann, 2017). In einer repräsentativen Heimstudie aus Deutschland berichteten 75 % der Kinder und Jugendlichen von mindestens einem traumatischen Erlebnis und 51 % berichteten über mehrere Formen von Traumata (Jaritz et al., 2008).

Der in der Fachliteratur verwendete Begriff „multiple and complex needs“ weist auf die Verwobenheit gesundheitlicher und sozialer Dimensionen von Lebenslagen hin und bildet sowohl die Bandbreite der Bedarfe („range of needs“) als auch den Grad der Belastung („severity of needs“) ab (Rankin & Regan, 2004, S. 4). Treten psychische Probleme in jungen Jahren auf, erhöht sich das Risiko einer wiederkehrenden, chronifizierten psychischen Erkrankung, die zu langfristigen Beeinträchtigungen in Bezug auf schulische Leistungen, Beschäftigung, zwischenmenschlichen Beziehungen und körperlicher Gesundheit führt (Kessler et al., 2007). Darüber hinaus zeigen Studien, dass ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen in der Heimerziehung straffällig wird, eine Entwicklung, die auch als „care to custody pipeline“ bezeichnet wird (Baidawi & Sheehan, 2019, S. 2). Van den Steene, van West und Glazemakers

(2019) haben für eine nähere Begriffsbestimmung multipler und komplexer Bedarfe eine zweistufige Delphi-Studie in Belgien und eine internationale Umfrage unter Expert:innen aus den Bereichen KJH, KJPP, Bildung und Jugendgerichtshilfe durchgeführt (Van den Steene, van West & Glazemakers, 2019). Als Ergebnis haben die Autorinnen eine einheitliche Definition von multiplen und komplexen Bedürfnissen bei Kindern und Jugendlichen erarbeitet, die auch der Konstruktion des PICOCC zugrunde liegt:

„Children and adolescents with profound and interacting needs in the context of issues on several life domains (family context, functioning and integration in society) as well as psychiatric problems. The extent of their needs exceeds the capacity (expertise and resources) of existing services and sequential interventions lead to discontinuous care delivery. As such, existing services do not adequately meet the needs of these youths and their families. Cross-sector, integrated and assertive care delivery is necessary for safeguarding the wellbeing, development and societal integration of these young people.“

(Van den Steene, van West & Glazemakers, 2019, S. 60)

Die Definition rekuriert auf den Umstand, dass eine kleine Gruppe¹ von Kindern und Jugendlichen mit umfangreichem Jugendhilfebedarf und komplexen psychischen Problemen die Hilfesysteme vor besondere Herausforderungen stellt. Im deutschsprachigen Raum wird die Bezeichnung „Systemsprenger“ (Baumann, 2019, S. 14) oder „Grenzgänger“ (Groen und Jörns-Presentati 2018, S. 62) oder „Hard-to-reach“ (Giertz et al. 2021, S. 17) verwendet. Baumann definiert Systemsprenger als eine „Hoch-Risiko-Klientel, welches sich in einer durch Brüche geprägten, negativen Interaktionsspirale mit dem Hilfesystem, dem Bildungssystem und der Gesellschaft befindet, und diese durch als schwierig wahrgenommene Verhaltensweisen aktiv mitgestaltet“ (Baumann, 2021, S. 71). Die Betonung liegt stets darauf, dass es sich bei dieser Bezeichnung nicht um ein individuelles Merkmal, sondern um eine wechselseitige Dynamik handelt. Im Umgang mit extrem belasteten jungen Menschen sehen sich Fachkräfte in der KJH und KJPP häufig mit fremd- und autoaggressiven, grenzüberschreitenden oder regelwidrigen Verhaltensweisen konfrontiert, die Hilflosigkeit und Abwehr bei den Helfenden provozieren können (Groen et al. 2017). Eine Studie aus der Schweiz zeigt, dass Heimmitarbeiterinnen einem höheren Risiko ausgesetzt waren, einen Suizidversuch oder einen erfolgreichen Suizid in einer Einrichtung zu erleben, als eine Fachkraft in der Akutpsychiatrie (Bürgin et al., 2020).

In der Versorgung von jungen Menschen mit multiplen und komplexen Bedarfen ergibt sich eine koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Systemen oft erst spät und kann in schwierigen Fallverläufen von einem hohen Druck und intensiver Verantwortungsdiffusion begleitet sein (Groen et al., 2023). Das Auftreten und die Schwere psychischer Probleme stehen auch im Zusammenhang mit dem Scheitern von Jugendhilfemaßnahmen, bei denen vor allem impulsives, aggressives und dissoziales Problemverhalten relevant zu sein scheint (Macsenare, 2014; Schmid et al., 2014). Der frühzeitige Abbruch von Hilfen und die Diskontinuität von Beziehungsangeboten erhöhen wiederum das Risiko, dass auch zukünftige Maßnahmen scheitern. Im 13. Kinder- und Jugendbericht werden

¹ Baumann (2020) schätzt diese Gruppe auf 5–8 % der Gesamtgruppe belasteter junger Menschen in der Jugendhilfe. In der Evaluation des Projektes „Grenzgänger“ wurde von mindestens 8 Fällen im Jahr im Kreis Pinneberg/Steinburg ausgegangen (Groen & Jörns-Presentati 2018).

explizit die negativen Folgen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch wiederholt abgebrochene Jugendhilfemaßnahmen und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen KJPP und KJH deutlich gemacht (BT-Drs. 2009, 256f.). Die komplexe Belastung ihrer Klientel bedeutet, dass insbesondere Fachkräfte in der Heimerziehung nachgewiesen einem hohen Stress ausgesetzt sind (Bürgin et al., 2020), der bis zu sekundären Traumatisierungen und letztlich zur Arbeitsunfähigkeit führen kann (Steinlin et al., 2017).

Die Relevanz, aber auch die Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen KJH und KJPP sind aus der Perspektive beider Systeme in der Literatur gut beschrieben (Fegert et al. 2008; Fegert und Schrappner 2004; Gahleitner und Homfeldt 2012, S. 11; Homfeldt und Sting 2006, S. 26). Die Systeme gelten in der interprofessionellen Kooperation als „sehr ungleiche Partner“ (Homfeldt, 2018, S. 1203) und unterscheiden sich hinsichtlich ihrer „Versorgungsstrukturen“ und „Versorgungskulturen“ (Haselmann, 2010, S. 26ff.). Strukturell bilden sozialrechtlich und finanziell unterschiedliche Zuständigkeiten in der Sozialgesetzgebung eine Hürde (Fegert et al., 2017, S. 137f.). Im Bundesgesetz ist auch berücksichtigt worden, dass die Kompetenzen beider Strukturen für ein bedarfsgerechtes Ergebnis erforderlich sind. So bedarf die Feststellung einer „seelischen Behinderung“ gemäß § 35a SGB VIII sowohl einer fachärztlichen Stellungnahme und Diagnose als auch einer sozialpädagogischen Feststellung einer hieraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigung; die Person, die die (medizinische) Stellungnahme abgegeben hat, soll gemäß § 36 Abs. 4 SGB VIII an der Hilfeplanung der KJH beteiligt werden. Die Systeme sind insofern zu einer Kooperation verpflichtet (Steger, 2011).

Historisch lässt sich rekonstruieren, dass KJH und KJPP fachlich über gemeinsame Wurzeln, z. B. in der Heilpädagogik, verfügen (Beck 2020, S. 20). Die Professionsentwicklung war jedoch von bedeutenden Abgrenzungsprozessen gekennzeichnet, die zu Unterschieden in den Menschenbildern, Grundorientierungen, Professionsverständnissen, in der Fachsprache und in den teilweise konkurrierenden Fachdiskursen geführt haben (Ader & Klein 2011; Fegert & Schrappner 2004; Gahleitner et al. 2013; Schmid et al. 2012). In der Fachliteratur ist bekannt, dass sozialpädagogische Fachkräfte häufig ein Status- und Machtgefälle wahrnehmen, insofern die Soziale Arbeit im Verhältnis zur Psychiatrie generell weniger gesellschaftliche Achtung und Akzeptanz und insbesondere nicht die Anerkennung als gleichwertige Profession erhält (u. a. Giesen & Himpel 2012, S. 36f.; Groen & Jörns-Presentati 2014, S. 158; Haselmann 2010; S. 232ff.; Müller-Luzi & Schmid 2017, S. 589; Sommerfeld et al. 2016, S. 11).

Eine eindeutige Annäherung zwischen KJH und KJPP lässt sich in den letzten Jahren an einem gemeinsamen Positionspapier der Berufs- und Fachverbände (BAG KJPP et al. 2019) sowie an der Umsetzung einer Reihe von Modellvorhaben ablesen, die sich der Entwicklung und Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Kooperation zwischen den Systemen gewidmet haben (u. a. Adam 2012; Bindt & Walter 2017; Darius & Hellwig 2004; Freese & Holz 2009; Groen & Jörns-Presentati 2014, 2018; Heinrich & Missel 2018; Mack et al. 2019; Schmid et al. 2011; Wabnitz et al. 2016). Inwieweit innovative Hilfeformen in kooperativen Arbeitsbündnissen tatsächlich zustande kommen, hängt jedoch unter den gegebenen Umständen hauptsächlich von der „Kooperationswilligkeit der Professionen und nicht zuletzt vom individuellen Engagement ab, sich auf Definitionen von Zuständigkeiten und Kosteneinteilung

zwischen den Leistungsträgern zu einigen“ (Wiesner, 2012, S. 251).

1.2 Ziel der Dissertation und Gliederung

Die Datenbasis der vorliegenden Arbeit bietet das Forschungsprojekt „Grenzgänger“, dessen wissenschaftliche Begleitung unter der Leitung von Prof. Dr. Gunter Groen und der Mitarbeit der Autorin durchgeführt und über einen Zeitraum von 28 Monaten (2015–2017) vom schleswig-holsteinischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung gefördert wurde (Groen & Jörns-Presentati 2018). Im Zentrum des Modellprojektes „Grenzgänger“ stand die Implementation einer Clearinggruppe, besetzt mit Leitungskräften der öffentlichen und freien Jugendhilfe und der zuständigen KJPP und moderiert von einem ehemaligen Jugendamtsleiter. Die Clearinggruppe dient seit der Modellprojektphase als Anlaufstelle für Fachkräfte aus den beteiligten Einrichtungen, die Fälle von komplex belasteten Kindern mit multiplem Hilfebedarf im Rahmen interprofessioneller kollegialer Beratung vorstellen möchten. Das Format kann als Beratungsangebot genutzt werden, die Mitglieder der Clearinggruppe können jedoch auch eine bindende Entscheidung im Hinblick auf die Umsetzung von Hilfen in den Einzugsgebieten treffen (Groen & Jörns-Presentati 2023, S. 283).

Im Rahmen der formativen Evaluation des Projektes „Grenzgänger“ wurde neben der formativen Evaluation der Clearinggruppe zur Erfassung der Qualität der allgemeinen interprofessionellen Kooperation der in Norwegen entwickelte standardisierte Fragebogen **Perceptions of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q)** von Ødegård (Ødegård, 2005, 2006) ins Deutsche übersetzt und verwendet. Für die Erfassung der Kooperation im Umgang mit besonders schwierigen Fallverläufen in der gemeinsamen Hilfeabstimmung wurde im Rahmen des Projektes ein eigener Fragebogen mit 13 weiteren Fragen entwickelt, die **Perceptions of Interprofessional Collaboration Scale for Children with Multiple and Complex Needs (PICOCC)**. Das übergeordnete Ziel der Dissertation ist es, die beiden Messinstrumente einem Validierungsprozess und einer Reliabilitätsprüfung zu unterziehen. Mit dem Gütekriterium Validität wird erfasst, ob die Fragebögen tatsächlich die Konstrukte erfassen, die sie zu erfassen beabsichtigen (Hartig et al., 2020, S. 530). Reliabilität bezieht sich auf die Konsistenz und Stabilität von Messungen über die Zeit hinweg und unter verschiedenen Bedingungen (Moosbrugger & Kelava 2020, S. 28).

Mit der vorliegenden Arbeit wird das Ziel verfolgt, das Konstrukt interprofessionelle Kooperation zwischen KJH und KJPP auf der im Projekt „Grenzgänger“ gesammelten Datenbasis theoretisch und statistisch genauer zu bestimmen und im Zuge dessen a) die psychometrischen Eigenschaften der beiden genutzten Skalen zu untersuchen, b) die Konstruktion des entwickelten Fragebogens theoretisch nachzuvollziehen und c) relevante Ergebnisse aus der Erhebung im Projekt zu präsentieren. Die kumulative Dissertation besteht aus drei englischsprachigen Veröffentlichungen (Kapitel 5). Die erste Publikation beschreibt eine Validierungsstudie der deutschen Version des PINCOM-Q, in der ebenfalls die Reliabilität des Instruments untersucht wird. Die zweite Publikation behandelt die Fragebogenkonstruktion sowie Untersuchungen zur Validität und internalen Konsistenz des PICOCC-Fragebogens. In der dritten Publikation werden

ausgewählte Daten aus der Fragebogenstudie im Projekt „Grenzgänger“ im Hinblick auf Differenzen in der Wahrnehmung zwischen den Fachkräften in den befragten Einrichtungen ausgewertet.

Der vorliegende Rahmentext ist wie folgt gegliedert: Kapitel 2 befasst sich mit sozialpsychologischen Perspektiven auf das Verhältnis von Profession und Kooperation und mit dem theoretischen und empirischen Hintergrund der Modelle, die den Fragebögen zugrunde liegen. In Kapitel 3 wird der methodische Zugang der Dissertation näher beleuchtet. Kapitel 4 ist den drei Veröffentlichungen gewidmet, die den Kern der kumulativen Dissertation bilden. In Kapitel 5 werden die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und in Kapitel 6 unter Bezugnahme auf die qualitativen Daten aus dem Projekt Grenzgänger und auf die theoretischen Einlassungen diskutiert (Flick et al., 2015). Die Dissertation schließt mit den Limitationen der Studien, ihren Implikationen, einem Ausblick und Fazit.

2 Theoretischer und empirischer Rahmen

Standardisierte Fragebogen ermöglichen eine systematische Erfassung unterschiedlicher Phänomene sowie vergleichende Analysen zwischen Populationen bzw. Stichproben und ihren Subgruppen sowie Vergleiche über den zeitlichen Verlauf. Im Vergleich zu qualitativen Datenerhebungsmethoden wie Interviews oder Fokusgruppen bieten Fragebögen eine effiziente Möglichkeit, Daten von einer großen Anzahl von Personen zu sammeln. Sie bieten jedoch begrenzte Möglichkeiten, komplexe oder nuancierte Meinungen angemessen zu erfassen. Es ist es daher ausschlaggebend, sicherzustellen, dass Fragebögen ein Konstrukt korrekt abbilden. Hierzu bedarf es einer gründlichen Überprüfung und Begründung der theoretischen Grundlagen des Konstrukts sowie der leitenden Annahmen in der Gestaltung von Messinstrumenten (Moosbrugger & Kelava, 2020). In Abschnitt 2.1 werden zunächst grundlegende Begrifflichkeiten geklärt. Im zweiten Schritt wird ein Modell präsentiert, das als Erklärungsansatz für die mit Kooperation assoziierten Vorteile und Herausforderungen dienen kann (Abschnitt 2.2). In Abschnitt 2.3 wird der Begriff der Wahrnehmung anhand der Theorie der Sozialen Repräsentationen näher beleuchtet. In den darauffolgenden Abschnitten werden die theoretischen Modelle vorgestellt, die den Fragebögen PINCOM-Q (Abschnitt 2.4) und PICOC (Abschnitt 2.5) zugrunde liegen.

In Kapitel 3, das sich dem methodischen Vorgehen widmet, geht es um die Frage, welchen testtheoriebasierten Untersuchungen die Fragebögen im Rahmen der Publikationen unterzogen werden.

2.1 Interprofessionelle Kooperation: Begriff und Bedeutung

Nach einem systemtheoretischen Verständnis kann Profession als eine Berufsgruppe aufgefasst werden, „die in ihrem beruflichen Handeln die Anwendungsprobleme der für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände monopolistisch oder dominant verwaltet“ (Stichweh, 1992, S. 38). Boundary work bezieht sich auf die Strategien und Praktiken, die von Wissenschaftler:innen und anderen Wissensproduzent:innen angewendet werden, um die Grenzen des eigenen Wissensbereichs zu definieren, zu sichern und zu verteidigen (Gieryn 1983). Im Sinne des Konzepts der Boundary Work dienen Markierungen von Zuständigkeit und Expertise der Abgrenzung unter Berufsgruppen und wahren die Autonomie und den Status einer Profession (Bütow & Gries, 2013). Professionen definieren und verteidigen ihre Grenzen, indem sie bestimmte Praktiken, Konzepte, Methoden und Institutionen als legitim deklarieren und andere ausschließen oder abwerten (Norris, 2001). Empirische Studien aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zeigen jedoch, dass Fachkräfte in interprofessionellen Teams kontinuierlich Grenzarbeit leisten, beispielsweise im Sinne einer Öffnung (z. B. Austausch von Wissen und Perspektiven), Schließung (z. B. die exklusive ärztliche Berechtigung zur Verordnung von Medikamenten) oder auch einer Anfechtung (z. B. Infragestellung von professioneller Autorität) professioneller Grenzen (Chreim et al., 2013, S. 219).

Berufsübergreifendes Denken und Handeln wird in der Literatur anhand einer Reihe von Begrifflichkeiten theoretisch gefasst. Interprofessionalität bezieht sich auf die Ebene der

Berufsausübung und bezeichnet die Fähigkeit, die gewohnte Logik der professionseigenen Alleinzuständigkeit und berufliches „Silodenken“ (Fischer & Geene, 2017, S. 8) zugunsten einer Mehrperspektivität in der gemeinsamen Problemlösung mit anderen Berufsgruppen zu überwinden und im Prozess voneinander zu lernen (D'Amour & Oandasan, 2005, S. 11). Die Integration des spezifischen Fach- und Sachwissens zur Lösung von Problemstellungen, „die sich aufgrund ihrer Beschaffenheit und Komplexität nicht von Einzeldisziplinen lösen lassen“, zeichnet Interdisziplinarität aus (Jungert et al., 2010, S. 8). Es besteht eine enge Verbindung zum Konzept der Kooperation. Für die vorliegende Dissertation eignet sich ein an der organisationspsychologischen Definition von Spieß (2004) ausgerichtetes Kooperationsverständnis: „Kooperation ist gekennzeichnet durch den Bezug auf andere, auf gemeinsam zu erreichende Ziele bzw. Aufgaben, sie ist intentional, kommunikativ und bedarf des Vertrauens. Sie setzt eine gewisse Autonomie voraus und ist der Norm von Reziprozität verpflichtet“ (Spieß, 2004, S. 199).

Im Rahmen der interprofessionellen Kooperation arbeiten Berufsgruppen mit verschiedenen Spezialisierungen und Kompetenzen, Menschenbildern und Grundorientierungen sowie unterschiedlichem professionellem Selbstverständnis und Status unmittelbar zusammen, um geteilte globale Ziele zu erreichen (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004, S. 40). Schot et al. identifizieren in einer systematischen Übersichtsstudie drei Formen, mit denen Fachkräfte zur interprofessionellen Kooperation² im Gesundheits-, Sozial- und Gemeinwesen beitragen: 1. durch die Überbrückung von Lücken (fachlich, sozial, personell, aufgabenbezogen), 2. durch die Aushandlung von Überschneidungen in Bezug auf Rollen und Aufgaben sowie 3. durch die Schaffung von Räumen für die Zusammenarbeit (Schot et al. 2020). Die vorliegende Arbeit folgt der Typologie interprofessioneller Praxis von Xyrichis, Reeves und Zwarenstein (2018). Auf diesem Kontinuum ist Kooperation eine „losere“ interprofessionelle Praxis als Teamarbeit in Bezug auf die geteilte soziale Identität, die Integration der Arbeitspraktiken und die Interdependenz. Im Vergleich zu Koordination und Vernetzung ist Kooperation eine „engere“ Form der interprofessionellen Arbeit im Hinblick auf die geteilte soziale Identität, klare Rollen und Ziele (Xyrichis et al., 2018, S. 422).

2.2 Das Categorization-Elaboration Model

Im Folgenden wird eine sozialpsychologische Perspektive auf das Verhältnis von Kooperation und Profession gewählt, die anschlussfähig an soziologische Ansätze ist, die sich ausführlich mit dem Professionsbegriff und Professionalisierungsdebatten, insbesondere in der Sozialen Arbeit, auseinandersetzen (Bauer, 2014; Epp, 2022; Franzheld, 2017; Schulze, 2022; Weimann-Sandig, 2022). Im Vordergrund steht, Gruppenprozesse in der interprofessionellen Kooperation näher zu

² In der internationalen Kooperationsforschung (vgl. für eine Übersicht Reeves, Xyrichis und Zwarenstein 2018) ist der Begriff „interprofessional collaboration“ verbreitet, wohingegen im deutschen Raum in der aktuellen relevanten Fachliteratur im selben Sinne von multiprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. u. a. Weimann-Sandig 2022) gesprochen wird. Im Rahmentext wird für ein besseres Verständnis durchgehend der Begriff interprofessionelle Kooperation verwendet, mit der Betonung auf die „Notwendigkeit der Verknüpfung von ‚unterschiedlichen Zugängen‘ einerseits und der Verbindung der Vielfalt andererseits“ (Bauer 2018, S. 731).

beleuchten und den Begriff der Wahrnehmung theoretisch einzuordnen. Im ersten Teil wird das Categorization-Elaboration Model (CEM) eingeführt (van Dick & Stegmann, 2016; van Knippenberg et al., 2004, S. 1010), das in der Literatur eine breite Anwendung gefunden hat, um den Einfluss und die Auswirkungen von Diversität auf eine Gruppenleistung zu erklären (Mitchell et al. 2010, 2017, 2022). Van Knippenberg, De Dreu und Homann verstehen unter Diversität: „differences between individuals on any attribute that may lead to the perception that another person is different from self“ (van Knippenberg et al. 2004, S. 1008). Diversität kann sich demnach auf vielfältige Eigenschaften beziehen wie demografische Variablen, aber auch aufgabenbezogene, funktionale Unterschiede wie der professionelle Hintergrund. Die Gruppenleistung bezieht sich im Weiteren nicht nur auf die Leistung einer Gruppe, sondern auch auf soziale Gruppenprozesse, von denen Teams oder Organisationen langfristig profitieren (Hackman, 1987). Hierzu gehören zum Beispiel der Aufbau kollektiver Selbstwirksamkeit³ (Bandura, 1997) und das Wohlbefinden der einzelnen Gruppenmitglieder im Gruppenprozess (Williams & O'Reilly, 1998, S. 82).

Das CEM integriert zwei sozialpsychologische Perspektiven: die Informationsverarbeitungsperspektive (u.a. Williams und O'Reilly, S. 86) und die soziale Kategorisierungsperspektive, zu der sowohl die Selbstkategorisierungstheorie (Turner et al., 1987) als auch die verwandte Theorie der sozialen Identität (Tajfel & Turner, 1986) sowie das Ähnlichkeits-Attraktions-Paradigma (Byrne, 1971) gehören. Die soziale Kategorisierungsperspektive dient als Erklärungsansatz dafür, dass Individuen in Gruppen dazu tendieren, sich in Untergruppen aufzuteilen und voneinander abzugrenzen. Nach dieser Perspektive streben Individuen nach Komplexitätsreduktion, indem sie Unterschiede zwischen sich selbst und anderen in soziale Kategorien einordnen (Turner et al., 1987). Es ist dabei nicht entscheidend, welches spezifische Merkmal als Grundlage für die Gruppenzugehörigkeit dient. Vielmehr ist ausschlaggebend, dass die Kriterien, nach denen die Einteilung erfolgt, als relevant für das eigene Handeln wahrgenommen werden (van Dick & Stegmann, 2016a, S. 2).

Ein weiteres Motiv für die Kategorisierung ist das Bestreben nach einer positiven sozialen Identität, die neben der individuellen Identität das Selbstkonzept eines Menschen vervollständigt: „Gruppen (Kategorien sozialer Zugehörigkeit) stellen ihren Mitgliedern ein System bereit, das zur Identität beiträgt und sie verorten damit die Individuen in ihrer sozialen Umwelt“ (Zick, 2003, S. 410). Die Wertung dieser Gruppenzugehörigkeit kann zu einem Gefühl von Zugehörigkeit und Selbstwertgefühl führen. Hiernach kann die soziale Identität als ein „relationales Beziehungs- und wechselseitiges Anerkennungsverhältnis verstanden [werden], das in je besondere historische, biographische und sozialstrukturelle Kontexte ‚verstrickt‘ ist, die sich ihrerseits in permanenten Prozessen der Transformation befinden“ (Mörchen & Tolksdorf, 2009, S. 175). Verbindungen zu dem in empirischen Verhaltensstudien in Organisationen postulierten Ähnlichkeits-Attraktions-Paradigma sind diesbezüglich zu erkennen (Byrne, 1971). Dieses Paradigma geht davon aus, dass Personen eher Nähe und Vertrauen zu anderen empfinden, deren Eigenschaften und Merkmale sie als ähnlich zu sich selbst wahrnehmen (Byrne, 1971).

³ Bandura (1997, S. 476) definiert kollektive Selbstwirksamkeit wie folgt, „a group's shared belief in its conjoint capability to organize and execute the courses of action required to produce given levels of attainment“.

Studien zeigen, dass die Formierung von Binnengruppen in Teams und Organisationen durchaus zu einer erhöhten Gruppenleistung führen kann (Pfeffer, 1985). Diese Aussage gilt insbesondere für wissensbasierte Subgruppen, die sich aufgrund von geteilter Expertise gründen und sich durch einen regen Informationsaustausch und eine hohe Problemlösefähigkeit auszeichnen können (Carton & Cummings, 2012). In diese Gruppen dringen jedoch divergierende Informationen und Sichtweisen von Fremdgruppen schwer ein und der Umgang mit Fremdgruppen kann konflikthaft sein (Straube und Kauffeld, 2021, S. 5; van Knippenberg et al., 2007, S. 1013).

Die grundlegende Annahme der Informationsverarbeitungsperspektive besteht darin, dass eine divers zusammengestellte Gruppe, die ein gemeinsames Ziel verfolgt und aufeinander angewiesen ist, dieses Ziel zu erreichen, mit hoher Wahrscheinlichkeit über vielfältigeres relevantes Wissen verfügt als eine homogene Gruppe (Williams & O'Reilly, 1998, S. 86). Studien deuten darauf hin, dass der Aushandlungsprozess in heterogenen Gruppen mit einer genaueren Untersuchung und Abwägung der zur Verfügung stehenden Informationen einhergeht (Mitchell et al., 2009, 2010). Der Vorteil diverser Gruppen in der Zusammenarbeit hängt demzufolge mit kognitiven Prozessen zusammen, die im Rahmen der Aushandlung von expliziten und impliziten Wissensbeständen, persönlichen Einstellungen, Überzeugungen und Perspektiven stattfinden (Kerns et al., 2022). Das Konzept der geteilten mentalen Modelle spielt diesbezüglich eine bedeutsame Rolle (Mccomb & Simpson, 2013, S. 1485). Geteilte mentale Modelle sind individuelle kognitive Wissensstrukturen, die Menschen in einer gemeinsamen Umgebung oder einem gemeinsamen Kontext miteinander teilen. Die Bildung geteilter mentaler Modelle erfordert eine klare Sprache, den offenen Austausch von Ideen und die kollektive Anstrengung, ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln (Wu, 2018, S. 183). In Teams oder Organisationen sind geteilte mentale Modelle von entscheidender Bedeutung, um eine effektive Kommunikation, Zusammenarbeit und koordinierte Handlungen zu fördern (Mitchell et al., 2017).

Das CEM (siehe Abbildung 1) bietet durch die Integration dieser beiden Perspektiven einen Erklärungsansatz dafür, dass Diversität in Gruppen unter bestimmten Bedingungen positive (z. B. eine gesteigerte Problemlösefähigkeit) oder negative Auswirkungen (z. B. Fraktionalismus) haben kann (van Knippenberg et al. 2004, S. 1009). Ausschlaggebend für die Gruppenleistung ist im Modell die Qualität der Informationelaboration (Williams & O'Reilly, 1998, S. 86). Hierdurch wird ein breiterer und tieferer kollektiver Wissensstand erreicht, der einer einzelnen Person oder einer homogenen Gruppe nicht zugänglich ist. Die Folgen sind besonders innovative und kreative Leistungen und versiertere Entscheidungen, die von homogenen Gruppen in dieser Form nicht zu erwarten wären. Voraussetzung für eine effektive Informationelaboration ist nach dem CEM die Eignung der Aufgabe und der Umstand, dass alle beteiligten Gruppenmitglieder über eine hohe Motivation verfügen, in einer divers aufgestellten Gruppe zu arbeiten, und die hierzu benötigten und angemessenen Fähigkeiten besitzen (van Dick und Stegmann, 2016, S. 14).

Das CEM folgt der Selbstkategorisierungsperspektive in der Annahme, dass Kategorisierungsprozesse in diversen Gruppen stattfinden, jedoch folgende Bedingungen gegeben sein müssen: (1) Die wahrgenommenen Merkmale zwischen Individuen oder Gruppen erscheinen für die Beteiligten als relevant und sinnvoll und sind insofern kognitiv zugänglich

(Zugänglichkeit), (2) werden im jeweiligen Kontext als typisch für eine Gruppe erachtet (normative Passung), und (3) die Binnengruppen werden als homogen und sehr unterschiedlich zu Fremdgruppen wahrgenommen (komparative Passung). Inwieweit eine Selbstkategorisierung jedoch auch zum Intergruppenbias und den hiermit negativ assoziierten Folgen (z. B. Konflikten) führt und letztlich die Informationselaboration unterbricht, hängt nach dem CEM von der Frage ab, ob sich die jeweiligen Subgruppen in ihrer sozialen Identität bedroht fühlen (van Knippenberg et al., 2004).

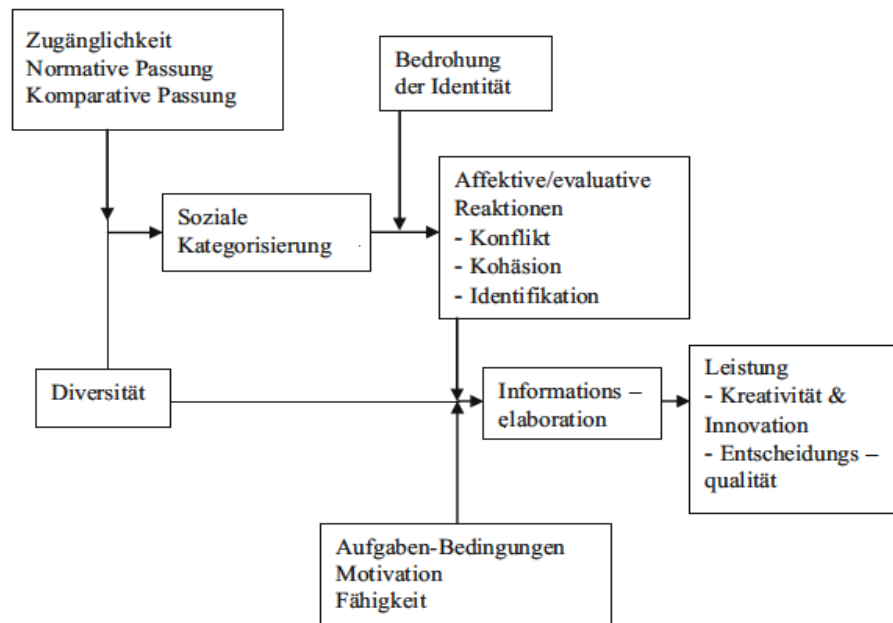


Abbildung 1: Das Categorization-Elaboration Model⁴

In interprofessionellen Gruppen ist mit der Bedrohung der sozialen Identität der Teilaspekt der professionellen Identität gemeint. Eine Bedrohung der professionellen Identität kann sich dahingehend manifestieren, dass Fachkräfte den Eindruck bekommen, hinsichtlich ihrer professionellen Expertise, Berufsethik oder beruflichen Rolle Abwertung zu erfahren, beispielsweise weil sie sich angegriffen oder in ihrem professionellen Status nicht anerkannt fühlen (Mitchell et al., 2011, S. 1325). Mikroanalytische gesundheitssoziologische Studien zeigen, dass Fachkräfte sich ebenfalls stärker professionell voneinander abgrenzen, wenn sich die professionseigenen Wissensbestände und der abgegrenzte Zuständigkeitsbereich, die den Status einer Profession begründen (Abbott, 1988), denen anderer professioneller Gruppen besonders ähnlich sind und die Grenzen zu verwischen drohen (Norris, 2001). Nach der Faultline-Theorie⁵ (Lau & Murnighan, 1998) fällt die Abgrenzung unter professionsspezifischen Gruppen noch gravierender aus, die sich mindestens noch durch ein weiteres Attribut ähneln⁶ (Fritzsche et al., 2017; Straube & Kauffeld, 2021).

⁴ Darstellung nach van Knippenberg et al. 2004, Übersetzung van Dick & Stegmann 2015, S. 5.

⁵ Lau und Murnighan (1998, S. 328) definieren Faultlines wie folgt: „hypothetical dividing lines that may split a group into subgroups based on one or more attributes“.

⁶ Ein Beispiel hierfür wäre eine Gruppe aus Sozialarbeiterinnen und eine Gruppe aus Ärzten.

Die Beforschung interprofessioneller Teams, insbesondere im Gesundheitsbereich, hat gezeigt, dass die Erarbeitung einer Teamidentität das Phänomen des Intergruppen-Bias abschwächen und zu einer besseren Gruppenleistung führen kann (Mitchell et al., 2011, S. 1327). Teamidentifikation erlaubt den Gruppenmitgliedern, sich sowohl als Teil der Gruppe zu fühlen als auch mit der eigenen Profession zu identifizieren (Van Der Vegt & Bunderson, 2005). Eine Gruppe, die bisher als Fremdgruppe wahrgenommen wurde, kann im Sinne von „multifocal identification“ in die eigene soziale Identität integriert werden (Kebe et al., 2020, S. 3). Im Sinne des Ähnlichkeits-Attraktivität-Paradigmas (Byrne, 1971) entwickelt sich eine Teamidentifikation am ehesten aufgrund von gemeinsamen Zielen oder einer Wertekongruenz, die sich auf die Übereinstimmung oder Harmonie zwischen den persönlichen Überzeugungen und den Werten einer Gruppe bezieht (Mitchell et al. 2012, S. 2). Studien zeigen jedoch auch, dass ein gewisses Maß an Bedrohung der professionellen Identität durchaus positive Auswirkungen auf die Gruppenleistung eines interprofessionellen Teams haben kann (Mitchell et al., 2017, 2022). Eine kritische Debattenkultur motiviert Gruppenmitglieder, ihre professionellen Standpunkte deutlicher voneinander abzugrenzen, was zur Explikation impliziter Wissensbestände führt, zu einer gründlicheren Prüfung von Fakten beiträgt und einen vorschnellen Konsens vermeiden hilft (Petriglieri, 2011). Ausschlaggebend erscheint, dass eine moderierende Teamleitung diesen Aushandlungsprozess unter den Professionen zielführend und lösungsorientiert steuert und aktiv Konfliktbewältigungsstrategien im Team befördert (Mitchell et al. 2014, S. 1111f.).

Weitere im Zusammenhang mit der Teamidentifikation diskutierte Moderatoren der Selbstkategorisierung sind die Diversitätsüberzeugungen, insbesondere der Teamleitung (Fritzsche et al., 2017, S. 129ff.; van Dick & Stegmann, 2016, S. 6), sowie Offenheit und Wertschätzung gegenüber unterschiedlichen Auffassungen und Sichtweisen innerhalb der Gruppe (DeChurch & Mesmer-Magnus, 2010; Mitchell et al., 2009). Offenheit gegenüber Diversität bezieht sich – ähnlich wie das Konzept der Diversitätsüberzeugung – auf die Haltung, Diversität als nützlichen Aspekt für eine Gruppe zu betrachten. Offenheit gegenüber kognitiver Diversität umfasst jedoch auch die Bereitschaft und das Interesse, alternative Standpunkte unvoreingenommen zu betrachten und abweichende Perspektiven anderer Professionen aktiv zu nutzen, um eigene Denk- und Arbeitsweise zu hinterfragen und weiterzuentwickeln (Mitchell et al., 2009, S. 1097).

Die benannten sozialpsychologischen Bezüge helfen bei der Beantwortung der Frage, warum Fachkräfte interprofessionelle Kooperation sowohl als Gewinn im Sinne einer Erweiterung der Problemlösefähigkeit als auch als professionelle Herausforderung wahrnehmen können. Im Folgenden wird die Theorie der sozialen Repräsentationen eingeführt, deren Fokus darauf ausgerichtet ist, wie Individuen und Gruppen ihr Wissen über die Welt konstruieren, organisieren und teilen. Geteilte Vorstellungen von Phänomenen dienen als Bezugsrahmen einer Gruppe und haben einen wesentlichen Einfluss auf Prozesse der Selbstkategorisierung in der interprofessionellen Praxis. Soziale Repräsentationen hängen eng mit dem Konzept der sozialen Identität zusammen, jedoch gehen beide Ansätze auf unterschiedliche theoretische Ursprünge

zurück⁷.

2.3 Die Theorie der sozialen Repräsentationen

Die Theorie der sozialen Repräsentationen wurde von dem französischen Sozialpsychologen Serge Moscovici in Anlehnung an das Konzept der kollektiven Vorstellungen von Durkheim (Durkheim, 1898) entwickelt (Moscovici, 1961). Soziale Repräsentationen sind kollektive Überzeugungs-, Vorstellungs- und Wissensstrukturen, die den Individuen und Gruppen dazu dienen, Objekte oder Phänomene (z. B. Krankheit und Gesundheit) in der sozialen Umwelt auf eine bestimmte Art und Weise zu interpretieren und wahrzunehmen (Rateau et al., 2011, S. 478). Soziale Repräsentationen werden durch Werte, Normen, Ideologien sowie kulturelle, soziale und historische Einflüsse geprägt (Prost et al., 2022, S. 26). Die Naturalisierung sozialer Repräsentationen bezieht sich auf den Prozess, durch den soziale Repräsentationen als objektiv, unveränderlich oder unausweichlich wahrgenommen werden (Rateau et al., 2011, S. 483). Ein und dasselbe Objekt oder Phänomen kann von zwei Gruppen sehr unterschiedlich repräsentiert sein.

Duveen und Lloyd (1990) unterscheiden drei Ebenen für die Entstehung, Verbreitung und Anwendung von Repräsentationen (Duveen & Lloyd, 1990). Die Ontogenese bezieht sich auf die individuelle Entwicklung von Repräsentationen im Laufe der Zeit, während die Soziogenese die gesellschaftlichen oder kulturellen Prozesse untersucht, durch die Repräsentationen konstruiert, geteilt und übertragen werden. Die Mikrogenese betrachtet die unmittelbaren Prozesse, die bei der Aktivierung und Transformation von Repräsentationen bei Individuen auftreten. Moscovici betont die wechselseitige Beziehung zwischen dem sozialen Wissen einer Gruppe und den individuellen Repräsentationen ihrer Mitglieder (Prost et al., 2022, S. 26). Nach diesem Verständnis gibt es eine ständige Interaktion zwischen dem, was in der sozialen Umgebung geteilt wird, und den individuellen sozialen Interpretationen.

