

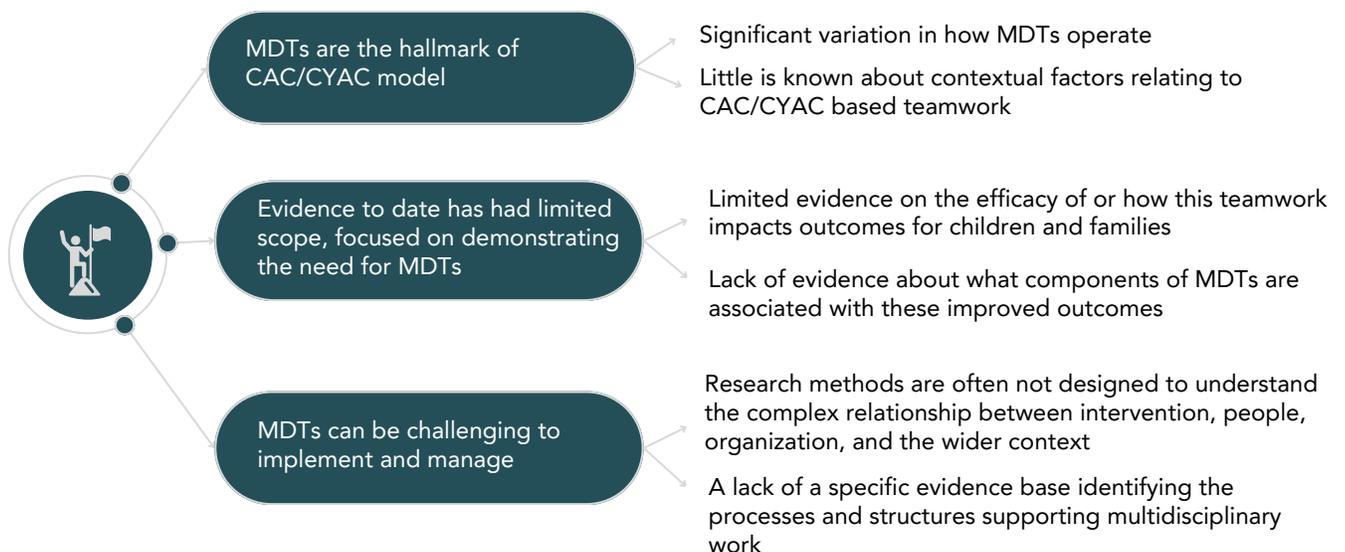
Facilitating Multidisciplinary Team Functioning in Child and Youth Advocacy Centres Using Shared Mental Models

Facilitating a coordinated and collaborative response to child abuse can be challenging. A recent research project with three Canadian Child and Youth Advocacy Centres (CYACs) explored how a shared mental model framework could facilitate multidisciplinary team (MDT) effectiveness (Parker et al., 2024). Through this research, three areas were identified as opportunities for CYACs to focus on and improve MDT service delivery: moving beyond shared beliefs; defining parameters of information sharing between MDT members; and clarity around tasks that are a shared responsibility.

This Research to Practice Brief highlights the research, findings and implications. To read the full article or learn more, please contact Dr. Naomi Parker.

BACKGROUND

Child and Youth Advocacy Centres provide a coordinated and collaborative response for children and youth who have experienced child abuse, and their non-offending family members. Professionals from child welfare, law enforcement, health and mental health services, justice, and victim supports work collaboratively as an MDT to provide children and youth with comprehensive, trauma- and violence-informed investigations and therapeutic interventions, ultimately aiming to minimize system-induced trauma, improve outcomes, and support long-term well-being.



The overall effectiveness of the CYAC model is dependent on strong, collaborative work by a highly specialized and resilient MDT (McGuier et al., 2022). The most serious incidents of child sexual and physical abuse are better addressed when investigated by specialized MDTs whose members:

- 1) are specifically trained and skilled in conducting complex child abuse investigations and assessment, and 2) can partner effectively with other involved organizations (Jackson, 2012; Westphaln et al. 2021; McGuier et al., 2022).
- 2) can partner effectively with other involved organizations (Jackson, 2012; Westphaln et al. 2021; McGuier et al., 2022).

The underlying premise of CYACs is that the MDT response and diverse expertise may result in better decision making and improved outcomes for children and families (Bertrand et al., 2015; Jackson, 2012; Westphaln et al. 2021).

