



Utrecht University

Gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg

Een literatuurstudie naar de belemmerende en bevorderende factoren voor gezamenlijke besluitvorming voor jeugdigen en ouders/verzorgers in de jeugdzorg in Nederland.

Cursus: Thesis Pedagogische Wetenschappen (200600042)

Auteur: Fabiolla van Genderen

Studentnummer: 4277260

Thesisbegeleider & Eerste beoordelaar: Charlotte Vissenberg

Tweede beoordelaar:

Datum: 28 augustus 2019

Voorwoord

Het oorspronkelijke doel van deze thesis was, om door middel van een kwalitatief onderzoek achter de bevindingen van de jeugdigen ten aanzien van gezamenlijke besluitvorming en eigen regie binnen perspectiefregie te komen. Echter bleek er tijdens de periode van de dataverzameling, dat het in contact komen met de jeugdigen uit de jeugdzorg ontzettend moeilijk was. Omdat het niet haalbaar was om hier mee verder te gaan, is er in overleg met de thesisbegeleider gekozen om van deze thesis een literatuurstudie van te maken. Deze heeft gedurende de periode van mei tot en met augustus 2019 plaatsgevonden.

Bij het schrijven van deze literatuurstudie heeft mijn thesisbegeleider, Charlotte Vissenberg, een belangrijke rol gespeeld wat betreft het adviseren over de structuur en richting van de vormgeving van mijn thesis. Mijn dank gaat daarom ook uit naar Charlotte, omdat zij naast de fijne begeleiding, ook altijd flexibel en begripvol is geweest. Verder wil ik ook de mensen van het skills lab van de Universiteit Utrecht bedanken voor de schrijfadviezen betreffende mijn thesis. Tenslotte wil ik ook mijn dank uiten aan mijn familie en vrienden voor de morele ondersteuning. Mijn dank is groot!

1. Samenvatting

1.1. Nederlandstalige samenvatting

Achtergrond: De jeugdzorg kampt tegenwoordig met het probleem, dat jeugdigen uit de jeugdzorg in veel te lange en zware zorg terecht komen. Perspectiefregie is een relatief nieuwe aanpak binnen de jeugdzorg, die voor het verhelpen van dit probleem is geïmplementeerd. Het doel hiervan is om ervoor te zorgen, dat er samenspraak tussen de jeugdige en ouders/verzorgers en de professional aanwezig is bij het opstellen van de zorgplannen betreffende de jeugdige. Dit sluit aan bij gezamenlijke besluitvorming, oftewel ‘*shared decision making*’. **Doel:** Het doel van deze literatuurstudie is om te onderzoeken, wat de werkzame factoren zijn waar rekening mee gehouden moet worden, wil perspectiefregie slagen in het bereiken van gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg. Hiernaast wordt er gekeken of deze werkzame factoren al in perspectiefregie zijn opgenomen. **Methode:** Voor het verzamelen van artikelen is er gebruik gemaakt van de digitale zoekomgeving Google Scholar. De elf geïnccludeerde artikelen zijn gecontroleerd op vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria. Verder zijn deze artikelen geanalyseerd en op hun kwaliteit beoordeeld met behulp van met Cochrane Netherlands of de beoordelingscriteria gebaseerd op evidentie. **Resultaten:** De gevonden werkzame factoren die een belangrijke rol spelen bij de gezamenlijke besluitvorming zijn als volgt: het hebben van voldoende beslissingstijd binnen de zorg, het bezitten van voldoende informatie bij het maken van de beslissing, de betrokkenheid van de jeugdige en de ouders/verzorgers, het hebben van vertrouwen in de professional en het ervaren van zeggenschap binnen de besluitvorming. **Conclusie en Discussie:** Twee werkzame factoren van gezamenlijke besluitvorming blijken niet in de perspectiefregie terug te komen, namelijk de aandacht voor de beslissingstijd en het versterken van het vertrouwen in de relatie met de professional. Verder is het ook belangrijk om de overweging te maken, of de werkzame factoren niet beter bij de functie van de professional geplaatst kunnen worden, in plaats bij een derde partij: de perspectiefregisseur. Wat vervolgonderzoek betreft is het aanbevolen om meer onderzoek te doen naar de werkzame factoren van gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg.