Nach dem strukturellen Ansatz sind soziale Repräsentationen nicht einfach eine Ansammlung von isolierten Ideen, sondern sie weisen eine strukturelle Hierarchie auf (u. a. Abric, 1993). Der Kern besteht aus dem essenziellen Wissen und den grundlegenden Ideen und ist schwerer zu verändern als periphere Elemente, die flexibler und anpassungsfähiger sind. Mitglieder einer Gruppe können insofern den Kern einer sozialen Repräsentation teilen, sich aber hinsichtlich der Peripherie des repräsentationalen Feldes unterscheiden (Prost et al., 2022, S. 27). Moscovici identifizierte zwei Hauptfunktionen sozialer Repräsentationen. Erstens dienen sie dazu, Unbekanntes bekannt zu machen (Objektivierung) und es in bereits existierende kognitive Strukturen zu integrieren (Verankerung) (Stark et al., 2017, S. 487). Zweitens erfüllen sie eine soziale Funktion, indem sie die Bildung und Aufrechterhaltung sozialer Identitäten und den

⁷ Moscovici untersuchte in seiner Studie „Die Psychoanalyse, ihr Bild und die Öffentlichkeit“ (1961) die Verbreitung und Wahrnehmung der Psychoanalyse in der Öffentlichkeit in Frankreich. Moscovici untersuchte hierzu, wie die Ideen der Psychoanalyse in den Medien, in der Populärkultur und in der öffentlichen Meinung dargestellt wurden. Er argumentierte, dass die gesellschaftliche Akzeptanz einer bestimmten Idee oder Theorie nicht nur auf individuellen Überzeugungen, sondern auch auf gemeinsamen Überzeugungen, Vorstellungen und Wissensstrukturen beruht, die von sozialen Gruppen geteilt werden und dazu dienen, abstrakte oder komplexe Ideen in eine Form von Alltagswissen umzuwandeln.

sozialen Zusammenhalt innerhalb einer Gruppe fördern (Prost et al., 2022, S. 26).

Der relationale Aspekt sozialer Repräsentationen hat mit der Weiterentwicklung der Theorie an Bedeutung gewonnen. Der soziodynamische Ansatz betont, dass soziale Repräsentationen eines Objekts oder Phänomens das Verhältnis zwischen den Gruppen grundsätzlich bestimmen (u. a. Doise, 1986), indem sie es Individuen ermöglichen, ihre Beziehungen zu organisieren, und Gruppen sich im Verhältnis zu anderen Gruppen positionieren (Prost et al., 2022, S. 26). Dem dialogischen Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass sich soziale Repräsentationen immer im geistigen Dialog zwischen dem Selbst und den Anderen konstituieren (u. a. Marková 2003). In diesem inneren Dialog werden die eigenen sozialen Repräsentationen eines Objekts oder Phänomens mit denen einer anderen Gruppe imaginär ins Verhältnis gesetzt. Der Zustand der Imputation liegt vor, wenn das konkrete Wissen über die sozialen Repräsentationen der anderen Gruppen fehlt und mit der eigenen Vorstellungskraft ersetzt werden muss (Prost et al., 2022, S. 25)⁸. Die Positionierung gegenüber einer Gruppe, die auf Imputation basiert, kann die Interaktionen zwischen verschiedenen Gruppen und die Erwartungen und das Verhalten von Individuen beeinflussen. Zum Beispiel können repräsentationale Imputationen hinsichtlich eines Objekts als Rechtfertigung für die Abgrenzung von anderen Gruppen dienen.

In der beruflichen Sozialisation spielen soziale Repräsentationen eine Rolle, wenn neue Mitglieder in eine Berufsgruppe eingeführt werden. Durch den Austausch von gemeinsamen Vorstellungen, Überzeugungen und Praktiken wird die Integration neuer Mitglieder erleichtert. Fachkräfte verfügen über ein Repertoire an sozialen Repräsentationen, die sie im Kern mit ihrer Berufsgruppe teilen, auch wenn sich hinsichtlich peripherer Aspekte Unterschiede in den Auffassungen zeigen können (Ratinaud & Lac, 2011, S. 56). Professionelle Repräsentationen erfüllen für Fachkräfte eine Reihe von Funktionen, darunter die Bereitstellung von Identifikation und Orientierung im Berufsfeld, die Erleichterung der Kommunikation und Interaktion innerhalb der Berufsgruppe (Prost et al., 2022, S. 29), aber auch die Legitimierung sozialer Differenzierung und Hierarchie zwischen den Berufsgruppen (Danermark & Germundsson, 2011). Soziale Repräsentationen beeinflussen ebenfalls, wie Berufsgruppen von der breiteren Gesellschaft wahrgenommen und bewertet werden. Diese Einstellung kann Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen haben, von denen angenommen wird, dass sie mehr öffentliche Unterstützung und gesellschaftliche Akzeptanz erfahren (ebd.).

Diese theoretischen Ausführungen sind für das Verständnis von Wahrnehmungen in der interprofessionellen Kooperation von Bedeutung. In diesem Zusammenhang werden Forschungsergebnisse aus zwei Studien vorgestellt, die die Theorie der Sozialen Repräsentationen anwenden. Widmark et al. führten Fokusgruppeninterviews mit Fachkräften aus den Bereichen KJPP, KJH und Schule durch, um die sozialen Repräsentationen in der interprofessionellen Kooperation für Kinder und Jugendliche mit multiplen und komplexen Bedarfen zu untersuchen (Widmark et al., 2016, 2016a). Die Studien zeigten, dass neben der professionellen die organisationale Zugehörigkeit soziale Repräsentationen von Fachkräften beeinflussen (Widmark

⁸ Eine Imputation ist zunächst „nur eine Hypothese über das, was andere Menschen denken“ (Prost et al., 2022, S. 27, eigene Übersetzung) und ist von anderen Phänomenen, die Imputationen beinhalten, abzugrenzen, wie z. B. Meta-Stereotypen. Meta-Stereotypen beziehen sich auf Vorstellungen oder Überzeugungen, die Menschen über die Vorurteile und Stereotypen haben, die andere Gruppen gegenüber der eigenen Gruppe haben könnten.

et al., 2016, S. 53). Auch die sozialen Repräsentationen multipler und komplexer Bedarfe von Kindern und Jugendlichen waren besonders von den Normen und Strukturen innerhalb der Organisation geprägt (Widmark et al., 2016a). Insgesamt waren die Beschreibungen der Kooperation von den Abgrenzungsbestrebungen und gegenseitiger Angewiesenheit geprägt. Die Schule war besonders auf die KJH und KJPP angewiesen und wurde als sehr passiv in Bezug auf den Umgang mit multiplen und komplexen Bedarfen wahrgenommen. Schule war sowohl in der eigenen Wahrnehmung als auch aus Sicht der KJPP und der KJH von den Grenzziehungen der anderen beiden Systeme am meisten betroffen. In der Vorstellung der Schule und KJH nahm die KJPP die beiden als Systeme wahr, die sehr auf psychiatrisch-psychotherapeutisches Wissen angewiesen seien. Diese repräsentationale Imputation entsprach der Wahrnehmung der KJPP, wobei die KJPP die KJH als sehr rigide in ihren Grenzziehungen im Hinblick auf die eigenen Zuständigkeiten in der Versorgung von jungen Menschen mit multiplen und komplexen Bedarfen wahrnahm (Widmark et al., 2016).

Neben der Analyse der sozialen Repräsentationen auf interaktionaler Ebene eignet sich die Theorie der sozialen Repräsentationen ebenfalls dazu, die Fragestellung zu untersuchen, wie gesellschaftliche und kulturelle Veränderungsprozesse sowie globale politische Dynamiken die Repräsentations- und Denkformen einzelner Berufsgruppen auf lokaler Ebene beeinflussen. Caillaud et al. (2020) analysierten in ihrer Studie die Frage, wie interprofessionelle Teams ein im Jahr 2005 eingeführtes Gesetz, das sich an den Richtlinien der World Health Organisation (WHO) zur Betrachtung von Behinderung nach einem sozio-psycho-biomedizinischen Modell orientiert, aber nicht gänzlich umgesetzt, in der Fallarbeit interpretieren. Als theoretische Grundlage diente das Konzept der kognitiven Polyphasie (Jovchelovitch & Priego-Hernandez, 2015; Moscovici, 1961) im Sinne der „Fähigkeit von Individuen und Gruppen, aus verschiedenen, manchmal widersprüchlichen Bedeutungssystemen und Argumentationsweisen zu schöpfen, um den ebenfalls widersprüchlichen Anforderungen der verschiedenen Kontexte und Beziehungen, in die sie eingebunden sind, gerecht zu werden“ (Caillaud et al., 2021, S. 970). Während der Fallbesprechungen wurde deutlich, dass sich der Art und Weise, wie Fachkräfte den Grad von Behinderung aushandelten, drei Formen von kognitiver Polyphasie zuordnen ließen (Jovchelovitch & Priego-Hernandez, 2015): Repräsentationen des alten kategorialen und des WHO-Modells von Behinderung vereinten sich im Sinne des gesetzlich verankerten Modells, wobei keine der Wissensformen dominierte (Hybridisierung). Vorteile des alten und des WHO-Modells wurden fallbezogen jeweils neu abgewogen, wobei die medizinische Sichtweise vorrangig und anderes Wissen additiv genutzt wurde (selektive Prävalenz) oder aus medizinischer Sicht das alte Modell als allgemeingültig galt und andere Wissensformen negiert wurden (Verdrängung).

Soziale Repräsentationen einer Berufsgruppe sind dynamisch und können sich im Laufe der Zeit verändern, beeinflusst durch gesellschaftliche Entwicklungen, politische Ereignisse und interne Dynamiken innerhalb der Berufsgruppe selbst. Aspekte wie Imputation und kognitive Polyphasie legen nahe, dass soziale Repräsentationen relational entwickelt werden und in einem Verhältnis zueinanderstehen (Prost et al., 2022, S. 29ff.). Empirische Untersuchungen zeigen, dass soziale Repräsentationen reziprok relationiert sein können, wenn sie über jeweils einen eigenen

zentralen Kern verfügen und unabhängig voneinander sind, aber in ihren Bedeutungen aufeinander verweisen (z. B. Geld und Arbeit). Sie können in einem antonymischen Verhältnis zueinanderstehen, wenn sie in Bezug auf die Interpretation eines Objekts oder Phänomens nicht miteinander zu vereinbaren sind (z. B. Krieg und Frieden). Zudem können sie koordinierend aufeinander bezogen sein, wenn der zentrale Kern der ersten sozialen Repräsentation die Bedeutung der zweiten hierarchisch mitbestimmt (z. B. Medizin und alternative Medizin).

Im Folgenden wird beschrieben, wie die beiden Fragebögen, die in den Validierungsstudie untersucht werden, das Konstrukt Wahrnehmung von Fachkräften in der interprofessionellen Kooperation zwischen KJH und KPP in messbare Variablen umsetzen. Für den PINCOM-Q (Abschnitt 2.4.) steht die Fragestellung im Vordergrund, wie die einzelnen Subskalen aufgebaut sind. In Abschnitt 2.5 wird der Prozess der Fragebogenkonstruktion des PICOCC nachgezeichnet, für dessen Entwicklung auch die Ergebnisse einer qualitativen Studie zur sozialen Repräsentation der interprofessionellen Kooperation an der Schnittstelle zwischen Heimerziehung und psychiatrischpsychotherapeutischem Gesundheitssystem zugrunde liegt.

2.4 Theoretische Grundlagen des Fragebogens PINCOM-Q

Das theoretische Model PINCOM ("Perception of **I**nterprofessional **C**ollaboration **M**odel"), das sich im Aufbau des Fragebogens PINCOM-Q aus Publikation 1 wiederfindet, wurde von Ødegård entwickelt (Ødegård, 2005, 2006; Ødegård & Strype, 2009). Das Modell ordnet Wahrnehmungen und Verhalten von Fachkräften in der interprofessionellen Kooperation den Teilbereichen Individuum, Gruppe und Organisation zu (siehe Abbildung 2). Für die zu untersuchende Fragestellung, wie sich interprofessionelle Kooperation in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen als latentes Konstrukt manifestiert, diente eine qualitative Studie mit Fachkräften aus der Schulpsychologie und dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystems sowie Grundschullehrenden in Westnorwegen. Die Teilnehmenden wurden mithilfe der Sentence Completion Method (Watson, 1978) zu den aus ihrer Sicht wichtigsten Aspekten interprofessioneller Kooperation in der Arbeit mit psychisch auffälligen Kindern befragt. Theoretisch stützt sich das Modell auf die Grundlagen der persönlichen Konstrukttheorie nach George Kelly (Kelly, 2003).

Die zwölf Subkonstrukte in Abbildung 2 entsprechen anderen Übersichtsarbeiten zu Faktoren, die basierend auf der Selbstwahrnehmung von Fachkräften eine interprofessionelle Kooperation zwischen sozialen Dienstleistern im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen begünstigen (Atkinson et al., 2007; Cooper et al., 2016). In diesem Sinne beschreibt das Modell Aspekte „gelingender“ interprofessioneller Kooperation aus Sicht von Fachkräften, auf dessen Grundlage die Merkmalsindikatoren, d. h. die Items des PINCOM-Q, operationalisiert wurden.

Auf individueller Ebene ist für eine gute systemübergreifende Zusammenarbeit die Frage ausschlaggebend, ob Fachkräfte einen konkreten Nutzen aus der interprofessionellen Kooperation ziehen, die sie beispielsweise als Beitrag zu ihrer persönlichen oder professionellen Weiterentwicklung empfinden (Motivation). Es ist ebenso wichtig, dass die Rollen und

Verantwortungsbereiche aller Beteiligten sowie deren Erwartungen an die Kooperation klar definiert sind (Rollenerwartung). Auf der Ebene der persönlichen Einstellung und des Verhaltens (Persönlichkeitsstil) spielt Offenheit eine Rolle. Außerdem sind generell die Zusammenarbeit als erschwerend empfundene Persönlichkeitseigenschaften sowie fehlendes Engagement bedeutsam. Von Bedeutung ist die Frage, inwieweit Statusunterschiede die Kooperation negativ belasten, indem Fachkräfte beispielsweise interprofessionelle Treffen mit ihren Ansichten dominieren oder ihrer professionellen Autorität anderweitig einen unangemessenen Ausdruck verleihen (professionelle Autorität).

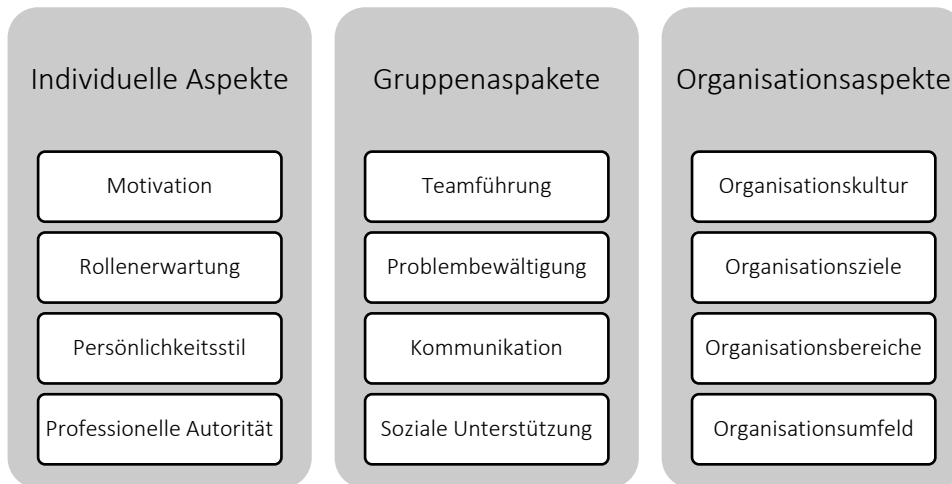


Abbildung 2: Perception of Interprofessional Collaboration Model – PINCOM⁹

Die Qualität der Arbeit einer interprofessionellen Gruppe ist nach Ødegårds Modell mit der Frage verbunden, ob es eine Leitung mit einem klaren Auftrag gibt, die den Arbeitsprozess koordiniert, steuert und für Verbindlichkeit sorgt (Teamführung). Es ist ebenfalls von Bedeutung, inwieweit interprofessionelle Gruppen kollektive Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) wahrnehmen und übereinstimmend Priorisierungen vornehmen können (Problembewältigung). Der Informationsfluss zwischen den Fachkräften nimmt in dieser Hinsicht eine Schlüsselfunktion ein (Kommunikation). Dabei geht es sowohl um den Austausch über personenbezogene Daten als auch um eine klare Verständigung über die Verfahren und Arbeitsweisen der beteiligten Berufsgruppen. Aus Sicht von Fachkräften spielen das gegenseitige Verständnis und relevante Rückmeldungen auf Beiträge eine wichtige Rolle. Maßgeblich ist, dass Fachkräfte in der interprofessionellen Kooperation ebenfalls Unterstützung erfahren, die durch gegenseitiges Zuhören, Vertrauen und Wertschätzung gekennzeichnet ist (soziale Unterstützung).

Auf der Organisationsebene ist es entscheidend, dass in Einrichtungen interprofessionelles Arbeiten geschätzt und gefördert wird (Organisationskultur) und institutionell verankert ist, beispielsweise in Form von Kooperationsvereinbarungen oder Leitzielen. Interprofessionelle Kooperation sollte eine Priorität in den jeweiligen Organisationen haben und Einrichtungen sollten konkrete und klare Ziele in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit verfolgen, die auch Fachkräften in anderen Organisationen bekannt sind (Organisationsziele). Fachkräfte

⁹ Darstellung nach Ødegård 2006 (Übersetzung der Autorin), abgebildet in Jörns-Presentati und Groen 2023, S. 303.

sollten weiterhin eine Vorstellung von den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen sowie den rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen haben, unter denen die interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet (Organisationsbereiche). Darüber hinaus sollte sich die interprofessionelle Kooperation an den Bedarfen der Kinder und Jugendlichen und ihren Familien orientieren und nicht an den Einzelinteressen der beteiligten Organisationen (Organisationsumfeld).

2.5 Theoretische Grundlagen des Fragebogens PICOCC

Im Folgenden werden die theoretischen und empirischen Grundlagen des eigens entwickelten Fragebogens PICOCC dargelegt, dessen psychometrische Validierung den Schwerpunkt von Publikation 2 bildet. Ziel war es, mit dem PICOCC eine Skala zu konstruieren, die ein verwandtes, aber sehr viel enger gefasstes latentes Konstrukt als der PINCOM-Q misst. Während der PINCOM-Q vor allem die allgemeine Qualität der interprofessionellen Kooperation in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhebt, erfasst der PICOCC die Qualität gelingender interprofessioneller Kooperation in der gemeinsamen Hilfeabstimmung und Versorgung von Kindern mit multiplen und komplexen Bedarfen.

In die Fragebogenkonstruktion des PICOCC sind maßgeblich die Ergebnisse der explorativen qualitativen Befragung zur Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation an der Schnittstelle von stationärer Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischem Gesundheitssystem aus dem EU-Projekt „On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment (RESME)“ eingeflossen. Im Projekt „RESME“ (Laufzeit 2012–2015) beschäftigten sich neben der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg¹⁰, Hochschulen und Praxiseinrichtungen in Finnland, Schottland, Litauen, Spanien und Dänemark mit der Kooperation zwischen stationärer Jugendhilfe und dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Sektor. Zwischen den Systemen ergeben sich in Bezug auf die gemeinsam zu versorgende Klientel häufig Berührungspunkte (siehe auch Abschnitt 1.1; Jörns-Presentati & Groen, 2020). Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung werden oft ambulant in Institutsambulanzen mitbetreut, diagnostiziert und behandelt (Groen & Jörns-Presentati 2019). Aufnahmen zur stationären Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik werden häufig geplant, es kommt aber auch zu ungeplanten Vorstellungen, Einweisungen und Kriseninterventionen (Noske & Thun-Hohenstein, 2021). Häufig wird auch seitens des Jugendamtes während bzw. nach einer stationären Behandlung ein erstmaliger oder auch neuer Platz in einer passenden Jugendhilfeeinrichtung gesucht (Beck 2015a).

Das Ziel der RESME-Studie war es, die Logik der häufig konflikthaft verlaufenden interprofessionellen Kooperation und die besonderen Herausforderungen in der Zusammenarbeit aus Sicht der Fachkräfte beider Seiten zu beschreiben und in Bezug auf Hintergründe besser zu verstehen. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen in sechs Ländern mit insgesamt 61 Leitungskräften aus der Heimerziehung und aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und aus anderen sozialen Diensten (z. B. kinder-

¹⁰ Unter Leitung von Prof. Dr. Gunter Groen und Mitarbeit der Autorin.

und jugendpsychiatrischer Dienst) sowie mit Psychotherapeut:innen zur gegenseitigen Kooperation geführt (Smith & Carroll, 2015; Timonen-Kallio, 2019). Davon fanden 12 Interviews und 3 Fokusgruppen mit insgesamt 19 Fachkräften im Raum Hamburg statt (Groen & Jörns-Presentati 2014, 2015; Schulz 2015). Diese Befragungen fokussierten die Themenbereiche: 1) professionelles Selbstverständnis und Zuständigkeit, 2) Erwartungen an das andere System und 3) Hindernisse und Gelingensfaktoren in der Zusammenarbeit. Die Fachkräfte waren angehalten, ihre Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation anhand von Beispielen aus der Praxis zu beschreiben. Trotz soziokultureller und wohlfahrtsstaatlicher Unterschiede fanden sich in den Daten aus dem RESME-Projekt Muster in der Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation.

Fachkräften in der Heimerziehung fiel es in allen Ländern insgesamt schwerer, den eigenen Zuständigkeitsbereich und die professionseigene Expertise zu definieren. Im Vergleich dazu konnten Fachkräfte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem ihre Grundaufgaben Diagnostik, Beratung und Behandlung/Therapie eindeutig benennen (Smith & Carroll, 2015, S. 10). Zu den Kernaufgaben gehörten in der Heimerziehung diverse allgemeine Tätigkeiten bzw. „alles“ in Bezug auf die alltägliche Begleitung junger Menschen sowie die Vernetzung (Timonen-Kallio 2019, S. 956). Die KJPP wurde in der Heimerziehung als ein in der Grundorientierung defizitorientiertes und relativ schwer zugängliches System wahrgenommen, dessen Fachkräfte, insbesondere Ärzt:innen, über wenig Erfahrung hinsichtlich der sozialpädagogischen Arbeit im Alltag einer Wohngruppe verfügten (Timonen-Kallio, 2019, S. 952). Die Erwartungshaltung gegenüber der KJPP war ebenfalls länderübergreifend von einem Bedarf nach Unterstützung, konkreter Anleitung und Entlastung insbesondere im Umgang mit herausforderndem Verhalten und Krisen geprägt (Smith und Carroll 2015, S. 12; Timonen-Kallio 2019, S. 953). In schwierigen Fallverläufen nahmen Fachkräfte aus Wohngruppen häufig ein Gefälle zwischen der Definitionshoheit des medizinisch-psychotherapeutischen Fachdiskurses und dem eigenen Fallverständnis wahr (Timonen-Kallio, 2019, S. 952). Es wurden zwei „Modi der Grenzbearbeitung“ beschrieben, die Bütow und Gries in ihrer Studie zur Legitimierung sozialpädagogischer Zuständigkeit ebenfalls identifizierten (Bütow & Gries, 2013, S. 242). Entweder wurde die KJPP als letztes Ressort konstruiert, an das ein junger Mensch final übergeben wurde, wenn das Jugendhilfesystem an seine Grenzen stieß und der Kontakt zwischen den Systemen an diesem Punkt abbrach. Im anderen Fall kam es zu temporären Übergängen zwischen Wohngruppe und Klinikaufhalten oder ambulanten Behandlungen, die zur Stabilisierung in krisenhaften Zuständen dienten, bei denen die Jugendhilfemitarbeitenden junge Menschen jedoch weiterhin begleiteten (Timonen-Kallio 2019, S. 950).

In der Wahrnehmung der Fachkräfte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsbereich waren zum einen das fehlende psychiatrisch-psychotherapeutische Wissen im Umgang mit multiplen und komplexen Bedarfen (Groen & Jörns-Presentati 2014, S. 155; Timonen-Kallio 2019, S. 955) und zum anderen die hohen Heilserwartungen an Diagnostik, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen und Klinikaufhalten zentrale Hindernisse in der Kooperation (Groen & Jörns-Presentati, 2014, S. 156). Nach Ansicht der Ärzt:innen waren Fachkräfte aus Wohngruppen nur unzureichend über die gesetzlichen

Rahmenbedingungen psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung informiert. Als Verantwortungsdiffusion begünstigend nannten Fachkräfte in beiden Systemen die fehlende gemeinsame Sprache, eine nicht ausreichende Klärung der gemeinsamen Ziele und Zuständigkeiten, einen fehlenden Informationsfluss, Ressourcenknappheit, organisationale und gesetzliche Hürden und wenig formalisierte Abläufe (Smith & Carroll 2015, S. 10). „Kooperation dem Zufall zu überlassen“ assoziierten Fachkräfte aus beiden Systemen mit negativen Verläufen und Prognosen für schwer belastete Kinder und Jugendliche (Groen & Jörns-Presentati 2014, S. 157). Gleichzeitig war es für die Befragten in allen sechs Ländern kaum möglich, Beispiele guter Praxis an der Schnittstelle von KJH und KJPP zu beschreiben (Smith & Carroll 2015, S. 250).

Im zweiten Schritt wurden im RESME-Projekt mit knapp 160 Professionellen (Erzieher:innen, Sozialpädagog:innen, psychiatrische Fachpflegekräfte und Fachkräfte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsbereich) in sechs Ländern interprofessionelle Weiterbildungskurse umgesetzt. Für die Entwicklung der Curricula waren jeweils die Ergebnisse der lokalen Befragungen in der Praxis leitend. Im deutschen Sample lagen Gelingensfaktoren in der interprofessionellen Zusammenarbeit für die Befragten in vier Kategorien vor (Groen & Jörns-Presentati 2014, S. 155): 1) das gegenseitige Wissen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen des jeweils anderen Systems, 2) eine positive Einstellung gegenüber einer Kooperation sowie geteilte Werte wie Respekt, Offenheit und Personenzentrierung, 3) die Pflege des persönlichen Kontakts und eine positive Beziehungsgestaltung sowie 4) förderliche organisatorische Rahmenbedingungen interprofessioneller Kooperation. In der Weiterbildung lag dementsprechend ein Schwerpunkt darauf, im Austausch zwischen den Professionen Aufgabenbereiche und Rahmenbedingungen des jeweils anderen Hilfesystems besser kennenzulernen, einen bewussten Umgang mit erlebten Irritationen und eigenen Vorbehalten zu fördern und konkrete Schritte zur Verbesserung der interprofessionellen Kooperation zu formulieren. Aus der Evaluation ergab sich, dass die Teilnehmenden besonders das dialogorientierte Lernen über die Professionen, die gemeinsame Fallarbeit und Hospitationen im fachfremden Arbeitsfeld als zentral für den Abbau von Vorannahmen, stereotypem Denken und Misstrauen wahrnahmen (Groen & Jörns-Presentati 2016).

Neben diesen empirischen Ergebnissen floss in die Konstruktion des PICOCC auch ein theoretisches Modell ein, und zwar das im kanadischen Raum auf Grundlage einer Delphi-Studie mit Fachleuten aus dem Bereich Rehabilitation entwickelte „Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care“ (Careau et al. 2014, S. 5) (siehe Abbildung 3). Interprofessionelle Kooperation wird nach diesem Rahmenkonzept wie folgt beschrieben: „a dynamic process whose intensity is adjusted according to the complexity of the client’s needs, and which is characterized by interdependence, partnership, collegial relationships, shared power, pursuit of common purpose, and person-centred practice“ (Careau et al., 2014, S. 6). Für Fachkräfte besteht die zentrale Herausforderung darin, anhand ihrer Einschätzung der Komplexität der Bedarfe, den Intensitätsgrad und die angemessene Form der interprofessionellen Kooperation zu bestimmen. Diese Einschätzung ist im Sinne der Personenzentrierung nur dialogisch mit den Betroffenen und ihren Angehörigen möglich (Armbruster et al., 2006, S. 77). Auf dem Kontinuum ergeben sich fünf Formen der

Zusammenarbeit: autonome Praxis, parallele Praxis, beratende/hinweisende Praxis, gemeinsame Praxis und geteilte Praxis. Im Umgang mit multiplen und komplexen Bedarfen steht die geteilte Praxis im Vordergrund, deren Intention es ist, gemeinsam Entscheidungen zu treffen und Maßnahmen abzustimmen, um ein gemeinsam definiertes Ziel zu erreichen.

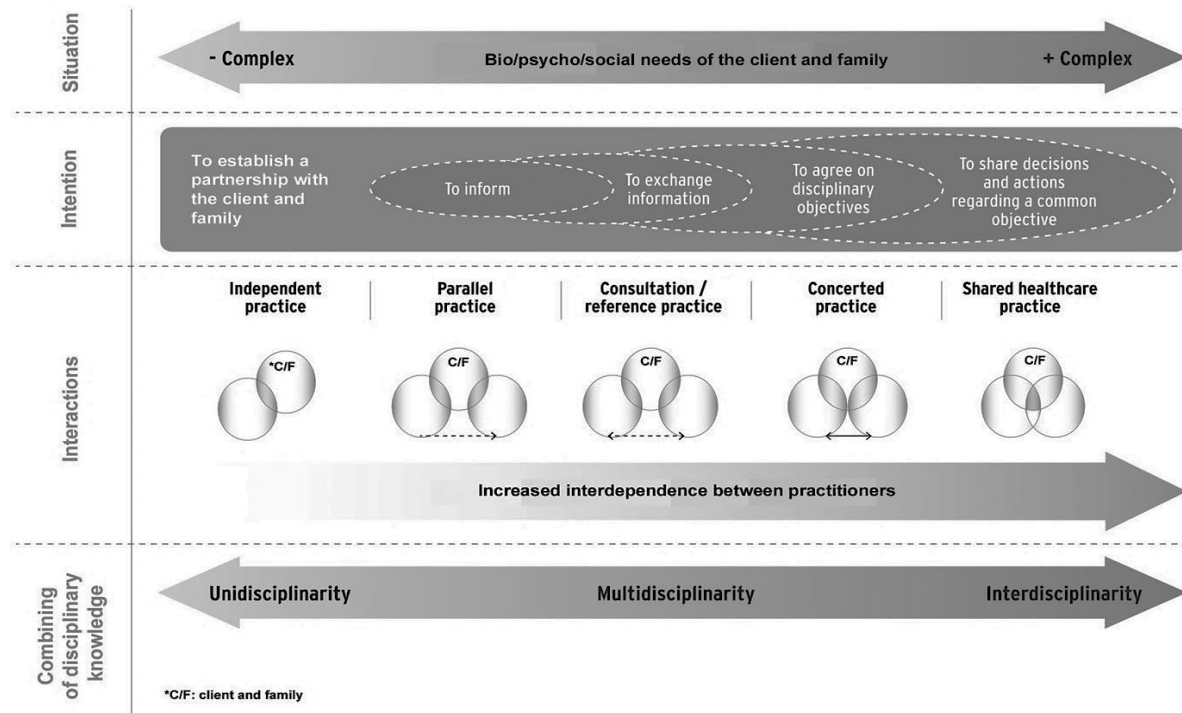


Abbildung 3: Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care

Im Rahmenkonzept wird in diesem Zusammenhang die interdisziplinäre Wissensintegration im Sinne eines gemeinsamen Fallverständnisses als zentrale Ebene hervorgehoben (Careau et al. 2014, S. 9). Auf der Interaktionsebene betont das Rahmenkonzept eine ausgeprägte gegenseitige Angewiesenheit, wenn es um die kooperative Versorgung von Menschen mit multiplen und komplexen Bedarfen geht. In dieser intensivsten Form der interprofessionellen Kooperation sollte sich zumindest temporär eine Übereinstimmung hinsichtlich der Wahrnehmung der Bedarfe, des geteilten Wissens und der Ziele in der Behandlung bzw. Intervention, aber auch hinsichtlich der Werte und ethischen Aspekten ergeben. Dieses kollektive Moment – an einem Strang zu ziehen („pull together“) – wird in der Kooperationsforschung auch als Konvergenz bezeichnet (Lingard et al. 2017, S. 2f.; Mitchell et al. 2014, S. 1101f.). Diese Annahme, dass mit steigender Komplexität der Bedarfe auch die Intensität der Kooperation wachsen sollte, und die Vorbefunde aus der RESME-Studie hinsichtlich der Wichtigkeit geteilter sozialer Repräsentationen in der Kooperation und insbesondere im gemeinsamen Fallverständnis sind maßgeblich in die Entwicklung des PICOOC eingegangen.

Abbildung 4 zeigt das zusammenfassende theoretische Modell, das der Konstruktion des PICOCC-Fragebogens zugrunde liegt. Die interprofessionelle Kooperation zwischen KJH und KJPP im Umgang mit schwierigen Fällen zeichnet sich durch die besondere Herausforderung aus, dass Fachkräfte unterschiedlicher Profession und Herkunftsorganisation häufig unter Druck gemeinsam Entscheidungen treffen müssen (Groen et al. 2017).

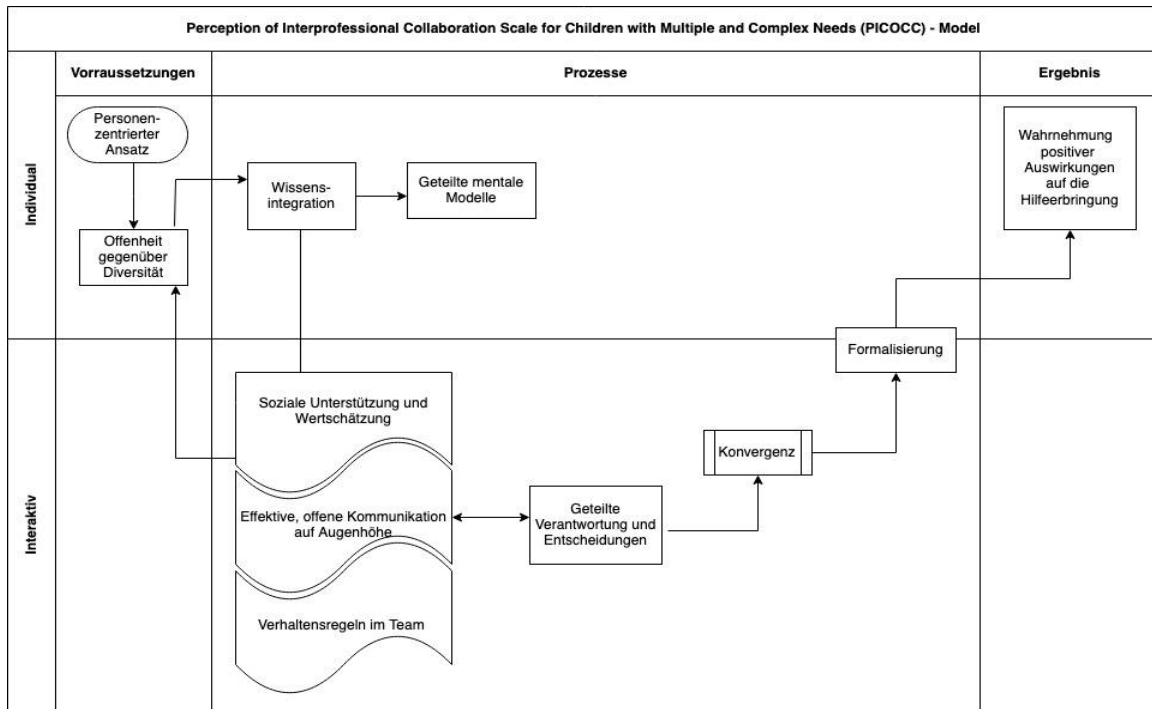


Abbildung 4: Das Verlaufsmodell des PICOCC¹¹

Den Kern des PICOCC-Verlaufsmodells bildet die Annahme, dass es im Umgang mit multiplen und komplexen Bedarfen einer Konvergenz zwischen den beteiligten Fachkräften der KJH und KJPP bedarf, um besonders in Krisensituationen handlungsfähig zu bleiben. Diese Voraussetzung beinhaltet auch, dass Fachkräfte einen wertschätzenden und respektvollen Umgang miteinander pflegen und eine gemeinsame Sprache finden, die es ermöglicht, geteilte mentale Modelle über das Fallverständnis und die Kooperation als Prozess zu entwickeln. Beim PICOCC steht die Frage im Mittelpunkt, inwieweit ein solcher kommunikativer Aushandlungsprozess stattfindet, in dessen Verlauf eine gemeinsame Vorstellung der jeweiligen Problemlage erarbeitet und über einen Lösungsweg partizipativ entschieden wird, anstatt dass Entscheidungen qua Autorität im Alleingang von einer der Professionen getroffen werden. Ebenfalls lässt sich die Frage evaluieren, inwieweit Fachkräfte auf bestehende Vereinbarungen verlässlich zurückgreifen können, die es möglich machen, im Notfall auch ohne direkte Abstimmung zu agieren. Weiterhin erfasst der PICOCC, inwieweit die Fachkräfte wahrnehmen, dass die Hilfe bei den jungen Menschen und ihren Familien tatsächlich ankommt.

¹¹ Eigene Darstellung in Jörns-Presentati und Groen (2023, S. 303).

3 Methodischer Zugang

Abbildung 5 zeigt die formative Evaluation des Projektes „Grenzgänger“, das vier Forschungsstränge umfasst (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 60). Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung in der Modellphase war es, den Prozess der gemeinsamen Hilfeabstimmung zu konzeptualisieren und zu evaluieren. Das Erkenntnisinteresse in der wissenschaftlichen Begleitstudie bestand darin, abzubilden, inwieweit 1) das Projekt die Zielgruppe erreicht, 2) passgenauere, nachhaltigere und wirksamere Hilfen entstehen, 3) sich auf breiter Ebene eine verbesserte subjektive Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation zwischen Jugendämtern, stationären Einrichtungen und Klinik nachweisen lässt und 4) das Format der Fallbesprechung in der Clearinggruppe für eine bessere Abstimmung von Fällen geeignet ist und Fachkräfte während der Fallanalyse vom Austausch der verschiedenen Perspektiven und Expertisen profitieren.



Abbildung 5: Forschungsstränge der Evaluation des Projektes „Grenzgänger“¹²

Zu Beginn des Projektes wurden im Rahmen einer Pretestbefragung jeweils zwei Leitungskräfte aus den beiden Jugendämtern und der Klinik mithilfe von leitfadengestützten Interviews zu ihren konkreten Erfahrungen in der Zusammenarbeit befragt. Es lag ein Augenmerk auf der gemeinsamen Hilfe- bzw. Behandlungsplanung. Im weiteren Verlauf waren die Interviews auf den gemeinsamen Umgang mit schwierigen Fällen ausgerichtet, die den Befragten als besonders herausfordernd in Erinnerung geblieben waren. Im Erhebungszeitraum fanden 17

¹² Eigene Darstellung in Groen und Jörns-Presentati 2018, S. 62.

Treffen statt, an denen jeweils ein bis zwei Fälle der insgesamt 23 Fälle besprochen wurden. Teilnehmende Fachkräfte der Clearinggruppe wurden in regelmäßigen Abständen in Gruppen- und Einzelinterviews und Kurzfragebögen zur interprofessionellen Kooperation und Hilfeabstimmung in der Clearinggruppe befragt. Die Fachkräfte der beteiligten Klinik und der beteiligten Jugendämter wurden mithilfe der Fragebögen PINCOM-Q und PICOCC zur wahrgenommenen Qualität der Kooperation und der gemeinsamen Versorgung von schwierigen Fällen sowohl zu Beginn des Projektes als auch gegen Ende befragt (N = 360).

Abbildung 6 zeigt das Mixed-Methods-Forschungsdesign (Flick, 2017), das der gesamten Evaluationsstudie sowie den Studien zugrunde liegt, die für die vorliegende Dissertation durchgeführt wurden. Analysegegenstand der vorliegenden Arbeit sind die zwei Messinstrumente, mit denen quantitative Daten über die Qualität der interprofessionellen Kooperation im Projekt „Grenzgänger“ erhoben wurden.