A challenge for CYACs is how these different professionals work together across different professional and organizational mandates (Herbert & Bromfield, 2015; Newman & Dannenfesler, 2005). Inherently each of these professions have a different approach and, at times, competing priorities. While these diverse professions are a hallmark of effective CYACs, knowing how to work together to provide integrated, inter-professional services continues to be an obstacle to achieving desired outcomes (McGuier et al., 2022).

Recent evidence has demonstrated that the ability to collaborate and work effectively as a team is enhanced by the presence of shared mental models (McComb & Simpson, 2013; Evans et al., 2014; Mohammed et al., 2021; Evans & Baker, 2012). When multiple individuals develop a common structure and shared understanding about a topic or way of working, this is referred to as a shared mental model (Mohammed et al., 2010). Shared mental models allow individuals to behave in ways that are consistent and coordinated with each other in the completion of interdependent tasks, towards a shared goal (Mohammed et al., 2021).

APPROACH

The purpose of this research was to examine the relationship between the presence of a shared mental model and MDT functioning in CYACs. Three Canadian CYACs participated in this research to identify and understand the extent to which shared mental models are evident in MDTs. Four methods were used:

- 1) interviews with CYAC leadership from each site;
- 2) open card sorting activity with MDT leadership from each site;
- 3) survey was sent to all CYAC staff and MDT partners; and
- 4) focus group with MDT leadership from each site.

FINDINGS

The results show that there is a consistently shared mental model about why a CYAC exists and is needed among all MDT partners (i.e., shared beliefs). Tasks about child forensic interviewing and medical exam were also clearly understood by participants. Areas where greater clarity is needed were around tasks which were considered a "shared responsibility", teamwork (specifically victim services and mental health supports), and information sharing.

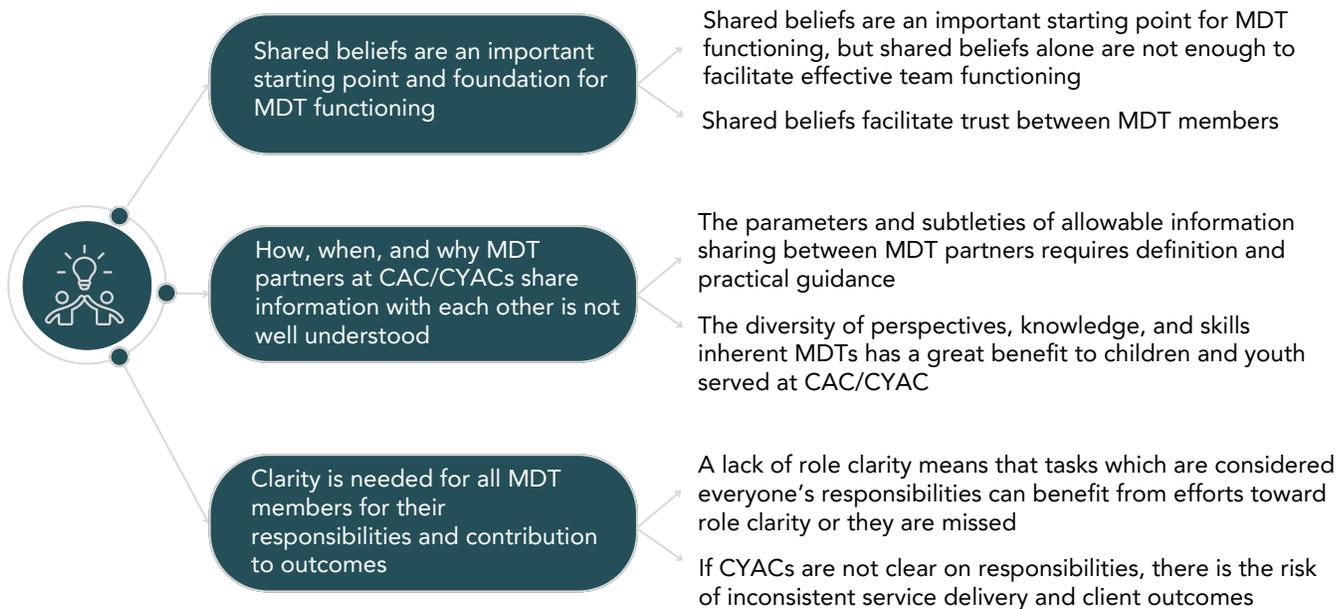
All together, the research points to three areas where a shared mental model may not be present. These areas serve as potential opportunities to focus improvement efforts among MDT partners. These were: moving beyond shared beliefs, defining and communicating parameters about information sharing, and clarifying roles and responsibilities for shared tasks.