1.2. Engelstalige samenvatting

Background: The youth care is dealing with the problem that youth receive care that is too long and too intense. *Perspectiefregie* is an approach specifically invented to solve this problem. The

purpose of this approach is to make sure, that the youth and the family are also involved in the planning of the care which will be given to this youth. This seems to be connected to shared decision making. **Study aim:** The aim of this literature study is to find the working factors that need to be accounted for, in order for *perspectiefregie* to successfully attain shared decision making in the youth care. A sub goal is to see if these factors are already part of *perspectiefregie*. **Method:** For collecting the articles used in this study, the online search machine Google Scholar was used. The eleven included articles were checked on inclusion and exclusion criteria which were formulated beforehand. The articles were analyzed and a quality check was done with the quality-check-form of Cochrane Netherlands or evidential criteria. **Results:** The factors that play a crucial role in shared decision making are: having sufficient time to make a decision, gathering enough information to make this decision, involvement of the youth and the family, trust in the professional and the feeling of participation in the decision making. **Conclusion and Discussion:** Two working factors that were found are not yet represented in *perspectiefregie*, namely the time that is needed to make a well-advised decision and the bond of trust that is needed between the youth and the professional. It is also important to consider whether taking care of the working factors could also become part of the responsibility of the professional, instead of having someone extra e.g. a *perspectiefregisseur* for this. For future research it is recommended to do more research regarding the working factors of shared decision making in the youth care.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	Blz. 1
1. Samenvatting	Blz. 2
1.1. Nederlandse samenvatting	Blz. 2
1.2. Engelstalige samenvatting	Blz. 2
2. Inleiding	Blz. 5
3. Methode	Blz. 8
3.1. Verzamelen en selecteren van artikelen.....	Blz. 8
3.2. Flowchart.....	Blz. 9
3.3. Inclusie- en exclusiecriteria.....	Blz. 9
3.4. Verwerken en beoordelen van artikelen	Blz. 10
4. Resultaten	Blz. 10
4.1. Definitie gezamenlijke besluitvorming	Blz. 11
4.2. Kwaliteit van de geselecteerde artikelen.....	Blz. 11
4.3. Belemmerende en bevorderende factoren.....	Blz. 11
4.3.1. Tijd.....	Blz. 12
4.3.2. Informatie	Blz. 12
4.3.3. Betrokkenheid.....	Blz. 13
4.3.4. Vertrouwen in de professional.....	Blz. 13
4.3.5. Zeggenschap van de patiënt/jeugdige.....	Blz. 14
5. Conclusie en Discussie	Blz. 15
5.1. Limitaties	Blz. 15
5.2. Kritische verdieping op gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg	Blz. 16
5.3. Perspectiefregie en gezamenlijke besluitvorming	Blz. 17
5.4. Aanbevelingen voor perspectiefregie en vervolgonderzoek.....	Blz. 18
6. Literatuurlijst	Blz. 20
7. Bijlagen	Blz. 25
7.1. Bijlage 1: Naslagtabel met artikelen	Blz. 26
7.2. Bijlage 2: Kwaliteitsbeoordeling van de artikelen.....	Blz. 38
7.3. Bijlage 3: Cochrane Netherlands beoordelingsformulier	Blz. 41
7.4. Bijlage 4: Beoordeling van de evidentie van de artikelen.....	Blz. 43

2. Inleiding

Nederland heeft ruim vierhonderdduizend jeugdigen die gebruik maken van jeugdhulp (Centraal bureau voor Statistiek, 2018). Begin 2016 bleek er een toenemende vraag te ontstaan naar crisishulp met verblijf, in combinatie met een stagnerende doorstroom in de jeugdinstanties. Hierdoor kwamen jeugdigen in veel te lange en zware zorg terecht, zonder perspectief op de toekomst. Volgens de Flevolandse gemeenten en zorgaanbieders kan het probleem van de overvolle en vaak te zware jeugdzorg verklaard worden, door het ontbreken van een adequaat en gecoördineerd hulpaanbod. Om dit probleem op te lossen is ‘Perspectiefregie’ ingezet (Zorglandschap jeugd Flevoland, z.d.). Het doel van perspectiefregie is, om jeugdigen de best passende zorg te bieden. De verantwoordelijke voor het realiseren van dit doel is de perspectiefregisseur. Deze is een onafhankelijke 3^e partij vanuit de gemeente, die verantwoordelijk is voor het bewaken en begeleiden van het zorgproces van de jeugdige. Hierbij is het belangrijk dat het opstellen van het perspectiefplan van de jeugdige, zoveel mogelijk in samenspraak met de jeugdige en de ouders/opvoeders gebeurt.