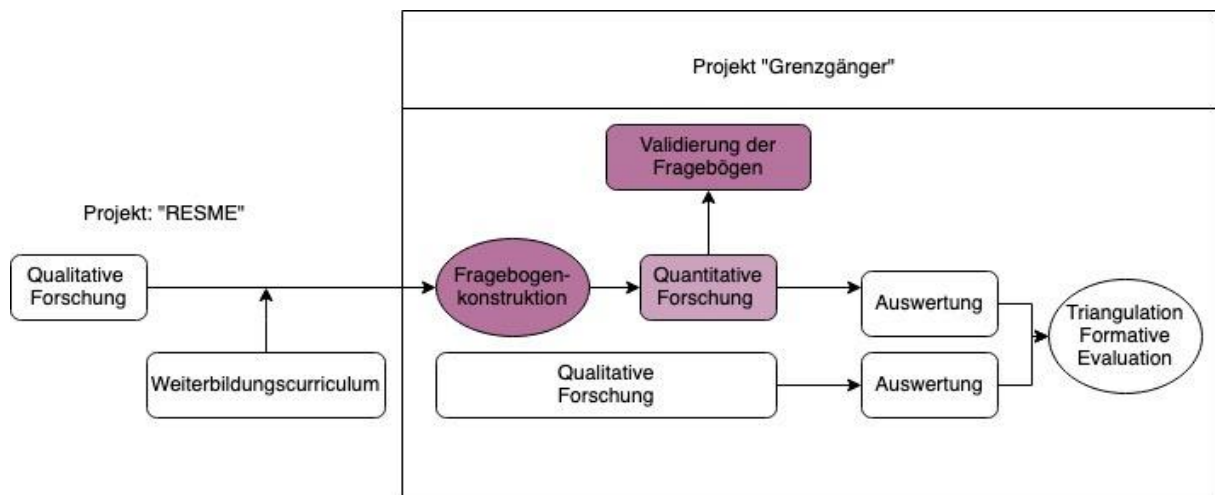


Abbildung 6: Mixed-Methods-Forschungsdesign im Projekt Grenzgänger und die RESME-Vorstudie

Die Arbeit folgt einem Verständnis von „Validierung als Prozess der Sammlung von Validitätsargumenten“, der prinzipiell nie abgeschlossen ist und sich nicht auf eine Eigenschaft des Messinstrumentes bezieht, sondern auf die Gültigkeit oder die Genauigkeit der Messung, die dem Fragebogen zugrunde liegt, und auf die Testwertinterpretation (Hartig et al., 2020, S. 535). Damit sichergestellt ist, dass die Fragebögen das messen, was sie vorgeben zu messen, wurde die Konstruktvalidität der Skalen (Hartig et al., 2020, S. 532) mithilfe einer explorativen Faktorenanalyse (EFA) untersucht. Die EFA ist ein multivariates statistisches Verfahren, das unter anderem dazu eingesetzt wird, Hypothesen über die zugrunde liegende dimensionale Struktur eines Instruments zu generieren (Brandt, 2020, S. 567). Der Ausgangspunkt der EFA ist die Annahme, dass sich hinter einer Menge an manifesten beobachtbaren Variablen, in diesem Falle Items, eine geringere Anzahl von latenten Konstrukten verbirgt, die sich sowohl auf Basis statistischer Berechnung als auch durch theoretische Herleitung aufdecken lassen. Es gab keine Hypothese hinsichtlich der Struktur in dieser Studie, weil der PINCOM-Q zum Zeitpunkt der

Analyse erst zweimal auf seine dimensionale Struktur hin untersucht wurde (Ødegård, 2006; Ødegård & Strype, 2009). Das theoretische Konstrukt des PICOCC ist eindimensional angelegt, das heisst die Skala misst nur ein gemeinsames Merkmal (Moosbrugger & Kelava 2020, S. 318). Es handelt sich jedoch um die erste Überprüfung der Konstruktvalidität. Aus diesem Grund war es angemessen, zunächst eine EFA und anschließend eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchzuführen. Im Rahmen der Interpretationen der Faktorenstruktur beider Fragebögen wurden die erhobenen qualitativen Daten aus den Projekten „Grenzgänger“ und „RESME“ hinzugezogen.

Eine weitere Methode der Konstruktvalidierung ist die konvergente Validität, bei der es um die Frage geht, inwieweit das Messinstrument mit anderen Messinstrumenten korreliert, die dasselbe oder ähnliche Konstrukte messen (Rammstedt, 2010, S. 254). Die theoretisch hergeleitete Hypothese lautete, dass der PICOCC und der PINCOM-Q nicht identische, aber eng verwandte Konstrukte messen und insofern für bestimmte Aspekte ein nomologisches Netz teilen (Hartig et al., 2020, S. 532). Eine weitere Komponente der untersuchten Konstruktvalidität ist die „known-groups validity“ (Rodrigues et al., 2019, S. 3). Diese Form der Validität bezeichnet die Fähigkeit eines Messinstruments, Unterschiede zwischen bekannten unterschiedlichen Gruppen abbilden zu können. Die auf Grundlage des Forschungsstands formulierte Hypothese lautete, dass es Differenzen in der Wahrnehmung der Kooperation unter den Professionen geben würde.

Publikation 1 (siehe Abschnitt 5.1) untersucht die Konstruktvalidität und die Reliabilität der deutschen Version des standardisierten Fragebogens PINCOM-Q (2005, 2006). Erkenntnisleitend ist die Fragestellung: *Welche dimensionale Struktur hat der PINCOM-Q in dieser Stichprobe? Was sagen die Ergebnisse über die Reliabilität des PINCOM-Q (German) aus?*

Publikation 2 (siehe Abschnitt 5.2) beschäftigt sich im ersten Schritt damit, das zu messende Konstrukt der Skala PICOCC zu operationalisieren, inhaltliche Domänen zu spezifizieren und die Item-Entwicklung zu beschreiben. Im zweiten Schritt wird die Validität und internale Konsistenz des PICOCC-Fragebogens untersucht. Die erkenntnisleitenden Fragestellungen lauten: *Inwieweit lässt sich das theoretische Verlaufmodell des PICOCC empirisch bestätigen und inwieweit misst der PICOCC ein eindimensionales Konstrukt (Kooperation in schwierigen Fallverläufen) in dieser Stichprobe? Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten, die der PICOCC und der PINCOM-Q messen? Was sagen die Ergebnisse über die Reliabilität des PICOCC aus?*

Publikation 3 präsentiert Ergebnisse aus der quantitativen Befragung von Mitarbeitenden aus Klinik, Jugendämtern und stationären Jugendhilfeträgern zum erstem Erhebungszeitpunkt im Projekt. Die erkenntnisleitende, auf der Publikation 3 (siehe Abschnitt 5.3) aufbauende Fragestellung lautet: *Inwieweit bestehen Unterschiede in der wahrgenommenen Qualität der allgemeinen interprofessionellen Kooperation und der gemeinsamen Versorgung von schwierigen Fällen?*

3.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Die Fragebogenerhebung wurde mit den Mitarbeitenden in den Einrichtungen zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Grenzgänger“ (05–08/2015) und gegen Ende (11/2016–02/2017) durchgeführt. Über die verantwortlichen Leitungskräfte wurden die Fragebögen an die Mitarbeitenden weiter verteilt, die darum gebeten wurden, die Fragebögen auszufüllen. Die Befragung bestand aus einem gedruckten Fragebogen im Umfang von 72 Fragen, dessen Beantwortung pro Person ca. 10–15 Minuten in Anspruch nahm. Der erste Teil des Fragebogens enthielt Fragen zu Profession, Qualifikation, Berufsfeld und Berufserfahrung. Tabelle 1 präsentiert als Kohorte 1 alle Fachkräfte, die im Rahmen der Interventions- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T1 befragt wurden. Kohorte 1 wurde als Stichprobe für die explorative Faktorenanalysen beider Fragebögen genutzt (Publikationen 1 und 2). Für die konfirmatorische Faktorenanalyse wurde Kohorte 2, die sich aus der Interventions- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T2 zusammensetzt, als Stichprobe verwendet (Publikationen 1 und 2). Publikation 3 bezieht sich nur auf Kohorte 1. Das Sample erfüllt die Mindestkriterien für eine Faktorenanalyse (Bryant & Yarnold, 1995). Im Hinblick auf das Geschlecht, das Alter, die Profession, das Berufsfeld und die Berufserfahrung zeigten sich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 91).

		Kohorte 1 (n = 201)		Kohorte 2 (n = 159)	
		N	%	N	%
Geschlecht					
	Weiblich	149	74.1	110	69.6
	Männlich	48	23.9	48	30.4
Alter					
	> 25	3	1.5	4	2.5
	25–34	53	26.6	41	25.8
	35–44	53	26.6	44	27.7
	45–54	55	27.6	44	27.7
	55–64	34	17.1	25	15.7
	> 64	1	0.5	1	0.6
Organisation					
	KJPP	84	42.2	68	43.0
	Jugendamt	82	41.2	48	30.4
	Stationäre Jugendhilfe	21	10.6	26	16.5
	Sonstige	12	6.0	16	10.1
Profession					
	Soziale Arbeit	97	50.0	70	44.3
	Erzieher:innen	31	16.0	33	20.9
	Pflege	19	9.8	14	8.9
	Psycholog:innen	6	3.1	4	2.5
	Psychotherapeut:innen	19	9.8	16	10.1
	Psychiater:innen	12	6.2	9	5.7
	B.A./M.A. Erziehungswissenschaft	4	2.1	2	1.3
	Sonstige	6	3.1	10	6.3
Berufserfahrung (Jahre)					
	> 5	41	21.1	31	19.7
	5–9	36	18.6	32	20.4
	10–20	70	36.1	57	36.3
	> 20	54	24.2	47	23.6

Tabelle 1: Übersicht der Stichprobenverteilung

3.2 Messinstrumente

Zur Erfassung der Qualität der allgemeinen interprofessionellen Kooperation wurde der PINCOM-Q in einem mehrstufigen Prozess vom Englischen ins Deutsche übersetzt. Im Rahmen der Überprüfung der Inhaltsvalidität ergab sich, dass alle 48 Items in die deutsche Version des PINCOM-Q (German) aufgenommen wurden. Der PINCOM-Q basiert auf der theoretischen Annahme, dass über die drei Bereiche Organisation, Gruppe und Individuum insgesamt 12 Faktoren als zentrale Aspekte in der Zusammenarbeit von Fachkräften wahrgenommen werden. Alle drei Bereiche werden mit jeweils 16 Items und vier Subskalen zu je vier Items abgebildet. Einzelne Aussagen über die Kooperation können auf einer siebenstufigen Likert-Skala mit wechselnder Polung beurteilt werden (siehe Publikation 1). Zur Erfassung der Kooperation im Umgang mit besonders schwierigen Fällen und der gemeinsamen Abstimmung von Hilfen wurde der PICOCC zum ersten Mal eingesetzt. Die Skala umfasst 13 Items und die einzelnen Aussagen werden ebenfalls auf einer siebenstufigen Likert-Skala beurteilt. Ein niedrigerer Gesamtscore repräsentiert in beiden Fragebögen eine positivere Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation (siehe Publikation 2).

3.3 Datenauswertung

Die erhobenen quantitativen Daten wurden mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics erfasst, aufbereitet und analysiert (BM SPSS Statistics for Windows, 2019). Die explorative Faktorenanalyse (EFA) und die Reliabilitätsanalyse wurden unter der Verwendung derselben Software überprüft. Das Kaiser-Kriterium und der Scree-Plot waren die zwei Verfahren für die Bestimmung der Faktorenzahl. Entsprechend der theoretisch hergeleiteten Annahme, dass die Faktoren korreliert sein würden, wurde ein schiefwinkliges Rotationsverfahren, die Promaxrotation, durchgeführt (Brandt, 2020). Zur Validierung der Skala wurde weiterhin eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) mit der Software R durchgeführt (Rosseel, 2012). Für die Realibilitätsprüfung diente Cronbachs Alpha. Für die Auswertung in Publikation 3 wurden übliche Verfahren der deskriptiven Statistik und der Interferenz-Statistik (Chi-Quadrat, t-Test, multivariate Varianzanalysen) in SPSS verwendet.

4 Publikationen

Im Folgenden werden die drei bereits veröffentlichten Publikationen in der Originalfassung präsentiert.

4.1 Publikation 1

Publikation 1 ist als Open-Access-Publikation im *International Journal of Integrated Care* (IJIC), einer einschlägigen englischsprachigen Onlinefachzeitschrift erschienen. Das Journal richtet sich an ein multidisziplinäres Fachpublikum mit einem Schwerpunkt auf den internationalen Vergleich integrierter Versorgungsansätze. Der Fachzeitschriftenartikel wurde in einem Peer-Review-Verfahren begutachtet. Es handelt sich hierbei um eine gemeinsame Veröffentlichung mit Prof. Dr. Gunter Groen als Leiter des Projektes „Grenzgänger“ und Prof. Dr. Atle Ødegård, dem Urheber des PINCOM-Q. Die Publikation wurde eigenständig angefertigt. Beide Mitautoren kommentierten eine finale Version. Ebenso wurden die minimalen Überarbeitungen im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens eigenständig durchgeführt.

Die Publikation wurde am 02.12.2020 eingereicht, am 15.10.2021 angenommen und am 27.10.2021 in der Onlinefachzeitschrift veröffentlicht. Der Beitrag ist im Original zu zitieren als:

Jörns-Presentati A., Groen G. & Ødegård, A. (2021). Psychometric Properties of the German Version of the Perception of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q). International Journal of Integrated Care, 21(4): 3, 1–13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5660>



Psychometric Properties of the German Version of the Perception of Interprofessional Collaboration Model- Questionnaire (PINCOM-Q)

RESEARCH & THEORY

ASTRID JÖRNS-PRESENTATI 

GUNTER GROEN 

ATLE ØDEGÅRD 

*Author affiliations can be found in the back matter of this article

]u[ubiquity press

ABSTRACT

Objective: The Perception of Interprofessional Collaboration-Model Questionnaire (PINCOM-Q) measures professionals' perceptions of interprofessional collaboration in the field of child and youth mental health. The aim of this study was to validate the PINCOM-Q in a sample of German child welfare and child and youth mental health professionals.

Methods: The PINCOM-Q was translated into German and its underlying factor structure was examined using exploratory and confirmatory factor analysis.

Results and discussion: Findings from this study suggest four factors (Interprofessional Climate, Conflict, Role Expectancy and Shared Goals, and Motivation) capture the concept of perceptions of interprofessional collaboration between child welfare and child and adolescent psychiatry.

Conclusion: The use of PINCOM-Q (German) can be recommended as a research tool, investigating professional groups working with children and young people with multiple and complex needs.

CORRESPONDING AUTHOR:

Prof. Dr. Gunter Groen

Hamburg University of Applied
Sciences, Alexanderstr. 1,
20099 Hamburg, Germany

gunter.groen@haw-hamburg.de

KEYWORDS:

child welfare; child and
adolescent psychiatry;
interprofessional collaboration;
validation; measurement

TO CITE THIS ARTICLE:

Jörns-Presentati A, Groen
G, Ødegård A. Psychometric
Properties of the German
Version of the Perception of
Interprofessional Collaboration
Model-Questionnaire
(PINCOM-Q). *International
Journal of Integrated Care*,
2021; 21(4): 3, 1–13. DOI:
[https://doi.org/10.5334/
ijic.5660](https://doi.org/10.5334/ijic.5660)

INTRODUCTION

Interprofessional collaboration (IPC), defined as “the process in which different professional groups work together to positively impact health care” [1], is a common and promising approach in the field of child and youth mental health [2]. Studies show that the beneficial effects of psychotherapy on youth mental health are moderate in magnitude and only relatively durable [3]. Other services geared to addressing the multitude of risk factors that contribute to mental health problems [4] are often also needed in the treatment process, including child and youth welfare services. It is estimated that about 50% of children and young people in the child welfare system and 75% of children living in residential care have complex mental health issues [5]. Gaps in mental health care provision have been reported in particular for the residential care population, who tend to exhibit even more severe emotional and behavioural problems [6, 7]. Interagency collaboration between child welfare and mental health services has been shown to reduce care fragmentation, improve mental health outcomes, and increase service user engagement and satisfaction [8, 9]. Increasing attention is therefore placed on forging interprofessional collaboration between the different professional groups working with children and young people with complex mental health needs who also receive support from welfare services. However, as research on IPC is in a relatively early stage of development, there is a need for measurement tools that can generate empirical evidence on a larger scale to inform the international practice and policy debate about integrated care for children with multiple and complex needs [10–12].

The Perception of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q) is a self-measurement tool developed by Ødegård [13, 14] with the purpose of measuring professionals’ perceptions of IPC in the field of child and youth mental health. The underlying assumption of the instrument is that professionals are attuned to key aspects of IPC most salient to them based on their experiences. It is suggested that PINCOM-Q can contribute to exploring shared perceptions or differences in perceptions among professionals in interprofessional groups and/or changes of perceptions over time [14, 15]. The scale consists of three dimensions, related to the individual, the group, and the organization. Each of these dimensions is respectively associated with four constructs (see **Figure 1**). The PINCOM-Q conceptualizes IPC as a broad concept and measures antecedents and processes. Two studies have examined the construct validity of the PINCOM-Q. Ødegård [14] used the scale with a sample of 134 professionals working in primary care, specialist mental health services and elementary schools and arrived at a revised 28-item scale with a six-factor structure. Strype et al. [16] used only items

related to perceptions at the individual and at the group level with a sample of 157 members of local youth crime prevention committees and developed an 18-item scale with a three-factor structure. In both studies, the largest subscale (Interprofessional Climate/Group Climate) was composed of items describing social support and communication, which have both been shown to be central aspects of teamwork [17].

AIMS

The main aim of the current study was to assess the underlying factor structure of the PINCOM-Q in a sample of professionals working in child welfare and child and adolescent psychiatry (CAP) in Germany. To our knowledge, no German version of the PINCOM-Q exists to this date. The specific aims were to a) translate the instrument into German and b) examine psychometric properties of the German version of the PINCOM-Q, using exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). A culturally validated version of the PINCOM-Q could serve as a valuable contribution to the research field.

METHOD INSTRUMENT

The development of PINCOM-Q was partly based on the results of a qualitative research study examining professionals’ perceptions of IPC in the child and youth mental health field in Western Norway [13, 14]. The scale further builds theoretically on the basic tenants of attribution theory and organisational psychology and measures perceptions of individual, group, and organisational aspects of IPC. At the individual level items represent the constructs personal motivation, role expectations, personality style, and professional power. The constructs at the group level are leadership, communication, coping and social support. At the organizational level the constructs are organizational culture, organizational aims, organizational domain, and organizational environment. Each construct consists of four items, in the following referred to as a, b, c, d. The questionnaire consists of 48 items and statements are rated on a seven-point Likert scale, ranging from strongly agree to strongly disagree. PINCOM-Q has been employed in different settings with a number of different professions and shows high external validity [15, 18, 19]. A recent systematic review of IPC measurement tools for interprofessional health and social care teams demonstrated the usefulness of the PINCOM-Q with regard to its psychometric properties and usefulness in the field of children’s services [20].

Data for the present study were collected within a larger mixed-methods study [21], examining the impact of a practice-based intervention on collaboration between child welfare and CAP in Northern Germany. A

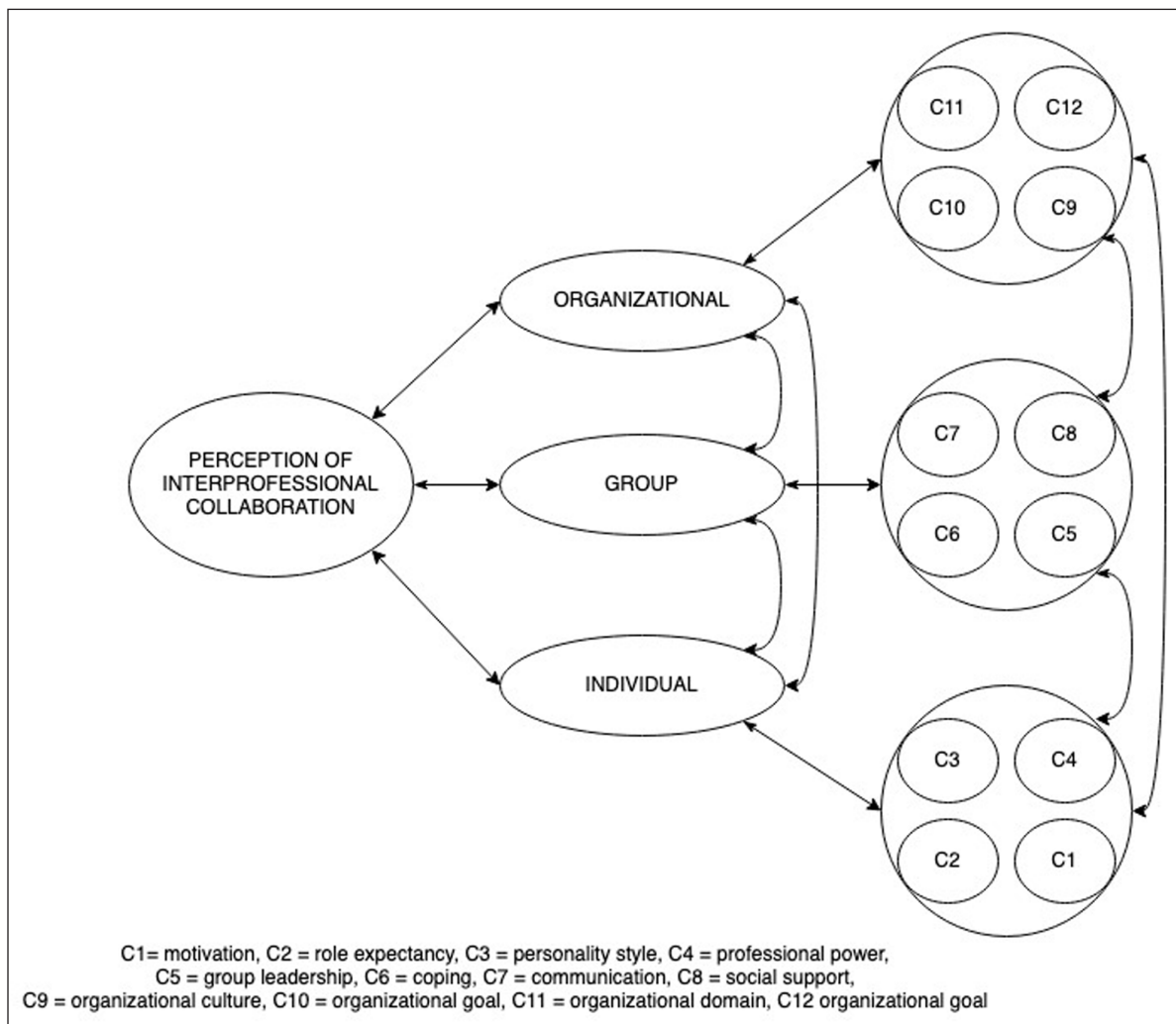


Figure 1 Perception of Interprofessional Collaboration Model [14].

subsection of demographic questions inquiring about the participant’s professional background and years of work experience was included, along with a 12-item perception of interprofessional collaboration scale for children with complex mental health and social care needs, which we developed based on PINCOM-Q. This scale has not been validated yet.

TRANSLATION AND CULTURAL ADAPTION PROCESS

Permission to use the PINCOM-Q was obtained from the originator. The cultural adaption process followed established guidelines [22]. Two independent forward translations of the original English version of PINCOM-Q into German were carried out by a native-English speaking professional translator with no relevant knowledge about IPC and a first language German speaker with bilingual proficiency and experience in the mental health and social care field. Issues arising in the translation process were discussed and resolved with the first and second author. A German native speaker professionally translated the final German version back into English. All translations were subsequently submitted to a panel consisting of senior faculty members specialized in child

welfare, experienced child mental health practitioners, and the first and second author. Conceptual equivalence of each item was again examined and discussed.

It was agreed between the translation and expert panel to retain all the 48 items of the original PINCOM-Q. One item was rephrased: “Some professionals supply the premises in interprofessional groups” on the subscale Professional Power was slightly modified to “Some professionals determine the underlying assumptions in interprofessional groups” to avoid ambiguity in the meaning of the word “premises”. The word “plan” used in two of the four items describing the construct Organizational Aims (“Interprofessional collaboration is well described in their plans” and “I am familiar with the plans of the other organizations”) was not translated literally (Plan), but we used the word “Leitbild” to refer to the overall concept underlying collaborative care planning, which is semantically closer to “mission statement”. Thirteen items were reverse coded, and all items were placed in random order on the questionnaire.

DATA COLLECTION

Paper and pencil version of the PINCOM-Q were distributed at project meetings and sent by post to two

youth welfare offices, two public child and youth welfare agencies, and to one child and adolescent psychiatric hospital. The study employed a semi-experimental design and therefore a second convenience sample of participant data was collected in equivalent institutions in a neighbouring municipality. The purpose of the study was explained on the first page of the questionnaire and participants were asked to evaluate the interprofessional collaboration between child welfare and CAP based on their experiences. Participation was voluntary and all study participants gave written consent. Ethical approval was attained from all partaking institutions.

MISSING VALUES

Items with the highest percentage of missing values were “Interprofessional collaboration is well described in their plans” (16.1%, $n = 56$), “Interprofessional work is an area of priority in the other organizations” (10.8%, $n = 39$), and “The other services have definite and clear aims regarding interprofessional collaboration” (7.5%, $n = 27$). Missing data for these three items was equally distributed between both cohorts and across professional backgrounds. All three items belonged to the construct Organizational Aims, which was excluded for further analysis. The average percentage of missing values for the remaining 44 items was 1.14% and the responses appeared to be missing completely at random.

STATISTICAL ANALYSES

The Statistical Package for Social Sciences [23] software was used to calculate descriptive statistics, internal consistency, and to carry out exploratory factor analysis. We used Cronbach’s alpha coefficients $> .70$ as a cut-off for an acceptable level of reliability [24] and excluded subscales with scores $< .50$ from factor analysis. The alpha coefficients of the subscales Motivation, Role Expectancy, Personal Style, Professional Power, Coping, Communication, Social Support, Organizational Culture, and Organizational Domain ranged between $.55$ and $.72$, indicating modest to good reliability. The subscales Group Leadership ($\alpha = .22$) and Organizational Environment ($\alpha = .20$) showed low reliability and were excluded. The relevance of the construct Group Leadership may have suffered due to the lack of a proximal work group [25] in the collaborative practice between CAP and child welfare services in our sample, where IPC is rather consultative in nature. We retained 36 parameters for analysis and therefore fulfilled the suggested 5 observations per item, and the minimum of 100 observations in total [26].

To determine if our material was appropriate for factor analysis, we used the Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy [27] with a cut off of ≥ 0.5 . Our method of extracting factors was principal axis factoring (PAF), as our aim was to explore the underlying structure of the PINCOM-Q in a German sample [28]. Factor retention decisions were based on Kaiser’s criterion that

eigenvalues be > 1.0 (Nunnally, 1978), and an examination of the scree plot [29]. We retained only factors with no less than three items [30]. Items with loadings weaker than $.40$ and items that loaded $\geq .40$ simultaneously on more than one factor were removed one by one. Confirmatory factor analysis was carried out using lavaan version 0.6–6 [31] in R version 4.0.2 [31]. We used maximum likelihood estimation with robust standard errors and a Satorra-Bentler scaled test statistic (MLM). Model fit was determined with the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker Lewis Index (TLI), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), the Akaike’s information criterion (AIC), the Bayesian information criterion (BIC), and the Standardized Root Mean Residual (SRMR). For the CFI and TLI, 0.90 is considered the cut off for an adequate and ≥ 0.95 for a close fit of the model [32]. In comparison, a model with a lower score for the AIC and BIC is the preferred model. For the RSMEA a value of ≤ 0.05 was considered a close fit and for the SRMR a value of ≤ 0.08 indicated an acceptable model [32].

RESULTS

PARTICIPANT CHARACTERISTICS

Of the 360 respondents, 64.1% were social workers or child welfare workers, of which around 90% were employed in the child welfare sector. Mental health professionals (nurses, psychologists, psychotherapists, and psychiatrists) made up 27.5% of the entire sample and all of them were employed in the child and adolescent psychiatric hospital. Sixty-three percent of all participants had more than 10 years of experience, and 28% more than 20 years of relevant professional experience. **Table 1** shows detailed characteristics of the two study samples.

EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS

Thirty-six of the original 48 items of PINCOM-Q were subjected to an exploratory factor analysis. The adequacy of our sample was verified ($KMO = .849$) and a significant Bartlett’s test of sphericity $X^2(630) = 2369.56$, $p < .01$ indicated that data were suitable for factor analysis. The initial examination of the eigenvalues and the scree test indicated a four, five or six factor solution. A clean six-factor structure emerged after the removal of eleven items with loadings weaker than $.40$ and one cross-loaded item (“Everybody knows the area of responsibility of the other professionals”). Factor 6 consisted only of two items “Some professionals lack openness and do not participate much in interprofessional groups” and “Interprofessional collaboration calls for an openness of mind and not all professionals are able to live up to that” of the PINCOM-Q subscale personality style. Both items had high loadings ($.81$ and $.83$), and factor six showed a low but acceptable level of reliability ($\alpha = .61$). We extracted a five-factor model to see if these two items

		COHORT 1 (N = 201)		COHORT 2 (N = 159)	
		N	%	N	%
Gender					
	Female	149	74.1	110	69.6
	Male	48	23.9	48	30.4
Age					
	under 25	3	1.5	4	2.5
	25–34	53	26.6	41	25.8
	35–44	53	26.6	44	27.7
	45–54	55	27.6	44	27.7
	55–64	34	17.1	25	15.7
	>64	1	0.5	1	0.6
Organisation					
	Child and adolescent psychiatry	84	42.2	68	43.0
	Child and youth welfare office	82	41.2	48	30.4
	Child and youth welfare services	21	10.6	26	16.5
	Other	12	6.0	16	10.1
Profession					
	Social worker	97	50.0	70	44.3
	Child welfare worker	31	16.0	33	20.9
	Nurse	19	9.8	14	8.9
	Psychologist	6	3.1	4	2.5
	Psychotherapist	19	9.8	16	10.1
	Psychiatrist	12	6.2	9	5.7
	B.A./M.A. Education	4	2.1	2	1.3
	Support worker	6	3.1	10	6.3
Work experience					
	under 5 years	41	21.1	31	19.7
	5–9 years	36	18.6	32	20.4
	10–20 years	70	36.1	57	36.3
	>20 years	54	24.2	47	23.6

Table 1 Participant Characteristics.

would group to one of the other five components and the requirement of at least three items loading above .40 would be fulfilled. This model explained 58.48% of the variance in the data and is shown in **Table 2**.

Factor 1 explained 27.38% percent of the variance and was composed of seven items with loadings ranging between .60 and .75. It was composed of the original subscale Social Support, with two items related to Communication and one item to Coping. The item with the highest loading was “I find that I am appreciated by other professionals in the interprofessional groups I participate in”. Factor 2 explained 12.93% of the variance and item loadings ranged between .64 and .81. Three

items derived from the subscales Professional Power and two from Personality Style, with the highest loading item being “Some professionals act in ways that make interprofessional collaboration difficult”.

Factor 3 explained 7.29% of the variance and loadings ranged between .59 to .82. Factor 3 was composed of five items, of which three pertained to Role Expectation, one to Organizational Domain, and one to the construct Communication. The item with the highest loading was “In most of the interprofessional groups I participate in, we agree about priorities” (Coping). Factor 4 consisted of four items and explained a variance of 5.88%, with item loadings ranging between .59 and .81. The two items

CRONBACH'S ALPHA COEFFICIENT		.81	.79	.74	.60	.53	CRONBACH'S ALPHA IF ITEM DELETED
SUBSCALE/ITEM		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	
1	Social Support a	.71					.78
2	Social support b	.67					.78
3	Social support c	.75					.77
4	Social support d	.60					.80
5	Communication a	.72					.78
6	Communication d	.67					.79
7	Coping a	.67					.78
8	Professional power a		.81				.73
9	Professional power b		.68				.74
10	Professional power c		.59				.80
11	Professional power d		.76				.76
12	Personality style a		.76				.75
13	Personality style d		.64				.78
14	Role expectancy c			.82			.68
15	Role expectancy d			.73			.63
16	Organization domain b			.72			.62
17	Coping c			.63			.69
18	Communication b			.60			.72
19	Organizational culture a				.82		.57
20	Organizational cultured				.64		.59
21	Organization domain a				.61		.40
22	Organization domain d				-.59		.51
23	Motivation a					.75	.37
24	Motivation b					.66	.48
25	Motivation d					.61	.45
26	Role expectancy a					.55	.51
(Cumulative Contribution (%))		27.38%	40.31%	47.60%	53.48%	58.48%	

Table 2 Exploratory factor analysis of a five-factor model of the German PINCOM-Q.

with the highest loadings were “The organizations are characterized by the wish to work interprofessionally” (Organisation Culture) and “We (employees) are encouraged to promote new ways of working in interprofessional groups” (Organizational Culture). Two items related to the importance of knowing relevant laws, regulations, and responsibilities (Organizational Domain). The smallest factor explained a variance of 5.0% and contained three items of the subscale Motivation and one item of the subscale Role Expectancy (“I always have clear goals when I work interprofessionally”). Item loadings ranged between .55 and .75 and the highest loaded item was “I find working in interprofessional groups valuable”.

CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS AND INTERNAL CONSISTENCY

After conducting exploratory factor analysis, we calculated Cronbach’s alpha for each of the five subscales of the PINCOM-Q (German). The cut off for good reliability (≥ 0.70) was met by three factors. Factor 1 Interprofessional Climate had a Cronbach’s alpha coefficient of 0.81, and factor 3 Role expectancy and Shared Goals had a value of 0.76. Deleting the item “Sometimes I am not able to present my perspectives because other high status professionals talk all the time” increased the value for factor 2 to .80. Cronbach’s alphas for factor 4 Organizational Culture ($\alpha = .60$) and factor 5 Motivation ($\alpha = .53$) indicated modest reliability.

We subjected the final 25-item five-factor model to a strict confirmatory factor analysis, without allowing any correlated errors in our modelling. The model fit indices nearly fulfilled all criteria for good model fit: $\chi^2(300) = 760.200, p < .01$; RMSEA = 0.032 (90% CI, 0.032; 0.058); CFI = 0.95; TLI = 0.95; SRMR = 0.085; AIC = 6366.016; BIC = 6323.287. As shown in **Figure 2**, loadings ranged between .36 and .84, which is acceptably high. Factor 4 Organizational Culture showed a very high covariance with Factor 1 Interprofessional Climate ($r = .87, p < .0001$) and Factor 5 Motivation ($r = .94, p < .0001$), indicating that the constructs exhibited insufficient discriminant validity [33].

Modification indices suggested moving item 19 “The organizations are characterized by the wish to work interprofessionally”, and item 20 “We (the employees) are encouraged to promote new ways of working in interprofessional groups” from factor 5 Organizational Culture to factor 1 Interprofessional Climate. We deemed merging factor 5 and factor 1 theoretically justifiable and tested an alternative four-factor model. As shown

in **Figure 3**, factor 1 Interprofessional Climate consisted in this model of ten items. We added item 19, 20 and 21 (“Laws and regulations are relatively well known by all the professionals in interprofessional groups”) but dropped item 43 (“We need to inform each other about our area of responsibility”), as this increased Cronbach’s alpha to .81. The final overall Cronbach alpha was .85, showing good internal consistency of the PINCOM-Q (G).

DISCUSSION

In this study, we present psychometric properties of the first German translation of the Perception of Interprofessional Collaboration-Questionnaire (PINCOM-Q). We arrived at our version of the PINCOM-Q (German), as shown in **Table 3**, following EFA and CFA using a sample of professionals collaborating at the intersection of child welfare and CAP. Our initial results suggested a five-factor structure, but due to high covariance between factors we merged factor 4 and

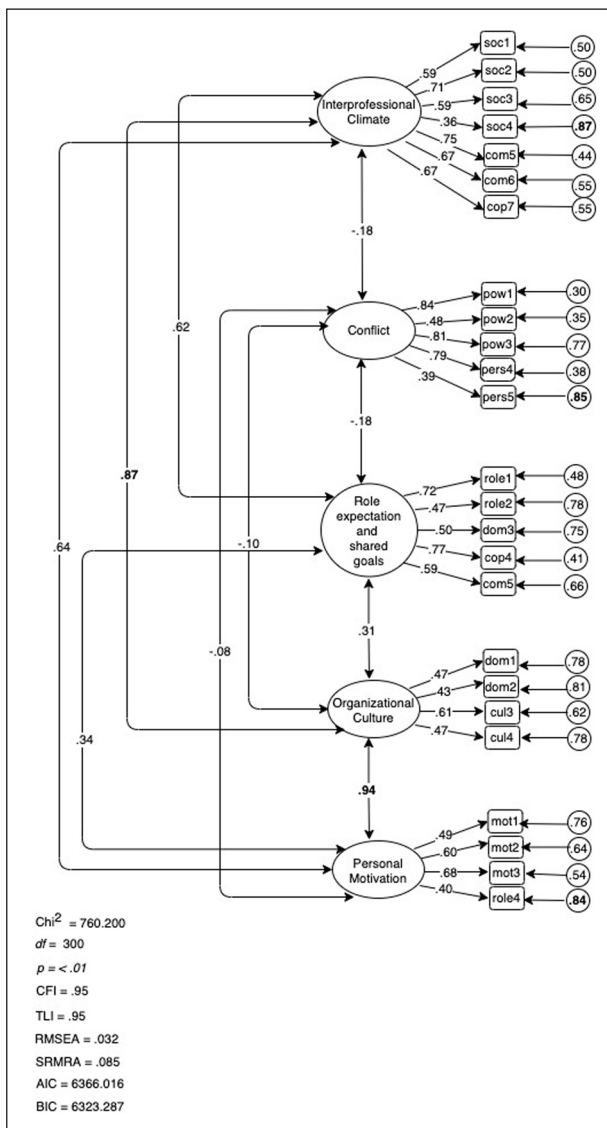


Figure 2 Five-Factor Model of the PINCOM-Q (G).

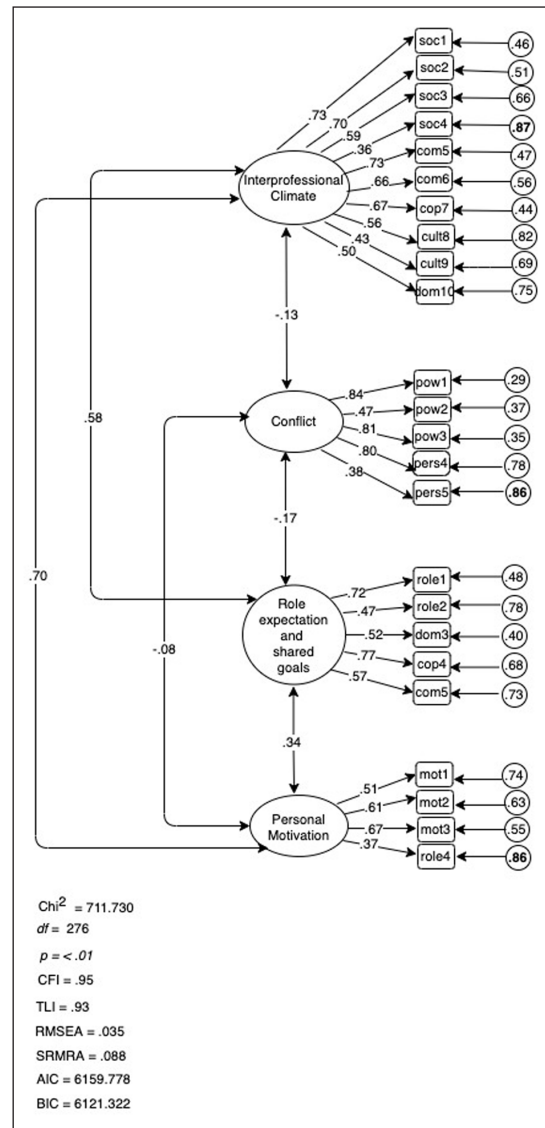


Figure 3 Four-Factor Model PINCOM-Q (G).

		CRONBACH'S ALPHA
Subscale 1	Interprofessional climate	$\alpha = .81$
1	I experience that I can get help and social support from the other professionals in the interprofessional groups I participate in	
2	I find that other professionals in the interprofessional collaboration groups I participate in, are willing to listen to me if I have problems	
3	I find that I am appreciated by other professionals in the interprofessional groups I participate in	
4	I have almost never found that other professionals do not understand what I am trying to express and/or report	
5	I get relevant feedback on my contributions in the interprofessional groups I participate in	
6	Professionals are good at exchanging information with each other about how they work	
7	We almost always solve the defined problems in the interprofessional group	
8	The organizations are characterized by the wish to work interprofessionally	
9	We (the employees) are encouraged to promote new ways of working in interprofessional groups	
10	Laws and regulations are relatively well known by all the professionals in interprofessional groups	
Subscale 2	Conflict	$\alpha = .80$
1	Some professionals dominate the interprofessional meetings with their professional viewpoints*	
2	Some professionals determine the underlying assumptions in interprofessional groups	
3	Occasionally interprofessional groups do not work because some professionals dominate the meetings*	
4	Some professionals act in ways that make interprofessional collaboration difficult*	
5	Interprofessional collaboration calls for openness of mind and not all professionals are able to live up to that*	
Subscale 3	Role expectancy and Shared Goals	$\alpha = .76$
1	My experience is that our roles are always clearly defined	
2	I experience that my area of responsibility is clearly defined when I work in interprofessional groups	
3	Everybody knows their area of responsibility	
4	In most of the interprofessional groups I participate in, we agree about priorities	
5	In the interprofessional groups I participate in, exchange of information is never a problem	
Subscale 4	Motivation	$\alpha = .53$
1	I find working in interprofessional groups valuable	
2	I get to use my creativity and imagination when I work in interprofessional groups	
3	I experience personal growth when I work in interprofessional groups	
4	I always have clear goals when I work interprofessionally	
Total: 24 items		$\alpha = .85$

Table 3 PINCOM-Q (G) Items and Subscales.