SHARED MENTAL MODELS

Shared mental models are present when multiple individuals have a common structure and shared understanding about a topic or way of working. They are understood through:

- Teamwork (i.e., how should we work to accomplish it, interpersonal interactions, skills of team members)
- Taskwork (i.e., what needs to be accomplished, goals, performance requirements)
- Beliefs (i.e., why does it matter, preferences, expectations)

A commonly used example to illustrate shared mental models is a blind pass in basketball teams, where team members can predict the positioning of the ball and readiness of a team member.



Shared Beliefs

Consistently across all participating CYACs, statements that were belief-oriented (e.g., The role of the CYAC is to bring together the various partners and stakeholders responsible for responding to child and youth victims of abuse and violence to provide an enhanced and highly coordinated response), or about the underlying governance and supportive structures needed (e.g., CYACs have agreements which outline roles and responsibilities, information sharing parameters, decision-making and oversight or MDTs) were examples of strong mental models. Shared beliefs are an important starting point for MDT functioning, and arguably are the foundation of a coordinated and collaborative response. But shared beliefs alone are not enough to facilitate effective MDT functioning and service delivery. To promote a robust shared mental model among MDT members, leaders can:

- ▶ Use the task, team, and belief classifications of the shared mental model framework to focus improvement efforts.
- ▶ Pair the shared mental model framework directly with the CYAC service delivery model to help pinpoint areas for improvement and add a valuable level of specificity and relevance.

“ ———
 This is how systematic failures happen. Shared beliefs are the start, but kids fall through the cracks when we aren't clear about who does what, when, and how.
 Focus Group Participant

Information Sharing

How, when, and why MDT partners at CYACs share information with each other was not well understood. The underlying belief that information sharing is a facilitator to the MDT approach was strongly supported in the research. However, the parameters and subtleties of allowable information sharing requires clarity. Diversity of perspectives, knowledge, and skills inherent in inter-professional service delivery is well-established to have a great benefit to the client. Knowing when, how, and why to engage with other MDT members is foundational to an effective, coordinated and collaborative response. To enhance information sharing in CYACs, participants in this study discussed strategies for improvement, these included:

- ▶ Implement shared records for case tracking linked to the CYAC service delivery model.
- ▶ Promote shared language and understanding.
- ▶ Develop frameworks and decision-making protocols for information sharing.
- ▶ Facilitate open discussion about parameters and purpose of information sharing and information needs, particularly with MDT members who are not co-located.

Role Clarity

It is important that all MDT members have a clear understanding of their specific responsibilities, accountabilities, and contribution to desired outcomes. In particular, tasks which were considered everyone's responsibilities can benefit from efforts toward role clarity to avoid these tasks falling through cracks. Examples of shared responsibilities included: acting as an advocate for the child, liaising between the child and MDT partners to provide information and resources. Participants shared in the focus groups that "we all like doing that". However, if the task is not a clear part of a position's responsibilities and accountabilities these tasks are often the first things to be missed.

If CYACs are not clear on responsibilities, there is the risk of inconsistent service delivery and client outcomes. To enhance role clarity, participants suggested:

- ▶ Exploring tasks through a client system mapping approach to better define roles and understand the impact on the client when these activities are missed.
- ▶ Embedding accountability, tracking and reporting for all aspects of the service delivery model.
- ▶ Developing standard operating procedures that would be used in onboarding and reviewed regularly with all staff.
- ▶ Renewing emphasis to onboarding.

“Your nice-to-haves are the client's need-to-haves. If we are not clear on responsibilities things fall through the cracks and our clients suffer for it.”

Focus Group Participant

CONCLUSION

All too often the team improvement tools result in universally applicable findings that are difficult for leaders to effectively respond to. General recommendations do not accurately pinpoint areas needed to facilitate improvement. The results of this research demonstrate that a shared mental model framework can be a starting point to identify areas of strength and improvement to facilitate MDT functioning. In this research statements about the reasons and beliefs behind a CYAC approach were consistently shared. Three areas were identified as opportunities for CYACs to focus on and improve MDT service delivery: moving beyond shared beliefs; defining parameters of information sharing between MDT members; and clarity around tasks that are a shared responsibility.