Hoewel perspectiefregie al in grote lijnen terug is te vinden in de beleidsdocumenten van de gemeente Dronten en Almere (Van der Kroef, 2017), is het belangrijk om te realiseren dat dit een vrij nieuwe aanpak is. Juist omdat deze aanpak in de beginfase verkeert, is het belangrijk dat er onderzoek wordt gedaan, zodat uitkomsten hiervan in de mogelijke aanpassingen en verbeteringen mee kunnen worden genomen. Gezien het feit dat samenspraak een belangrijk element binnen perspectiefregie is, is het belangrijk dat onderzoek naar een zo effectief mogelijke totstandkoming van samenspraak binnen perspectiefregie wordt gedaan. Het belang hiervan blijkt des te meer uit signalen die vanuit de jeugdzorg komen: er is zeer weinig ondersteuning voor het betrekken van jeugdigen bij de besluitvorming omtrent hun zorg (Coyne , 2008).

Voor het succesvolle verloop van een bepaalde aanpak binnen de zorg, zullen er factoren zijn die dit succesvolle verloop zullen stimuleren/vergemakkelijken, maar er zullen ook factoren zijn die dit juist verhinderen. Een veelgebruikte aanpak binnen de zorg die de samenspraak tussen de verschillende partijen kan verbeteren, is ‘Gezamenlijke Besluitvorming’, oftewel ‘Shared Decision-Making’. Gezamenlijke besluitvorming wordt omschreven als een aanpak, waarbij de professional en de patiënt gezamenlijk keuzes maken ten aanzien van de verbetering van de situatie van de patiënt. Hierbij zijn samenwerking, betrokkenheid en tevredenheid van de patiënt

belangrijk (Mulley, Trimble & Elwyn, 2012; Légaré & Thompson-Leduc, 2014; Shay & Lafata, 2015). Deze zelfde aspecten blijken bij de verantwoordelijkheden van de perspectiefregisseur te horen, binnen het kader van perspectiefregie.

Het motto van gezamenlijke besluitvorming is ‘No decision about me without me’ (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Uit meerdere studies blijkt dat ‘gezamenlijke besluitvorming’ de kwaliteit van de zorg verbetert (Loh et al., 2007; Patel, Bakken, & Ruland, 2008; Drake, Deegan & Rapp, 2010; Oshima Lee & Emanuel, 2013). Ook blijkt het een positieve invloed te hebben op de tevredenheid van de patiënt (Swanson, Bastani, Rubenstein, Meredith, & Ford, 2007; Loh et al., 2007; Coulter et al., 2017). Volgens Légaré & Thompson-Leduc (2014) blijkt ook de totale duur van de zorg verkort te worden door de gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast is het zelfs zo, dat de totale kosten van de zorg verlaagd worden, wanneer gezamenlijke besluitvorming wordt toegepast (Oshima Lee & Emanuel, 2013).

Naast gezamenlijke besluitvorming blijkt ook ‘Patient Participation’ bij de verantwoordelijkheid van de perspectiefregisseur te passen. Volgens Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessam en Hamzehgardeshi (2014) wordt onder patiënt participation verstaan, dat de zorgbehoevende betrokken wordt bij het maken van beslissingen over de behandelingen die gegeven zullen worden. Bouma, López, Knorth & Grietens (2018) gaan in op de participatie van het kind binnen de jeugdzorg. Hier wordt aangegeven dat er duidelijke richtlijnen nodig zijn, om ervoor te zorgen dat participatie van het kind niet wordt verhinderd door de persoonlijke voorkeuren van de professionals.

In de praktijk blijkt de tevredenheid van zorgbehoevenden steeds meer een meetinstrument voor de kwaliteit van zorg te zijn (Tomlinson & Ko, 2006). Door zorgbehoevenden meer bij het proces te betrekken, wordt het risico op een verkeerde diagnose en een niet passende zorgaanpak aanzienlijk verlaagd (Mulley, Trimble & Elwyn, 2012). Naast gezamenlijke besluitvorming en patient participation, zal ook patiëntgerichte zorg een steeds grotere prioriteit krijgen binnen zorginstellingen (Härter, van der Weijden & Elwyn, 2011). Deze verandering binnen de zorg is in Nederland sinds 2006 op gang gekomen, doordat het Nederlandse zorgsysteem in dit jaar hervormd is om meer patiëntgericht te worden (van der Weijden et al., 2011). Patiëntgerichte zorg bevat, net als gezamenlijke besluitvorming en patiënt participation, aspecten die bij de verantwoordelijkheid van de perspectiefregisseur behoren. Het

belang van gezamenlijke besluitvorming, patiënt participation en patiëntgerichte zorg sluit goed aan bij de tijdgeest en kwaliteit van de hedendaagse zorg.