* Reverse coded.

factor 1 to yield a four-factor structure, which was eventually confirmed to be the best fit for our data. The PINCOM-Q (G) therefore shows very promising results in regard to measuring perceptions of interprofessional collaboration in a German-speaking sample.

However, a few limitations apply. Discriminant and convergent validity are core elements of construct validation and should be investigated in future studies. Furthermore, in our analysis we reduced the original 48

items of the PINCOM-Q quite drastically to 24 items. This may have had a negative effect on content validity. Prior validation studies of the PINCOM-Q [14, 16] arrived at similarly trimmed versions and we therefore consider this acceptable, in terms of parsimony. This is the first attempt of a German translation of PINCOM-Q and we recommend that future studies undertake further steps of cross-cultural validation, such as conducting individual cognitive interviews with professionals that

focus on evaluating each item thoroughly in regard to comprehensibility, conceptual equivalence, and practical usefulness.

The PINCOM-Q (G) showed overall satisfying internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of .85. Coefficient scores for the subscales were above the recommended .70 cut off [30] for factor 1 ($\alpha = .81$), factor 2 ($\alpha = .80$) and factor 3 ($\alpha = .76$), while factor 4 showed rather low reliability ($\alpha = .53$). The results of our study are further indication that PINCOM-Q (G) is a reasonably valid and reliable tool to measure perceptions of IPC in the field of child and youth mental health. However, it is worth noting that reliability is dependent on context and not an inherent quality of the measurement [34]. We used a small and possibly not entirely representative convenience sample, however, it was justified for use with an exploratory and confirmatory analysis.

INTERPROFESSIONAL CLIMATE

Our largest subscale replicates the social support/communication items of the Interprofessional/Group Climate dimension reported in previous validation studies [14, 16]. In our study four additional items describing perceived effectiveness, organizational support and mutual awareness of systemic determinants of the specific IPC context also loaded on factor 1. This finding is unique as it captures organizational and group dimensional aspects in the construct underlying the dimension Interprofessional Climate. A strong correlation between the organizational dimension and the group dimension of the PINCOM-Q has been reported before in a sample of youth mental health professionals in Canada [18] and organisational support has been found to be associated with specialized mental health teams [35]. From a conceptual point of view, it is reasonable to think that organizational support is critical for the interprofessional climate in working with children and young people with complex needs. IPC between child welfare and CAP frequently occurs in extreme situations, for example, if a child experiences serious family conflicts involving child protection and mental health services or a young person living in a residential group home is in a severe crisis that requires safety monitoring and psychiatric assessment. Professionals therefore often have to make decisions on the fly due to a high degree of urgency, complexity and unpredictability [36] of problems and need a strong organisational back up.

CONFLICT

We labelled our second subscale "Conflict" as it describes the lack of openness and professional power as two different causes for contention in IPC. There is substantial evidence in the literature that IPC between social workers and medical professionals can be perceived as conflictual due to the fact that social work has traditionally been

assigned the role of an ancillary profession to psychiatry [11, 37]. Unrelated to professional power, conflict may arise if professionals have negative perceptions about each other due to mistrust, stereotypes or low expectations as shown by Widmark et al. [38] in their study of social representations of IPC in the welfare sector. Results of our initial EFA indicated that a lack of openness resonated strongly with professionals in our sample and it may therefore be worth generating more items describing openness to different perspectives or openness to change, which have been shown to be relevant for IPC in general [39], and in particular with regard to young people in residential care [40].

ROLE EXPECTATION AND SHARED GOALS

The third subscale is unique to our validation study and we labelled it "Role Expectation and Shared Goals". Interprofessional working relationships benefit from a clear distribution of roles and responsibilities among professionals with strong professional identities [41]. However, the items of this subscale relate to both, professional identification ("My experience is our roles are always clearly defined") and team identification ("In most of the interprofessional groups I participate in, we agree about the priorities"). Kebe et al. (2020) refer to this as multifocal identification, which they found to be a factor associated with IPC in specialized mental health care teams and primary mental health care teams in their study [35]. Furthermore, professionals considered the successful exchange of information important in the division of responsibilities, suggesting that knowledge integration, a concept that "involves the development of a relational dynamic in which professionals influence each other in analysing the situations encountered, and in articulating a shared vision and plan of action" [35] is a relevant component of developing shared goals.

MOTIVATION

The fourth factor labelled "Motivation" was reported in both prior validation studies [14, 16] and replicates items of the original construct, and one additional item "I always have clear goals when I work interprofessionally". This makes conceptual sense as it has been shown that IPC can have negative impacts, such as an increased workload [2] or putting professionals under additional stress [42]. A clear vision of the potential benefits can increase motivation, commitment, and willingness to collaborate.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE AND FUTURE RESEARCH

Our goal was to provide a useful tool to German speakers investigating perceptions of IPC at the intersection of the child welfare and child mental health system. Given that previous research has shown that professionals working at the intersection of child welfare and child

mental health face similar challenges across cultures [11], we assume that our study also has merit for the international community. The psychometric properties of the German version of the PINCOM-Q are comparable to the English language version of the scale. As the original version of the scale has only been validated in a Norwegian context, future validation studies of the PINCOM-Q should use English-speaking samples to add to the conceptualization of IPC as a construct.

Our data suggests that professionals perceived the relational quality of IPC to be the central element of their collaborative practice. This finding is in line with recent international qualitative research showing that professionals working with children with complex needs across settings and disciplinary background emphasize the importance of mutual understanding, shared thinking, and familiarity with other professionals [2, 10, 43]. Further studies should therefore build on our results and use the scale to measure changes of perceptions of IPC over time that may indicate effects of longer-term practice-based IPC interventions, such as interprofessional education or joint care planning.

To further the conceptual clarity of the Interprofessional Climate dimension of the PINCOM-Q (G), we suggest that future studies examine the relationship between the PINCOM-Q and the Team Climate Inventory developed by Anderson and West [25] to see if there is an underlying connection with the construct “Participative Safety”. The emphasis on a positive work environment as a necessary condition for shared decision-making seems relevant as Rousseau et al. [18] reported a moderate correlation between the PINCOM-Q and an adapted version of the Decisional Conflict Scale. This may indicate that creating an atmosphere that allows shared-decision making is an aspect of the construct Interprofessional Climate and a component of the nomological network surrounding the PINCOM-Q [44].

CONCLUSION

This study contributes to the interprofessional measurement literature by adding to the construct validation process of a tool that has already been established. Findings from this study suggest a four-factor structure of the PINCOM-Q (G) and the translation into German was successful. The tool can therefore be considered a valid and reliable instrument for assessing professionals' perceptions of IPC with children and young people with complex needs.

REVIEWERS

Tonelle Handley, Centre for Rural and Remote Mental Health, University of Newcastle, Australia.

Dr Helena Van den Steene, UKJA, afdeling Jonge Kind en Gezin, Ziekenhuisnetwerk Antwerpen and Universiteit Antwerpen, Vakgroep CAPRI – Jeugd, Belgium.


COMPETING INTERESTS

The authors have no competing interests to declare.

AUTHOR AFFILIATIONS

Astrid Jörns-Presentati  orcid.org/0000-0002-5846-4321
Faculty of Business and Social Sciences, University of Applied Sciences, Hamburg, Germany

Prof. Dr. Gunter Groen  orcid.org/0000-0001-9947-8722
Faculty of Business and Social Sciences, University of Applied Sciences, Hamburg, Germany

Prof. Atle Ødegård, PhD  orcid.org/0000-0002-9705-1327
Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Specialized University of Logistics, Norway;
Nordland Research Institute, Norway

REFERENCES

1. **Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M.** Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jun 22 [cited 2020 Jul 27]; 2017(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481564/>.
2. **Cooper M, Evans Y, Pybis J.** Interagency collaboration in children and young people's mental health: a systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*. 2016 May; 42(3): 325–42. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
3. **Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Vaughn-Coaxum RA, Ugueto AM, Eckshtain D,** et al. Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*. 2019; 14(2): 216–37. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>
4. **Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P.** Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*. 2007 Apr 14; 369(9569): 1302–13. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
5. **Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S,** et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*. 2016 Feb; 95(7): e2622. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
6. **Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y,** et al. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a

- national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004 Aug; 43(8): 960–70. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
7. **Stanley N, Riordan D, Alaszewski H.** The mental health of looked after children: matching response to need. *Health & Social Care in the Community*. 2005 May; 13(3): 239–48. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00556.x>
 8. **Bai Y, Wells R, Hillemeier MM.** Coordination between child welfare agencies and mental health providers, children's service use, and outcomes. *Child abuse & neglect* [Internet]. 2009 Jun [cited 2020 Nov 23]; 33(6): 372–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694225/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.10.004>
 9. **Hurlburt MS, Leslie LK, Landsverk J, Barth RP, Burns BJ, Gibbons RD,** et al. Contextual Predictors of Mental Health Service Use Among Children Open to Child Welfare. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(12): 1217–24. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1217>
 10. **Nooteboom LA, Mulder EA, Kuiper CHZ, Colins OF, Vermeiren RRJM.** Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* [Internet]. 2020 May 18 [cited 2020 Nov 21]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01049-8>
 11. **Timonen-Kallio E.** Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: a cross-country study in six European countries. *European Journal of Social Work* [Internet]. 2019 Nov 2 [cited 2020 Nov 22]; 22(6): 947–60. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441135>
 12. **Van den Steene H, van West D, Peeraer G, Glazemakers I.** Professionals' views on the development process of a structural collaboration between child and adolescent psychiatry and child welfare: an exploration through the lens of the life cycle model. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018 Dec; 27(12): 1539–49. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1147-7>
 13. **Ødegård A.** Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*. 2005 Aug; 19(4): 347–57. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500148437>
 14. **Ødegård A.** Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care* [Internet]. 2006 Dec 18 [cited 2015 May 2]; 6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1762090/>. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.165>
 15. **Ødegård A, Strype J.** Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*. 2009 May; 23(3): 286–96. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820902739981>
 16. **Strype J, Gundhus H, Egge M, Ødegård A.** Perceptions of Interprofessional Collaboration. *Professions and Professionalism*. 2014 Oct 21; 4. DOI: <https://doi.org/10.7577/pp.806>
 17. **Hewitt G, Sims S, Harris R.** Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care. *J Interprof Care*. 2014 Nov; 28(6): 501–6. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939744>
 18. **Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Nadeau L, Deshaies S, Measham T.** Measuring the quality of interprofessional collaboration in child mental health collaborative care. *International Journal of Integrated Care* [Internet]. 2012 Feb 10 [cited 2020 Feb 7]; 12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287319/>. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.676>
 19. **Hynek KA, Malmberg-Heimonen I, Tøge AG.** Improving interprofessional collaboration in Norwegian primary schools: A cluster-randomized study evaluating effects of the LOG model on teachers' perceptions of interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. 2020 Jan 13 [cited 2020 Nov 23]; 0(0): 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1708281>
 20. **Jacob J, Boshoff K, Stanley R, Stewart H, Wiles L.** Interprofessional collaboration within teams comprised of health and other professionals: a systematic review of measurement tools and their psychometric properties. 2017; 14.
 21. **Groen G, Jörns-Presentati A.** Grenzgänger kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag; 2018.
 22. **Guillemin F, Bombardier C, Beaton D.** Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993 Dec; 46(12): 1417–32. DOI: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
 23. **IBM Corp.** Released 2019. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. Armonk, NY: IBM Corp [Internet]. [cited 2020 Nov 23]. Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1914050](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1914050).
 24. **Tavakol M, Dennick R.** Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* [Internet]. 2011 Jun 27 [cited 2020 Nov 23]; 2: 53–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205511/>. DOI: <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
 25. **Anderson NR, West MA.** Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior* [Internet]. 1998 [cited 2020 Nov 24]; 19(3): 235–58. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291099-1379%28199805%2919%3A3%3C235%3A%3AID-JOB837%3E3.0.CO%3B2-C>.
 26. **Bryant FB, Yarnold PR.** Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In: *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC, US: American Psychological Association. 1995; 99–136.

27. **Kaiser HF.** An index of factorial simplicity. *Psychometrika* [Internet]. 1974 Mar 1 [cited 2020 Nov 23]; 39(1): 31–6. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
28. **Costello AB, Osborne J.** Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. [cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol10/iss1/7/>.
29. **Cattell RB.** The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences [Internet]. New York: Plenum Press; 1978 [cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/scientific-use-of-factor-analysis-in-behavioral-and-life-sciences/oclc/3204221>. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2262-7>
30. **Tabachnick BG, Fidell LS.** Using multivariate statistics, 5th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2007. xxvii, 980 p. (Using multivariate statistics, 5th ed).
31. **Rosseel Y.** lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software* [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 23]; 048(i02). Available from: <https://ideas.repec.org/a/jss/jstsof/v048i02.html>.
32. **Hu L, Bentler PM.** Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* [Internet]. 1999 Jan 1 [cited 2020 Nov 23]; 6(1): 1–55. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
33. **Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE.** Multivariate Data Analysis. *Prentice Hall*. 2010; 830.
34. **Creswell JW, Clark VLP.** Designing and Conducting Mixed Methods Research. *SAGE*. 2011; 489.
35. **Kebe NNMK, Chiochio F, Bamvita J-M, Fleury M-J.** Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams. *BMC Family Practice* [Internet]. 2020 Jan 8 [cited 2020 Nov 24]; 21(1): 4. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1076-7>
36. **Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M.** Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2020 Feb 7]; 32(1): 1–3. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400100150>. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
37. **Ambrose-Miller W, Ashcroft R.** Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams: Table 1. *Health & Social Work* [Internet]. 2016 May [cited 2018 May 8]; 41(2): 101–9. Available from: <https://academic.oup.com/hsw/article-lookup/doi/10.1093/hsw/hlw006>. DOI: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
38. **Widmark C, Sandahl C, Piuva K, Bergman D.** What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *J Interprof Care*. 2016; 30(1): 50–5. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1055716>
39. **Mitchell R, Nicholas S, Boyle B.** The Role of Openness to Cognitive Diversity and Group Processes in Knowledge Creation. *Small Group Research* [Internet]. 2009 Oct 1 [cited 2020 Feb 10]; 40(5): 535–54. DOI: <https://doi.org/10.1177/1046496409338302>
40. **Willumsen E, Hallberg L.** Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2015 May 8]; 17(4): 389–400. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13561820310001608212>. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820310001608212>
41. **D'Amour D, Oandasan I.** Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 2005 May; 19 Suppl 1: 8–20. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
42. **Ndibu Muntu Keba Kebe N, Chiochio F, Bamvita J-M, Fleury M-J.** Profiling mental health professionals in relation to perceived interprofessional collaboration on teams. *SAGE Open Med* [Internet]. 2019 Mar 29 [cited 2020 Nov 16]; 7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444404/>. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050312119841467>
43. **Rumping S, Boendermaker L, Ruyter DJ de.** Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 27]; 27(2): 293–305. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12589>. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12589>
44. **Rauvola RS, Briggs EP, Hinyard LJ.** Nomology, validity, and interprofessional research: The missing link(s). *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. 2020 Jul 3 [cited 2020 Nov 23]; 34(4): 545–56. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1712333>

TO CITE THIS ARTICLE:

Jörns-Presentati A, Groen G, Ødegård A. Psychometric Properties of the German Version of the Perception of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q). *International Journal of Integrated Care*, 2021; 21(4): 3, 1–13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5660>

Submitted: 02 December 2020 Accepted: 15 October 2021 Published: 27 October 2021

COPYRIGHT:

© 2021 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. See <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

International Journal of Integrated Care is a peer-reviewed open access journal published by Ubiquity Press.



4.2 Publikation 2

Publikation 2 ist im englischsprachigen, international und interdisziplinär ausgerichteten *Journal Child Care in Practice* erschienen. Die Onlinefachzeitschrift ist peer-reviewed und richtet sich an ein breites Fachpublikum (u. a. Soziale Arbeit/Sozialpädagogik, Gesundheitsbereich, Psychologie, Medizin, Bildung, Jugendstrafrecht) im Bereich der Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Der PICOCC-Fragebogen wurde im Rahmen des Forschungsprojektes „Grenzgänger“ entwickelt. Die Beschreibung der Fragebogenkonstruktion, das theoretisch zugrunde liegende Modell und die psychometrische Untersuchung des PICOCC, die den Schwerpunkt der Veröffentlichung ausmachen, sind eine eigenständig angefertigte Arbeit der Promovendin. Publikation 2 wurde gemeinsam mit Prof. Dr. Gunter Groen als Zweitautor und Leiter des Projektes veröffentlicht, der eine finale Version des Artikels kommentierte. Die im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens angeforderten minimalen Überarbeitungen wurden eigenständig von der Erstautorin umgesetzt.

Die Publikation wurde am 22.07.2022 eingereicht, am 06.07.2023 angenommen und im August 2023 online veröffentlicht. Der Beitrag ist im Original zu zitieren als:

Jörns-Presentati, A. & Groen, G. (2023). Perceptions of Interprofessional Collaboration for Children with Multiple and Complex Needs: Development and Psychometric Evaluation of a New Scale, Child Care in Practice, DOI: 10.1080/13575279.2023.2234847



Perceptions of Interprofessional Collaboration for Children with Multiple and Complex Needs: Development and Psychometric Evaluation of a New Scale

Astrid Jörns-Presentati  and Gunter Groen 

Department of Social Work, Hamburg University of Applied Sciences, Hamburg, Germany

ABSTRACT

The quality of interprofessional collaboration is a key determinant of the success and effectiveness of integrative care for children with multiple and complex needs. This study reports on the development and first psychometric evaluation of a questionnaire that assesses professionals' perceptions of interprofessional collaboration for child welfare-involved children with severe emotional and behavioural problems. We created the scale deductively using collaboration theory and inductively based on a large qualitative study examining interprofessional collaboration between residential care and mental health services in six European countries. Psychometric properties of the Perceptions of Interprofessional Scale for Children with Multiple and Complex Needs (PICOCC) were explored using exploratory and confirmatory factor analysis with two German samples of professionals working in child welfare and child and adolescent psychiatry ($N = 360$). Internal consistency was calculated using Cronbach's alpha, known-groups validity was assessed, and convergent validity was established through examining the relationship with a widely used scale, the Perceptions of Interprofessional Collaboration Model - Questionnaire (PINCOM-Q). The 13-item scale had a one-factor solution, showed good internal consistency, and demonstrated known-groups validity. Strong correlations were reported for the PINCOM-Q entire scale and subscales coping, social support, communication, and organisational aims. These results support the theoretical conceptualisation of the construct underlying the scale and underline the potential of the scale in assessing and evaluating interprofessional collaboration in this field.

ARTICLE HISTORY

Received 22 July 2022



Accepted 6 July 2023

KEYWORDS

Child welfare; child mental health; multiple and complex needs; interprofessional collaboration; scale development; psychometrics

Introduction

The term multiple and complex needs (MCN) has been used in policy, practice, and research to describe the “breadth (range of need) and/or depth (severity of need)” of interrelated health and social care needs (Rankin & Regan, 2004). Interprofessional collaboration (IPC), which occurs when two or more health and social care professionals work together to achieve common goals (Reeves et al., 2017), is considered a core

CONTACT Astrid Jörns-Presentati  astrid.joerns-presentati@haw-hamburg.de  Department of Social Work, Hamburg University of Applied Sciences, Alexanderstr. 1, Hamburg 20099, Germany

element of an integrated care service model that fully meets multiple and complex needs (Keene, 2008; Valentine, 2016). The present study reports on the development and first psychometric evaluation of the Perceptions of Interprofessional Collaboration Scale for Children with Multiple and Complex Needs (PICOCC), a tool designed to measure perceptions of interprofessional collaboration for children served by the child welfare and the child mental health system. Prevalence rates of mental health problems and disorders in the child welfare system are around four times higher than in the general population (Bronsard et al., 2016; Jozefiak et al., 2016; Schmid et al., 2008), where it is estimated 10–20% of young people experience some kind of mental health problem (Patel et al., 2007). Children and adolescents living in residential care are at an increased risk of developing mental health disorders and post-traumatic stress (Vasileva & Petermann, 2017), if they have experienced repeated and prolonged exposure to stressors such as severe neglect and physical violence, coupled with the potential trauma associated with removal from their home. The construction of the PICOCC was largely informed by previous qualitative research using an inductive approach to explore frontline workers' ($N = 61$) perceptions of barriers and drivers of interprofessional collaboration between residential care and child mental health services in six European countries (Groen & Jörns-Presentati, 2014, 2015; Timonen-Kallio, 2019). The construct that the PICOCC measures is intended to capture the essence of good collaborative practice for children involved with the child welfare system who have substantial mental, emotional, and behavioural problems. The tool can be used to identify strengths and weaknesses in the existing collaboration.

Defining the conceptual domain of the construct

Figure 1 shows the measurement model of the PICOCC, which is based on an inductive and deductive approach to scale creation (Tay & Jebb, 2017), given the vast body of literature on facilitators of collaboration between health and social care professionals. Taken together, our own work and IPC research indicate that the collaborative partnerships is a key determinant of effective integrative care for children with multiple and complex needs (Horwath & Morrison, 2007). Communication, respect, and mutual support play a vital role in establishing and nurturing trusting relations between partners (Gittel et al., 2013). Interprofessional working relationships have been shown to benefit from an openness and appreciative attitude towards diverse competences and viewpoints (Mitchell et al., 2009). The salutary effect of formalised joint work routines (D'Amour et al., 2008), and jointly agreed upon rules of behaviours deemed unacceptable has also been demonstrated (Hewitt et al., 2014). To further conceptualise the construct of the PICOCC we used the “Continuum of Interprofessional Collaboration Framework” developed by Careau and colleagues in the field of rehabilitation (Careau et al., 2014). Careau et al. (2014) define interprofessional collaboration as “a dynamic process whose intensity is adjusted according to the complexity of the client's needs, and which is characterised by interdependence, partnership, collegial relationships, shared power, pursuit of common purpose, and person-centred practice” (Careau et al., 2014, p. 5). The IPC framework suggests that the intensity of the collaborative partnership has to increase with the level of complexity of a client's biopsychosocial needs. Addressing multiple and complex needs requires partners to integrate disciplinary knowledge, with the intention to share decisions and actions regarding common objectives (Careau et al., 2014; Careau et al., 2015).

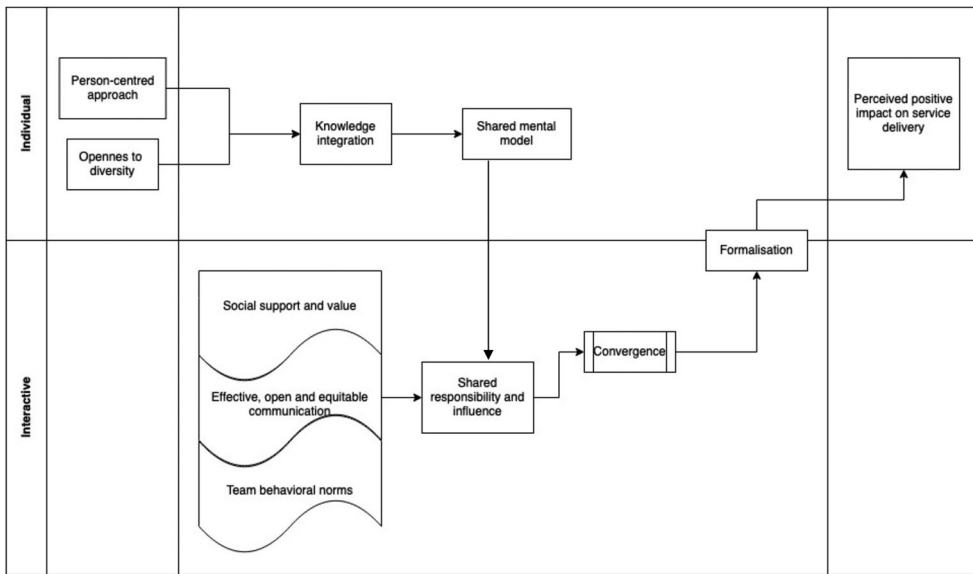


Figure 1. Measurement model of the PICOCC.

The PICOCC model (see [Figure 1](#)) draws on the IPC framework by highlighting the importance of shared mental models of tasks, roles, and responsibilities. Shared mental models are “individually held knowledge structures” (Mccomb & Simpson, 2014, p. 1485) that enable effective communication, joint decision-making, and coordination of tasks (Wu, 2018). Only when these mental models are shared can convergence be achieved. Convergence here is the emergent process where interprofessional groups “pull together” and develop an action plan (Lingard et al., 2017). In our qualitative study, interviews and focus groups with residential care workers and mental health professionals revealed that disagreements over the development of a coordinated care plan for children with complex needs were common, and often resulted in a diffusion of responsibility between service providers (Groen & Jörns-Presentati, 2014, 2015; Timonen-Kallio, 2019). Professionals attributed these problems in collaboration mainly to unrealistic expectations resulting from different knowledge systems, professional cultures, and degrees of professional power, a finding which has been reported before in similar studies (Darlington et al., 2005; Janssens et al., 2010; McLean, 2012; Monson et al., 2021; Van den Steene et al., 2018). At the core of the PICOCC model therefore lies the assumption that child welfare social workers and mental health professionals need to engage in a process of learning in order to develop a shared understanding of a young person’s needs and negotiate working practices that cross traditional professional boundaries to support children and their families (Edwards et al., 2009).

Aims of the validation study

The main objective of this study is to describe the development and evaluate the psychometric properties of the PICOCC. The scale was developed in two phases. In the first

phase our aim is to report on the process of generating items and establish content validity. In the second phase our aim is to evaluate the PICOCC for construct validity. We hypothesise that the PICOCC measures a unidimensional construct. To this end we conduct exploratory and confirmatory factor analysis, determined known-groups validity, and established internal consistency. To specify the PICOCC's nomological network, we examine the relationship with an established tool, the Perceptions of Inter-professional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q) (Ødegård, 2005, 2006). The 48-item PINCOM-Q was developed based on a qualitative study with Norwegian child mental health professionals and measures antecedents and processes of interprofessional collaboration in this field. The tool measures a wide construct of interprofessional collaboration and has been used to evaluate the general quality of collaborative child mental health care (Rousseau et al., 2012).

Methods

Item generation and content validity

All items were originally developed by the authors. As it has been suggested that collaboration can be considered a “looser” interprofessional practice than teamwork in terms of shared identity, integration of work practices, and interdependence (Reeves et al., 2018), we formulated nine items using an active voice, as suggested by Behling and Law (Behling & Law, 2000), that adopts the view of an individual on interprofessional collaboration (e.g. “When working on a particularly complex and challenging case, I experience that clients/patients and their family members are satisfied with the interprofessional collaboration and coordination of services”). One item (“When working on a particularly complex and challenging case we can fall back on established work routines and jointly defined rules in the interprofessional collaboration”) insinuates a sense of shared identity, as it particularly focuses on formalisation. Three items were phrased as passive statements (e.g. “When working on a particularly complex and challenging case, professionals do not blame each other”).

To establish content validity the items were presented to three expert panels, each consisting of three experts in child mental health (two child and adolescent psychiatrists and one child and adolescent psychotherapist), child welfare (two case managers and one manager of a residential care home), and research (two on child and youth welfare services and one in child mental health). The panels were conducted as focus groups and participants discussed each item regarding content validity, comprehensibility, and practical usefulness. Based on their feedback two of the original 15 items were deemed not essential to capture the construct's meaning and therefore were deleted, which did not change the overall scale design. The scale was subsequently piloted with a group of undergraduate social work students to evaluate face validity, which did not lead to any further changes.

Sample

The data used for this validation study was collected in a larger mixed-methods study evaluating the implementation of a collaborative model between child welfare services

and child and adolescent psychiatry conducted in Germany from 2015 to 2017 (Groen & Jörns-Presentati, 2018). As part of a quasi-experimental study design two convenience samples were recruited from a child and adolescent psychiatric hospital and adjoined child welfare services at the municipal level in two neighbouring districts in Northern Germany. In the intervention group (Cohort 1) and the control group (Cohort 2) paper and pen versions of the questionnaire were given out at project meetings to managers to distribute to frontline workers in all participating institutions. Participants completed the self-administered, anonymous questionnaire on a voluntary basis. Ethical approval was attained from all institutions. Overall, we received 366 questionnaires, of which six were discarded due to missing data points. 27.5% of the entire sample were mental health professionals (child and adolescent psychiatrists, child and adolescent psychotherapists, psychologists, child mental health nurses) and all were employed in child and adolescent psychiatric clinics. 64.1% of the entire sample of professionals were social workers or child welfare workers, the majority of which (89.9%) were employed in the child welfare system. [Table 1](#) presents data on the two cohorts, as we used Cohort 1 to conduct exploratory factor analysis and Cohort 2 was used to conduct confirmatory factor analysis. We describe the results of the survey with frontline workers used for this validation study in a separate paper (Jörns-Presentati & Groen, 2023).

Table 1. Participant characteristics.

		Cohort 1 (n = 201)		Cohort 2 (n = 159)	
		N	%	N	%
Gender	Female	149	74.1	110	69.6
	Male	48	23.9	48	30.4
Age	under 25	3	1.5	4	2.5
	25–34	53	26.6	41	25.8
	35–44	53	26.6	44	27.7
	45–54	55	27.6	44	27.7
	55–64	34	17.1	25	15.7
	>64	1	0.5	1	0.6
Organisation					
Child and adolescent psychiatry		84	42.2	68	43.0
Child and youth welfare office		82	41.2	48	30.4
Child and youth welfare services		21	10.6	26	16.5
Other		12	6.0	16	10.1
Profession					
Social worker		97	50.0	70	44.3
Child welfare worker		31	16.0	33	20.9
Nurse		19	9.8	14	8.9
Psychologist		6	3.1	4	2.5
Psychotherapist		19	9.8	16	10.1
Psychiatrist		12	6.2	9	5.7
B.A./M.A. Education		4	2.1	2	1.3
Support worker		6	3.1	10	6.3
Work experience					
under 5 years		41	21.1	31	19.7
5–9 years		36	18.6	32	20.4
10–20 years		70	36.1	57	36.3
>20 years		54	24.2	47	23.6

Measures

The survey included the PICOCC, the PINCOM-Q and an added subsection inquiring about gender, age, profession, professional affiliation, and years of work experience. The PICOCC is composed of 13 items rated on a 7-point Likert Scale (1 = strongly agree to 7 = strongly disagree). The total score ranged from 13 to 91, and a lower score indicated a more positive perception of the interprofessional collaboration when working on complex and challenging cases. In this survey, the original German version of the questionnaire was used. We present in Table 2 an English translation of items. The original version is non-proprietary and available from the authors upon request. The 48-item PINCOM-Q (Ødegård, 2006) is a self-measurement tool with three subscales that measure perceptions of antecedents and processes of interprofessional collaboration with regard to the individual (motivation, role expectancy, personal style, professional power), social factors (group leadership, coping, communication, social support) and the organisational level (organisational culture, organisational domain, organisational aims, organisational environment) (Ødegård, 2006). Each of the 12 subconstructs is described by four statements that are rated on a 7-point Likert scale, with response options ranging from 1 (strongly agree) to 7 (strongly disagree). Examples for statements are “*The other services have definite and clear aims regarding interprofessional collaboration*” (C10 Organisational aims), “*Some professionals dominate the interprofessional meetings with their professional viewpoints*” (C4 Professional power), or “*In most of the interprofessional groups I participate in, we agree about priorities*” (C6 Coping). The total score ranged from 48 to 336, with a low score indicating a more positive perception of the interprofessional collaboration. Good internal consistency ($\alpha = .91$) has been established for the original 48-item version (Ødegård, 2006). We report on the psychometric properties of the German version of the PINCOM-Q in the same sample of professionals we used for this validation study in a separate paper (Jörns-Presentati et al., 2021).

Statistical analyses

To demonstrate construct validity, we performed exploratory factor analysis (EFA) using IBM SPSS Statistics v26.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) and confirmatory factor analysis (CFA) using lavaan version 0-5-23 (Rosseel, 2012) in R version 1.3.1056 (R Core Team, 2013). Cohort 1 was used as the sample for EFA and Cohort 2 for CFA. Exploratory factor analysis was carried out using principal axis factoring with oblique (direct oblimin) rotation. A Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (Kaiser, 1974) with a cut-off ≥ 0.5 indicated that the data was suitable for factor analysis. To determine the number of factors, a scree test was used and the eigenvalue larger than one rule was followed (Cattell, 1978). For factor retention we chose a $< .40$ cut-off and cross loading items $\geq .40$ were removed stepwise (Tabachnick & Fidell, 2007).

To test the structure of the PICOCC, confirmatory factor analysis was conducted using maximum likelihood estimation with robust standard errors and a Satorra-Bentler scaled test statistic (MLM). The following indices were used to assess model fit: Comparative Fit Index (CFI), the Tucker Lewis Index (TLI), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), the Akaike’s information criterion (AIC), the

Table 2. Psychometric properties of the PICOCC.

Items	Mean	SD	Factor loadings	Corrected Item-total Correlation	Cronbach's alpha	Skewness	Kurtosis
When working on a particularly complex and challenging case, different professions really try to pull together.	3.10	1.44	.786	.755	.927	0.6	-0.3
When working on a particularly complex and challenging case, I experience close communication between the different professions and service agencies.	3.11	1.44	.725	.697	.929	0.7	-0.2
When working on a particularly complex and challenging case, professionals do not blame each other.	3.51	1.52	.650	.627	.932	0.4	-0.6
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is what needs to be done is decided collectively in close collaboration.	3.40	1.42	.764	.736	.927	0.4	-0.5
When working on a particularly complex and challenging case, assessments and recommendations of other professions are clear and transparent to me.	3.38	1.33	.750	.720	.928	0.5	-0.3
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is decisions are not made without the consent of all professionals involved	3.64	1.47	.779	.754	.927	0.2	-0.7
When working on a particularly complex and challenging case, the assessments, and recommendations other professions make seem plausible to me based on what I know.	3.18	1.21	.696	.671	.930	0.5	0.1
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is that professionals speak respectfully and with appreciation about other professions in front of the clients/patients and their families.	3.02	1.43	.675	.655	.930	0.5	-0.5
When working on a particularly complex and challenging cases, interprofessional collaboration works out so well, that clients/patients and their families receive the best possible care and support.	3.50	1.34	.835	.807	.925	0.6	-0.7
When working on a particularly complex and challenging case, we can fall back on established work routines and jointly defined rules in the interprofessional collaboration.	3.74	1.49	.730	.703	.929	0.5	-0.4
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is that how other professions assess a case is	2.98	1.27	.714	.686	.929	0.8	0.6

(Continued)

Table 2. Continued.

Items	Mean	SD	Factor loadings	Corrected Item-total Correlation	Cronbach's alpha	Skewness	Kurtosis
appreciated as a valuable additional viewpoint.							
When working on a particularly complex and challenging case, I almost never experience that anything is expected or assumed without attaining consensus between all professionals.	3.80	1.38	.574	.556	.933	0.3	-0.4
When working on a particularly complex and challenging case, I experience that clients/patients and their family members are satisfied with the interprofessional collaboration and coordination of services.	3.72	1.30	.739	.714	.928	0.4	-0.3
Contribution (%)			56.41%				
Cronbach's alpha coefficient (α)					.93		

Bayesian information criterion (BIC), and the Standardised Root Mean Residual (SRMR). The threshold for the CFI and TLI was $\geq .90$ for an adequate and $\geq .95$ for a close model fit (Hu & Bentler, 1999). For the RSMEA a value of $\leq .05$ indicated a close-fitting model and for the SRMR a value of $\leq .08$ indicated an acceptable model (Hu & Bentler, 1999).

To provide evidence regarding convergent validity, correlations between the PICOCC and PINCOM-Q were assessed. It was hypothesised that the PICOCC total score would be positively correlated with the PINCOM-Q total score of the entire scale and subconstructs. A correlation coefficient $\geq .50$ was considered as acceptable and $\geq .70$ as robust evidence for convergent validity (Hu & Bentler, 1999). Known-groups validity was determined based on the hypothesis derived from previous qualitative research (Groen & Jörns-Presentati, 2018) indicating that mental health professionals (child and adolescent psychiatrists, psychotherapists and psychologists) would evaluate the interprofessional collaboration with regard to complex cases less positively than social care professionals (social workers, child and youth care workers), and therefore score significantly higher on the PICOCC using an independent *t*-test.

To assess the reliability of the scale, internal consistency was analysed by calculating Cronbach's alpha coefficient and the recommended cut-off $> .70$ for good reliability was chosen (Tavakol & Dennick, 2011). The adjusted item-total correlation coefficients were calculated and > 0.6 was the chosen cut-off point (Hair et al., 2010).

Results

Exploratory factor analysis

The appropriateness of the data set for factor analysis was verified ($KMO = .849$) and Bartlett's test of sphericity was significant $X^2(78) = 1598.30, p < .01$. The eigenvalue and scree plot indicated a clean one-factor structure. Factor loadings ranged between .57 and .84 (see Table 2) and this factor explained 56.41% of the variance.

Reliability

The adjusted item-total score correlation coefficients ranged from .556 to .897. Cronbach's alpha of .93 indicated excellent reliability (see Table 2), which did not increase if any of the items were removed from the scale.

Confirmatory factor analysis

Confirmatory factor analysis indicated a very good model fit: $\chi^2(78) = 598.752$ $p < .01$; RMSEA = 0.036 (90% CI, 0.000;0.072); CFI = 0.99; TLI = 0.98; SRMR = 0.046; AIC = 6366.016; BIC = 6323.287. As shown in Figure 2, loadings ranged between .68 and .87.

Known-groups validity

The mean score for mental health professionals (psychiatrists, psychotherapists, and psychologists) was significantly higher than the mean score for child welfare professionals (social workers and child and youth care workers), indicating a significant effect for profession $t(df\ 81) = 2.36$, $p < 0.01$. The PICOCC therefore successfully discriminated between these two groups and known-groups validity was established.

Convergent validity

Convergent validity correlations were obtained between the PICOCC and the PINCOM-Q scale and subconstructs. Convergent validities were the strongest for the subconstructs communication ($r = .61$, $p < 0.01$), coping ($r = .60$, $p < 0.01$), social support ($r = .59$, $p < 0.01$), and organisational domain ($r = .50$, $p < 0.01$) and between the total scores of the PINCOM-Q and the PICOCC ($r = .64$, $p < 0.01$) (see Table 3).

Discussion

The objective of this study was to describe the development of the PICOCC and analyse its construct validity. The 13-item PICOCC showed good internal consistency ($\alpha = .93$). Exploratory factor analysis yielded a one-factor solution explaining 56.41% of the variance, which is close to the cut off indicating a satisfactory solution for social sciences (Hair et al., 2010). Confirmatory factor analysis indicated a good match between the scale and an underlying theoretical concept. Known-groups validity was demonstrated as the scale successfully discriminated between mental health professionals and social professionals. The relationship between the PICOCC and PINCOM-Q was examined, and convergent validity was established, indicating that the PINCOM-Q subscales coping, social support, communication, and organisational aims are related subconstructs in the nomological net surrounding PICOCC.