REFERENCES

- Bertrand, L. D. (2015). Evidence supporting national guidelines for Canada's Child Advocacy Centres. Department of Justice Canada.
- Evans, J., & Baker, G. (2012). Shared mental models of integrated care: Aligning multiple stakeholder perspectives. *Journal of Health, Organization and Management*, 26(6), 713-736. DOI: 10.1108/14777261211276989
- Evans, J. M., Baker, G., Berta, W., & Barnsley, J. (2014). A cognitive perspective on health systems integration: results of a Canadian Delphi study. *BMC Health Services Research*, 14(222). <https://doi.org/http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/222>
- Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2015). Evidence for the efficacy of the Child Advocacy Center Model. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 341-357. <https://doi.org/10.1177/1524838015585319>
- Jackson, S. L. (2012). Results from the Virginia Multidisciplinary Team Knowledge and functioning survey: The importance of differentiating by groups affiliated with a child advocacy center. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1243-1250. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.02.015>
- McComb, S., & Simpson, V. (2013). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1479-1488. <https://doi.org/10.1111/jan.12307>
- McGuier, E. A., Rothenberger, S. D., Campbell, K. A., Keeshin, B., Weingart, L. R., & Kolko, D. J. (2022). Team functioning and performance in Child Advocacy Center multidisciplinary teams. *Child Maltreatment*, 107755952211189. <https://doi.org/10.1177/10775595221118933>
- Mohammed, S., Ferzandi, L., & Hamilton, K. (2010). Metaphor no more: A 15-year review of the team mental model construct. *Journal of Management*, 36(4), 876-910. <https://doi.org/10.1177/0149206309356804>
- Mohammed, S., Rico, R., & Alipour, K. (2021). Team cognition at a crossroad: Toward conceptual integration and network configurations. *Academy of Management Annals*, 15(2), 455-501. <https://doi.org/10.5465/annals.2018.0159>
- Newman, B.S., & Dannenfelser, P.L. (2005). Children's protective services and law enforcement: Fostering partnerships in investigations of child abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 97-111.
- Parker, N.J., Scott, C.M., Herbert J., Rowe, W. (2024). Facilitating Multidisciplinary Team Functioning at Child and Youth Advocacy Centres using Shared Mental Models. *International Journal of Child Maltreatment*.
- Westphaln, K. K., Regoeczi, W., Masotya, M., Vazquez-Westphaln, B., Lounsbury, K., McDavid, L., ... & Walsh, W. (2021). Outcomes and outputs affiliated with Children's Advocacy Centers in the United States: A scoping review. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104828.

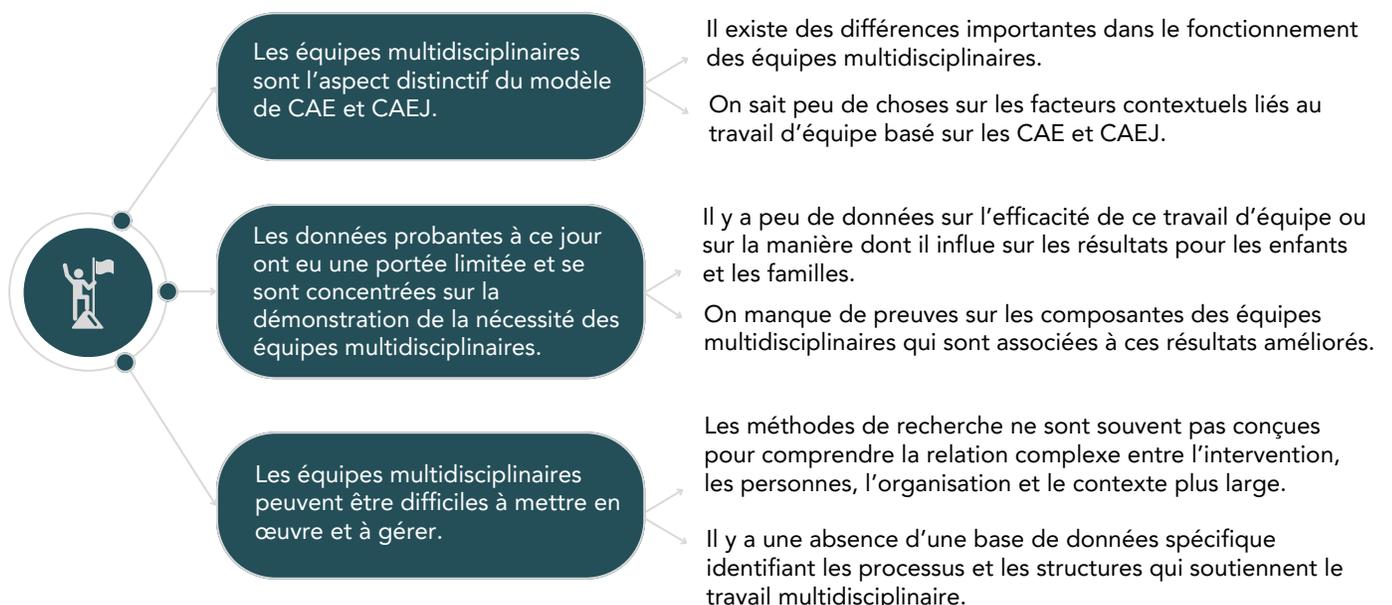
Faciliter le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire dans les centres d'appui aux enfants et à la jeunesse au moyen de modèles mentaux partagés