De in Flevoland ontwikkelde perspectiefregie, met als doel de best passende zorg aan de jeugdigen bieden, sluit het best aan bij de gezamenlijke besluitvorming, omdat gezamenlijke besluitvorming zich als enige, net als perspectiefregie, richt op de samenspraak van de jeugdige met ouders/verzorgers en de professionals. Hierbij krijgen zowel de jeugdige en ouders/verzorgers de kans om hun kennis en voorkeuren te delen. Daarbij kan ook de professional zijn kundigheid delen. Vandaar dat in dit literatuuronderzoek met gezamenlijke besluitvorming verder gewerkt wordt.

Hoewel op basis van de genoemde bevindingen gezamenlijke besluitvorming veelbelovend lijkt te zijn voor het bewerkstelligen van samenspraak binnen perspectiefregie, is er nog een gebrek aan studies die de belemmerende en bevorderende factoren van gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg onderzoeken. Om te onderzoeken wat de factoren zijn waar rekening mee gehouden moet worden, wil perspectiefregie slagen in het bereiken van gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg, luiden de onderzoeksvragen in deze literatuurstudie als volgt: *‘Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van gezamenlijke besluitvorming voor jeugdigen en ouders/verzorgers in de jeugdzorg in Nederland? En Sluit de huidige perspectiefregie hierop aan?’*.

3. Methode

Als onderzoeksmethode bij deze thesis, is gekozen voor een literatuurstudie. Deze methode biedt de mogelijkheid om gemakkelijk informatie te verzamelen over een thema. Zelfs als er nog weinig literatuur beschikbaar is over een thema, kan met de juiste zoekstrategie nog veel nuttige informatie gevonden worden. Daarnaast kan een literatuurstudie aanbevelingen geven voor onderzoek dat nog gedaan kan worden, om eventuele gaten binnen een thema te dichten (Maranto, 1995).

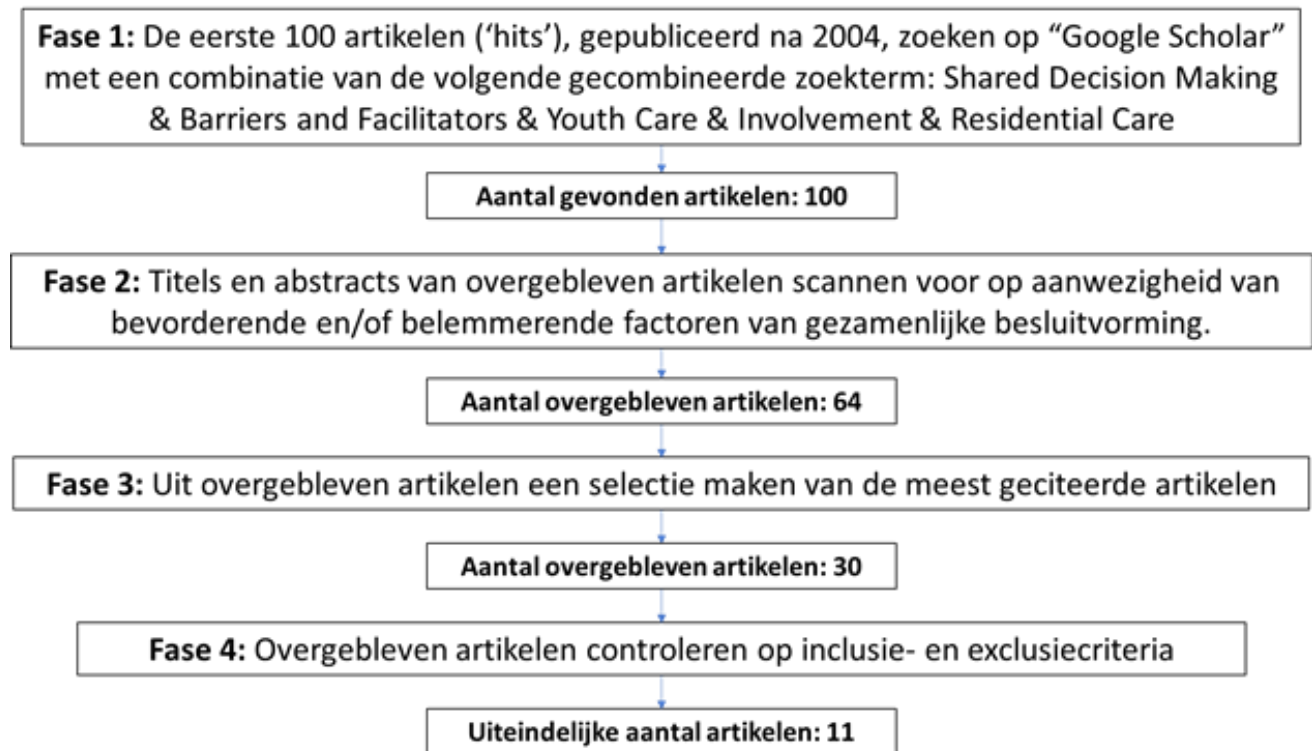
In deze literatuurstudie zijn geschikte artikelen geselecteerd met een vooraf opgestelde zoekstrategie, die uit enkele stappen bestaat. Binnen deze zoekstrategie is onder andere gebruik gemaakt van specifieke zoektermen en inclusie- en exclusiecriteria, waaraan artikelen al dan niet moeten voldoen. De verschillende stappen van de gehanteerde zoekstrategie worden hieronder toegelicht.