These results suggest that the PICOCC measures a narrowly defined single construct, as we predicted based on empirical IPC literature and the results of our own qualitative research. To the best of our knowledge no instrument like the PICOCC exists to date. In a recent study Crandal et al. (2019) conducted a literature review and found very few psychometrically evaluated quantitative measurements of cross-collaboration between child

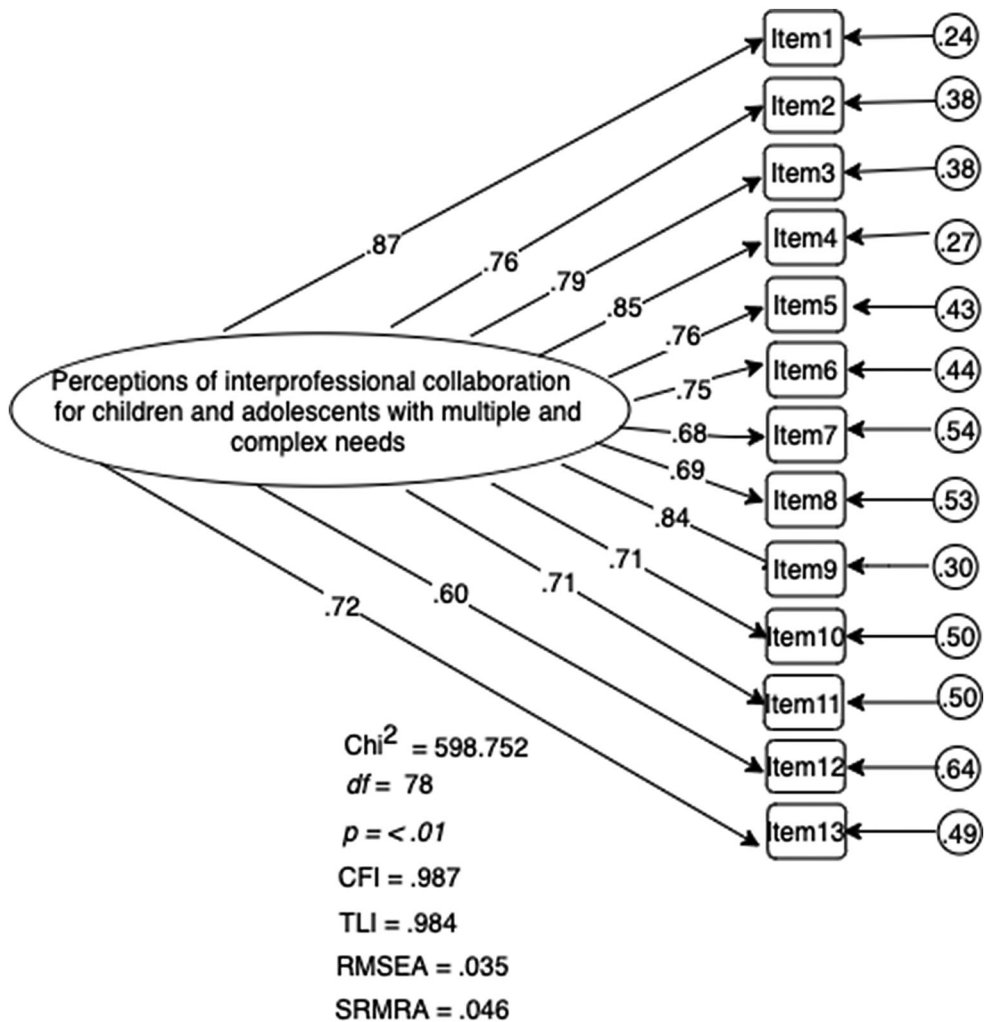


Figure 2. Confirmatory factor analysis of the PICOCC.

welfare and behavioural health systems. Some conceptualise collaboration as strength of ties between agencies, referral patterns, frequency of information exchanges or points of entry to services (Crandal et al., 2019). Tools that have been used to assess professionals’ perceptions of collaboration in this field (Winters et al., 2020) are, for example, the forty-item Wilder Collaboration Factors Inventory (Wilder Inventory), which measures 20 factors grouped into six categories: environment, membership categories, process and structure, communication, purpose, and resources (Mattessich et al., 2001). Also worth mentioning is The System of Care Readiness and Implementation Measurement Scale (SOCC-RIMS) (Rosas et al., 2016), which has been developed to evaluate community readiness and monitor the implementation of a system of care service delivery. The PICOCC measures a construct less focused on the establishment of collaborative structure, but more focused on the collaborative activity of building a trusted partnership and finding a common reference frame between child welfare social workers and child mental

Table 3. Convergent validity correlations for the PICOCC.

H8		11	22	33	44	55	66	77	88	99	110	111	112	113
Dimensions of the PINCOM-Q	1) PICOCC													
	Subconstructs PINCOM-Q													
Individual	2) Motivation	..30**												
	3) Role expectancy	..41**	..37**											
	4) Personality Style	..22**	-.09	..21**										
Social	5) Professional Power	..18**	..11	..23**	..54**									
	6) Group Leadership	..23**	..33**	..18**	-.19**	-.20**								
	7) Coping	..60**	..41**	..57**	..30**	..26**	..16**							
Organisational	8) Communication	..61**	..42**	..50**	..22**	..28**	..28**	..61**						
	9) Social Support	..59**	..44**	..43**	..20**	..24**	..26**	..61**	..61**					
	10) Organisational Culture	..36**	..42**	..28*	..06	..13	..28**	..41**	..41**	..50**				
	11) Organisational Domain	..50**	..14**	..30**	..07	-.35**	..24**	..38**	..38**	..44**	..40**			
	12) Organisational Aims	..45**	..32**	..49**	..09	..13	..36**	..50**	..51**	..52**	..55**	..48**		
	13) Organisational Environments	..34**	..16*	..17**	..09	..07	..15*	..21**	..24**	..30**	..30**	..30**	..29**	
	14) PINCOM-Q total (48 items)	..64**	..54**	..66**	..40**	..43**	..36**	..77**	..77**	..79**	..65**	..57**	..72**	..47**
	N	3201	3201	3201	3201	3201	3201	3201	3201	3201	3201	3201	2201	3201

**Correlations are significant at $p < .01$, *Correlations are significant at $p < .05$

health professionals in order to deliver more integrated child welfare services. This entails finding a common language, which can be a challenging aspect of interprofessional collaboration with mental health professionals, as seen from the perspective of social workers (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bronstein, 2003).

The development of the PICOCC is at a very early stage, the concept underlying the scale may have to be expanded and further items need to be added, for example of issues surrounding conflict. Research indicates that conflict and negative effect is common among diverse groups and under certain circumstances benefits interprofessional collaboration (Mitchell et al., 2014). In their large qualitative study of interprofessional teams caring for chronically ill patients Lingard et al. (2017) identified a convergent and a divergent pattern, with the latter being characterised by partial disagreement between professionals. Both patterns occurred regularly on the same team with no linear relationship to team effectiveness (Lingard et al., 2017). This finding calls the assumption into question that collaboration necessarily should intensify (“pulling together”) with increasing complexity of needs. Phenomena such as knowledge integration and the dynamics underlying conflict and collective competence are emergent states that evolve over time embedded in dynamic social interactions (Chiocchio et al., 2012). We therefore suggest that future studies combine self-report data using the PICOCC and behavioural data gathered in real-life settings.

Limitations and further research

This study has some limitations. First, we used two relatively small convenience samples and the PICOCC should be used with larger, randomly chosen samples in the future to see if our results are replicated. Second, we did not use an established method to test for content validity. Future studies could use the Content Validity Index (Polit & Beck, 2006) to further evaluate how well the PICOCC measures the construct it is designed to measure and if some of the items need to be revised. Third, this study should only be considered a first step in the construct validation process of the PICOCC. Relationships with scales that measure constructs that are theoretically distinct from the PICOCC need to be assessed in future studies. Furthermore, test-retest reliability should be evaluated to further prove the internal validity of our scale (Rauvola et al., 2020). To further investigate the factor structure of the PICOCC studies in the future could perform parallel analysis.

We designed this tool with collaboration between the child welfare and child mental health system in mind. However, the theoretical concept and items are developed in a way that other professional groups working with children with multiple and complex needs, for example teachers or school social workers, should also be able to use the scale. For future studies we suggest applying other statistical methods. Measurement invariance should be examined using multigroup confirmatory analysis to determine if mental health, child welfare, and school professionals perceive the construct of interprofessional collaboration for children with multiple and complex needs differently.

Practical implications

In sum, children and youth with multiple and complex needs are reliant on multiple services. Provision of services predicates on the ability of the respective professionals to

work together effectively and deliver accessible and flexible care arrangements (Almqvist & Lassinantti, 2018; Nooteboom et al., 2020; Nooteboom et al., 2021; Rumping et al., 2019). With an increasing number of studies reporting on the implementation of collaboration models between the child welfare and child mental health system (Crandal et al., 2019; He et al., 2015; Van den Steene et al., 2018; Winters et al., 2020), a theory-based and psychometrically sound instrument is of core importance in research and practice. Our goal was to develop an efficient tool for practitioners and researchers in child mental health and child welfare who want to identify areas for improvement in service delivery for this vulnerable group in terms of interprofessional collaboration. The PICOCC has shown promising results and can be recommended for use in other settings with the purpose to assess current perceptions, detect changes in perception over time, and stimulate self-reflection and dialogue between professionals as well as children and their families. With this new understanding in hand, involved professionals may be better equipped to address the challenges associated with children at risk of receiving fragmented care due to their multiple and complex needs.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Notes on contributors

Astrid Jörns-Presentati is a researcher, lecturer, and practitioner in the field of clinical social work with a special focus on interprofessional collaboration. She has extensive experience in the implementation of collaborative care models for children, young people and adults facing multiple and complex needs.

Gunter Groen, Dr. phil., is a professor of psychology with a focus on clinical psychology and child and adolescent psychotherapy. He has led various national and international research projects on cross-system care of children and young people with multiple and complex needs. He is a licensed psychotherapist for children, adolescents and adults and provides supervision and training for child and adolescent psychotherapists.

ORCID

Astrid Jörns-Presentati  <http://orcid.org/0000-0002-5846-4321>

Gunter Groen  <http://orcid.org/0000-0001-9947-8722>

References

- Almqvist, A.-L., & Lassinantti, K. (2018). Social work practices for young people with complex needs: An integrative review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(3), 207–219. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0522-4>
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. SAGE.

- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system. *Medicine*, 95(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306. <https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., & Swaine, B. (2015). Interprofessional collaboration: Development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 372–378. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918193>
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2014). Observed interprofessional collaboration (OIPC) during interdisciplinary team meetings: Development and validation of a tool in a rehabilitation setting. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.22230/jripe.2014v4n1a118>
- Cattell, R. B. (1978). Fixing the number of factors: The scientific model. In R. B. Cattell (Ed.), *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences* (pp. 52–71). Springer US.
- Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T., Savaria, K., & Willms, J. (2012). The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams. *International Journal of Project Organisation and Management*, 4(1), 1–37. <https://doi.org/10.1504/IJPOM.2012.045362>
- Crandal, B. R., Martin, J. K., Hazen, A. L., & Rolls Reutz, J. A. (2019). Measuring collaboration across children's behavioral health and child welfare systems. *Psychological Services*, 16(1), 111–119. <https://doi.org/10.1037/ser0000302>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martin-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1085–1098. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.005>
- Edwards, A., Daniels, H., Gallagher, T., Leadbetter, J., & Warmington, P. (2009). *Improving inter-professional collaborations: Multi-agency working for children's wellbeing*. Routledge, 1–222.
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210–213. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564>
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2014). An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch- psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung. *Kindheit Und Entwicklung*, 23(3), 151–160. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000141>
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2015). On the borders between residential child care and mental health care: Evaluation of the RESME pilot-course. In E. Timonen-Kallio, J. Pivoriene, M. Smith, & J. Fernandez Del Valle. (Eds.), *On the borders between residential child care and mental health treatment in Europe* (pp. 136–155). University of Applied Sciences.
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2018). *Grenzgänger kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Psychiatrie Verlag.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. Prentice Hall.
- He, A. S., Lim, C. S., Lecklitner, G., Olson, A., & Traube, D. E. (2015). Interagency collaboration and identifying mental health needs in child welfare: Findings from Los Angeles County. *Children and Youth Services Review*, 53, 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.03.013>
- Hewitt, G., Sims, S., & Harris, R. (2014). Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 501–506. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939744>
- Horwath, J., & Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 55–69. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.01.007>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Janssens, A., Peremans, L., & Deboutte, D. (2010). Conceptualizing collaboration between children's services and child and adolescent psychiatry: A bottom—up process based on a qualitative needs assessment among the professionals. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2), 251–266. <https://doi.org/10.1177/1359104509340651>
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2023). Perceptions of interprofessional collaboration at the intersection of child welfare and child and adolescent psychiatry in Germany. *Children and Youth Services Review*, 149, 106921. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106921>
- Jörns-Presentati, A., Groen, G., & Ødegård, A. (2021). Psychometric properties of the German version of the perception of interprofessional collaboration model-questionnaire (PINCOM-Q). *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.5660>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31–36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Keene, J. (2008). *Clients with complex needs: Interprofessional practice*. John Wiley & Sons.
- Lingard, L., Sue-Chue-Lam, C., Tait, G. R., Bates, J., Shadd, J., & Schulz, V. (2017). Pulling together and pulling apart: Influences of convergence and divergence on distributed healthcare teams. *Advances in Health Sciences Education*, 22(5), 1085–1099. <https://doi.org/10.1007/s10459-016-9741-2>
- Mattessich, P. W., Murray-Close, M., & Monsey, B. R. (2001). *The wilder collaboration factors inventory: Assessing your collaboration's strengths and weaknesses*. Fieldstone Alliance. <https://www.worldcat.org/title/wilder-collaboration-factors-inventory-assessing-your-collaborations-strengths-and-weaknesses/oclc/50216551>.
- Mccomb, S., & Simpson, V. (2014). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1479–1488. <https://doi.org/10.1111/jan.12307>
- McLean, S. (2012). Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: A large qualitative study of five constituent groups. *Child & Family Social Work*, 17(4), 478–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00805.x>
- Mitchell, R., Boyle, B., Parker, V., Giles, M., Joyce, P., & Chiang, V. (2014). Transformation through tension: The moderating impact of negative affect on transformational leadership in teams. *Human Relations*, 67(9), 1095–1121. <https://doi.org/10.1177/0018726714521645>
- Mitchell, R., Nicholas, S., & Boyle, B. (2009). The role of openness to cognitive diversity and group processes in knowledge creation. *Small Group Research*, 40(5), 535–554. <https://doi.org/10.1177/1046496409338302>
- Monson, K., Herrman, H., Moeller-Saxone, K., Humphreys, C., & Harvey, C. (2021). How can mental health practitioners collaborate with child welfare practitioners to improve mental health for young people in out of home care? *Early Intervention in Psychiatry*, 15(6), 1768–1776. <https://doi.org/10.1111/eip.13118>
- Nooteboom, L. A., Mulder, E. A., Kuiper, C. H. Z., Colins, O. F., & Vermeiren, R. R. J. M. (2021). Towards integrated youth care: A systematic review of facilitators and barriers for professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(1), 88–105. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01049-8>
- Nooteboom, L. A., van den Driesschen, S. I., Kuiper, C. H. Z., Vermeiren, R. R. J. M., & Mulder, E. A. (2020). An integrated approach to meet the needs of high-vulnerable families: A qualitative study on integrated care from a professional perspective. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 18. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00321-x>
- Ødegård, A. (2005). Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 347–357. <https://doi.org/10.1080/13561820500148437>
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.165>

- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- R Core Team. (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Rankin, J., & Regan, S. (2004). Meeting complex needs in social care. *Housing, Care and Support*, 7(3), 4–8. <https://doi.org/10.1108/14608790200400016>
- Rauvola, R. S., Briggs, E. P., & Hinyard, L. J. (2020). Nomology, validity, and interprofessional research: The missing link(s). *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 545–556. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1712333>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Rosas, S. R., Behar, L. B., & Hydaker, W. M. (2016). Community readiness within systems of care: The validity and reliability of the System of Care Readiness and Implementation Measurement Scale (SOCRIMS). *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(1), 18–37. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9401-3>
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Nadeau, L., Deshaies, S., & Measham, T. (2012). Measuring the quality of interprofessional collaboration in child mental health collaborative care. *International Journal of Integrated Care*, 12(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.676>
- Rumping, S., Boendermaker, L., & de Ruyter, D. J. (2019). Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(2), 293–305. <https://doi.org/10.1111/hsc.12589>
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(2), <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed)* (pp. xxvii, 980). Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tay, L., & Jebb, A. T. (2017). Scale creation. In S. Rogelberg (Ed.), *The SAGE encyclopedia of industrial and organizational psychology* (Second Edition, Vol. 1–4, pp. 1382–1384). SAGE Publications, Inc.
- Timonen-Kallio, E. (2019). Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: A cross-country study in six European countries. *European Journal of Social Work*, 22(6), 947–960. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441135>
- Valentine, K. (2016). Complex needs and wicked problems: How social disadvantage became multiple. *Social Policy and Society*, 15(2), 237–249. <https://doi.org/10.1017/S1474746415000342>
- Van den Steene, H., van West, D., Peeraer, G., & Glazemakers, I. (2018). Professionals' views on the development process of a structural collaboration between child and adolescent psychiatry and child welfare: An exploration through the lens of the life cycle model. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(12), 1539–1549. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1147-7>
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2017). Mental health needs and therapeutic service utilization of young children in foster care in Germany. *Children and Youth Services Review*, 75, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.022>

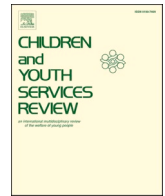
- Winters, A. M., Collins-Camargo, C., Antle, B. F., & Verbist, A. N. (2020). Implementation of system-wide change in child welfare and behavioral health: The role of capacity, collaboration, and readiness for change. *Children and Youth Services Review*, *108*, 104580. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104580>
- Wu, A. W. (2018). Reaching common ground: The role of shared mental models in patient safety. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, *23*(5), 183–184. <https://doi.org/10.1177/2516043518805326>

4.3 Publikation 3

Publikation 3 wurde im *Children and Youth Service Review*, einer renommierten englischsprachigen, internationalen, multidisziplinären Fachzeitschrift veröffentlicht. Das Journal beschäftigt sich vornehmlich mit empirischer Forschung zur Entwicklung bedarfsgerechter Hilfestrukturen für benachteiligte oder anderweitig vulnerable Kinder und Jugendliche und ihren Familien. Für die Planung, Durchführung und Auswertung der Studie war die Autorin im Rahmen des Forschungsprojektes unter der Leitung von Prof. Dr. Gunter Groen verantwortlich. Die Eigenanteile für die Publikation 3 liegen in der Konzeption und der theoretischen Ausarbeitung des englischsprachigen Fachartikels sowie in der Anfertigung der zusätzlichen Analysen im Rahmen der Validierungsstudie der Fragebögen. Die weiterführenden Überarbeitungen im Rahmen des Peer-Review-Prozesses wurden ebenfalls von der Erstautorin verfasst. Publikation 3 wurde gemeinsam mit Prof. Dr. Gunter Groen als Leiter des Projektes „Grenzgänger“ veröffentlicht, der eine finale Version des Artikels kommentierte.

Die Publikation wurde am 19.04.2021 eingereicht, am 06.03.2023 angenommen und am 11.03.2023 online veröffentlicht. Der Beitrag ist im Original zu zitieren als:

Jörns-Prentati, A. & Groen, G. (2023). Perceptions of interprofessional collaboration at the intersection of child welfare and child and adolescent psychiatry in Germany. Children and Youth Services Review, 149(3):106921, DOI: 10.1016/j.chilyouth.2023.106921



Perceptions of interprofessional collaboration at the intersection of child welfare and child and adolescent psychiatry in Germany

Astrid Jörns-Presentati, Gunter Groen*

Department of Social Work, University of Applied Sciences, Hamburg, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:

Child welfare
Child and adolescent psychiatry
Interprofessional collaboration
Perception
Multiple and complex needs
Self-report questionnaires

ABSTRACT

In Germany (and other countries) a significant proportion of children and young people in contact with the child welfare system do not receive adequate mental health care. Fragmented service delivery has been partially attributed to a lack of interprofessional collaboration between the child welfare system and providers of child mental health services. Child and adolescent psychiatric (CAP) clinics provide the majority of child mental health care for the child welfare population in Germany. In this paper, we present the first wave of data collected in a nonrandomized pretest–posttest intervention study, in which we examined the collaboration between child welfare services and CAP clinics in Northern Germany with a sample of $N = 204$ professionals in total, from both organizations. We used two standardized measurements. The general quality of collaboration was measured using an established tool, the “Perceptions of Interprofessional Collaboration Model – Questionnaire” (PINCOM-Q). Perceptions of collaboration around children with complex care needs were measured with a newly developed scale, the “Perceptions of Interprofessional Collaboration Scale for Children with Multiple and Complex Needs” (PICOCC). The results show that perceptions of interprofessional collaboration differed based on organizational and professional affiliation. Frontline workers employed in the child welfare system compared to those working in CAP clinics had a more negative perception of collaboration in general, and felt their organization provided less support for collaboration. Social workers in both CAP and child welfare services perceived less organizational support for collaboration compared to mental health professionals. In the overall group of social workers, those working in the child welfare system felt their organization supported collaboration the least. Mental health professionals working in CAP clinics, however, had a more negative perception of collaboration around children with complex needs. This suggests that attention should be paid to perceptions of interprofessional collaboration as an important process variable, which may impact on frontline workers’ responsiveness to organizational change.

1. Introduction

In 2019, about one million children, youth, and young people under the age of 27 received child welfare services in Germany, of which 136,114 were placed in residential care (Destatis, 2020). Previous research has established that about 50 % of children who come in contact with the child welfare system and 60 % – 75 % of those placed in out-of-home care meet the DSM-criteria for at least one mental health disorder (Bronard et al., 2016; Jozefiak et al., 2016; Schmid et al., 2008). Children in residential care are particularly prone to experiencing traumatic stress (Kisiel et al., 2014; Miller et al., 2011) and tend to present with more severe emotional and behavioral problems (Bronard et al., 2016; Jozefiak et al., 2016; Schmid et al., 2008) and

higher rates of chronic disorders and comorbidities (Stanley et al., 2005; Tarren-Sweeney, 2008). Studies examining the use of child mental health services in residential care populations in Germany indicate that only about 50 % receive adequate mental health care (Nützel et al., 2005; Vasileva & Petermann, 2017). Undiagnosed and untreated mental health problems have been linked to frequent placement disruptions for children in care (Beck, 2006; Stanley et al., 2005).

In order to address unmet mental health care needs, child welfare systems are reforming policies, programs, and practices in a number of countries. In the United States, systemwide change initiatives have been launched in several states (Barth et al., 2020; Crandal et al., 2019; He et al., 2015; Winters et al., 2020). Cross-system collaboration has been promoted as a central driver of the implementation of trauma-informed

* Corresponding author at: Hamburg University of Applied Sciences, Alexanderstr. 1, 20999 Hamburg, Germany.

E-mail address: astrid.joerns-presentati@haw-hamburg.de (A. Jörns-Presentati).

integrated service delivery (Akin et al., 2021; Hanson & Lang, 2016; Lambert et al., 2016). The term collaboration describes different forms and intensities of working together, which can be as simple as information sharing or adopting joint practices, or as complex as merging entire systems of care (Horwath & Morrison, 2007). Child outcomes associated with collaboration models between the child welfare and child mental health system implemented across the United States include improved service utilization (Hurlburt et al., 2004), increased care coordination and care continuity (Bruns et al., 2010), reduced symptomatology (Bai et al., 2009), timely detection of mental health needs and referrals for services (He et al., 2015), and improved placement stability (Wells & Chuang, 2012).

Germany operates within a Central-European welfare model with a long history of professionally and organizationally separate public health services and social welfare services (Esping-Andersen, 1990). The past decade has seen greater attention being focused on the development of joint structures between the child welfare and child mental health system (BMBF, 2009; Fegert et al., 2017; Schmid et al., 2008). Legislative directives increasingly call for a higher degree of interprofessional collaboration, which has led to a higher level of implementation of collaboration models in Germany. Measuring perceptions of interprofessional collaboration between the child welfare and child mental health system using standardized measurements is the focus of this study.

1.1. Collaboration between child welfare and child and adolescent psychiatry

The coordination of child welfare services at the municipal level, including collaboration with child mental health services, is overseen in Germany by 579 child welfare offices located across the country (Destatis, 2022). Mental health care for children in the child welfare system, particularly in residential care, is provided to a large degree by the 163 child and adolescent psychiatry (CAP) clinics, which offer ambulatory services, and highly specialized outpatient and inpatient treatment, generally covered by health insurance (Klinikradar, 2022). Beck (2015) investigated the extent to which child welfare and CAP serve similar client populations at 36 CAP clinics in Southern Germany and found that in a sample of $N = 2,106$ children 33 % transitioned to child welfare services after termination of treatment and 38 % had been in contact with child welfare services before commencing treatment. It was estimated that a need for child welfare services was indicated in 70.5 % of children receiving inpatient treatment (Beck, 2015).

With no overarching system organizing the provision of referrals, mental health assessments, and acute or longer-term mental health treatment, child welfare services and CAP mostly collaborate on a case-by-case basis and through informal partnerships and networks (Groen & Jörns-Presentati, 2014). We conducted a qualitative study in Northern Germany with both, managers of residential group homes ($n = 10$) and child and adolescent psychiatrists in CAP clinics ($n = 9$), that examined barriers for collaboration at the system, professional, and interactional level. Structural barriers reported were a lack of shared policy and legal frameworks, confidentiality issues, siloed resource allocation, and clinical reimbursement issues, as well as scarcity of time and space to collaborate. Professional barriers were considered a lack of common theoretical frameworks, mutual misconceptions about roles and responsibilities, and differences in status and professional power (Groen & Jörns-Presentati, 2014). In the interaction with child and adolescent psychiatrists, child welfare professionals tended to perceive themselves as having less influence on general processes of decision-making (e.g. identification of problem behaviour, setting priorities in care planning). Child and adolescent psychiatrists on the other hand reported often feeling confronted with high expectations to 'fix' challenging behaviours.

Collaboration agreements between child welfare services and CAP clinics exist in certain regions of Germany (Mack et al., 2017), and

strategic collaboration models have been evaluated with promising results. Besier et al. (2009) examined the effectiveness of a consultation-liaison child and adolescent psychiatric care service in a sample of 11 residential care group homes in Southern Germany and reported a reduction in psychiatric inpatient days, fewer placement disruptions, and higher continuity of care provided by residential care professionals during psychiatric inpatient treatment in the intervention group ($n = 288$) compared to the control group ($n = 336$) (Besier et al., 2009). For residential care workers in Germany, collaboration has been related to an increased capacity to deliver trauma-informed care (Steinlin et al., 2017; Winters et al., 2020) and a reduced risk to develop compassion fatigue, occupational burnout, and secondary traumatic stress (Bürgin et al., 2020; Schmid et al., 2020).

Moving towards higher-level forms of collaboration and integrated service delivery is new territory for many practitioners in Germany. As the success of implementation is contingent on the effort and commitment of each individual professional, their respective perceptions of collaboration are an important process variable, which needs to be monitored and addressed if changes on the system level are to be implemented effectively (Van den Steene et al., 2018; Winters et al., 2020).

1.2. The present study

This paper focuses on results from a quantitative survey with frontline workers in the first phase of a larger study, which examined the feasibility and acceptability of implementing a collaboration model between a CAP clinic and child welfare services in the state of Schleswig Holstein in Germany. The purpose of the survey was to gain a better understanding of how frontline workers in the field perceived the collaboration before the implementation phase started. To this end, professionals working in child welfare offices, residential care, and CAP clinics were questioned. To measure perceptions of interprofessional collaboration we used the "Perceptions of Interprofessional Collaboration Model - Questionnaire" (PINCOM-Q) (Ødegård, 2005, 2006) and a new tool, the "Perceptions of Interprofessional Collaboration Scale for Children with Multiple and Complex Needs" (PICOCN), which we developed ourselves.

With this study, we seek to supplement existing literature about collaborative practices at the intersection of child welfare services and CAP clinics. The results have relevance for a number of European countries, in which CAP clinics are key stakeholders in the mental health care for children in the child welfare system (Fritsch et al., 2016; Mian et al., 2015). Furthermore, empirically based measurement tools are needed to gain an understanding of the challenges associated with implementing collaborative partnerships in children's services (Jacob, Boshoff, Stanley, Stewart, & Wiles, 2017) and we examine the potential usefulness of two instruments in this specific setting.

1.3. Objectives

This study has the following objectives: 1) To examine perceptions of interprofessional collaboration between child welfare and CAP clinics using two self-report measurements, 2) assess whether sociodemographic factors such as gender, age, organizational affiliation, or professional affiliation influence the way professionals perceive collaboration, and 3) examine the reliability and aspects of construct validity, specifically convergent validity, of both measurements. Our specific research questions were: How is interprofessional collaboration between child welfare and CAP clinics perceived in this German sample of professionals? Are there differences in perceptions of interprofessional collaboration between different groups? Are the scales internally consistent and do they measure related constructs?

2. Methods

2.1. Setting and study design

The data presented here was collected as part of a mixed-methods formative evaluation, which was undertaken to implement a joint needs assessment and care planning approach at the management level of child welfare services and a CAP clinic in a district of Schleswig-Holstein in Northern Germany (Groen & Jörns-Presentati, 2018). The original study adopted a quasi-experimental design and data was collected in 2015 and 2017. The intervention group were frontline workers employed in the CAP clinic and child welfare services where management staff started attending monthly case conferences for children with multiple and complex needs. The control group were frontline workers in similar organisations in a different district of Schleswig-Holstein, where no such intervention took place. The quantitative survey, which is the focus of this paper, was conducted early in the implementation in 2015. The data combines both cohorts of frontline workers in the intervention and control group.

2.2. Sample and procedure

This survey is based on a convenience sample of professionals working in child welfare offices, residential care homes, and CAP clinics. We discussed the aim of the study with managers of each organization at a project meeting and it was decided that the paper and pencil questionnaires would be distributed to frontline workers at team meetings. We obtained the approval of each of the institutional review boards beforehand. Participation was entirely voluntary, anonymous, and by adults who were fully informed by their managers that their participation (or lack thereof) would have no effect on their employment, and that they were allowed to not answer particular questions as they saw fit. Participants were also allowed to withdraw from the study at any point in the process.

2.3. Measurements

The survey included the PINCOM-Q and the PICOCC, as well as a set of demographic questions, which gathered information about the participant's age, gender, professional background, and years of work experience. The PINCOM-Q was originally developed based on a qualitative study from Norway (Ødegård, 2005). The scale was designed to measure key dimensions of collaborative child mental health care and has shown excellent external validity in a number of studies (Hynek et al., 2020; Larsen et al., 2021; Ødegård & Strype, 2009; Rousseau et al., 2012). The 48-item PINCOM-Q consists of three subscales, each measuring four subconstructs of perceptions of antecedents and processes of interprofessional collaboration. Each of the 12 subconstructs is described by four statements that are rated on a 7-point Likert scale, with response options ranging from 1 (strongly agree) to 7 (strongly disagree). The total score of the PINCOM-Q ranges from 48 to 336, with a low score indicating a more positive perception of the interprofessional collaboration. Depending on the construct, raters are rating themselves and their organizations, or, conversely, the other providers and organizations, or both.

The three subscales capture three dimensions of collaboration in the field of child mental health. On the individual level, participants rate aspects such as personal motivation (C1) (e.g. "I find working in interprofessional groups valuable" or "It is important to be personally engaged when collaborating in interprofessional groups"), role expectation (C2) (e.g. "I always have clear goals when I work interprofessionally" or "I experience that other professionals have expectations that are contradictory to mine when I work in interprofessional groups"), personality style (C3) (e.g. "Some professionals act in ways that make interprofessional collaboration difficult"), and professional power (C4) ("Some professionals dominate the interprofessional meetings with their professional viewpoints"). Group

dimensions are related to leadership (C5) (e.g. "I often experience that effective interprofessional groups have a clear and defined leader"), coping (C6) (e.g. "In most of the interprofessional groups I participate in, we agree about priorities"), communication (C7) (e.g. "In the interprofessional groups I participate in, exchange of information is never a problem"), and social support (C8) (e.g. "I find that I am appreciated by other professionals in the interprofessional groups I participate in"). Organizational dimensions relate to organizational culture (C9), ("It is common that interprofessional collaboration is highly valued"), organizational aims ("The other services have definite and clear aims regarding interprofessional collaboration"), organizational domain ("Laws and regulations are relatively well known by all the professionals in interprofessional groups"), and organizational environment ("The needs of the clients are very important for how we work in interprofessional groups").

The PINCOM-Q has shown good internal consistency, with a Cronbach's alpha value of 0.9 for the original 48-item version (Ødegård, 2006). We are the first to translate the PINCOM-Q into German, this process and the examination of its psychometric properties have been described in detail in a separate published paper (Jörns-Presentati et al., 2021). We conducted exploratory and confirmatory factor analysis and arrived at a solution that grouped 24 items into four factors (Interprofessional Climate, Conflict, Role Expectancy and Shared Goals, and Motivation) explaining 58.5 % of the variance. The largest factor, Interprofessional Climate, combined items describing aspects related to communication, social support, organizational support, and coping. The factor structure we arrived at has been reported similarly in previous validation studies (Ødegård, 2006; Strype et al., 2014).

The PICOCC was designed to measure a narrower construct. Defining the measurement domain of the PICOCC was influenced by the outcomes of a three-year EU-funded project we were part of, which set out to improve interprofessional collaboration between residential care and child mental health services in six European countries through the development of a joint training program (Groen & Jörns-Presentati, 2014, 2015; Timonen-Kallio, 2019). In this project, qualitative interviews and focus groups (N = 61) were conducted with frontline workers in residential care and child mental health services in Germany, Denmark, Finland, Lithuania, Spain, and Scotland (Groen & Jörns-Presentati, 2014, 2015; Timonen-Kallio, 2019). Across all welfare regimes, professionals in both systems perceived collaboration around children with complex psychosocial needs as particularly challenging. Poor information flow, disagreements over the development of a common action plan, diffusion of responsibility, and revolving door patterns of care were recurring themes.

The 13 items of the PICOCC describe facilitators of interprofessional collaboration most often referred to in these interviews, such as openness to collaboration, mutual understanding and respect, knowledge integration, shared influence and decision-making, person-centeredness, and organizational support (see Table 2). These determinants of successful collaboration have also been reported in the literature on collaborative child mental health care for children with multiple and complex needs (Almqvist & Lassnanti, 2018a; Cooper et al., 2016; McLean, 2012; Nooteboom et al., 2020; Van den Steene et al., 2019; Van Dongen et al., 2020). To further establish content validity, we presented the items of the PICOCC to an expert panel consisting of child and adolescent psychiatrists, child welfare professionals, and researchers. We plan to publish a paper on this process and the psychometric evaluation of the PICOCC soon. The total score of the PICOCC ranged from 13 to 91. PICOCC items are also rated on a seven-point Likert scale, with response options ranging from strongly agree to strongly disagree. For the PICOCC, a lower score also indicates a more positive perception of the item. Much like the PINCOM-Q, raters rate themselves and their organizations, as well as the other providers and organizations with whom they collaborate.

2.4. Statistical analysis

We used the Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, Statistics v26) software for all statistical analysis. We calculated descriptive statistics of the sociodemographic information and of items and patterns of the scales (mean and standard deviation). To establish the reliability of the two instruments, we calculated Cronbach’s alpha. We furthermore wanted to study any association between the two scales and calculated the Pearson correlation. To investigate if there was a significant difference in perception between groups in this specific setting, we conducted t-tests of the different groups’ total scores. We used multivariate analysis of variance (MANOVA), as there were multiple measurements to assess interprofessional collaboration. Missing values were replaced using mean imputation.

3. Results

3.1. Participant characteristics

The sample comprised of 204 participants of which most of them were women (74 %) (see Table 1). Professionals working in CAP clinics were medical doctors trained in child and adolescent psychiatry, child psychologists, child and adolescent psychotherapists, nurses, social workers, and a range of other therapists (e.g. speech, music). Child mental health professionals (child and adolescent psychiatrists, child and adolescent psychotherapists, and psychologists) were all working in CAP clinics, whereas the large majority (79 %) of social workers were working in the child welfare system. In this study we also refer to residential care workers and child and youth care workers as social workers. Overall, the number of years of relevant work experience ranged from six months to 40 years with an average of 13.9 (SD = 9.9) years.

3.2. Correlation between the PINCOM-Q and the PICOCC

There was a significant and strong correlation between the PICOCC scale and the PINCOM-Q global score ($r = 0.6, p < 0.01$) and convergent

Table 1
Participant characteristics (N = 204).

	N	%
Gender		
Female	149	74.1
Male	48	23.9
N/A	4	2
Age		
under 25	3	1.5
25–34	53	26.6
35–44	53	26.6
45–54	55	27.6
55–64	34	17.1
>64	1	0.5
Organization		
CAP clinic (in total)	90	44.1
<i>Professions working in CAP clinic</i>		
Child psychologist	6	
Child and adolescent psychotherapist	20	
Child and adolescent psychiatrist	13	
Social work professionals	25	
Nurses	20	
Other therapists (e.g. speech, music)	6	
Child welfare system (in total)	114	58.9
<i>Professions working in child welfare</i>		
Child welfare offices	82	
Residential care	21	
Family support services (ambulant)	11	
Work experience		
under 5 years	14	21.1
5–9 years	36	18.6
10–20 years	70	36.1
>20 years	54	24.2

validity was established. Correlation coefficients for the PICOCC and the PINCOM-Q subscales were all significant. The strongest positive correlations were found for the subscales coping ($r = 0.6, p < 0.01$), communication ($r = 0.6, p < 0.01$), social support ($r = 0.6, p < 0.01$), and organizational domain ($r = 0.5, p < 0.01$).

3.3. Scale reliability and scores of both scales

Cronbach’s alpha coefficients of 0.9 (PICOCC) and 0.8 (PINCOM-Q) indicate good reliability for both scales. Table 2 shows Cronbach’s alpha for all twelve subscales of the PINCOM-Q. The subscales group leadership ($\alpha = 0.3$) and organizational environment ($\alpha = 0.2$) lacked sufficient reliability and were excluded from further analysis.

The lowest mean score on the PINCOM-Q was reported for the subscale motivation, whereas the highest scores were reported for personality style, professional power, organizational aims, and organizational environment. For the PICOCC scale, most professionals agreed with the statement “When working on a particularly complex and challenging case, my experience is that assessments from other professions are appreciated as a valuable addition to my own assessment”; whereas participants agreed the least with the statement “When working on a particularly complex and challenging case, I almost never experience that certain things are expected or assumed without attaining consensus between all professionals”.

3.4. Differences in perception based on sociodemographic factors

There was no statistically significant difference between perceptions of the general interprofessional collaboration, as measured by the PINCOM-Q, or the collaboration regarding complex cases, as measured by the PICOCC, between men and women, or professionals in different age groups.

3.4.1. Differences in perception based on organizational affiliation

A repeated-measures MANOVA revealed a significant difference in perception between groups based on their organizational affiliations $F(13, 153) = 4.2, p < 0.001$ (see Table 3). Frontline workers employed in the child welfare system had overall a more negative perception of the interprofessional collaboration, as indicated by the PINCOM-Q total score, than professionals working in CAP clinics ($t = 2.7, df = 165, p < 0.05$). On the level of the individual, they particularly had a more negative perception of their personal motivation and the motivation of others ($t = 2.6, df = 165, p < 0.01$). On the organizational level, they had a more negative perception of their own organizations assigning value to and encouraging new ways of working through interprofessional collaboration, as measured by the PINCOM-Q subconstruct organizational culture ($t = 3.7, df = 165, p < 0.001$). They also had a more negative perception of the level of mutual awareness of the policy and legal mandates framing the collaboration as well as professionals’ responsibilities, as measured by the PINCOM-Q subconstruct organizational domain ($t = 3.1, df = 165, p < 0.05$).

3.4.2. Differences in perception based on professional affiliation

We also assessed differences between means for mental health professionals (child and adolescent psychiatrists, child and adolescent psychotherapists, and psychologists) and social workers using a repeated-measures MANOVA and again found significant differences $F(13, 147) = 4.31; p < 0.001$ (see Table 3). Mental health professionals, who were all employed in the CAP clinics, had a more negative perception of interprofessional collaboration around children with complex psychosocial needs, as measured by the PICOCC, than social workers, of whom the large majority were employed in the child welfare system ($t = 2.4, df = 81.4, p < 0.01$). On the individual level, social workers in both organizations as compared to mental health professionals, had a more negative perception of the motivation to collaborate ($t = 2.4, df = 193, p < 0.05$), and they had a more negative

Table 2
Means, standard deviations, and Cronbach's alphas for the PINCOM-Q and PICOCC (N = 204).