Faciliter une réponse coordonnée et collaborative à la maltraitance des enfants peut s'avérer difficile. Un récent projet de recherche mené avec trois centres d'appui aux enfants et à la jeunesse (CAEJ) du Canada s'est penché sur la manière dont un cadre de modèle mental partagé pourrait faciliter l'efficacité de l'équipe multidisciplinaire (Parker et al., 2024). Cette recherche a permis d'identifier trois domaines sur lesquels les CAEJ peuvent se concentrer et améliorer la prestation de services de l'équipe multidisciplinaire : aller au-delà des croyances communes, définir les paramètres de la mise en commun de l'information entre les membres de l'équipe multidisciplinaire et clarifier les tâches qui relèvent d'une responsabilité partagée.

Cette synthèse de la recherche à la pratique met en lumière la recherche, les résultats et les répercussions. Pour lire l'article complet ou en savoir plus, veuillez communiquer avec M^{me} Naomi Parker, Ph.D.

CONTEXTE

Les centres d'appui aux enfants et à la jeunesse proposent une réponse coordonnée et collaborative aux enfants et aux jeunes qui ont été victimes de maltraitance et aux membres non agresseurs de leur famille. Les professionnels de la protection de l'enfance, de l'application de la loi, des services de santé et de santé mentale, de la justice et de l'aide aux victimes travaillent en collaboration dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire pour fournir aux enfants et aux jeunes des enquêtes et des interventions thérapeutiques complètes, tenant compte des traumatismes et de la violence, dans le but ultime de minimiser les traumatismes induits par le système, d'améliorer les résultats et de favoriser le bien-être à long terme.



L'efficacité globale du modèle de CAEJ dépend de la force et de la collaboration d'une équipe multidisciplinaire hautement spécialisée et résiliente (McGuier et al., 2022). Les incidents les plus graves d'abus sexuels et physiques sur des enfants sont mieux traités lorsqu'ils font l'objet d'une enquête par des équipes multidisciplinaires spécialisées dont les membres :

- 1) sont expressément formés et compétents pour mener des enquêtes et des évaluations complexes sur la maltraitance des enfants; et 2) peuvent s'associer efficacement avec d'autres organisations en cause (Jackson, 2012; Westphal et al. 2021; McGuier et al., 2022).
- 2) peuvent s'associer efficacement avec d'autres organisations en cause (Jackson, 2012; Westphal et al. 2021 ; McGuier et al., 2022).

Le principe sous-jacent des CAEJ est que la réponse de l'équipe multidisciplinaire et l'expertise diversifiée peuvent aboutir à une meilleure prise de décision et à de meilleurs résultats pour les enfants et les familles (Bertrand et al., 2015; Jackson, 2012; Westphal et al. 2021).

Un défi pour les CAEJ est de savoir comment ces différents professionnels travaillent ensemble dans le cadre de mandats professionnels et organisationnels différents (Herbert & Bromfield, 2015; Newman & Dannenfesler, 2005). Chacune de ces professions a intrinsèquement une approche différente et, parfois, des priorités concurrentes. Bien que ces diverses professions soient une caractéristique des CAEJ efficaces, savoir comment travailler ensemble pour fournir des services intégrés et interprofessionnels continue d'être un obstacle à l'obtention des résultats souhaités (McGuier et al., 2022).

Des données récentes ont révélé que la capacité de collaborer et de travailler efficacement en équipe est renforcée par la présence de modèles mentaux partagés (McComb et Simpson, 2013; Evans et al., 2014; Mohammed et al., 2021; Evans et Baker, 2012). Lorsque plusieurs personnes élaborent une structure commune et une compréhension partagée d'un sujet ou d'une méthode de travail, on parle de modèle mental partagé (Mohammed et al., 2010). Les modèles mentaux partagés permettent aux individus de se comporter de manière cohérente et coordonnée dans l'accomplissement de tâches interdépendantes, en vue d'un objectif commun (Mohammed et al., 2021).