3.1. Verzamelen en selecteren van artikelen

Voor het verzamelen van de geïncludeerde artikelen is gebruik gemaakt van de digitale zoekomgeving Google Scholar. Op dit digitale zoekplatform is een combinatie van trefwoorden gebruikt: Shared decision making & Barriers/Facilitators & Youth Care & Involvement & Residential Care. Deze zoektermen zijn Engelse vertalingen van kernbegrippen binnen het thema en/of onderzoeksvragen van deze literatuurstudie. Hiernaast is ook het filter van de datum van publicatie aangepast naar een bereik van 2004-2019, om de kans op inclusie van oude, mogelijk verjaarde, onderzoeken te verkleinen. De artikelen op de eerste tien pagina's met online zoekresultaten (100 artikelen), zijn op basis van titel en samenvatting beoordeeld op hun aansluiting bij het onderzoek. Hier is vooral gekeken naar de aanwezigheid van belemmerende en/of bevorderende factoren voor gezamenlijke besluitvorming. Na deze stap bleven 64 artikelen over. Van de uit deze stap geschikt bevonden artikelen, zijn vervolgens de 30 meest geciteerde artikelen geselecteerd, omdat er over het algemeen een sterk verband is tussen de betrouwbaarheid/kwaliteit van een artikel en het aantal citaties hiervan.

De uit de vorige stappen overgebleven 30 artikelen zijn volledig gelezen en gecontroleerd op de gestelde inclusie- en exclusiecriteria (zie 3.3). Dit was de laatste selectiestap, waarbij uiteindelijk elf artikelen overbleven, die gebruikt zijn voor verwerking in dit onderzoek.

3.2 Flowchart



Figuur 1: overzicht van de selectie van de artikelen.

3.3. Inclusiecriteria en exclusiecriteria

De inclusiecriteria voor deze literatuurstudie zijn: (a) studies uit de jeugdhulp, (b) studies waar sprake is van een direct onderzoek met jeugdigen en ouders/verzorgers door middel van interviews en/of observaties, (c) studies die het perspectief van de jeugdigen over hun betrokkenheid in gezamenlijke besluitvorming binnen hun zorg beschrijven. Studies werden uitgesloten wanneer de focus van het onderzoek op het succes en de voordelen van gezamenlijke besluitvorming lag. In deze literatuurstudie ligt de focus namelijk op de bevorderende en belemmerende factoren van gezamenlijke besluitvorming en niet op het succes hiervan. Het gaat in deze studie voornamelijk om datgene waar rekening mee gehouden moet worden bij het implementeren van gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg.