Scales	M	SD	Cronbach's alpha
PINCOM-Q			
Total scale (48 items)	167.1	24.7	0.8
Individual level (16 items)			0.7
- Motivation	2.2	0.7	0.6
- Role expectations	3.1	0.9	0.6
- Personality style	5.0	0.9	0.7
- Professional power	4.5	1.0	0.7
Group level (16 items)			0.8
Group leadership	3.0	0.8	0.2
Communication	3.6	0.9	0.6
Coping	3.4	0.9	0.7
Social support	3.0	0.9	0.7
Organizational level (16 items)			0.8
Organizational culture	2.9	0.8	0.6
Organizational aims	4.0	0.8	0.7
Organizational domain	3.0	0.9	0.6
Organizational environment	4.1	0.8	0.2
PICOCC			
Total scale (13 items)	43.0	13.5	0.9
When working on a particularly complex and challenging case, different professions really try to pull together.	3.1	1.4	
When working on a particularly complex and challenging case, I experience close communication between the different professions and service agencies.	3.1	1.4	
When working on a particularly complex and challenging case, professionals do not blame each other.	3.5	1.5	
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is what needs to be done is decided collectively in close collaboration.	3.4	1.4	
When working on a particularly complex and challenging case, assessments and recommendations of other professions are clear and transparent to me.	3.4	1.3	
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is decisions are not made without the consent of all professionals involved.	3.6	1.5	
When working on a particularly complex and challenging case, assessments and recommendations of other professions seem plausible to me based on my knowledge.	3.2	1.2	
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is that professionals speak respectfully and with appreciation about other professions in front of the clients/patients and their families.	3.0	1.4	
When working on a particularly complex and challenging cases, interprofessional collaboration works out so well, that clients/patients and their families receive the best possible care and support.	3.5	1.3	
When working on a particularly complex and challenging case, we can fall back on established work routines and jointly defined rules in the interprofessional	3.7	1.5	

Table 2 (continued)

Scales	M	SD	Cronbach's alpha
collaboration.			
When working on a particularly complex and challenging case, my experience is that assessments other professions are appreciated as a valuable addition to my own assessment	3.0	1.3	
When working on a particularly complex and challenging case, I almost never experience that certain things are expected or assumed without attaining consensus between all professionals.	3.8	1.4	
When working on a particularly complex and challenging case, I experience that clients/patients and their family members are satisfied with the interprofessional collaboration and coordination of services.	3.7	1.3	

Table 3
Comparison of scores between organisations and professional groups.

Scale	Child Welfare		CAP		
	M	SD	M	SD	t
PICOCC (13 items)	46.5	12.7	50.9	16.	1.9
PINCOM-Q (48 items)	175.2	23.5	163.6	27.1	2.7**
Motivation	9.3	2.8	8.1	3.1	2.6**
Role expectancy	13.7	3.3	12.2	4.1	1.9
Personal Style	20.2	4.1	20.1	4.2	0.6
Professional Power	18.6	4.3	17.9	4.9	1.5
Coping	14.8	3.6	14.1	3.6	0.9
Communication	14.4	3.4	13.8	4.1	0.9
Social support	12.4	3.4	11.6	3.9	0.5
Organizational culture	12.5	3.2	10.6	3.5	3.7***
Organizational aims	16.1	3.6	16.6	3.5	0.7
Organizational domain	13.4	3.2	11.5	3.7	3.1*
			Social work professionals		
PICOCC (13 items)	46.4	12.8	52.4	17.7	2.4**
PINCOM-Q (48 items)	171.6	24.7	163.9	27.4	1.8
Motivation	9.2	2.9	8.1	3.2	2.4*
Role expectancy	13.6	3.7	12.2	3.9	2.5*
Personal Style	19.9	3.9	20.0	4.3	0.1
Professional Power	18.4	4.2	17.9	4.9	0.7
Coping	14.6	3.6	14.1	3.5	0.8
Communication	14.2	3.5	13.8	3.9	0.6
Social support	12.3	3.3	11.6	3.8	1.2
Organizational culture	11.7	3.3	10.6	3.5	2.6*
Organizational aims	15.9	3.6	16.6	3.6	1.1
Organizational domain	12.9	3.3	11.5	3.7	2.4*
			Social work professionals in child welfare		
PICOCC (13 items)	46.7	12.8	46.7	14.5	0.1
PINCOM-Q (48 items)	175.7	23.6	166.1	27.2	1.7
Motivation	9.4	2.8	8.4	3.0	1.5
Role expectancy	13.8	3.3	13.5	4.5	0.3
Personal Style	20.2	4.2	19.6	3.7	0.6
Professional Power	18.7	4.3	17.2	5.0	1.5
Coping	14.9	3.4	14.6	3.8	0.4
Communication	14.6	3.4	14.0	4.7	0.6
Social support	12.5	3.5	13.2	4.1	0.9
Organizational culture	12.5	3.2	10.1	3.6	3.2**
Organizational aims	16.2	3.7	16.2	3.4	0.6
Organizational domain	13.4	3.2	12.4	3.6	3.5***

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

perception of their own and others' clarity of roles and responsibilities, as measured by the PINCOM-Q subconstruct role expectancy ($t = 2.5$, $df = 193$, $p < 0.01$). On the organizational level, compared to mental health professionals, social workers in both organizations had a more negative perception of the organizational culture ($t = 2.6$, $df = 193$, $p < 0.05$), and a more negative perception of the mutual awareness of the structural determinants of collaboration and professionals' respective responsibilities, as measured by the PINCOM-Q subconstruct organizational domain ($t = 2.4$, $df = 193$, $p < 0.05$).

3.4.2.1. Differences in perception across the group of social workers. In a third step, only social workers in both organizations were compared, using a repeated-measures MANOVA, with the finding that means differed between social workers employed in the child welfare system in comparison with social workers employed in a CAP clinic $F(13, 224) = 1.79$; $p < 0.01$ (Table 3). Social workers employed in the child welfare system had a more negative perception of the organizational culture ($t = 3.2$, $df = 103$, $p < 0.01$), and a more negative perception to which extent the collaboration was guided by mutual awareness, as measured by the PINCOM-Q subconstruct organizational domain ($t = 3.5$, $df = 103$, $p < 0.001$).

4. Discussion

In this study we used the first German version of the Perceptions of Interprofessional Collaboration Model - Questionnaire (PINCOM-Q) and the Perception of Interprofessional Collaboration Scale for Children with Multiple and Complex needs (PICOCC), a tool we developed to evaluate the perceived quality of providing collaborative care for children with complex psychosocial needs. Both instruments proved to have good internal consistency with this sample of professionals working in CAP clinics and child welfare services. The results indicate a relationship between the constructs measured by both scales, with strong correlations found between the global score of the PICOCC and subconstructs of the PINCOM-Q describing problem-solving, communication, mutual support, and mutual understanding of legal and policy frameworks and responsibilities. We interpret this finding as further proof that establishing collaborative partnerships requires skills, such as the ability to engage in dialogue with other professions for the purpose of gaining a deeper understanding of different viewpoints and shared goals (D'Amour & Oandasan, 2005). Van den Steene et al. (2018) conducted focus groups with professionals ($N = 30$) working in child welfare and CAP clinics in Belgium and found that working towards a "shared person-centred vision" (Van den Steene et al., 2018, p. 1549) was perceived as a key driver of implementing a collaborative model (Almqvist & Lassinanti, 2018b; Bruns et al., 2010; Janssens et al., 2010; Van den Steene et al., 2018; Van Dongen et al., 2020).

Our results resonate with recent systematic reviews of collaboration in the field of children's services, which suggest that professionals generally perceive interprofessional collaboration as an effective approach to providing holistic and person-centered care (Almqvist & Lassinanti, 2018; Cooper et al., 2016; Nootboom et al., 2020). Our results also demonstrate that frontline workers in the child welfare system perceive core aspects of the collaboration differently than mental health professionals working in CAP clinics. Similar results were reported by Mack et al. (2019) in a previous longitudinal survey in Germany, in which they compared perceptions of social workers in child welfare offices ($n = 33$) with those of mental health professionals in a CAP clinic ($n = 33$) and found that, although interprofessional collaboration in general was evaluated fairly positively by professionals in both systems, perceptions of collaboration around individual cases did not align (Mack et al., 2019). Child welfare professionals perceived information sharing and communication around individual cases more positively than CAP professionals. CAP professionals, however, perceived children's psychopathology as more severe, which indicates

perceived knowledge gaps in the abilities of social workers to recognize early signs of mental health problems.

An important finding of our study is that professionals working in the child welfare system gave a poorer evaluation of organizational support than those working in CAP clinics and perceived less role clarity compared to mental health professionals. In our previous qualitative research around collaboration between residential care and child and adolescent mental health services, residential care workers in all six countries struggled to identify their unique contribution to interprofessional work and at the same time perceived child and adolescents psychiatrists to know little about and undervalue what social work offers (Groen & Jörns-Presentati, 2014, 2015). This is a known issue for social workers in interprofessional collaboration (Bronstein, 2003). Organizations therefore need to support social workers in building a stronger sense of their role in collaborative child mental health care. Furthermore, it has been argued that the implementation of collaborative care models will go hand in hand with a shift away from the traditional physician-centered model of care and this opens up new opportunities for social workers to make their unique contribution visible (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016).

4.1. Implications for practice

Professionals in our study considered the quality of interpersonal relationships to be an important element of interprofessional collaboration, a finding that points to a wider trend in the field that emphasizes the role of collaborative activities that focus on establishing common ground, dismantling stereotypical thinking, and diminishing distrust between mental health professionals and social workers (Cooper et al., 2016; Rumping et al., 2019). We therefore suggest that frontline workers are provided with opportunities and resources to engage in activities that increase familiarity between child welfare services and CAP clinics, such as interprofessional education. Child welfare professionals need to also be provided with more thorough mental health training to increase their capacity to deliver trauma-informed care (He et al., 2015; Vasileva & Petermann, 2017; Winters et al., 2020).

On the level of the organization, our results highlight the importance of establishing an organizational climate that values and incentivizes collaboration, particularly in the child welfare system. It is also crucial to be aware that collaboration between health and social care has been linked to increased pressure and expectations (Atkinson, Jones, & Lamont, 2007; Cooper, Evans, & Pybis, 2016). Implementation research suggests that adopting new assessment and referral practices may initially be perceived by frontline workers in child welfare services as additional resource-draining tasks (He et al., 2015; Van den Steene et al., 2018) and can entail a profound loss of autonomy (Schot, Tummers, & Noordegraaf, 2020).

Furthermore, interprofessional collaboration between child welfare and CAP clinics needs to be embedded at the policy level to bring about systemwide change, such as implementation of routine screenings in residential care to facilitate early diagnosis and treatment. Sufficient resources (Nancarrow et al., 2013) and stakeholder involvement, including children and families, have been shown to be central elements of sustainable implementation of child welfare system change (Lambert et al., 2016).

4.2. Limitations and further research

This study has limitations. The sample is not representative due to its size and convenience sampling, which also made it impossible to calculate a response rate. Furthermore, the results would be best interpreted with additional qualitative data. The rating scales rely on self-perceptions, which may be distorted, further studies therefore need to assess if collaboration between child welfare and CAP clinics leads to better outcomes for children. However, our results highlight the importance of establishing an organizational climate that enables

interprofessional collaboration, particularly in the child welfare system. Furthermore, we present in this study two instruments, the PICOCC and the PINCOM-Q, which both showed promising results. These instruments can also be used to guide self-reflection (Ødegård, 2006) and a meaningful exchange geared to bridging the gaps in professional perspectives (Schot et al., 2020). For future research, we recommended using these tools to further understand the collaborative partnership between child welfare services and CAP clinics and combine these insights with qualitative research examining the perceptions of professionals, children, and caregivers (den Steene et al., 2018; Van Dongen et al., 2020).

Funding

This work was supported by the Ministry of Social Affairs, Health, Youth, Family and Senior Citizens of the state of Schleswig-Holstein, Germany.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Data availability

Data will be made available on request.

References

- Akin, B. A., Dunkerley, S., Brook, J., & Bruns, K. (2021). Driving organization and systems change toward trauma-responsive services in child welfare: Supervisor and administrator perspectives on initial implementation. *Journal of Public Child Welfare*, 15(2), 133–153. <https://doi.org/10.1080/15548732.2019.1652720>
- Almqvist, A.-L., & Lassinantti, K. (2018a). Social work practices for young people with complex needs: An integrative review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(3), 207–219. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0522-4>
- Almqvist, A.-L., & Lassinantti, K. (2018b). Young people with complex needs meet complex organizations: An interview study with Swedish professionals about sustainable work practices. *Community, Work & Family*, 21(5), 620–635. <https://doi.org/10.1080/13668803.2018.1527758>
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Atkinson, M., Jones, M., & Lamont, E. (2007). *Multi-agency working and its implications for practice: A review of the literature*. London: C&EBT, Education Trust.
- Bai, Y., Wells, R., & Hillemeier, M. M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 372–381. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.10.004>
- Barth, R. P., Rozeff, L. J., Kerns, S. E. U., & Baldwin, M. J. (2020). Partnering for Success: Implementing a cross-systems collaborative model between behavioral health and child welfare. *Children and Youth Services Review*, 117, 104663. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104663>
- Beck, A. (2006). Addressing the mental health needs of looked after children who move placement frequently. *Adoption & Fostering*, 30(3), 60–65. <https://doi.org/10.1177/030857590603000308>
- Beck, N. (2015). Need for youth welfare services following child and adolescent psychiatry treatment- a descriptive analysis. *Zeitschrift für Kinder- Und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 443–451. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000386>
- Besier, T., Fegert, J., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24, 483–489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.02.006>
- BMBF. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7), e2622.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306. <https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297>
- Bruns, E. J., Walker, J. S., Zabel, M., Matarese, M., Estep, K., Harburger, D., ... Pires, S. A. (2010). Intervening in the lives of youth with complex behavioral health challenges and their families: The role of the wraparound process. *American Journal of Community Psychology*, 46(3–4), 314–331. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9346-5>
- Bürgin, D., Kind, N., Schröder, M., Clemens, V., Fegert, J. M., Eckert, A., ... Schmid, M. (2020). The stress of caring—Resilience and HPA-Axis activity in hair samples of youth residential caregivers. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1503. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.556486>
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*, 42(3), 325–342. <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Crandal, B. R., Martin, J. K., Hazen, A. L., & Rolls Reutz, J. A. (2019). Measuring collaboration across children's behavioral health and child welfare systems. *Psychological Services*, 16(1), 111–119. <https://doi.org/10.1037/ser0000302>
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- den Steene, H. V., van West, D., & Glazemakers, I. (2018). Needs and preferences of parents of adolescents with multiple and complex needs in residential care. *Child & Family Social Work*, 23(4), 693–700. <https://doi.org/10.1111/cfs.12465>
- Destatis (2020). *Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland nach Art der Hilfe*. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Tabellen/hilfen-erziehung-jungevolljaehrige.html>
- Destatis (2022). *Public children and youth welfare*. Federal Statistical Office. https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Social-Statistics/Public-Children-Youth-Welfare/_node.html
- Esping-Andersen, G. (1990). The three political economies of the welfare state. *International Journal of Sociology*, 20(3), 92–123. <https://www.jstor.org/stable/20630041>
- Fegert, J. M., Kölch, M., & Krüger, U. *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf
- Fritsch, S. L., Schlesinger, A., Habeger, A. D., Sarvet, B., & Harrison, J. N. (2016). Collaborative care and integration: Changing roles and changing identity of the child and adolescent psychiatrist? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(9), 743–745. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.011>
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2018). *Grenzgänger kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Psychiatrie Verlag.
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2014). An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung. *Kindheit Und Entwicklung*, 23(3), 151–160. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000141>
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2015). On the borders between residential child care and mental health care: Evaluation of the RESME pilot-course. In *On the borders between residential child care and mental health treatment in Europe* (pp. 136–155). Turkey: University of Applied Sciences.
- Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A Critical Look At Trauma-Informed Care Among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and Their Families. *Child Maltreatment*, 21(2), 95–100. <https://doi.org/10.1177/1077559516635274>
- He, A. S., Lim, C. S., Lecklitner, G., Olson, A., & Traube, D. E. (2015). Interagency collaboration and identifying mental health needs in child welfare: Findings from Los Angeles County. *Children and Youth Services Review*, 53, 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.03.013>
- Horwath, J., & Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect*, 31, 55–69. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.01.007>
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., ... Zhang, J. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1217–1224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1217>
- Hynek, K. A., Malmberg-Heimonen, I., & Tøge, A. G. (2020). Improving interprofessional collaboration in Norwegian primary schools: A cluster-randomized study evaluating effects of the LOG model on teachers' perceptions of interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1708281>
- Jacob, J., Boshoff, K., Stanley, R., Stewart, H., & Wiles, L. (2017). Interprofessional collaboration within teams comprised of health and other professionals: A systematic review of measurement tools and their psychometric properties. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practices*, 15(2).
- Janssens, A., Peremans, L., & Deboutte, D. (2010). Conceptualizing collaboration between children's services and child and adolescent psychiatry: A bottom-up process based on a qualitative needs assessment among the professionals. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2), 251–266. <https://doi.org/10.1177/1359104509340651>
- Jörns-Presentati, A., Groen, G., & Ødegård, A. (2021). Psychometric properties of the German version of the perception of interprofessional collaboration model-questionnaire (PINCOM-Q). *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.5660>
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>

- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29(1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9559-0>
- Klinikradar (2022). *Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie—Klinikliste 2022*. <https://klinikradar.de/kinder-und-jugendpsychiatrie/kliniken/>.
- Lambert, D., Richards, T., & Merrill, T. (2016). Keys to implementation of child welfare systems change initiatives. *Journal of Public Child Welfare*, 10(2), 132–151. <https://doi.org/10.1080/15548732.2015.1113226>
- Larsen, B. K., Hean, S., & Ødegård, A. (2021). Exploring Norwegian prison frontline workers' perceptions of inter professional collaboration—A pilot study. *International Journal of Prisoner Health, ahead-of-print*(ahead-of-print). doi: 10.1108/IJPH-08-2021-0084.
- Mack, J., Wanderer, S., Keitel, J., Bittner, J., Herrmann, E., Ehrlich, S., & Roessner, V. (2017). Better together? Cooperation between youth welfare office and child and adolescent psychiatry: A methodological approach. *Children and Youth Services Review*, 79, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.019>
- Mack, J., Wanderer, S., Koelch, M. G., & Roessner, V. (2019). Come together: Case specific cross-institutional cooperation of youth welfare services and child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0294-z>
- McLean, S. (2012). Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: A large qualitative study of five constituent groups. *Child & Family Social Work*, 17(4), 478–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00805.x>
- Mian, A. L., Milavić, G., & Skokauskas, N. (2015). Child and adolescent psychiatry training: A global perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 699–714. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.06.011>
- Miller, E. A., Green, A. E., Fettes, D. L., & Aarons, G. A. (2011). Prevalence of maltreatment among youths in public sectors of care. *Child Maltreatment*, 16(3), 196–204. <https://doi.org/10.1177/1077559511415091>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11, 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Nooteboom, L. A., Mulder, E. A., Kuiper, C. H. Z., Colins, O. F., & Vermeiren, R. R. J. M. (2020). Towards integrated youth care: A systematic review of facilitators and barriers for professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01049-8>
- Nützel, J., Schmid, M., Goldbeck, L., & Fegert, J. M. (2005). *Kinder-und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern*.
- Ødegård, A. (2005). Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 347–357. <https://doi.org/10.1080/13561820500148437>
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1762090/>.
- Ødegård, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 286–296. <https://doi.org/10.1080/13561820902739981>
- Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Nadeau, L., Deshaies, S., & Measham, T. (2012). Measuring the quality of interprofessional collaboration in child mental health collaborative care. *International Journal of Integrated Care*, 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287319/>.
- Rumping, S., Boendermaker, L., & de Ruyter, D. J. (2019). Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(2), 293–305. <https://doi.org/10.1111/hsc.12589>
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Schmid, M., Lüdtke, J., Dolitzsch, C., Fischer, S., Eckert, A., & Fegert, J. (2020). Effect of trauma-informed care on hair cortisol concentration in youth welfare staff and client physical aggression towards staff: Results of a longitudinal study. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8077-2>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636607>
- Stanley, N., Riordan, D., & Alaszewski, H. (2005). The mental health of looked after children: Matching response to need. *Health & Social Care in the Community*, 13(3), 239–248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00556.x>
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159–175. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- Strype, J., Gundhus, H., Egge, M., & Ødegård, A. (2014). Perceptions of Interprofessional Collaboration. *Professions and Professionalism*, 4. <https://doi.org/10.7577/pp.806>
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.014>
- Timonen-Kallio, E. (2019). Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: A cross-country study in six European countries. *European Journal of Social Work*, 22(6), 947–960. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441135>
- Van den Steene, H., van West, D., & Glazemakers, I. (2019). Towards a definition of multiple and complex needs in children and youth: Delphi study in Flanders and international survey. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 7, 60–76. doi: 10.21307/sjcap-2019-009.
- Van den Steene, H., van West, D., Peeraer, G., & Glazemakers, I. (2018). Professionals' views on the development process of a structural collaboration between child and adolescent psychiatry and child welfare: An exploration through the lens of the life cycle model. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(12), 1539–1549. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1147-7>
- Van Dongen, T., Sabbe, B., & Glazemakers, I. (2020). Collaboration for children with complex needs: What adolescents, parents, and practitioners tell us. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 24(1), 19–32. <https://doi.org/10.1177/1367493518823906>
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2017). Mental health needs and therapeutic service utilization of young children in foster care in Germany. *Children and Youth Services Review*, 75, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.022>
- Wells, R., & Chuang, E. (2012). Does formal integration between child welfare and behavioral health agencies result in improved placement stability for adolescents engaged with both systems? *Child Welfare*, 91(1), 79–100. <https://www.jstor.org/stable/48623312>.
- Winters, A. M., Collins-Camargo, C., Antle, B. F., & Verbist, A. N. (2020). Implementation of system-wide change in child welfare and behavioral health: The role of capacity, collaboration, and readiness for change. *Children and Youth Services Review*, 108, Article 104580. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104580>

5 Zentrale Ergebnisse

Es folgt ein Überblick über die zentralen Ergebnisse der drei Studien, die in den Publikationen präsentiert wurden.

5.1 Validierung der Instrumente

In der Validierungsstudie des PINCOM-Q (Publikation 1) konnten fünf der ursprünglichen zwölf Subskalen in leicht abgewandelter Version validiert werden. Die Skala zeigt eine gute Reliabilität. Mit 24 Fragen umfasst der PINCOM-Q (German) im Vergleich zum Original eine deutlich geringere Anzahl an Items, was einen Vorteil hinsichtlich der Ökonomie der Skala darstellt. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der einzelnen Subskalen, welche Teilbereiche sich mithilfe des PINCOM-Q (G) evaluieren lassen. Unter dem Überbegriff *interprofessionelles Klima* erfassen zehn Items, wie Fachkräfte die Qualität der sozialen Unterstützung, der wertschätzenden Kommunikation und der Fähigkeit zu Problembewältigung in der Zusammenarbeit bewerten, was sich mit den anderen beiden Validierungsstudien der Skala deckt (Ødegård, 2006; Ødegård & Strype, 2009). In dieser Studie ordnen sich jedoch zum ersten Mal unter dem Faktor *interprofessionelles Klima* auch Items zur Messung der Unterstützung auf Leitungsebene sowie des Gewährseins aller Beteiligten über die rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen, unter denen die Zusammenarbeit stattfindet.

Eine weitere Dimension der interprofessionellen Kooperation, die sich nur in dieser Validierungsstudie ergeben hat, ist der *Konflikt*. Dieser Faktor besteht aus fünf Items, die erheben, inwieweit Fachkräfte gewisse Verhaltensweisen als schwierig oder Haltungen als wenig offen für divergente Sichtweisen in der interprofessionellen Kooperation wahrnehmen oder andere Professionen in der Zusammenarbeit dominant auftreten und Prozesse fachlich vereinnahmen. Unter dem Faktor *Rollenerwartung und geteilte Ziele* lassen sich weitere fünf Items vereinen, die erfassen, ob Fachkräfte den Eindruck haben, dass in der interprofessionellen Kooperation Rollen und Verantwortlichkeiten klar verteilt sind, gemeinsame Prioritäten verfolgt werden und ein reibungsloser Informationsfluss besteht. Vier Items beurteilen die eigene *Motivation*, interprofessionell zu arbeiten, und die Klarheit der eigenen Ziele, die Fachkräfte in der Zusammenarbeit verfolgen.

Der PICOCC-Fragebogen (Publikation 2) zeigte eine ebenso gute Konstruktvalidität und interne Konsistenz. Das theoretische Modell, das dem Fragebogen zugrunde liegt, konnte im Rahmen der explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalyse bestätigt werden, wonach die Skala ein eindimensionales Konstrukt misst. Die Known-groups-validity konnte ebenfalls nachgewiesen werden, das heißt, mit der Skala können Unterschiede zwischen den Professionen gemessen werden. Die Überprüfung der konvergenten Validität ergab hohe Korrelationen zwischen den Gesamtwerten des PICOCC und PINCOM sowie in Bezug auf die Subskalen Coping, soziale Unterstützung, Kommunikation und Organisationsziele. Aus diesen Befunden lässt sich ableiten, dass beide Fragebögen ein nomologisches Netz teilen. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der Items des PICOCC.

Subskala 1	Interprofessionelles Klima
Soziale Unterstützung	Ich habe das Gefühl, dass ich Hilfe und Unterstützung von den anderen Fachleuten bekommen kann, mit denen ich in interprofessionellen Gruppen arbeite.
Soziale Unterstützung	Ich finde, dass andere Fachleute in der interprofessionellen Zusammenarbeit gewillt sind, mir zuzuhören, wenn ich Probleme habe.
Soziale Unterstützung	In interprofessionellen Gruppen erlebe ich Wertschätzung von den anderen Fachkräften.
Soziale Unterstützung	Es ist mir fast noch nie so vorgekommen, dass Fachleute anderer Professionen nicht verstanden haben, was ich vermitteln wollte.
Kommunikation	In den interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, bekomme ich relevante Rückmeldungen auf meine Beiträge.
Kommunikation	Den Fachleuten gelingt es gut, Informationen über ihre jeweiligen Arbeitsweisen auszutauschen.
Coping	Fast immer lösen wir die vorgenommenen Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit.
Organisationskultur	Die Einrichtungen sind von dem Wunsch geprägt, interprofessionell arbeiten zu wollen.
Organisationskultur	Wir (die Mitarbeitenden) werden dazu ermutigt, interprofessionelle Zusammenarbeit voranzubringen.
Organisationsbereiche	Alle Fachleute haben eine Vorstellung von den rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen, unter denen die interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet.
Subskala 2	Konflikt
Professionelle Autorität	Manche Fachleute dominieren interprofessionelle Treffen mit ihren Ansichten.
Professionelle Autorität	Gewisse Fachleute legen die grundsätzlichen Annahmen/Vorannahmen in interprofessionellen Gruppen fest.
Professionelle Autorität	Es kann vorkommen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht funktioniert, weil bestimmte Professionen die Treffen dominieren.
Persönlichkeitsstil	Manche Fachleute verhalten sich auf eine Art und Weise, die interprofessionelle Kooperation schwierig macht.
Persönlichkeitsstil	Für interprofessionelle Zusammenarbeit braucht man Offenheit und nicht alle Fachleute können diesem Anspruch gerecht werden.
Subskala 3	Rollenerwartung und geteilte Ziele
Rollenerwartung	Meine Erfahrung ist es, dass die Rollen in der interprofessionellen Zusammenarbeit immer klar definiert sind.
Rollenerwartung	Ich erlebe meinen Verantwortungsbereich in der interprofessionellen Zusammenarbeit als klar definiert.
Organisationsbereiche	Jede/r kennt seinen/ihren eigenen Verantwortungsbereich.
Coping	In den meisten interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, sind wir uns einig, was Priorität hat.
Kommunikation	In den interprofessionellen Gruppen, an denen ich teilnehme, ist der Austausch von Informationen nie ein Problem.
Subskala 4	Motivation
Motivation	Ich schätze die Arbeit in interprofessionellen Gruppen.
Motivation	Ich kann meine Kreativität und meine Ideen in der Arbeit mit interprofessionellen Gruppen nutzen.
Motivation	Ich empfinde es als persönliche Weiterentwicklung, wenn ich in interprofessionellen Gruppen arbeite.
Rollenerwartung	Ich verfolge klare Ziele in der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Tabelle 2: Der Fragebogen PINCOM-Q (G)

Konzepte	Indikatoren Im Umgang mit besonders schwierigen und herausfordernden Fällen...
<i>Prozess:</i> Konvergenz	⇒ versuchen die unterschiedlichen Professionen und Fachkräfte besonders, an einem Strang zu ziehen.
<i>Voraussetzung:</i> Verhaltensregeln, Soziale Unterstützung und Wertschätzung <i>Prozess:</i> effektive, offene Kommunikation auf Augenhöhe	⇒ erlebe ich einen engen Austausch der Fachkräfte der unterschiedlichen Professionen und Einrichtungen. ⇒ mache ich die Erfahrung, dass die Fachkräfte vor den Klient:innen bzw. Patient:innen und ihren Familien respektvoll und wertschätzend über die Fachkräfte der anderen Profession reden. ⇒ machen sich die unterschiedlichen Fachkräfte keine gegenseitigen Vorwürfe.
<i>Voraussetzung:</i> geteilte Verantwortung Verhaltensregeln <i>Prozess:</i> geteilte Entscheidungsfindung	⇒ erlebe ich es, dass nicht über die Köpfe der anderen Profession hinweg entschieden wird. ⇒ mache ich fast nie die Erfahrung, dass ohne Abstimmung mit den anderen Fachkräften und Professionen bestimmte Dinge erwartet oder vorausgesetzt werden. ⇒ mache ich die Erfahrung, dass erforderliche Maßnahmen eng und einvernehmlich abgestimmt werden.
<i>Voraussetzung:</i> geteilte mentale Modelle, Offenheit gegenüber Diversität <i>Prozess:</i> effektive, offene Kommunikation auf Augenhöhe	⇒ sind die Einschätzungen und Empfehlungen der anderen Fachkräfte und Professionen für mich fachlich gut nachvollziehbar. ⇒ sind die Einschätzungen und Empfehlungen der anderen Fachkräfte und Professionen für mich deutlich und transparent. ⇒ erlebe ich es, dass die Einschätzung der anderen Fachkräfte als Bereicherung der eigenen Einschätzung geschätzt wird.
<i>Voraussetzung:</i> Personenzentrierung <i>Ergebnis:</i> Wahrnehmung positiver Auswirkungen auf die Hilfeerbringung	⇒ erlebe ich, dass die Klienten bzw. Patienten und ihre Familien zufrieden sind mit der Art und Weise, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Abstimmung von Hilfen gelingen. ⇒ gelingt die Kooperation so gut, dass die bestmögliche Unterstützung und Hilfe bei den Klienten bzw. Patienten und ihren Familien ankommt.
<i>Prozess:</i> Formalisierung	⇒ können wir in der interprofessionellen Kooperation auf gut bekannte Routinen und gemeinsam vereinbarte Strategien zurückgreifen.

Tabelle 3: Konzepte und Items des PICOCC

5.2 Inhaltliche Ergebnisse

Publikation 3 präsentiert Ergebnisse aus der ersten Befragungswelle im Projekt „Grenzgänger“. Insgesamt nahmen die Fachkräfte die allgemeine Qualität der Kooperation mit gemischten Eindrücken wahr. Abbildung 7 zeigt eine Übersicht über die Subskalen des PINCOM-Q, wobei ein niedrigerer Wert eine positivere Einschätzung repräsentiert. Insgesamt wurde die allgemeine Motivation in der interprofessionellen Kooperation als hoch eingeschätzt, wohingegen individuelle Aspekte wie „Macht“ und „persönlicher Stil“ sowie einige organisationsbezogene Bereiche und die kollektive Problembewältigung (Coping) deutlich weniger positiv wahrgenommen wurden.

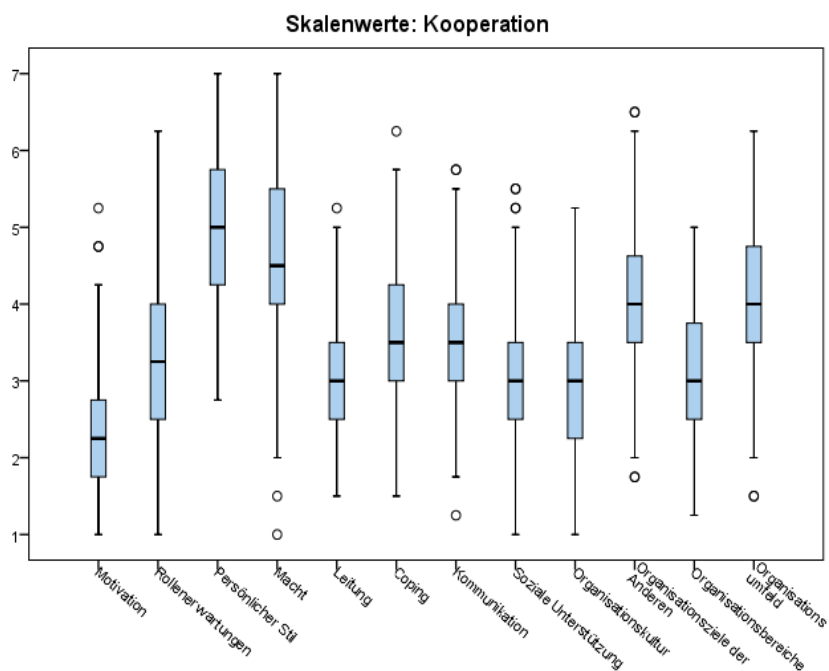


Abbildung 7: Bewertung der Interprofessionellen Kooperation (PINCOM-Q, N = 201)¹³

Ein Vergleich der verschiedenen Systeme bzw. Organisationen ergab bei Fachkräften des Jugendamtes im Vergleich zur Klinik eine signifikant negativere Wahrnehmung der allgemeinen Qualität der interprofessionellen Kooperation insgesamt und insbesondere im Hinblick auf Motivation und organisatorische Aspekte. Im Vergleich der Professionen bewerteten Sozialpädagog:innen/Sozialarbeiter:innen die Motivation und die Klarheit der Rollen sowie die organisatorischen Voraussetzungen für Kooperation in ihren Einrichtungen als negativer im Vergleich zu Ärzt:innen und Therapeut:innen. Die Abstimmung von Hilfen in schwierigen und herausfordernden Fällen erlebten sie jedoch als positiver. In der Gruppe der Sozialpädagog:innen/Sozialarbeiter:innen war die Wahrnehmung der organisatorischen Rahmenbedingungen in den Jugendämtern/Wohngruppen im Vergleich signifikant negativer als in den Kliniken.

¹³ Eigene Darstellung aus Groen und Jörens-Presentati (2018, S. 96).

6 Diskussion

„Und darum zeigt man jetzt nicht mit dem Finger auf den anderen, sondern man stellt sich nebeneinander und guckt: Welche gemeinsamen Perspektiven können wir entwickeln? Sonst hat man einander eher gegenübergestanden, bildlich, und hat mit dem Finger auf den anderen gezeigt. Und jetzt stellt man sich nebeneinander und bewegt sich so lange, bis man eine gemeinsame Perspektive findet. Und das ist anders.“

(Jugendhilfeträger der Clearinggruppe, Groen und Jörns-Presentati 2018, S. 141)

In der Kooperationsforschung werden häufig die konzeptionelle Unschärfe des Konstrukts Kooperation und die multiplen ontologischen und epistemologischen Zugänge beklagt (Perreault & Careau, 2012). Kooperation kann vieles bedeuten, von bloßer Weitergabe der Informationen über koordinierte Arbeitsweisen bis hin zur Integration gesamter Hilfesysteme (Horwath & Morrison, 2007). Auch bei den Messinstrumenten zeigt sich eine große Spannweite (Crandal et al., 2019, S. 112). Hierbei werden unterschiedliche Aspekte gemessen, von der Dichte und Intensität der Verbindungen zwischen Einrichtungen (Hurlburt et al., 2004) über die Häufigkeit der Überweisungen in das andere System und die Qualität des Informationsflusses (Rivard & Morrissey, 2003) bis hin zur Messung der Bereitschaft von Organisationen, strukturelle Veränderungen vorzunehmen, bei denen darum geht, umfassende, koordinierte und integrative Dienstleistungen für Kinder und Jugendliche mit komplexen Bedürfnissen zu implementieren (Rosas et al., 2016).

Die vorliegende kumulative Dissertation beschäftigt sich mit der Bestimmung der Güte zweier Fragebögen, die die Prozessqualität von interprofessioneller Kooperation zwischen KJH und KJPP anhand der Wahrnehmungen von Fachkräften messen. Beide Skalen haben sich bereits in der wissenschaftlichen Begleitung einer praxisbezogenen Intervention zur Verbesserung der systemübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit multiplen und komplexen Bedarfen als nützlich erwiesen (Groen & Jörns-Presentati, 2018). Die Ergebnisse aus der ersten und zweiten Publikation bestätigen, dass die Messinstrumente auch hinsichtlich psychometrischer Eigenschaften als geeignet gelten können, um in Forschung und Praxis eine Verwendung zu finden. Die Ergebnisse aus der dritten Publikation zeigen, dass sich mit den Fragebögen sowohl Aussagen über den gesamten Kooperationszusammenhang als auch über Unterschiede zwischen den Professionen und den Organisationen treffen lassen.

Der PINCOM-Q (G) und der PICOCC können, wie das Projekt „Grenzgänger“ belegt, eingesetzt werden, um die Implementation von Kooperationsprojekten zu begleiten, indem über einen Zeitraum im Rahmen von Fragebogenerhebungen auf der Ebene der Gesamtorganisationen die Wahrnehmungen von Fachkräften erhoben, dokumentiert und verglichen werden, um Veränderungen im Prozess sichtbar zu machen. Der PINCOM-Q und der PICOCC können aber auch als Leitfäden dienen, um systematische Reflexionsprozesse im Sinne der Organisationsentwicklung anzustoßen (Ødegård & Strype, 2009, S. 294; Larsen et al., 2021; Ødegård & Bjørkly, 2021), beispielsweise in Teams, Arbeitsbereichen oder auf Leitungsebene (Schiersmann, 2023, S. 228).

Im Folgenden sollen noch einige Hinweise zur Testwertinterpretation der beiden Skalen gegeben werden. Die Testwertinterpretation bezieht sich auf den Prozess der Analyse und Bewertung von Testergebnissen, um Schlussfolgerungen über die Fähigkeiten, Eigenschaften oder

Merkmale einer Person oder eines Systems zu ziehen (Goldhammer & Hartig, 2020). Der PINCOM-Q (G) und der PICOCC können nur Tendenzen in der Wahrnehmung der Fachkräfte hinsichtlich der Qualität der interprofessionellen Kooperation abbilden. Es ist nicht möglich und auch nicht das erklärte Ziel, die Testergebnisse mit den Ergebnissen einer repräsentativen Stichprobe zu vergleichen, die als Normgruppe gelten können. Der Kontext der jeweiligen Befragung ist bei der Auswertung immer zu berücksichtigen, um die Ergebnisse angemessen zu interpretieren.

Für die Interpretation der Faktoren werden neben der sozialpsychologischen Perspektive auch qualitative Daten aus dem Projekt „Grenzgänger“ und der Studie „RESME“ herangezogen. Mit der Untersuchung der sozialen Repräsentationen verfolgt das Ziel der „Identifikation unterschiedlicher Sichtweisen und Deutungsmuster in sozialen und lokalen Gruppen und Subkulturen, um darüber die Unterschiedlichkeit und Verteilung solcher Sichtweisen, aber auch ihren gemeinsamen Kern herauszuarbeiten“ (Flick, 1998, S. 3). Neben qualitativen Methoden bildet auch die Faktorenanalyse einen empirischen Zugang zu sozialen Repräsentationen (Flick et al., 2015, S. 72ff.). Mithilfe der Faktorenanalyse lassen sich Aussagen darüber treffen, wie Variablen zueinander im Verhältnis stehen; sie ist insofern auch ein deutendes „struktursuchendes“ Verfahren (Brandt 2020, S. 577). Es ist daher theoretisch plausibel, die Daten im Sinne einer Triangulation zu verschränken (Flick, 1992) und auf diese Weise zur Inhaltsvalidität der Skalen beizutragen.