APPROCHE

L'objectif de cette recherche était d'examiner la relation entre la présence d'un modèle mental partagé et le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire dans les CAEJ. Trois CAEJ du Canada ont participé à cette recherche afin d'identifier et de comprendre dans quelle mesure les modèles mentaux partagés sont évidents dans les équipes multidisciplinaires. Quatre méthodes ont été utilisées :

- 1) entrevues avec les responsables des CAEJ de chaque établissement;
- 2) activité ouverte de tri de cartes avec les responsables des équipes multidisciplinaires de chaque établissement;
- 3) enquête envoyée à l'ensemble du personnel des CAEJ et aux partenaires des équipes multidisciplinaires;
- 4) groupe de discussion avec les responsables des équipes multidisciplinaires de chaque établissement.

MODÈLES MENTAUX PARTAGÉS

Les modèles mentaux partagés sont présents lorsque plusieurs personnes ont une structure commune et une compréhension partagée d'un sujet ou d'une méthode de travail. Ils sont compris grâce à ce qui suit :

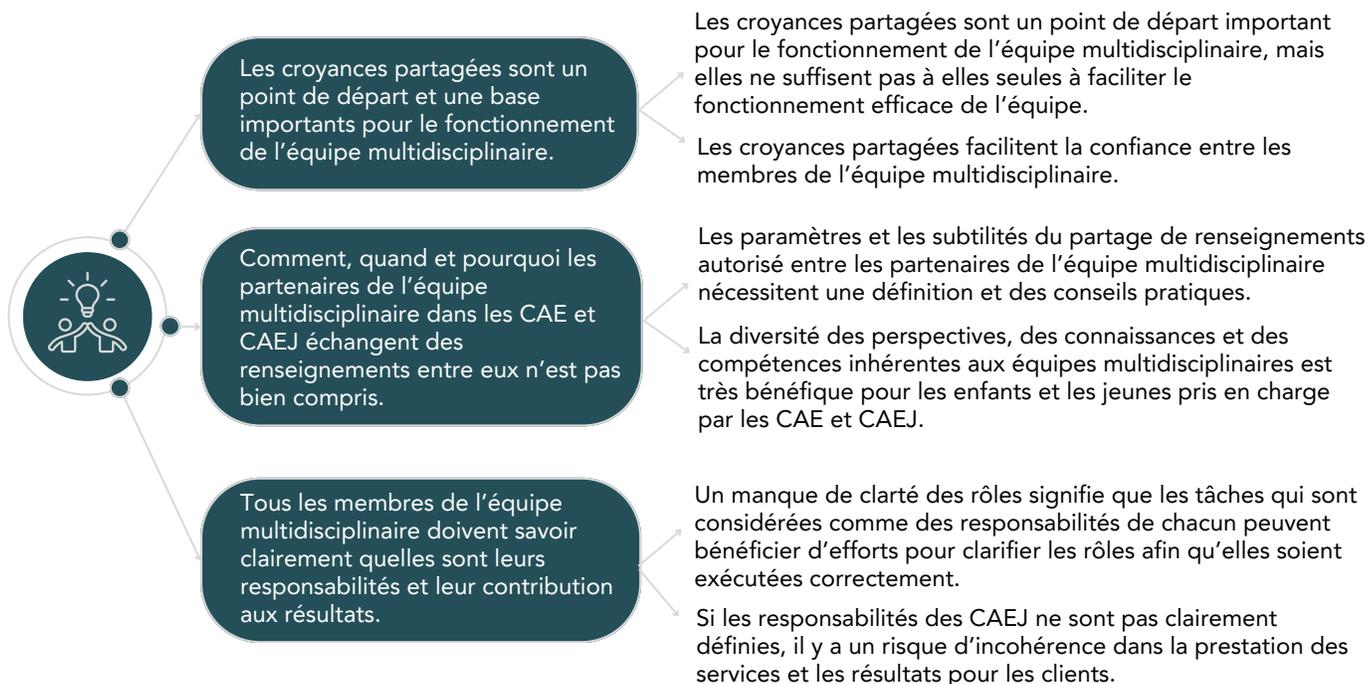
- Travail d'équipe (c'est-à-dire la manière dont nous devons travailler pour y parvenir, les interactions interpersonnelles, les compétences des membres de l'équipe)
- Tâches (c'est-à-dire ce qui doit être accompli, les objectifs, les exigences de rendement)
- Croyances (pourquoi est-ce important, préférences, attentes)

Un exemple couramment utilisé pour illustrer les modèles mentaux partagés est celui de la passe aveugle dans les équipes de basket-ball, où les membres de l'équipe peuvent prédire le positionnement du ballon et l'état de préparation d'un membre de l'équipe.