3.4. Verwerken en beoordelen van artikelen

Uit de elf geselecteerde artikelen zijn er: zes kwalitatieve studies, twee kwalitatieve en kwantitatieve studies, één kwantitatief onderzoek, één questionnaire-based research en één literatuurstudie. Uit de bevindingen van de uitsluitend kwalitatieve en kwalitatieve en kwantitatieve studies, is geselecteerd op de informatie die uit de interviews en observaties is verkregen. Hierbij is het kwantitatieve deel buitengesloten. Uit de drie overige studies is de informatie uit de resultaten en de discussie meegenomen.

Vervolgens zijn zowel de uitsluitend kwalitatieve als de kwalitatieve en kwantitatieve studies met behulp van een beoordelingsformulier van Cochrane Netherlands beoordeeld op hun kwaliteit (zie bijlage 3). De overige drie artikelen zijn met behulp van de beoordelingscriteria van Boekhorst, Kwast en Wevers (2004) op hun kwaliteit beoordeeld (zie bijlage 4).

4. Resultaten

Er zijn in deze literatuurstudie elf artikelen geïncludeerd die tussen 2006 en 2017 gepubliceerd zijn en uit verschillende tijdschriften en vijf verschillende landen afkomstig zijn, namelijk: Nederland (1), Duitsland (3,4), Sweden (2), Verenigde staten (5, 6, 7, 8, 10 en 11) en Australië (9). In bijlage 1 zijn de belangrijkste kenmerken van de gebruikte studies samengevat weergegeven. De dataverzameling van deze studies heeft in de periode van ongeveer begin 2005 tot eind 2014 plaatsgevonden. Verder zijn in de geïncludeerde artikelen verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Zo zijn er zes kwalitatieve studies (3, 5, 6, 7, 10 en 11), twee artikelen met gemixte onderzoeksmethode: kwalitatief en kwantitatief-onderzoek (1 en 8), één kwantitatief onderzoek (9), één questionnaire-based research (2) en één literatuurstudie (4)

De in deze literatuurstudie geïncludeerde artikelen zijn deels uit de medische zorg afkomstig en deels uit de (niet medische) jeugdzorg. Er zullen dus zowel resultaten beschreven worden vanuit een medisch perspectief, als resultaten uit een jeugdzorgperspectief. Om duidelijk onderscheid te maken tussen deze resultaten, wordt een beschrijving gegeven met de term 'patiënt' als het een resultaat uit een artikel met medische achtergrond betreft en wordt de term 'jeugdige' gebruikt als het een resultaat uit een artikel met een jeugdzorgachtergrond betreft. Soms wordt een overeenkomend resultaat in beide soorten artikelen gevonden. Ook wordt in enkele artikelen de familie van een patiënt/jeugdige genoemd. Ook dit wordt in de beschrijvingen hieronder duidelijk genoemd bij de resultaten.

4.1. Definitie gezamenlijke besluitvorming

Wanneer bevorderende en belemmerende factoren uit een artikel over gezamenlijke besluitvorming worden verkregen, is het belangrijk dat de visies op gezamenlijke besluitvorming in de verschillende artikelen goed overeenkomen. Daarom is in alle voor deze literatuurstudie geselecteerde artikelen gekeken naar de definitie, die voor gezamenlijke besluitvorming wordt gegeven. Deze is in alle artikelen vrijwel hetzelfde, namelijk: in gezamenlijke besluitvorming zijn ten minste twee personen (de patiënt en de professional) betrokken bij het nemen van een beslissing over het zorgproces van de patiënt. Beide partijen wisselen belangrijke informatie over behandelingsopties uit, voordat zij overeenstemming bereiken over een voorkeursbehandeling (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

4.2. Kwaliteit van de geselecteerde artikelen

De geïncludeerde artikelen zijn onder andere op basis van het beoordelingsformulier van Cochrane Netherlands op hun kwaliteit beoordeeld (bijlage 3). Het merendeel van de gebruikte artikelen, namelijk zes artikelen zijn kwalitatieve studies. Hiervan zijn drie met zeer goed (3, 6, 11) en drie met ruim voldoende (5, 7, 10) beoordeeld. Naast de zes kwalitatieve studies zijn er twee artikelen die gemixte methoden, namelijk kwalitatief en kwantitatief, als onderzoeksmethode hebben. Ook deze zijn met behulp van het beoordelingsformulier van Cochrane Netherlands beoordeeld op hun kwaliteit. Hiervan is er één met zeer goed (1) en de ander met een onvoldoende (8) beoordeeld (zie bijlage 2).