6.1 Interpretation der Faktoren des PINCOM-Q (G) und des PICOCC

Schiersman (2023) schlägt vor, in organisationalen Veränderungsprozessen einen reflexiven Lernprozess entlang der Frage zu beginnen, „was zu einem konkreten Zeitpunkt im Rahmen des Organisationsentwicklungsprozesses im Vergleich zum bisherigen Denken, Fühlen und Handeln aus der subjektiven Sicht der Beteiligten als neu wahrgenommen wird“ (Schiersmann, 2023, S. 228). Kooperation zeichnet sich für Berufsgruppen und Organisationen immer durch einen Aspekt der Unsicherheit aus und setzt eine gewisse Risikobereitschaft voraus (Luhmann, 2000; Seckinger & Santen, 2011, S. 392). Das CEM bietet einen Erklärungsansatz, wonach Arbeit an einer gemeinsamen Aufgabe in interprofessionellen Gruppen mit einer potenziellen Bedrohung der sozialen Identität und Einbuße an professioneller Autonomie für Fachkräfte einhergeht (van Knippenberg et al., 2004). Professionelle Abgrenzungsbestrebungen können eine interprofessionelle Kooperation behindern (Hall, 2005), insbesondere wenn sozialgesetzliche „Budget-Silos“ die Gräben zwischen den Systemen noch verstärken (Pavkov et al., 2012, S. 673). Die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe und die geteilten Wissensstrukturen, Überzeugungen und Denkweisen wirken für Fachkräfte im Berufsfeld jedoch auch protektiv. Neben der identitätsstiftenden und selbstwerterhöhenden Funktion bietet die Rückversicherung auf die eigene Profession, insbesondere in Intergruppenkonflikten, auch psychologische Sicherheit (Mitchell et al., 2022, S. 4).

Psychologische Sicherheit bezieht sich auf die geteilte Überzeugung innerhalb einer Gruppe, dass es sicher ist, Gedanken, Ideen, und Bedenken zu äußern, ohne Angst haben zu müssen, beschämt oder beschuldigt zu werden (Ito et al., 2021). In einer psychologisch sicheren Umgebung sind Hierarchien hinsichtlich Status, beruflicher Rolle oder Erfahrung kein Hindernis für

Individuen, ihre Bedenken oder Einwände in Arbeitsprozessen zu formulieren (Rudolph et al., 2022). Ein wichtiges Merkmal psychologischer Sicherheit ist die Bereitschaft von Individuen, kalkulierte Risiken einzugehen, Fehler zuzugeben und um Hilfe oder Feedback zu bitten, in dem Wissen, dass keine Sanktionen oder Verurteilungen drohen, wenn Bemühungen nicht zu dem gewünschten Ergebnis führen (Hunt et al., 2021). Individuen müssen darauf vertrauen können, dass sie nicht von anderen untergraben oder Informationen gegen sie verwendet werden (Jones & Jones, 2011). Studien legen nahe, dass Teams mit einem hohen Maß an psychologischer Sicherheit eher ein lernbereites Verhalten zeigen, kreativer sind und bessere Gruppenleistungen erbringen (Dietl et al., 2023; Grailey et al., 2021).

Die Ergebnisse aus Publikation 1 zeigen, dass die Subskala mit der höchsten Faktorladung des PINCOM-Q (G) erfasst, inwieweit Fachkräfte ein *interprofessionelles Klima* wahrnehmen, das zentrale Aspekte psychologischer Sicherheit aufweist. Aus den Untersuchungen zur konvergenten Validität lässt sich ableiten, dass das gegenseitige Verständnis und die Unterstützung im Umgang mit Problemen, eine offene Kommunikation auf Augenhöhe und kollektive Selbstwirksamkeit in der Problemlösung auch im Umgang mit multiplen und komplexen Bedarfen relevant ist. Die latenten Konstrukte des PINCOM-Q (G) und des PICOCC stehen demnach, wie zu vermuten war, in Beziehung zueinander, wenn die Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation in schwierigen Fallverläufen von der Wahrnehmung des allgemeinen interprofessionellen Klimas beeinflusst wird. Neben der interaktionalen Ebene bestimmen organisationale Aspekte das interprofessionelle Klima. Zum einen sind dies die Vermittlung und Verstärkung einer Kooperationskultur auf der Leitungsebene und zum anderen das gegenseitige Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der Systeme auf der Ebene der Fachkräfte. Die Korrelationen zwischen den Messinstrumenten zeigen weiterhin, dass Organisationen ihre Ziele in der Kooperation nach außen transparent machen sollten, sodass externe Fachkräfte bei schwierigen Fallverläufen verstehen, was die Ziele des anderen Bereiches in der Kooperation sind.

Es lassen sich Verknüpfungen zur Arbeitsweise der Clearinggruppe im Projekt „Grenzgänger“ herstellen, um das Subkonstrukt *interprofessionelles Klima* empirisch näher zu beleuchten (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 146). Ein zentraler Aspekt dieses Formats ist, dass die Clearinggruppe aufgrund der Beteiligung der Leitungsebene aller Einrichtungen als ein Entscheidungsgremium fungiert, dessen Hilfevorschläge relativ unbürokratisch umgesetzt werden können. In ihren Funktionen als Leitungskräfte in den zwei zuständigen Jugendämtern, drei ausgewählten Jugendhelfeträgern und der KJPP teilen die Mitglieder der Clearinggruppe Risiken, Ressourcen und Verantwortlichkeit für die Hilfen, die in diesem Gremium abgestimmt werden. Auf den monatlichen dreistündigen Treffen eröffnet sich ein Raum für verbindliche, langfristige gemeinsame Hilfeabstimmungen bei komplexen Fällen, der in dieser Form im Hilfesystem nicht vorgesehen ist (Groen & Jörns-Presentati, 2014). Das Selbstverständnis der Clearinggruppe kann mit einem „Team auf Zeit“ verglichen werden, wie es im Konzept der Hamburger Koordinierungsstelle für individuelle Hilfen beschrieben wird (Peters, 2023, S. 37). Die Koordinierungsstelle ähnelt der Clearinggruppe in der „prozessorientierten systemischen Haltung und Arbeitsweise“ (Peters, 2023, S. 42). Beide Formate sind „Meta-Settings [...], weil sie Settings für die Entwicklung von Settings zur Verfügung stellen wollen“, die in intensiver kollegialer Beratung entwickelt wurden (Schwabe et al., 2023, S. 15). Trotz des experimentellen

Charakters können aus der Beforschung der Clearinggruppe neue Einsichten gewonnen werden, die für die Interpretation der Faktoren beider Skalen relevant sind.

In der Selbstevaluation gaben Mitglieder der Clearinggruppe nach Ablauf der Projektlaufzeit an, dass aus dem verbindlichen interprofessionellen Austausch ein gegenseitiges Verständnis unter den Beteiligten erwachsen sei, das sich durch fachliche und persönliche Wertschätzung und einem erweiterten Wissen über die Arbeitsweisen und Arbeitsbedingungen der anderen Bereiche auszeichne. Dieses gemeinsame Verständnis wurde als „Gewinn an zusätzlicher Fachlichkeit“ wahrgenommen (Groen & Jörns-Presentati, 2018, S. 146f.). Aus der Perspektive eines Jugendhilfeträgers bestehe der besondere Mehrwert des Formats darin, dass Klinik, freie und öffentliche Träger „zusammen kreativ über Problemen gebrütet“ hätten (ebd.). Die gemeinsame Fallarbeit erweitere aus Sicht des Jugendamts das eigene Vorstellungsvermögen hinsichtlich denkbarer Hilfearrangements und ermögliche bei bestimmten Problemlagen nicht im eigenen „Schubladendenken“ zu verharren (ebd.). Für die Klinik besteht der Auftrag der Clearinggruppe darin, dass „komplexe Herausforderungen in Verantwortungsgemeinschaften erbracht werden, in abgestimmten Parallelprozessen von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Vetter, 2023, S. 228). Die qualitative und quantitative Inhaltsanalyse der 17 Fallbesprechungen zeigt, dass die 23 Fälle, die ausgewertet wurden, in diesem Format sehr intensiv und detailreich besprochen werden und Fallverantwortliche den Raum erhielten, die Komplexität ihrer Anliegen darzustellen (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 124ff.). Die Mitglieder der Clearinggruppe nutzten das Format neben der Fallarbeit auch zur Reflexion der Rahmenbedingungen in der Hilfeerbringung und der eigenen Fachlichkeit und Haltung. Die Kommunikation in der Clearinggruppe wurde als „gleichwertig“ wahrgenommen, weil die gegenseitige fachliche Anerkennung einen offenen Umgang mit „geteilter Hilflosigkeit“ in schwierigen Fallverläufen möglich mache, ohne einen professionellen Gesichtsverlust fürchten zu müssen (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 124).

Das Projekt „Grenzgänger“ wurde aus mehreren Perspektiven und mithilfe unterschiedlicher methodischer Zugänge umfassend evaluiert. Die sehr verkürzt dargestellten Ergebnisse sollen zeigen, dass sich bei einer langfristigen Kooperation zwischen KJH und KJPP eine Form der Teamidentität entwickeln kann. Diese Teamidentität zeichnet sich durch geteilte Diversitätsüberzeugungen aus, die nicht von außen oktroyiert sind, sondern die sich aus den praktischen Erfahrungen und fachlichen Einschätzungen speisen. Die Clearinggruppe und ähnliche Arbeitsbündnisse identifizieren sich als „Verantwortungs- bzw. Risikogemeinschaft“ (Vetter, 2023, S. 229), deren soziale Identität sich auch aus der geteilten Erfahrung des Scheiterns in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit multiplen und komplexen Bedarfen begründet (Groen et al., 2023).

Die psychologisch sichere Umgebung von Formaten wie der Clearinggruppe bildet insofern eine Folie, vor der Fachkräfte die Ungewissheitsbedingungen der Versorgung von jungen Menschen mit multiplem und komplexem Bedarf reflektieren (Dewe & Otto, 2002), die wiederholte ‚Sprengungen von Settings‘ aushalten können und das Risiko unüblicher Hilfesettings gemeinsam tragen (Schwabe et al., 2023, S. 15). Das Arbeitsbündnis zeichnete sich zum Zeitpunkt der wissenschaftlichen Begleitung sowohl durch Kollegialität und gefestigte Anerkennungsbeziehungen (Mörchen & Tolksdorf, 2009, S. 8) als auch durch ein hohes Maß an Konfliktbereitschaft und kritischer Debattenkultur aus. Beides wurde von den Mitgliedern des

Gremiums als tragfähige Basis für die eingegangenen Kompromisse in der Abstimmung von Hilfen wahrgenommen (Groen & Jörns-Prentati 2018, S. 124).

Die gemeinsame Fallarbeit in der Clearinggruppe ist von einer epistemischen Ergebnisoffenheit, aber auch einer Pragmatik¹⁴ gekennzeichnet. Neben den Fallbesprechungen bietet das Format für die Mitglieder eine Gelegenheit zum informellen fachlichen Austausch und zur Entwicklung geteilter Wissens- und Denkstrukturen. Petrie (1976) betont die Wichtigkeit des Erkennens und der Aneignung der jeweiligen „cognitive map“ anderer Disziplinen für das epistemische Arbeiten (Petrie, 1976, S. 34). Hierbei müssen die Beobachtungskategorien einer fremden Disziplin erst wirklich verstanden worden sein, um ein Urteil über die Validität der Aussagen treffen zu können. Nach Petrie (1976) ist es ebenso zentral, einen radikal offenen Austausch über Unterschiede in den sozialen Repräsentationen des zu verhandelnden Gegenstands und insbesondere über Vorbehalte und Voreingenommenheit gegenüber den anderen Wissensformen zu forcieren, bevor interdisziplinäre Gruppen zur Tat schreiten können (Petrie, 1976, S. 37).

Ein Beispiel wären hier die verschiedenen Blickwinkel der verstehenden Sozialpädagogik in der KJH und der klassifizierenden Diagnostik in der KJPP (Ader & Klein, 2011, S. 25). Die Sichtweise der Jugendhilfe auf die Problemlagen junger Menschen und ihrer Familien ist hermeneutisch ausgerichtet und das Fallverständnis entwickelt sich anhand einer Rekonstruktion und systematischen Bewertung des angesammelten biografischen Materials. Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit basiert insofern auf Interpretation und ist tentativ (Schmid et al. 2012, S. 455). Verhaltensauffälligkeiten werden als Möglichkeiten der Lebensbewältigung gedeutet und Ressourcenstärkung ist zentral (Gahleitner et al. 2013; Gahleitner und Homfeldt 2012, S. 19f.). In der KJPP hat insbesondere die Forschung zu ACEs und der Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status dazu beigetragen, das Verständnis für die Bedeutung von belastenden Kindheitserfahrungen wie Missbrauch, Vernachlässigung, familiärer Dysfunktion und traumatischen Erfahrungen für die psychische Gesundheit zu vertiefen. Die Forschungsergebnisse verstärken die Bemühungen, ACEs zu erkennen, zu verhindern und zu behandeln (Bürgin et al., 2023). Dem kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Blick liegt hierbei ein medizinisch orientiertes Krankheitsmodell zugrunde, das im Ansatz zunächst eher klassifizierend Störungen betrachtet und stärker Heilung fokussiert (Sommerfeld et al., 2016, S. 7). Dieser Blick schließt jedoch komplexe Modelle zur biopsychosozialen Störungsgenese und eine Subjektlogik, insbesondere im Umgang mit Krisen, nicht aus (Fegert et al., 2017, S. 21).

Obwohl diese beiden Zugänge zum Fall rein objektiv eine hohe Anschlussfähigkeit aufweisen könnten, werden die Perspektiven mitunter als wenig kompatibel wahrgenommen und „gerade in Kinder- und Jugendhilfeszusammenhängen distanzieren sich soziale und pädagogische Berufsgruppen zum Teil bis heute – enttäuscht von machträchtigen Entmündigungsprozessen aus den dominanten medizinischen und psychologischen Professionsbereichen – nicht selten von Diagnostikprozessen insgesamt“ (Gahleitner et al. 2013, S. 23). Den Zuständigkeitsdebatten zwischen den Systemen liegt daher häufig ein antonymisches, sprich unvereinbares Verhältnis der

¹⁴ Über den gesamten Förderzeitraum konnten in der Clearinggruppe Hilfen für 30 besonders komplexe Fälle interprofessionell abgestimmt werden, für die zum Großteil zugeschnittene Einzelfallhilfen umgesetzt wurden (Groen & Jörns-Prentati, S. 75ff.).

sozialen Repräsentationen eines ‚psychiatrischen‘ und ‚pädagogischen‘ Problems zugrunde (Ader & Klein, 2011; Gahleitner et al., 2013; Schröder & Schmid, 2016). In der Clearinggruppe dient die Figur der „Grenzgänger“ ein „Boundary Object“ (Gieryn, 1983), anhand dessen die sozialen Repräsentationen von ‚pädagogisch‘ und ‚psychiatrisch‘ reziprok relationiert sind, das heißt, aufeinander verweisen, aber im zentralen Kern auch unabhängig voneinander sind. Romanowski-Kirchner (2023) beschreibt eine solche Verschränkung der Blickwinkel aus der Perspektive der klinischen Sozialarbeit als „komplementäre Bewältigungsperspektiven“:

„Für eine nachhaltige Veränderung der psychischen Situation ist die KJPP also bei prekären Lebenssituationen genauso auf die Tätigkeit der Jugendhilfe als in Verhältnisse intervenierende Instanz angewiesen wie die Jugendhilfe auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Bearbeitung der inneren Leidensmuster, die eine adaptive Auseinandersetzung mit den alltäglichen Herausforderungen der Umwelt stark beeinträchtigen können.“

(Romanowski-Kirchner, 2023a, S. 383).

Das dialogisch-partizipative Setting der Clearinggruppe zeigt exemplarisch die Voraussetzungen dafür, ein positives interprofessionelles Klima in der Kooperation zwischen KJH und KJPP zu erzeugen. Diese Voraussetzungen umfassen ein Verständnis für die epistemischen Wissensordnungen und die institutionellen Systemzwänge des anderen Bereichs, beziehen sich aber auch auf die Ebene der Empathie im Sinne des „fühlen und verstehen können, was andere fühlen“ (Steinmair & Löffler-Stastka, 2021, S. 166). Die Entwicklung einer „cognitive map“, eines gemeinsamen Fallverständnisses und ein „relationales Beziehungs- und wechselseitiges Anerkennungsverhältnisses“ (Mörchen & Tolksdorf, 2009, S. 4) erfordert Ressourcen wie Zeit und Geld, aber auch Räume, in denen Fachkräfte und Einrichtungen der KJH und KJPP in einen Austausch treten, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, ihre Haltungen zu debattieren und eine Wertekongruenz zu etablieren und Notfallpläne für den Umgang mit Krisen zu erstellen (Vetter, 2023). Diese Möglichkeiten könnten auch durch regelmäßige interprofessionelle, organisationsübergreifende Weiterbildungsangebote bereitgestellt werden (Groen & Jörns-Prentati, 2014).

Der zweite Faktor des PINCOM-Q (G) misst *Konflikt* in der Kooperation zwischen KJH und KJPP mit einem Fokus auf Hierarchie und Dominanz, fehlender Offenheit gegenüber Kooperation und einem schwierigen Interaktionsstil. Anhand der Ergebnisse in Publikation 3 wird deutlich, dass die Aspekte Macht (im Sinne der Hierarchie und Dominanz) und persönlicher Stil (im Sinne von fehlender Offenheit und schwierigem Interaktionsstil) in beiden Systemen als am wenigsten positiv eingeschätzt wurden. Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Professionen oder Organisationen in der Wahrnehmung dieser Aspekte. Es ließen sich aber auch keine positiven Veränderungen über den Projektverlauf hinsichtlich der Dimension nachweisen. Diese Ergebnisse lassen relativ stabile wechselseitige Machtdynamiken vermuten. Das gemeinsame Positionspapier kinder- und jugendpsychiatrischer Fachverbände und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe macht darauf aufmerksam, dass kein „hierarchisches Verhältnis zwischen KJPP und KJH bestehe, auch wenn (noch) Macht- und Statusunterschiede zwischen den Professionen feststellbar sind“ (BAG KJPP et al. 2019, S. 5). Die interprofessionelle Zusammenarbeit sei jedoch von hierarchischem Denken, Stereotypen und Zuschreibungen geprägt. Es sei daher geboten, konkret herauszuarbeiten, an welchen Stellen Macht in der Kooperation eine Rolle spiele.

Gahleitner und Homfeld (2012) beschreiben das Verhältnis zwischen KJH und KJPP als

„ausgrenzende Handlungspraxis“ (Gahleitner & Homfeldt, 2012, S. 19), wonach die Psychiatrie den Bereich der Jugendhilfe auf die Funktion eines „Dienstleisters“ herabstufte, die wiederum den psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich als „Reparaturbetrieb“ nutzt. Die qualitativen Daten aus den Pretests des Projektes „Grenzgänger“ und der Studie „RESME“ bestätigen diese Aussagen empirisch. In der Arbeitsteilung sind das Ringen um Kostenübernahmen und Unstimmigkeiten über Zuständigkeiten zentrale Machtfragen, die zu erheblichen Reibungsverlusten in der Kooperation führen. Als machtvoll wahrgenommen werden die Deutungshoheit der KJPP, aber auch die Verwaltungsmacht vonseiten der Behörde, die den kreativen Lösungen die rechtliche Umsetzbarkeit absprechen kann. Eine Form der Funktionalisierung nahmen Fachkräfte aufseiten der KJPP auch in Bezug auf die Feststellung einer seelischen Behinderung gemäß § 35a SGB VIII wahr (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 115). Das gemeinsame Positionspapier der Fachverbände greift die fehlende Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Expertise in der Hilfeplanung der Jugendämter ebenfalls auf (BAG KJPP et al., 2019, S. 6).

Sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Tätigkeitsfelder sind von Überschneidungen bei den Aufgabenschwerpunkten der jeweils anderen Profession geprägt und Kooperation insofern konstitutiv für die Soziale Arbeit (Amstutz, 2019, S. 39). Multiperspektivität im Sinne der „Fähigkeit zum Perspektivenwechsel zwischen unterschiedlichen Arten von Wissen“ gilt als professionelle Grundhaltung. Die Fallarbeit geht theoretisch immer von einem Betrachtungsstandpunkt aus, der unterschiedliche Sichtweisen, insbesondere die Perspektive der Nutzenden, einbezieht (Müller, 2017, S. 199). Van Santen und Seckinger (2011) beschreiben ein professionstheoretisches Dilemma in der Sozialen Arbeit, wonach das Strukturmerkmal einer diffusen Allzuständigkeit für komplexe Probleme und das geringe Maß an Spezialisierung (Galuske, 2011, S. 36) es erschweren können, anderen, insbesondere klassischen Professionen, Vertrauen in sozialarbeiterische Kompetenz zu vermitteln (Seckinger & Santen, 2011). Schäfer (2021) untersuchte in einer quantitativ-empirischen Studie mithilfe eines eigens konstruierten, theoretisch fundierten Messinstruments die Anerkennungsverhältnisse zwischen verschiedenen Berufsgruppen in den Hilfen zur Erziehung. Das Ergebnis war, dass Sozialarbeiter:innen im Vergleich zu Psycholog:innen, aber auch zu Erzieher:innen das niedrigste subjektive Anerkennungsempfinden zeigten (Schäfer, 2021).

Die sozialen Repräsentationen einer Berufsgruppe tragen zur Entwicklung der Berufsidentität bei, indem sie den Mitgliedern ein Verständnis dafür vermitteln, was die eigene Fachlichkeit ausmacht und welche Rolle sie in der Gesellschaft spielen. Die in Kapitel 2 dargelegten theoretischen Bezüge zeigen einmal mehr in diesem Zusammenhang, dass es wichtig ist, ein psychologisch sicheres interprofessionelles Klima zu schaffen, das es ermöglicht, Anerkennungsproblematiken zu thematisieren. Der interprofessionelle Dialog sollte dazu dienen, aktiv Anlässe zur Wertschätzung zu identifizieren und diese dem jeweils anderen Bereich gegenüber zu formulieren. Gleichzeitig ist es wichtig, Imputationen, d. h. Annahmen über die sozialen Repräsentationen des anderen Systems, professionell zu reflektieren. Begründet sich die Wahrnehmung einer Unterlegenheit gegenüber der Psychiatrie bei Fachkräften auf persönlichen oder berichteten „pädagogischen Verachtungserfahrungen“ im Kontakt mit dem System (Reh & Scholz, 2007), können diese, insbesondere in moderierten Settings wie der Clearinggruppe,

bewusst werden und Gegenstand einer Besprechung sein. Es gilt jedoch auch zu analysieren, inwieweit eine negative Wahrnehmung der Psychiatrie auf repräsentationalen Imputationen basiert. Gemeint sind damit Vermutungen darüber, was Fachkräfte dieses Bereichs über die eigene Fachlichkeit oder Berufsgruppe denken. Eine weitere Frage wäre hier, inwieweit eine bestimmte Imputation zur Rechtfertigung der Abgrenzung gegenüber der Psychiatrie dient, weil sie die eigene professionelle Identität vor Bedrohung schützt. Beck (2020) verweist auf diese identitätsstiftende Bedeutung auch hinsichtlich kritischer Haltungen in der KJH gegenüber klinischen Spezialisierungen in der stationären Jugendhilfe wie der therapeutischen Heimerziehung: „Als Negativeffekt einer starken klinischen Ausrichtung und einer engen Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Sinne einer Psychiatisierung bzw. Therapeutisierung die Vernachlässigung der pädagogischen Identität erlebt“ (Beck, 2020, S. 13).

Funktionalisierung, Übergriffigkeit und fehlende geteilte Entscheidungsfindung erhebt der PICOCC mit einigen Items, die dazu dienen können, Konflikte explizit im interprofessionellen Dialog anzusprechen. Im Projekt „Grenzgänger“ konnten auch im Rahmen gemeinsamer Fachtagungen wiederholte Reibungen und Streitigkeiten auf ihre Ursachen hin untersucht werden. Der Blick auf die Uneinigkeit über den speziellen Hilfebedarf und die geeigneten Hilfsangebote für hochbelastete „Grenzgänger“ konnte erweitert werden. Deutlich wurden die hinderlichen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise der Mangel an qualifizierten Einrichtungen, die schwer psychisch belastete Jugendliche sowohl kinder- und jugendpsychiatrisch als auch lebensweltorientiert im Rahmen der Jugendhilfe betreuen können. Dies gilt insbesondere für die Notwendigkeit, neben traditionellen ambulanten und krankenhausbasierten Leistungen aufsuchende und flexiblere Versorgungsformen in der KJPP zu schaffen. Eine Verdichtung der Arbeitsanforderungen in beiden Systemen trat vermehrt in den Mittelpunkt. In der gegenseitigen Wahrnehmung konnten die beteiligten Fachkräfte besser von gegenseitigen Schuldzuweisungen abrücken. Vielmehr erleichterte es die persönliche Zusammenarbeit, dass Ursachen für Kooperationschwierigkeiten stärker in den Rahmenbedingungen und Logiken der Systeme erkannt wurden. Schepker (2023) spricht sich in einer aktuellen Übersicht zur Versorgungslandschaft der KJPP in Deutschland dezidiert für eine „bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen auch gemeinsam mit den unterstützenden Systemen und Behörden“ aus und bezieht hier neben der KJH auch das System Schule, die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in den Gesundheitsämtern, die psychische Jugendrehabilitation sowie Arbeitsagenturen und Berufsanbahnungseinrichtungen ein (Schepker & Kölch, 2023, S. 750). Hierbei werden auch in der KJPP hohe Erwartungen an die Umsetzung der "inkluisiven Lösung" nach der Reform des SGB VIII hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Versorgung geknüpft (Meysen et al., 2020)

Die dritte Subskala des PINCOM-Q misst die Wahrnehmung der Rollenerwartungen und geteilten Ziele in der Kooperation zwischen KJH und KJPP. Viele Studien geben an, dass die Rollendiffusion ein klares Hindernis für eine Kooperation ist (Atkinson et al., 2007). In der systemübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit multiplen und komplexen Bedarfen erscheint eine starre Abgrenzung unter den Professionen nicht immer hilfreich (Romanowski, 2019; Romanowski-Kirchner, 2023b). In Aushandlungsprozessen über Ziele und

Zuständigkeiten in Hilfeprozessen ist es daher wichtig, dass Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe ihre sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Expertise als spezifischen Beitrag in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischem Gesundheitswesen deutlich machen und selbstbewusst vertreten und gleichzeitig ihre Rollenflexibilität bewahren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bauer, 2014, 2018). Ansätze klinischer Sozialarbeit, therapeutischer Heimerziehung oder Traumapädagogik können Fachkräften ein sicheres fachliches Standing und eine Rollenorientierung in der Hilfeabstimmung mit der KJPP bieten (Beck, 2020; Beck & Romanowski-Kirchner, 2022; Bürgin et al., 2020; Romanowski, 2019; Romanowski-Kirchner, 2023b; Schmid et al., 2020; Steinlin et al., 2017).

Die Auswertung der Fallbesprechungen der Clearinggruppe ergaben, dass medizinisches und pädagogisches Fachwissen annähernd in gleichem Umfang in die Fallarbeit einfluss. Die fachlichen Perspektiven der zwei Jugendämter und drei Jugendhilfeträger kamen relativ gleichwertig während der gemeinsamen Fallarbeit zum Ausdruck. Die Äußerungen der KJPP überwogen jedoch eindeutig in den ergänzenden Fragen zum vorgetragenen Fall und den beigesteuerten fallbezogenen Erfahrungswerten. Auch Textpassagen zur Fallanalyse waren häufiger den Mitarbeitenden der KJPP zuzuordnen. Clearinggruppenmitglieder der Jugendhilfeeinrichtungen steuerten hingegen die meisten konkreten Lösungen für die Fallarbeit bei, die sich häufig auf die Konstruktion von passenden Settings bezogen. In der Abstimmung von Hilfen zeigten sich Formen der Hybridisierung und selektiver Präferenz der Wissensformen. Damit ging jedoch nicht zwangsläufig eine Präferenz der medizinischen Sichtweise einher, sondern im Sinne der oben benannten ‚Parallelprozesse‘ konnte auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung flankiert werden. Der hohe Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissensformen in den Erklärungsmustern lässt sich zum Teil anhand einer Analyse der Fälle erklären, die in der Runde besprochen wurden. Bei den besprochenen 23 Fällen zeigte sich eine erhebliche Kumulation psychosozialer Risikofaktoren (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 60ff.). Entsprechend der Zielgruppe des Projektes (anzunehmender Jugendhilfe- und psychiatrischer Behandlungsbedarf) zeigten sich in allen Fällen eine familiäre Disharmonie und bei den meisten Fällen Diagnosen psychischer Störungen und bereits Erfahrungen von Beziehungsabbrüchen, Systemwechseln und gescheiterten Jugendhilfemaßnahmen. Auffällig häufig lagen auch traumatische Erfahrungen (87 %), Erkrankungen der Eltern (83 %) und dissoziale Entwicklungen bzw. Normverletzungen vor, die eine dissozial-delinquente Entwicklung andeuten (74 %).

Für die Arbeitsweise der Clearinggruppe ist in der Hilfeabstimmung, ähnlich wie für die Hamburger Koordinierungsstelle, eine Personenzentrierung relevant, die nicht nur in der Hilfeebringung, sondern auch hinsichtlich der Kooperationsqualität unter den Fachkräften realisiert wird. Es geht für die Helfenden darum, sich so „zu ‚kalibrieren‘, dass sie mit dem Familiensystem verständlich und nachvollziehbar interagieren können“ (Peters, 2023, S. 42). Der Aspekt der „(Nicht-)Nutzungsbedingungen“ von Settings an der Schnittstelle der Systeme, den Romanowski-Kirchner (2023) aus Sicht von Jugendlichen in Bezug auf KJH und KJPP in seiner Studie beschreibt, spielt eine wichtige Rolle für die gemeinsame Zielorientierung (Romanowski-Kirchner, 2023c). Romanowski-Kirchner macht in diesem Zusammenhang zutreffend darauf aufmerksam, dass es „mehr als Zusammenarbeit“ braucht, nämlich kognitive Polyphasie, die Kinder und Jugendliche und ihre Familien einschließt (Romanowski-Kirchner, 2023a, S. 1).

Der kleinste Faktor des PINCOM-Q (G) misst die wahrgenommene Motivation im Kooperationszusammenhang. In ihrer systematisierten Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirkung interprofessioneller Kooperation im Gesundheitsbereich fanden Sottas und Kissmann (2015) die höchste Evidenz dafür, dass die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und die Fachkräftebindung hat (Sottas & Kissmann 2015, S. 22). Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen aus Publikation 3, die zeigen, dass die Motivation in der Kooperation am positivsten eingeschätzt wurde und über den Projektverlauf sogar noch gestiegen ist. Aushandlungen und Absprachen mit anderen Professionen gehen jedoch oft auch mit einem gesteigerten Arbeitsvolumen einher, was unter Umständen zu einer höheren Arbeitsbelastung, ineffektiveren Arbeitsprozessen und Fehlern führen kann (Averbeck & Hermanns, 2010). Ergebnisse aus der Befragung der fallvorstellenden Fachkräfte aus Jugendamt und Klinik nach Ablauf der Modelllaufzeit im Projekt „Grenzgänger“ bestätigen diesen Befund (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 151). Der fachliche und praktische Wert einer Inanspruchnahme der Clearinggruppe lag demzufolge in der Perspektivenvielfalt der interdisziplinären kollegialen Beratung und den verkürzten behördlichen Wegen, die aus der Entscheidungsbefugnis des Gremiums resultierten. Für die fallverantwortlichen Fachkräfte in den Jugendämtern, die den Großteil der Fälle vorstellten, führte die Fallvorstellung meistens zu einer Entspannung in Drucksituationen und zu einer persönlichen Entlastung. Die Aufbereitung der Fälle bereitete jedoch auch einen erhöhten Arbeitsaufwand. Die in der Fallbesprechung gewonnenen Einsichten konnten sowohl den Druck von Fachkräften nehmen, beispielsweise indem sie in ihren fachlichen Annahmen bestärkt wurden. Die neu gewonnenen Sichtweisen konnten aber auch neuen Druck erzeugen, beispielsweise um Entscheidungen zu treffen oder aktiv zu werden.

Jugendamtsmitarbeitende berichteten von einem immensen Druck, Lösungen anbieten zu müssen in Fällen, in denen in der KJPP kein Behandlungsbedarf mehr bestand und auch kurzfristig keine Jugendhilfeeinrichtung mehr zu finden war. Die besondere Herausforderung für das Jugendamt lag darin, eine geeignete Wohngruppe zu finden, die sich sowohl fachlich und konzeptionell zutraute, komplexen Bedarfen, wie beispielsweise chronischer Suizidalität (Groen et al. 2017), im Gruppenkontext gerecht zu werden, als auch kapazitiv in der Lage war, Kinder und Jugendliche zeitnah aufzunehmen. Eine Reihe von unerwünschten Auswirkungen dieser Alleinzuständigkeit auf die Arbeitszufriedenheit der Fachkräfte im Jugendamt wurde benannt, wie Stress, Unzufriedenheit, negative Stimmung im Team und Konflikte im Rahmen der Hilfeplanung (Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 115). Die Befunde der Publikation 3 zeigen, dass Sozialpädag:innen bzw. Sozialarbeiter:innen in den Jugendämtern am wenigsten Unterstützung auf Organisationsebene in der interprofessionellen Kooperation wahrnahmen.

Das Kinder- und Jugendhilfesystem und das Gesundheitssystem durchlaufen weitreichende strukturelle, methodische und institutionelle Modernisierungsprozesse. Die Arbeitsbedingungen sind in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wie in vielen Jugendämtern nicht zuletzt auch durch die Corona-Pandemie von der Anforderung geprägt, eine höhere Anzahl an komplexeren Fällen in kürzerer Zeit mit begrenzten Ressourcen zu bewältigen (Fegert et al. 2017, 77). Im Rahmen der Organisationsentwicklung sollte daher der Blick darauf ausgerichtet sein, eine interprofessionelle Kooperation als ein grundlegendes Element zur Schaffung einer positiven

und unterstützenden Arbeitsumgebung zu nutzen, in der die Selbstfürsorge der Fachkräfte zentral ist und Individuen sowohl persönlich als auch beruflich gedeihen können (Groen et al., 2024).

6.2 Limitationen und Ausblick

Anhand der im Projekt „Grenzgänger“ und in der Studie „RESME“ erhobenen Daten wurden in dieser Dissertation Selbstaussagen über die Wahrnehmungen von Fachkräften hinsichtlich des Kooperationszusammenhangs getroffen. Eine Limitation von Selbstaussagen besteht in dem Umstand, dass die Befragten sich ihrer sozialen Repräsentationen nicht immer bewusst sind¹⁵. Selbstaussagen können ebenfalls immer von Verzerrungen geprägt sein, wie beispielsweise Tendenz der sozialen Erwünschtheit. Es ist möglich, dass Fachkräfte den Eindruck vermeiden wollten, als nicht kooperativ zu gelten, auch wenn die Fragebogenerhebungen anonymisiert stattfanden. Auch die Fallbesprechungen in der Clearinggruppe waren zum Erhebungszeitpunkt Teil einer Intervention, die wissenschaftlich begleitet wurde und in der auch zu formativen Evaluationszwecken im Rahmen einer Zwischenevaluation lernrelevante Rückmeldungen gegeben wurden. In diesem Zusammenhang wären weitere Studien wichtig, die mit Methoden der teilnehmenden Beobachtung Fallbesprechungen oder andere Knotenpunkte in der Kooperation an der Schnittstelle von KJPP und KJH im Hinblick auf Formen der kognitiven Polyphasie und Stabilität sowie Veränderungen sozialer Repräsentationen untersuchen. Auf diese Weise könnte noch genauer nachgezeichnet werden, inwieweit sich ein gemeinsames Fallverständnis entwickelt und wie Kooperation in den Interaktionen als emergentes Phänomen hergestellt wird.

Der Prozess der gemeinsamen Zielfindung verläuft, besonders in institutionsübergreifenden Kooperationen, nicht immer linear, sondern „kann genauer auch als ein Prozess der Zielexplication, Zielabgrenzung und der Zielspezifizierung beschrieben werden, der sich durch die Konfrontation und Auseinandersetzung unterschiedlicher Motivationen, Ansprüche und Interessenlagen auszeichnet“ (Santen & Seckinger, 2003, S. 277). Lingard et al. konnten in einer groß angelegten qualitativen Studie interprofessioneller Kooperation in der Versorgung chronisch herzkranker Patienten aufzeigen, dass sowohl Konvergenz als auch Divergenz („pull apart“) eine Rolle in der gemeinsamen Entscheidungsfindung und bei der erfolgreichen Aufgabenabstimmung spielen (Lingard et al., 2017, S. 5). In ihrer Studie machen sie deutlich, dass Konvergenz als Phänomen aus der Beforschung interprofessioneller Teams auf Akutstationen hervorgegangen ist (2017, S. 2ff.). In dieser Form von interprofessionellen Teams sind in den Arbeitsabläufen sowohl kurzfristige als auch regelmäßige Möglichkeiten zur Abstimmung vorgesehen. Die Kooperation zwischen KJH und KJPP findet im Alltag zwischen Individuen statt, die in unterschiedlichen Abteilungen oder Einrichtungen tätig sind und sich hauptsächlich im Rahmen von Übergaben begegnen (oft nur im E-Mail-Verkehr). Die Herstellung von Konvergenz ist dementsprechend ein voraussetzungsvoller Prozess. Das Ineinanderwirken dieser beiden Muster, Konvergenz und Divergenz, ist noch wenig erforscht. Es ist jedoch anzunehmen, dass in interinstitutionellen Kooperationen ein höherer Grad an divergenten Prozessen zu erwarten ist (ebd., 2017, S. 10). Die Balance aus Diversität, Friktion und Harmonisierung scheint jedoch für die Ausschöpfung des

¹⁵ Jodelets Studie „Madness and social representations: Living with the mad on one French community (1991) ist hierfür ein Beispiel.

Potenzials von interprofessioneller Kooperation als Verfahren zentral (Skyberg, 2022)

Bei der Weiterentwicklung des PICOCC könnte daher ein Schwerpunkt darauf liegen, weitere Items zu generieren, die Divergenz in der interprofessionellen Kooperation zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit multiplen und komplexen Bedarfen abbilden. Aushandlungsprozesse oder Tatabbewegungen waren typisch für die Fallarbeit in der Clearinggruppe; diesen Aspekt bildet der PICOCC in der jetzigen Form jedoch nicht ab. Auch die Faktorenstruktur der deutschen Version des PINCOM-Q sollte in diesem Zusammenhang nicht als endgültig angesehen werden. Der PINCOM-Q (G) misst zwar die Dimension Konflikt, jedoch nicht die Dimension des produktiven Konflikts. Zur Weiterentwicklung des PINCOM-Q (G) kann es sinnvoll sein, weitere Items zu Offenheit gegenüber Diversität zu entwickeln. Statistisch zeigte sich eine Tendenz einer solchen Dimension, es luden jedoch nicht genügend Items auf den Faktor, um eine eigene Subskala zu rechtfertigen. Diese Dimension könnte ebenso Items zur Messung der Diversitätsüberzeugungen beinhalten. Ein weiterer Aspekt, der nicht in den Fragebögen abgebildet wird, ist die Rolle der Leitung. Diese Subskala des PINCOM-Q galt in dieser Stichprobe als nicht valide, das Subkonstrukt ist jedoch von Bedeutung im Hinblick auf die Steuerung von Kooperationen.

In Bezug auf Aufbau und Inhalt sollten die Fragebögen auch für andere Kooperationszusammenhänge geeignet sein, in denen Kinder und Jugendliche mit multiplen und komplexen Bedarfen einen gemeinsamen Bezugspunkt für Berufsgruppen bilden. Ein Kontext, in dem die Fragebögen gut einsetzbar erscheinen, ist der Kooperationszusammenhang zwischen KJPP und Klinikschule (Elbracht et al., 2023). Grundsätzlich sind die Studien zur Überprüfung der Konstruktvalidität ein erster Schritt im Validierungsprozess. Die Anwendung in anderen Kooperationszusammenhängen macht jedoch eine erneute Güteüberprüfung notwendig. Hinsichtlich der Kooperationspraxis handelt es sich in der Klinikschule, anders als in den vorliegenden Validierungsstudien, um einen „geschlossenen Kontext“, weil die Beschulung der Kinder und Jugendliche sich in den Klinikablauf einordnen muss (Elbracht et al., 2023).