CONSTATATIONS

Les résultats montrent que tous les partenaires de l'équipe multidisciplinaire partagent un modèle mental cohérent sur les raisons de l'existence et de la nécessité d'un CAEJ (c'est-à-dire des croyances partagées). Les tâches relatives aux entrevues judiciaires et aux examens médicaux ont également été clairement comprises par les participants. Les domaines où une plus grande clarté est nécessaire concernent les tâches considérées comme une « responsabilité partagée », le travail d'équipe (en particulier les services d'aide aux victimes et les services de santé mentale) et la mise en commun de l'information.

Dans l'ensemble, la recherche met en évidence trois domaines dans lesquels un modèle mental partagé n'est peut-être pas présent. Ces domaines constituent des occasions possibles de déployer des efforts d'amélioration parmi les partenaires de l'équipe multidisciplinaire. Il s'agit de dépasser les croyances communes, de définir et de communiquer les paramètres relatifs à la mise en commun de l'information et de clarifier les rôles et les responsabilités pour les tâches partagées.



Croyances partagées

Dans tous les CAEJ participants, les énoncés axés sur les croyances (p. ex. le rôle du CAEJ est de réunir les divers partenaires et intervenants responsables de l'intervention auprès des enfants et des jeunes victimes d'abus et de violence afin de fournir une intervention améliorée et hautement coordonnée) ou sur la gouvernance sous-jacente et les structures de soutien nécessaires (p. ex. les CAEJ ont des ententes qui décrivent les rôles et les responsabilités, les paramètres de mise en commun de l'information, la prise de décision et la surveillance ou les équipes multidisciplinaires) étaient des exemples de modèles mentaux solides. Les convictions partagées sont un point de départ important pour le fonctionnement des équipes multidisciplinaires et constituent sans doute le fondement d'une réponse coordonnée et collaborative. Mais les croyances partagées ne suffisent pas à faciliter le fonctionnement efficace de l'équipe multidisciplinaire et la prestation de services. Pour promouvoir un modèle mental partagé solide parmi les membres de l'équipe multidisciplinaire, les responsables peuvent :

- Utiliser les classifications des tâches, des équipes et des croyances du modèle mental partagé pour concentrer les efforts d'amélioration.
- Associer le modèle mental partagé directement au modèle de prestation de services du CAEJ pour aider à identifier les domaines à améliorer et ajouter un niveau précieux de spécificité et de pertinence.

« C'est ainsi que se produisent les échecs systématiques. Les croyances partagées sont le point de départ, mais les enfants passent à travers les mailles du filet lorsque nous ne savons pas exactement qui fait quoi, quand et comment. »

Participant aux groupes de discussion

Mise en commun de l'information

Comment, quand et pourquoi les partenaires de l'équipe multidisciplinaire dans les CAE et CAEJ échangent des renseignements entre eux n'est pas bien compris. La croyance sous-jacente selon laquelle la mise en commun de l'information facilite l'approche de l'équipe multidisciplinaire a été fortement soutenue par la recherche. Toutefois, les paramètres et les subtilités de la mise en commun de l'information autorisée doivent être clarifiés. Il est bien établi que la diversité des perspectives, des connaissances et des compétences inhérentes à la prestation de services interprofessionnels est très bénéfique pour le client. Savoir quand, comment et pourquoi s'engager avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire est fondamental pour une réponse efficace, coordonnée et collaborative. Pour améliorer la mise en commun de l'information dans les CAEJ, les participants à cette étude ont discuté de stratégies d'amélioration :

- Mettre en place des dossiers partagés pour le suivi des cas, en lien avec le modèle de prestation de services du CAEJ.
- Promouvoir un langage et une compréhension communs.
- Élaborer des cadres et des protocoles de prise de décision pour la mise en commun de l'information.
- Faciliter une discussion ouverte sur les paramètres et l'objectif de la mise en commun de l'information et sur les besoins en information, en particulier avec les membres de l'équipe multidisciplinaire qui ne partagent pas les mêmes locaux.

Clarté des rôles

Il est important que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire aient une compréhension claire de leurs responsabilités particulières, de leurs obligations de rendre compte et de leur contribution aux résultats souhaités. En particulier, les tâches considérées comme relevant de la responsabilité de chacun peuvent bénéficier d'efforts visant à clarifier les rôles afin d'éviter qu'elles ne tombent entre les mailles du filet. Parmi les exemples de responsabilités partagées, on peut citer : la défense de l'enfant, la liaison entre l'enfant et les partenaires de l'équipe multidisciplinaire pour fournir des renseignements et des ressources. Les participants ont déclaré dans les groupes de discussion que « nous aimons tous faire cela ». Cependant, si la tâche ne fait pas clairement partie des responsabilités et des obligations de rendre compte d'un poste, ces tâches sont souvent les premières à être oubliées.