De overige drie artikelen zijn één literatuurstudie (4) , één kwantitatieve studie (9) en één questionnaire-based research (2). Hiervoor zijn de beoordelingscriteria van Boekhorst, Kwast en Wevers (2004) gebruikt (bijlage 4). Deze artikelen zijn met zeer goed (2, 9) en ruim voldoende (4) beoordeeld.

4.3. Belemmerende en bevorderende factoren

De factoren die het vaakst terugkwamen in de verschillende studies, die in de praktijk belemmerend of bevorderend blijken te werken voor het realiseren van de gezamenlijke besluitvorming, zijn hieronder beschreven. Achter genoemde resultaten, worden nummers van artikelen waar deze resultaten uit komen aangegeven. Deze nummers verwijzen naar artikelnummers die ook in bijlage 1 terug te vinden zijn.

4.3.1. Tijd

Zes artikelen gaven aan dat tijd een belangrijke factor is binnen de gezamenlijke besluitvorming. Dit zijn artikelen die verschillend beoordeeld zijn op hun kwaliteit, namelijk: onvoldoende/voldoende, ruim voldoende en zeer goed. Er zijn ook verschillen in het soort onderzoek in de verschillende artikelen. Zo zijn er uitsluitend kwalitatieve studies, studies met een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en er is ook één literatuurstudie. De bevindingen uit deze artikelen komen met elkaar overeen. Zo geven de studies aan dat patiënten veel keuzes moeten maken in relatief korte tijd. Door de beperkte beslissingstijd krijgen de patiënt/jeugdige en de families onvoldoende tijd, om actief te kunnen deelnemen aan keuzes die gezamenlijk gemaakt moeten worden (3,4,7, 10 en 11). Ook blijken de gesprekken met de professional van korte duur te zijn, waardoor de patiënt en de families niet het gevoel hebben dat zij zich al op hun gemak voelen, voordat er een keuze gemaakt moet worden. Hierdoor heeft de patiënt zich onvoldoende kunnen verdiepen in de geboden informatie (3,7). Verder blijkt dat er zowel tijdens en na het zorgtraject weinig tijd is voor de professional om contact met de jeugdige en de familie te onderhouden (8).

4.3.2. Informatie

Zeven artikelen geven aan dat informatie een belangrijke factor binnen gezamenlijke besluitvorming is. Deze artikelen zijn beoordeeld met ruim voldoende tot zeer goed. Er zijn ook verschillen in het soort onderzoek in de verschillende artikelen. Zo zijn er kwalitatieve studies, kwantitatieve studies, één questionnaire-based research en er is ook één literatuurstudie. De bevindingen uit de artikelen komen met elkaar overeen. Zo geven deze aan dat geïnformeerd zijn over de mogelijkheden binnen de zorg voor de patiënt van groot belang is binnen gezamenlijke besluitvorming. Indien de patiënt onvoldoende kennis en inzicht heeft, zowel voor het gesprek met de professional als ook erna, zal de patiënt niet in staat zijn om optimaal mee te beslissen over de best passende zorg (2, 3, 6, 10). Verder blijkt dat indien de patiënt zich er niet van bewust is, dat het de bedoeling is om tot een gezamenlijke besluitvorming te komen en niet weet dat hiervoor een actieve deelname van de patiënt verwacht wordt, er blokkades voor het verwezenlijken van de gezamenlijke besluitvorming binnen de zorg kunnen ontstaan (10). Tegenover de artikelen die de afwezigheid van informatie als belemmerende factor beschrijven, zijn er ook artikelen die juist laten zien dat de aanwezigheid van informatie bevorderend kan zijn

voor gezamenlijke besluitvorming. Zo blijkt het belangrijk te zijn om voldoende informatie te bieden over het probleem en de mogelijke behandelingen met daarbij de mogelijke voor- en nadelen voor de patiënt/jeugdige (3, 9). Het bieden van een training en informatieformulieren aan de patiënt/jeugdige en de familie, blijken effectieve manieren te zijn om informatie te delen en ervoor te zorgen, dat er meer en actiever wordt deelgenomen aan de gezamenlijke besluitvorming (4, 6). Tenslotte moeten de patiënten bewust worden gemaakt van hun rechten en verantwoordelijkheden die zij hebben bij het maken van een besluit over hun zorg (7).