6.3 Fazit

Die vorliegende Arbeit widmete sich einer weithin bekannten Problematik: die multiplen und komplexen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen an der Schnittstelle von Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung machen Schwachstellen in der Kooperation der beiden Systeme sichtbar. Die Kooperation zwischen KJH und KJPP ist ein bereits vielfach diskutiertes Thema. Fachverbände beider Seiten sowie Praktiker:innen konstatieren allerdings bis heute relevante Reibungen und Konflikte und bisweilen ein deutliches Verbesserungspotenzial. Insbesondere im Sinne einer bestmöglichen Versorgung und Unterstützung der gemeinsamen, oft hoch belasteten Klientel ist der Diskurs für eine system- und professionsübergreifende Zusammenarbeit weiterhin erforderlich. In den zehn Jahren seit der Durchführung der Studie „RESME“ schreitet die empirische Beforschung des Kooperationszusammenhangs zwischen KJH und KJPP voran. Es gibt vielzählige Berichte aus Praxisprojekten und Kooperationsverbänden, die interprofessionelle Kooperation für Kinder und Jugendliche mit multiplen und komplexen Bedarfen praktizieren, reflektieren und

weiterentwickeln (u. a. Groen et al. 2023). Es sind eine Reihe von Arbeitsbündnissen wie der Clearinggruppe entstanden, wie Koordinierungsstellen, Trägerverbände oder interdisziplinäre Beratungsgremien zur Entwicklung von Hilfen für Kinder und Jugendliche mit multiplen und komplexen Bedarfen (Schwabe et al., 2023, S. 11). Die vorliegende Dissertation folgt der Annahme, dass „neben theoretischen Positionierungen Kooperation und Profession lediglich im Rahmen empirischer Verhältnisse zu bestimmen [sind]“ (Franzheld, 2022, S. 22). Die Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Dissertation tragen dazu bei, die Grundlage für zukünftige quantitativ-empirischen Studien zur Kooperationsqualität zwischen KJH und KJPP zu verbessern.

Ausgewählte eigene Veröffentlichungen

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2023). Perceptions of interprofessional collaboration for children with multiple and complex needs: Development and psychometric evaluation of a new scale. *Child Care in Practice*, doi.org/10.1080/13575279.2023.2234847

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2023). Perceptions of interprofessional collaboration at the intersection of child and youth welfare and child and adolescent psychiatry. *Child and Youth Services Review*. DOI: 10.1016/j.childyouth.2023.106921

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2023). Wie nehmen Fachkräfte die Kooperation wahr? Zwei Fragebögen zur Evaluation der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In G. Groen, M. Peters, M. Schwabe, J. Weber (Hrsg.), *Krisenhafte Verläufe in den Erziehungshilfen: Kooperationen, Risikopartnerschaften, Verantwortungsgemeinschaften* (S. 298–306). Weinheim: Beltz Juventa.

Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2023). Kooperative Hilfeabstimmung der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse und Funktion der formativen Evaluation des Modelprojektes „Grenzgänger“. In G. Groen, M. Peters, M. Schwabe, J. Weber (Hrsg.), *Krisenhafte Verläufe in den Erziehungshilfen: Kooperationen, Risikopartnerschaften, Verantwortungsgemeinschaften* (S. 283–290). Weinheim: Beltz Juventa.

Jörns-Presentati, A., Groen, G., & Ødegård, A. (2021). Psychometric Properties of the German Version of the Perception of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q). *International Journal of Integrated Care*, 21(4), p.3. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5660>

Groen, G., Jörns-Presentati, A. & Weber, J. (2020). Grenzgänger und Systemsprenger: von jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf und unzureichenden Hilfen. In K. Giertz, L. Große & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 82–94). Köln: Psychiatrie Verlag.

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2020). Zusammenarbeit gestalten: Zur Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In N. Beck (Hrsg.), *Therapeutische Heimerziehung: Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden* (S. 70–83). Freiburg i. B.: Lambertus

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2019). Die Lücke schließen. Zur kooperativen Versorgung belasteter junger Menschen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 49 (3), 13–17.

Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2018). *Grenzgänger: Kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Groen, G., Jörns-Presentati, A., Vetter, A., & Strößner, H. (2017). Selbstverletzendes Verhalten an der Schwelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *unsere jugend*, 7/8, 317–324.

Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2016). Interprofessionelles Lernen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 12, 7–8.

Jörns-Presentati, A., Schulz, M., & Groen, G. (2016). Zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Psychotherapie. *standpunkt : sozial*, 3, 59–63.

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2015). Boundary Work – Good Collaborative Practices Between Mental Health Services And Residential child care in Germany. In E. Timonen-Kallio, J. Pivoriene, M. Smith & J. Fernandez Del Valle, J. (Eds.). *On The Borders Between Residential Child Care And Mental Health Treatment In Europe* (67–84). Turku: University of Applied Sciences.

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2014). RESME– On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment. *Standpunkt Sozial*, 111–114, 2/2014.

Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2014). An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung: Ergebnisse einer Interviewstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 151–160.

Literatur

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press. <https://www.amazon.de/System-Professions-Division-Expert-Institutions/dp/0226000699>
- Abric, J. C. (1993). Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representations. *Papers on Social Representations*, 2, 75–78. <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/126>
- Adam, H. (Hrsg.). (2012). *You'll never walk alone: Ein Kooperationsprojekt von stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1. Aufl.). Verl. Ruhiges Bewegen.
- Ader, S., & Klein, M. (2011). Die organisierte Verantwortungslosigkeit: Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung. *Sozial Extra*, 35(5–6), 24–28. <https://doi.org/10.1007/s12054-011-0206-9>
- Águila Otero, A., Bravo Arteaga, A., Santos, I., & Fernández del Valle, J. C. (2020). Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Children and Youth Services Review*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104923>
- Almqvist, A.-L., & Lassinantti, K. (2018). Social Work Practices for Young People with Complex Needs: An Integrative Review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(3), 207–219. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0522-4>
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams: Table 1: *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Amstutz, J. (2019). Zur Notwendigkeit der Kooperation in der Profession Soziale Arbeit. In *Kooperation kompakt: Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). Verlag Barbara Budrich. https://www.researchgate.net/publication/335801123_Zur_Notwendigkeit_der_Kooperation_in_der_Profession_Soziale_Arbeit
- Armbruster, J., Schulte-Kemna, G., & Kluza, R. (2006). Personenzentrierte Organisation psychiatrischer Hilfen als Herausforderung für die Träger. In *Kommunale Steuerung und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*. (Hrsg., S. 77–86). Psychiatrie Verlag.
- Atkinson, M., Jones, M., & Lamont, E. (2007). *A review of the literature Multi-agency working and its implications for practice*: Undefined. /paper/A-review-of-the-literature-Multi-agency-working-and-Atkinson-Jones/a00e07eaeabc1a67e7bbf6132be4aa6081a99543
- BAG KJPP, BKJPP, DGKJP, & AGJ. (2019). „Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen“: Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und

- Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(3), 270–278. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000670>
- Baidawi, S., & Sheehan, R. (2019). „Crossover“ Children in the Youth Justice and Child Protection Systems. <https://doi.org/10.4324/9780429291517>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (S. ix, 604). W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Bauer, P. (2014). Kooperation als Herausforderung in multiprofessionellen Handlungsfeldern. In *Sozialer Wandel* (S. 273–286). Springer Fachmedien.
- Bauer, P. (2018). Multiprofessionalität. In *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung*. (S. 727–739). Springer VS.
- Baumann, M. (2019). *Kinder, die Systeme sprengen: Band 1: Wenn Jugendliche und Erziehungshilfe aneinander scheitern* (1. Aufl.). Schneider Hohengehren.
- Baumann, M. (2021). Wer sprengt hier was und wen? – Zur Notwendigkeit der Sprengung unserer Störungskonzepte. In *Systemsprenger*innen—Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit* (S. 58–71). Lambertus.
- Beck, N. (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung: Eine deskriptive Analyse [Need for youth welfare services following child and adolescent psychiatry treatment- a descriptive analysis]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 443–453. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000386>
- Beck, N. (2020). Therapeutische Heimerziehung: Entwicklungslinien, Bezugspunkte und Begriffsbestimmung. In *Therapeutische Heimerziehung: Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden* (S. 17–51). Lambertus.
- Beck, N., & Romanowski-Kirchner, C. (2022). Klinische Sozialarbeit in der psychosozialen Versorgung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In *Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln. Entwicklung einer Fachsozialarbeit* (S. 130–139). Verlag für psychosoziale Medien.
- Behrend, R., Maaz, A., Sepke, M., & Peters, H. (2020). Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege—Aber woher?* (S. 201–209). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_16
- Bindt, C., & Walter, J. (2017). *Kooperation zwischen dem Landesbetrieb Erziehung und Beratung und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Hamburg Erfahrungsbericht über den Zeitraum Dezember 2015 bis Juni 2017*. Landesbetrieb Erziehung und Beratung.

- BM SPSS Statistics for Windows. (2019). *IBM Corp. Released 2019. I* [Software].
[https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1914050](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1914050)
- BMBF. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Deutscher Bundestag.
- Brandt, H. (2020). Exploratorische Faktorenanalyse (EFA). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 575–614). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_23
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, *95*(7), e2622.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In *Reading and understanding multivariate statistics* (S. 99–136). American Psychological Association.
- Bürgin, D., Clemens, V., Witt, A., Sachser, C., Jud, A., Brähler, E., Strauss, B., Petrowski, K., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2023). Adverse childhood experiences increase the risk for low perceived social participation and health-related quality of life in a large-scale population-based study in Germany. *Child Abuse and Neglect*, *144*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106382>
- Bürgin, D., Kind, N., Schröder, M., Clemens, V., Fegert, J. M., Eckert, A., Buchheim, A., O'Donovan, A., Boonmann, C., & Schmid, M. (2020). The Stress of Caring—Resilience and HPA-Axis Activity in Hair Samples of Youth Residential Caregivers. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 1503. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.556486>
- Bütow, B., & Gries, E. M. (2013). Zur Bearbeitung von professionellen Grenzen in der Jugendhilfe – eine empirische Analyse von Gruppendiskussionen. *Soziale Passagen*, *5*, 229–244.
- Byrne, D. E. (1971). *The attraction paradigm*. Academic Press.
- Caillaud, S., Haas, V., & Castro, P. (2021). From one new law to (many) new practices? Multidisciplinary teams re-constructing the meaning of a new disability law. *British Journal of Social Psychology*, *60*(3), 966–987. <https://doi.org/10.1111/bjso.12428>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., & Swaine, B. (2014). Interprofessional collaboration: Development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, *37*(4), 372–378. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918193>
- Carton, A. M., & Cummings, J. N. (2012). A Theory of Subgroups in Work Teams. *The Academy of Management Review*, *37*(3), 441–470. <https://www.jstor.org/stable/23218097>

- Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J.-L., & Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership, 9*(2), 201–228.
<https://doi.org/10.1177/1742715012468781>
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development, 42*(3), 325–342.
<https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Crandal, B. R., Martin, J. K., Hazen, A. L., & Rolls Reutz, J. A. (2019). Measuring collaboration across children's behavioral health and child welfare systems. *Psychological Services, 16*(1), 111–119. <https://doi.org/10.1037/ser0000302>
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Danermark, B., & Germundsson, P. (2011). Social Representation and Power. In *Education, Professionalization and Social Representations: On the Transformation of Social Knowledge* (S. 33–44). Routledge.
- Darius, S., & Hellwig, I. (2004). Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Befunde und Empfehlungen aus einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Rheinland-Pfalz. In *Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. (S. 505–516). Juventa Verlag.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect, 29*(10), 1085–1098. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.005>
- DeChurch, L. A., & Mesmer-Magnus, J. R. (2010). The cognitive underpinnings of effective teamwork: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 95*(1), 32–53.
<https://doi.org/10.1037/a0017328>
- Dewe, B., & Otto, H.-U. (2002). Grundstrukturen eines neuen Typus dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (S. 179–199). Leske + Budrich.
- Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology, 14*, 1164288.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1164288>
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: Définition d'un concept [Social representations: Definition of a concept]. In *L'étude des représentations sociales [The study of social representations]*. Delachaux et Niestlé.

- Durkheim, E. (1898). Individuelle und kollektive Vorstellungen. In *Soziologie und Philosophie* (S. 45–82). Suhrkamp.
- Duveen, G., & Lloyd, B. (1990). *Social representations and the development of knowledge* (S. xiii, 191). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511659874>
- Elbracht, S., Langnickel, R., Born, C., Lehrer, M., & Link, P.-C. (2023). Multiprofessionelle Kooperation als Gelingensbedingung schulischer Inklusion: Zusammenarbeit von Klinikschule, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendforensik. Eine theoretische Analyse der Praxis. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 4(68), 392–406.
- Epp, A. (2022). Gewandeltes Professionsverständnis im Rahmen multiprofessioneller Zusammenarbeit in pädagogischen Dienstleistungsberufen? - Überlegungen zu einem berufsgruppenübergreifenden multiprofessionstheoretischen Ansatz. In *Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen. Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität-Chancen, Risiken, Herausforderungen*. Springer VS.
- Falkai, P., & Wittchen, U. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®—Deutsche Ausgabe / American Psychiatric Association* (2. Aufl.). Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/de/shop/diagnostisches-und-statistisches-manual-psychischer-stoerungen-dsm-5r-88625.html>
- Fegert, J. M., Besier, T., & Goldbeck, L. (2008). *Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reissensburger interdisziplinärer Appell der Fachkräfte*. <https://orlis.difu.de/handle/difu/269479>
- Fegert, J. M., Kölch, M., & Krüger, U. (2017). *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf
- Fegert, J. M., & Schrapper, C. (2004). *Kooperation Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie*. Juventa.
- Fischer, J., & Geene, R. (2017). *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Juventa Verlag.
- Flick, U. (1992). Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22(2), 175–197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x>
- Flick, U. (1998). Zugänge zum Un-Vertrauten: Qualitative Methoden in der Analyse sozialer Repräsentationen. In E. H. Witte (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Kognition: Soziale Repräsentationen, subjektive Theorien, soziale Einstellungen. Beiträge des 13. Hamburger Symposiums zur Methodologie der Sozialpsychologie* (S. 48–74). Pabst.

- Flick, U. (2017). Mantras and Myths: The Disenchantment of Mixed-Methods Research and Revisiting Triangulation as a Perspective. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 46–57.
<https://doi.org/10.1177/1077800416655827>
- Flick, U., Foster, J., & Caillaud, S. (2015). Researching social representations. In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Hrsg.), *The Cambridge Handbook of Social Representations* (1. Aufl., S. 64–80). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107323650.007>
- Franzheld, T. (2017). Kooperation und Profession—Empirische Verhältnisse und theoretische Positionen. *Neue Praxis*, 14, 13–24.
- Franzheld, T. (2022). *Entscheidungen im Kinderschutz im Kontext handlungstheoretischer Methodologien*. 36, 13–30.
- Freese, W., & Holz, M. (2009). *Abschlussbericht des Modellprojekts: „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Berlin Südwest. 2005 - 2008*. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg.
- Fritzsche, L., Wach, D., Jungmann, F., & Wegge, J. (2017). Zur Bedeutung von Faultlines als Grenzen bei der Teamarbeit | springerprofessional.de. *Grupp.Interaktion.Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie*, 2(48), 127–135. <https://www.springerprofessional.de/en/zur-bedeutung-von-faultlines-als-grenzen-bei-der-teamarbeit/12239120>
- Gahleitner, S. B., & Homfeldt, H. G. (2012). *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf: Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste*. Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B., Wahlen, K., Bilke-Hentsch, O., & Hillenbrand, D. (2013). *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven*. Kohlhammer.
- Galuske, M. (2011). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Juventa.
- Giertz, K., Große, L., & Gahleitner, S. B. (2012). *Hard to reach: Schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Psychiatrie Verlag. <https://psychiatrie-verlag.de/product/hard-to-reach/>
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781–795. <https://doi.org/10.2307/2095325>
- Giesen, A., & Himpel, S. (2012). Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie—Unterschiede kennen und nutzen. In *You'll never walk alone: Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (S. 34–39). Verlag Ruhiges Bewegen.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience* (S. ix, 586). Harvard University Press.

- Goldhammer, F., & Hartig, J. (2020). Testwertinterpretation, Testnormen und Testeichung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 171–195). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_9
- González García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. (2016). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, *73*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>
- Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 773. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, *45*, 122–134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2014). An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch- psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung. *Kindheit und Entwicklung*, *23*(3), 151–160. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000141>
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2015). On The Borders Between Residential Child Care And Mental Health Care: Evaluation Of The RESME Pilot-Course. In *On The Borders Between Residential Child Care And Mental Health Treatment In Europe* (S. 136–155). Turku: University of Applied Sciences.
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2016). Interprofessionelles Lernen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Klinische Sozialarbeit*, *12*(4), 7-8.
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2018). *Grenzgänger kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Psychiatrie Verlag.
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2019). Darf es noch etwas mehr sein? Die ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie und die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. *Jugendhilfe*, *57*(5), 497–505.
- Groen, G., Jörns-Presentati, A., Vetter, A., & Strößner, H. (2017). Selbstverletzendes Verhalten an der Schwelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Fallbeispiel aus dem Projekt „Grenzgänger“. *unsere jugend*, *69*(7+8), Article 7+8. <https://doi.org/10.2378/uj2017.art48d>
- Groen, G., Weidtmann, K., Vaudt, S., & Ansen, H. (2024). *Selbstfürsorge in psychosozialen Berufen / utb-Titel ohne Reihe*. Psychiatrie Verlag. <https://www.utb.de/doi/book/10.36198/9783838562216>

- Gunter Groen, Maren Peters, Matthias Schwabe, & Jack Weber. (2023). *Krisenhafte Verläufe in den Erziehungshilfen—Kooperationen, Risikopartnerschaften, Verantwortungsgemeinschaften*. Beltz Juventa. https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/produkte/details/49619-krisenhafte-verlaeufe-in-den-erziehungshilfen.html
- Hackman, J. (1987). The design of work teams. In *Handbook of organizational behavior*. (S. 315–342). Englewood Cliffs.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188–196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Hanses, A., & Sander, K. (Hrsg.). (2012). *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Springer VS.
- Hartig, J., Frey, A., & Jude, N. (2020). Validität von Testwertinterpretationen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 529–545). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_21
- Haselmann, S. (2010). Die neue Hilfeplanung in der Psychiatrie—Soziale Arbeit zwischen alten Spannungsfeldern und aktuellen Kontroversen. In *Modernisierungen methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. (S. 231–278). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinrich, S., & Missel, G. (2018). *Jung, delinquent und psychisch auffällig. 2*, 119–125.
- Homfeldt, H. G. (2018). Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Gesundheits- und Behindertenhilfe und der Schule. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 1193–1212). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19096-9_57
- Homfeldt, H. G., & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit: Eine Einführung*. Ernst Reinhardt Verlag. https://books.google.de/books/about/Soziale_Arbeit_und_Gesundheit.html?id=pFalAAAACAAJ&redir_esc=y
- Horwath, J., & Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children’s services: Critical issues and key ingredients. *Child abuse & neglect*, 31, 55–69. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.01.007>
- Hunt, D. F., Bailey, J., Lennox, B. R., Crofts, M., & Vincent, C. (2021). Enhancing psychological safety in mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00439-1>
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., Slymen, D. J., & Zhang, J. (2004). Contextual Predictors of Mental Health Service Use Among Children Open to Child Welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1217–1224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1217>
- Ito, A., Sato, K., Yumoto, Y., Sasaki, M., & Ogata, Y. (2021). A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care—Ito—2022—Nursing

- Open—Wiley Online Library. *Nursing Open*, 9(1), 467–489. <https://online-library.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1086>
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse
 bei Kindern und Jugendlichen
 in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266–277. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120130/tg-2-4-266>
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 175–181. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.520248>
- Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2020). Zusammenarbeit gestalten: Zur Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In *Therapeutische Heimerziehung Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden* (S. 70–84). Lambertus.
- Jovchelovitch, S., & Priego-Hernandez, J. (2015). Cognitive Polyphasia, knowledge encounters and public spheres. In *The Cambridge handbook of social representations* (S. 163–178). Cambridge University Press.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, T., & Voigt, U. (2010). *Interdisziplinarität: Theorie, Praxis, Probleme*. Wiss. Buchges. [Abt. Verl.].
- Kaba-Schönstein, L., & Kälble, K. (Hrsg.). (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)*. Mabuse Verl.
- Kebe, N. N. M. K., Chiochio, F., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (2020). Variables associated with interprofessional collaboration: A comparison between primary healthcare and specialized mental health teams. *BMC Family Practice*, 21(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1076-7>
- Keene, J. (2008). *Clients with Complex Needs: Interprofessional Practice*. John Wiley & Sons.
- Kelly, G. A. (2003). A brief introduction to personal construct theory. In *International handbook of personal construct psychology* (S. 3–20). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470013370.ch1>
- Kerns, S. E. U., Phillips, J. D., Berliner, L., & Barth, R. P. (2022). Partnering for Success Symptom Monitoring Outcomes: Cognitive Behavioral Therapy Plus for Children and Youth in Child Welfare. *Journal of Child and Family Studies*, 31(1), 247–259. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02112-0>

- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- Lau, D. C., & Murnighan, J. K. (1998). Demographic Diversity and Faultlines: The Compositional Dynamics of Organizational Groups. *The Academy of Management Review*, 23(2), 325–340. <https://doi.org/10.2307/259377>
- Lingard, L., Sue-Chue-Lam, C., Tait, G. R., Bates, J., Shadd, J., & Schulz, V. (2017). Pulling together and pulling apart: Influences of convergence and divergence on distributed healthcare teams. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 22(5), 1085–1099. <https://doi.org/10.1007/s10459-016-9741-2>
- Luhmann, N. (2000). *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. UTB. <https://www.amazon.de/Vertrauen-Mechanismus-Reduktion-sozialer-Komplexit%C3%A4t/dp/3825221857>
- Mack, J., Wanderer, S., Koelch, M. G., & Roessner, V. (2019). Come together: Case specific cross-institutional cooperation of youth welfare services and child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0294-z>
- Macsenare, M. (2014). Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren und Effektivität bei der Arbeit mit schwierigen Kindern und Jugendlichen. In Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe. In *Grenzgänger, Systemsprenger, Verweigerer. Wege, schwierig(s)te Kinder und Jugendliche ins Leben zu begleiten (Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe, Band: 94)* (S. 25–34). Dt. Institut für Urbanistik.
- Malle, B. F. (2011). Attribution theories: How people make sense of behavior. In *Theories in social psychology* (S. 72–95). Wiley Blackwell.
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and social representations: The dynamics of mind* (S. xviii, 224). Cambridge University Press.
- Mccomb, S., & Simpson, V. (2013). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of advanced nursing*, 70. <https://doi.org/10.1111/jan.12307>
- McLean, S. (2012). Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: A large qualitative study of five constituent groups. *Child & Family Social Work*, 17(4), 478–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00805.x>
- Mitchell, R., Boyle, B., O'Brien, R., Malik, A., Tian, K., Parker, V., Giles, M., Joyce, P., & Chiang, V. (2017). Balancing cognitive diversity and mutual understanding in multidisciplinary

- teams. *Health Care Management Review*, 42(1), 42–52.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000088>
- Mitchell, R., Boyle, B., Parker, V., Giles, M., Joyce, P., & Chiang, V. (2014). Transformation through tension: The moderating impact of negative affect on transformational leadership in teams. *Human Relations*, 67(9), 1095–1121.
<https://doi.org/10.1177/0018726714521645>
- Mitchell, R., Boyle, B., & Snell, L. (2022). The curvilinear effect of professional faultlines on team innovation: The pivotal role of professional identity threat. *Applied Psychology*, 71(1), 296–311. <https://doi.org/10.1111/apps.12322>
- Mitchell, R., Nicholas, S., & Boyle, B. (2009). The Role of Openness to Cognitive Diversity and Group Processes in Knowledge Creation. *Small Group Research*, 40(5), 535–554.
<https://doi.org/10.1177/1046496409338302>
- Mitchell, R., Parker, V., & Giles, M. (2011). When do Interprofessional Teams Succeed? Investigating the Moderating Roles of Team and Professional Identity in Interprofessional Effectiveness. *Human Relations*, 64(10), 1321–1341. https://www.researchgate.net/publication/233531349_When_do_Interprofessional_Teams_Succeed_Investigating_the_Moderating_Roles_of_Team_and_Professional_Identity_in_Interprofessional_Effectiveness?enrichId=rgreq-9547c74479e6e929aa8558ad1acf5eef-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWd-IOZlzMzUzMTM0OTtBUzo5NzE3OTc1NDU2NTY0N0AxNDAwMTgwODY3OTQ2&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., Joyce, P., & Chiang, V. (2012). Perceived value congruence and team innovation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85(4), 626–648.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2012.02059.x>
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., & White, N. (2010). Review: Toward Realizing the Potential of Diversity in Composition of Interprofessional Health Care Teams: An Examination of the Cognitive and Psychosocial Dynamics of Interprofessional Collaboration. *Medical Care Research and Review*, 67(1), 3–26. <https://doi.org/10.1177/1077558709338478>
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2020). Qualitätsanforderungen an Tests und Fragebogen („Gütekriterien“). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 13–38). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_2
- Mörchen, A., & Tolksdorf, M. (2009). Die Theorie der Anerkennung—Ihre Bedeutung für pädagogische Professionalität. In *Lernort Gemeinde* (S. 171–182). Bertelsmann.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.
<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1601427>
- Müller, B. (2017). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit*. Beltz Juventa.

- Müller-Luzi, S., & Schmid, M. (2017). Gelingensfaktoren und Stolpersteine in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aus Sicht sozialpädagogischer Fachkräfte. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(8), 576–598.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.8.576>
- Niewöhner, J. (2019). Situierete Modellierung. Ethnografische Ko-Laboration in der Mensch-Umwelt-Forschung. In *Zusammen arbeiten: Praktiken der Koordination und Kooperation in kollaborativen Prozessen* (S. 23–50). transcript Verlag.
- Norris, P. (2001). How ‘we’ are different from ‘them’: Occupational boundary maintenance in the treatment of musculo-skeletal problems—Norris—2001—Sociology of Health & Illness—Wiley Online Library. *Sociology of Health and Illness*, 23, 24–43. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00239>
- Noske, J., & Thun-Hohenstein, L. (2021). Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe mit speziellem Schwerpunkt auf die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischen Wohnformen. *neuropsychiatrie*, 35(1), 9–16. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00378-2>
- Nützel, J., Schmid, M., Goldbeck, L., & Fegert, J. M. (2005). *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern*.
- Ødegård, A. (2005). Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 347–357. <https://doi.org/10.1080/13561820500148437>
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1762090/>
- Ødegård, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 286–296. <https://doi.org/10.1080/13561820902739981>
- Pavkov, T. W., Soloski, K. L., & Deliberty, R. (2012). The Social Construction of Reality in the Realm of Children’s Mental Health Services. *Journal of Social Service Research*, 38(5), 672–687. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.717864>
- Perreault, K., & Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration: One or multiple realities? *Journal of interprofessional care*, 26, 256–258. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.652785>
- Peters, M. (2023). Die Hamburger Koordinierungsstelle für individuelle Hilfen. Ein Projekt zur Unterstützung individueller Hilfeplanung von Jugendamt und Helfer:innensystem in hochkomplexen Fällen. In *Krisenhafte Verläufe in den Erziehungshilfen Kooperationen, Risikopartnerschaften, Verantwortungsgemeinschaften*. Beltz Juventa.

- Petrie, H. G. (1976). Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry. *Journal of Aesthetic Education*, 10(1), 29–43. <https://doi.org/10.2307/3332007>
- Petriglieri, J. L. (2011). Under Threat: Responses to and the Consequences of Threats to Individuals' Identities. *The Academy of Management Review*, 36(4), 641–662. <https://www.jstor.org/stable/41318089>
- Pfeffer, J. (1985). Organizational Demography: Implications for Management. *California Management Review*, 28(1), 67–81. <https://doi.org/10.2307/41165170>
- Prost, M., Piermattéo, A., & Monaco, G. L. (2022). Social Representations, Social Identity, and Representational Imputation. *European Psychologist*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/1016-9040/a000489>
- Rammstedt, B. (2010). Reliabilität, Validität und Objektivität. In *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rankin, J., & Regan, S. (2004). Meeting complex needs in social care. *Housing, Care and Support*, 7(3), 4–8. <https://doi.org/10.1108/14608790200400016>
- Rateau, P., Moliner, P., Guimelli, C., & Abric, J. C. (2011). *Social representation theory*. 2, 477–497. <https://doi.org/10.4135/9781446249222.n50>
- Ratinaud, P., & Lac, M. (2011). Understanding Professionalization as a Representational Process. In *Education, Professionalization and Social Representations: On the Transformation of Social Knowledge* (S. 55–68). Routledge.
- Reh, S., & Scholz, J. (2007). Verachtungserfahrungen in der Selbstthematization der Profession und der Professionellen. In N. Ricken (Hrsg.), *Über die Verachtung der Pädagogik* (S. 293–311). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90737-6_14
- Ritter, C., & Groth, S. (2019). Zusammen arbeiten: Modalitäten – Settings – Perspektiven. *Kultur und soziale Praxis*, 7–22. <https://doi.org/10.14361/9783839442951-001>
- Rivard, J. C., & Morrissey, J. P. (2003). Factors Associated with Interagency Coordination in a Child Mental Health Service System Demonstration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 30(5), 397–415. <https://doi.org/10.1023/A:1024641630430>
- Rodrigues, I. B., Adachi, J. D., Beattie, K. A., Lau, A., & MacDermid, J. C. (2019). Determining known-group validity and test-retest reliability in the PEQ (personalized exercise questionnaire). *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20, 373. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2761-3>
- Romanowski, C. (2019). Kinder, Jugendliche und deren Familien in Multiproblemlagen: Skizzierung einiger Herausforderungen für die sozialtherapeutische Beratung in der Jugendhilfe. *Beratung Aktuell*, 1.

https://www.researchgate.net/publication/331531511_Kinder_Jugendliche_und_deren_Familien_in_Multiproblemlagen_Skizzierung_einiger_Herausforderungen_fur_die_sozialtherapeutische_Beratung_in_der_Jugendhilfe

- Romanowski-Kirchner, C. (2023a). Mehr als Zusammenarbeit: Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen des professionellen Miteinanders zwischen Sozialer Arbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 68(4), 380–391.
- Romanowski-Kirchner, C. (2023b). Zwischen inneren Krisen und „Normalität im Leben“: Spezifische (Nicht-)Nutzungsbedingungen im Schnittpunkt von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. *Gesellschaft – Individuum – Sozialisation. Zeitschrift für Sozialisationsforschung*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.26043/GISo.2023.1.2>
- Romanowski-Kirchner, C. (2023c). Zwischen inneren Krisen und „Normalität im Leben“: Spezifische (Nicht-)Nutzungsbedingungen im Schnittpunkt von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. *Gesellschaft – Individuum – Sozialisation. Zeitschrift für Sozialisationsforschung*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.26043/GISo.2023.1.2>
- Rosas, S. R., Behar, L. B., & Hydaker, W. M. (2016). Community readiness within systems of care: The validity and reliability of the System of Care Readiness and Implementation Measurement Scale (SOCRIMS). *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(1), 18–37. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9401-3>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 048(i02). <https://ideas.repec.org/a/jss/jstsof/v048i02.html>
- Rudolph, J. W., Pian-Smith, M. C. M., & Minehart, R. D. (2022). Setting the stage for speaking up: Psychological safety and directing care in acute care collaboration. *British Journal of Anaesthesia*, 128(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.09.014>
- Rumping, S., Boendermaker, L., & Ruyter, D. J. de. (2019). Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(2), 293–305. <https://doi.org/10.1111/hsc.12589>
- Santen, E. van, & Seckinger, M. (2003). *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe*. Leske + Budrich. <https://orlis.difu.de/handle/difu/281029>
- Schäfer, A. (2021). *Anerkennung in multiprofessionellen Teams: Eine quantitativ-empirische Studie über Anerkennungs(miss)verhältnisse zwischen verschiedenen Berufsgruppen in den Hilfen zur Erziehung*. Universitätsverlag Hildesheim.
- Schiersmann, C. (2023). Organisationsentwicklung im Wandel – neue Konzepte angesichts hoher Dynamik und Komplexität. In *Aktuelle Herausforderungen der Organisationspädagogik Jahrbuch der Sektion Organisationspädagogik* (S. 211–233). Springer VS.

- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M., & Fegert, J. M. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung–welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 161–173.
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000142>
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Schmeck, K. (2011). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen*. Universitäre Psychiatrische Kliniken.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Schmid, M., Lüdtke, J., Dölitzsch, C., Fischer, S., Eckert, A., & Fegert, J. (2020). Effect of trauma-informed care on hair cortisol concentration in youth welfare staff and client physical aggression towards staff: Results of a longitudinal study. *BMC Public Health*, 20.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8077-2>
- Schmid, M., Tetzler, M., Rensch, K., & Schlüter-Müller, S. (2012). *Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Schröder, M., & Schmid, M. (2016). Aktuelle Herausforderung oder Dauerbrenner? Interprofessionelle Kooperation am Beispiel Sozialer Arbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie | Request. *Sozial Aktuell*, 1, 15–18. https://www.researchgate.net/publication/304495066_Aktuelle_Herausforderung_oder_Dauerbrenner_Interprofessionelle_Kooperation_am_Beispiel_Sozialer_Arbeit_und_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie
- Schulz, M. (2015). *Das professionelle Selbstverständnis von Sozialarbeiter_innen in der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ergebnisse eines EU-Forschungsprojektes*. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.
- Schulze, M. (2022). Soziale Arbeit in Netzwerken als multiprofessionelle Zusammenarbeit. Bedeutung, Charakteristiken und Beitrag zur Professionalisierung Sozialer Arbeit. In *Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen: Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität – Chancen, Risiken, Herausforderungen* (S. 89–102). Springer VS.

- Schwabe, M., Peters, M., Weber, J., & Groen, G. (2023). Einführung. In *Krisenhafte Verläufe in den Erziehungshilfen Kooperationen, Risikopartnerschaften, Verantwortungsgemeinschaften*. Beltz Juventa.
- Seckinger, M., & Santen, E. van. (2011). Die Bedeutung von Vertrauen für interorganisatorische Beziehungen—Ein Dilemma für die soziale Arbeit. *Zeitschrift für Sozialpädagogik ZfSp*, 4. <https://content-select.com/en/portal/media/view/527fcc68-4494-43af-ae63-68cd2efc1343>
- Sennett, R. (2010). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. (7. Aufl.). Berlin: BVT. <https://doi.org/10.5771/9783845269238-508>
- Skyberg, H. L. (2022). Diversity, friction, and harmonisation: An ethnographic study of interprofessional teamwork dynamics. *BMC Health Services Research*, 22(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07596-0>
- Smith, M., & Carroll, D. (2015). Residential child care and mental health practitioners working together. *Journal of Social Work*, 3(2), 235–252.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11617-0>
- Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). *Sottas formative work, Teilbereich 1*.
- Spieß, E. (2004). Kooperation und Konflikt. In *Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation*. (S. 193–247). Hogrefe.
- Stark, J., El-Sehity, T., & Kirchner, E. (2017). Soziale Repräsentationen – soziale Vorstellungen. In *Kommunikation, Interaktion und soziale Gruppenprozesse* (S. 63–81). Hogrefe.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159–175. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). Zusammenhänge zwischen Empathie, therapeutischer Haltung und Wirkeffizienz. *Psychopraxis, Neuropraxis*, 24(3), 166–171. <https://doi.org/10.1007/s00739-021-00726-z>
- Stichweh, R. (1992). Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. Betrachtungen aus systemtheoretischer Sicht. In *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. (S. 36–48). Leske + Budrich.
- Straube, J., & Kauffeld, S. (2021). Working Across Faultlines—Assessing Intersubgroup Communication in Teams. *Frontiers in Communication*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2021.582937>

- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In *Psychology of intergroup relations* (2nd Aufl., S. 7–24). Chicago, IL.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, *30*(1), 1–25.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.05.014>
- Timonen-Kallio, E. (2019). Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: A cross-country study in six European countries. *European Journal of Social Work*, *22*(6), 947–960.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441135>
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., & Reicher, S. D. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.
- Valentine, K. (2016). Complex Needs and Wicked Problems: How Social Disadvantage Became Multiple. *Social Policy and Society*, *15*(2), 237–249.
<https://doi.org/10.1017/S1474746415000342>
- Van den Steene, H., van West, D., & Glazemakers, I. (2019). Towards a definition of multiple and complex needs in children and youth: Delphi study in Flanders and international survey. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *7*, 60–76.
<https://doi.org/DOI 10.21307/sjcapp-2019-009>
- Van den Steene, H., van West, D., Peeraer, G., & Glazemakers, I. (2018). Professionals' views on the development process of a structural collaboration between child and adolescent psychiatry and child welfare: An exploration through the lens of the life cycle model. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(12), 1539–1549.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1147-7>
- Van Der Vegt, G. S., & Bunderson, J. S. (2005). Learning and Performance in Multidisciplinary Teams: The Importance of Collective Team Identification. *The Academy of Management Journal*, *48*(3), 532–547. <https://www.jstor.org/stable/20159674>
- van Dick, R., & Stegmann, S. (2016a). Diversity, Social Identity und Diversitätsüberzeugungen. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hrsg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 1–10). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08003-7_6-1
- van Dick, R., & Stegmann, S. (2016b). Diversity, Social Identity und Diversitätsüberzeugungen. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hrsg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 1–10). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08003-7_6-1
- Van Dongen, T., Sabbe, B., & Glazemakers, I. (2020). Collaboration for children with complex needs: What adolescents, parents, and practitioners tell us. *Journal of Child Health Care*:

- For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 24(1), 19–32.
<https://doi.org/10.1177/1367493518823906>
- van Knippenberg, D., De Dreu, C. K. W., & Homan, A. C. (2004). Work group diversity and group performance: An integrative model and research agenda. *The Journal of Applied Psychology*, 89(6), 1008–1022. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.1008>
- van Knippenberg, D., Haslam, S. A., & Platow, M. J. (2007). Unity through diversity: Value-in-diversity beliefs, work group diversity, and group identification. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 11(3), 207–222. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.11.3.207>
- Vasileva, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2015). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern in der Heimerziehung und in Pflegeverhältnissen. *Nervenheilkunde*, 1, 34–42.
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2017). Mental health needs and therapeutic service utilization of young children in foster care in Germany. *Children and Youth Services Review*, 75, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.02.022>
- Vetter, A. (2023). Weihnachten kommt immer so plötzlich! Wie wir uns auf Schwierigkeiten besser vorbereiten können. In *Krisenhafte Verläufe in den Erziehungshilfen Kooperationen, Risikopartnerschaften, Verantwortungsgemeinschaften* (S. 227–233). Beltz Juventa.
- Wabnitz, P., Kronmüller, K. T., Wieskus-Friedemann, E., Kliem, S., & Hoppmann, J. (2016). Nicht von schlechten Eltern – NischE: Ein Brückenkonzept familienorientierter Versorgung von Kindern mit psychisch oder suchtblasteten Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65(9), 668–687.
- Watson, R. I. (1978). The Sentence Completion Method. In B. B. Wolman (Hrsg.), *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook* (S. 255–279). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2490-4_8
- Weimann-Sandig, N. (2022). *Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen: Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität – Chancen, Risiken, Herausforderungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-36486-1>
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2016a). Do views on psychosocial needs of children and adolescents differ among professionals depending on their organisational affiliation? A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), 643–648.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1201463>
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2016b). What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 50–55. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1055716>

- Wiesner, R. (2012). Rechtliche Perspektiven zu den Kooperationsnotwendigkeiten der sozialen Dienste. In *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste*. (S. 234–247). Beltz Juventa.
- Williams, K., & O'Reilly, C. A. (1998). Demography and diversity in organizations: A review of 40 years of research. *Research in Organizational Behavior*, *20*, 77–140. https://www.bibsonomy.org/bibtex/18fde88cfb84d02eb8d795c9ed19c4293/group_performance
- Willumsen, E., Ahgren, B., & Ødegård, A. (2012). A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, *26*(3), 198–204. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.645088>
- Wu, A. W. (2018). Reaching common ground: The role of shared mental models in patient safety. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, *23*(5), 183–184. <https://doi.org/10.1177/2516043518805326>
- Zick, A. (2003). Die Konflikttheorie der Theorie sozialer Identität. In T. Bonacker (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien: Eine Einführung* (S. 409–426). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-94989-9_20