Si les responsabilités des CAEJ ne sont pas clairement définies, il y a un risque d'incohérence dans la prestation des services et les résultats pour les clients. Pour améliorer la clarté des rôles, les participants ont recommandé les mesures suivantes :

- Explorer les tâches par le biais d'une approche de cartographie du système client afin de mieux définir les rôles et de comprendre l'impact sur le client lorsque ces activités ne sont pas réalisées.
- Intégrer la responsabilité, le suivi et les rapports pour tous les aspects du modèle de prestation de services.
- Élaborer des procédures opérationnelles normalisées qui seraient utilisées lors de l'intégration et révisées régulièrement avec l'ensemble du personnel.
- Mettre à nouveau l'accent sur l'intégration.

« Vos non-essentiels sont les essentiels du client. Si nous ne sommes pas clairs sur les responsabilités, les choses passent à travers les mailles du filet et nos clients en pâtissent ».

Participant aux groupes de discussion

CONCLUSION

Trop souvent, les outils d'amélioration de l'équipe aboutissent à des conclusions universellement applicables auxquelles les dirigeants peuvent difficilement répondre de manière efficace. Les recommandations générales ne permettent pas d'identifier avec précision les domaines nécessaires pour faciliter l'amélioration. Les résultats de cette recherche révèlent qu'un cadre de modèle mental partagé peut être un point de départ pour identifier les domaines de force et d'amélioration afin de faciliter le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire. Dans le cadre de cette recherche, les déclarations sur les raisons et les convictions qui sous-tendent l'approche du CAEJ ont été communiquées de manière cohérente. Trois domaines ont été identifiés comme des occasions pour les CAEJ de se concentrer et d'améliorer la prestation de services des équipes multidisciplinaires : aller au-delà des croyances partagées, définir les paramètres de la mise en commun de l'information entre les membres des équipes multidisciplinaires et clarifier les tâches qui sont une responsabilité partagée.

RÉFÉRENCES

Bertrand, L. D. (2015). Evidence supporting national guidelines for Canada's Child Advocacy Centres. Department of Justice Canada.

Evans, J., & Baker, G. (2012). Shared mental models of integrated care: Aligning multiple stakeholder perspectives. *Journal of Health, Organization and Management*, 26(6), 713-736. DOI: 10.1108/14777261211276989

Evans, J. M., Baker, G., Berta, W., & Barnsley, J. (2014). A cognitive perspective on health systems integration: results of a Canadian Delphi study. *BMC Health Services Research*, 14(222). <https://doi.org/http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/222>

Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2015). Evidence for the efficacy of the Child Advocacy Center Model. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 341-357. <https://doi.org/10.1177/1524838015585319>

Jackson, S. L. (2012). Results from the Virginia Multidisciplinary Team Knowledge and functioning survey: The importance of differentiating by groups affiliated with a child advocacy center. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1243-1250. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.02.015>

McComb, S., & Simpson, V. (2013). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1479-1488. <https://doi.org/10.1111/jan.12307>

McGuier, E. A., Rothenberger, S. D., Campbell, K. A., Keeshin, B., Weingart, L. R., & Kolko, D. J. (2022). Team functioning and performance in Child Advocacy Center multidisciplinary teams. *Child Maltreatment*, 107755952211189. <https://doi.org/10.1177/10775595221118933>

Mohammed, S., Ferzandi, L., & Hamilton, K. (2010). Metaphor no more: A 15-year review of the team mental model construct. *Journal of Management*, 36(4), 876-910. <https://doi.org/10.1177/0149206309356804>

Mohammed, S., Rico, R., & Alipour, K. (2021). Team cognition at a crossroad: Toward conceptual integration and network configurations. *Academy of Management Annals*, 15(2), 455-501. <https://doi.org/10.5465/annals.2018.0159>

Newman, B.S., & Dannenfelser, P.L. (2005). Children's protective services and law enforcement: Fostering partnerships in investigations of child abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 97-111.

Parker, N.J., Scott, C.M., Herbert J., Rowe, W. (2024). Facilitating Multidisciplinary Team Functioning at Child and Youth Advocacy Centres using Shared Mental Models. *International Journal of Child Maltreatment*.

Westphaln, K. K., Regoeczi, W., Masotya, M., Vazquez-Westphaln, B., Lounsbury, K., McDavid, L., ... & Walsh, W. (2021). Outcomes and outputs affiliated with Children's Advocacy Centers in the United States: A scoping review. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104828.