4.3.3. Betrokkenheid

Acht artikelen geven aan dat betrokkenheid een belangrijke factor van gezamenlijke besluitvorming is. Deze artikelen zijn met ruim voldoende tot zeer goed beoordeeld. Er zijn ook verschillen in het soort onderzoek in de verschillende artikelen. Zo zijn er uitsluitend kwalitatieve studies, studies met een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek, één questionnaire-based research en er is ook één literatuurstudie. De bevindingen uit de artikelen komen met elkaar overeen. Zo blijkt dat het belangrijk is, dat de patiënt en de familie niet het gevoel hebben dat zij buitengesloten worden bij het zorgproces. Hiervoor is het noodzakelijk dat de patiënt en de familie expliciet geïnformeerd worden over de verwachtingen ten aanzien van de betrokkenheid bij de zorg, om zo de gezamenlijke besluitvorming te realiseren (7,11). Het betrekken van de patiënt bij de zorg zorgt ervoor, dat de patiënt zich op zijn gemak voelt en makkelijker mee kan doen aan de gezamenlijke besluitvorming (2). In het bijzonder bij de jeugdige met residentieel verblijf, is het belangrijk dat de jeugdige en de ouders aanwezig zijn bij het maken van plannen betreffende de zorg van de jeugdige (4, 8). Wel blijkt dat de mate van de betrokkenheid van de jeugdige aan de jeugdige zelf overgelaten moet worden. De jeugdige mag zelf aangeven hoe vaak en hoeveel hij inspraak wilt hebben (2, 9).

4.3.4. Vertrouwen in de professional

Vier van de artikelen geven aan dat vertrouwen in de professional ook een belangrijke factor is binnen de gezamenlijke besluitvorming. Deze vier artikelen zijn verschillend beoordeeld, namelijk met onvoldoende tot zeer goed. Er zijn ook verschillen in het soort onderzoek in de verschillende artikelen. Zo zijn er uitsluitend kwalitatieve studies, studies met een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en een questionnaire-based research.

De bevindingen uit deze artikelen komen met elkaar overeen. Zo blijkt uit de artikelen dat het van belang is dat de patiënt het gevoel heeft, dat hij de professional kan vertrouwen met de informatie die hem aangeboden wordt (2). Daarbij is het belangrijk dat de professional de twijfels en onzekerheden van de patiënt serieus neemt en hier ook passend op reageert, zodat de patiënt/jeugdige zich begrepen voelt, dit creëert wederzijds vertrouwen, wat gezamenlijke besluitvorming stimuleert (2,8). Het is vooral belangrijk dat de professional zich niet autoritair opstelt tegenover de patiënt en cultureel sensitief is (10, 11). Wanneer sprake is van een machtsonbalans tussen de patiënt en de professional, leidt dit tot afwezigheid van vertrouwen. Dit werkt juist averechts voor het realiseren van een gezamenlijke besluitvorming (11).

4.3.5. Zeggenschap van de patiënt/jeugdige

Uit vier van de artikelen blijkt dat zeggenschap van de patiënt een belangrijke factor is binnen de gezamenlijke besluitvorming. Deze artikelen zijn verschillend beoordeeld, namelijk met onvoldoende tot zeer goed. Er zijn ook verschillen in het soort onderzoek in de verschillende artikelen. Zo zijn er uitsluitend kwalitatieve studies, studies met een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en uitsluitend kwantitatieve studies. De bevindingen uit deze artikelen komen met elkaar overeen. Zo geven jeugdigen aan, dat zij de behoefte hebben om meegenomen te worden in de besluitvorming over hun zorg. Bijvoorbeeld, Nederlandse jeugdigen die 16 jaar en ouder zijn geven aan, dat zij als eerste aanspreekpunt willen worden gezien en dat dit niet de ouders zouden moeten zijn (1). Ook is het belangrijk, dat er rekening wordt gehouden met de vrijheid die de jeugdige bezit over de mate waarin hij/zij wel en niet gebruik wil maken van zijn/haar zeggenschap (9). Het is voor het realiseren van een gezamenlijke besluitvorming vooral belangrijk dat de jeugdige voor zichzelf kan spreken (1). Hier is het ook van belang dat de professional en de patiënt op een rationele manier met elkaar kunnen communiceren. De patiënt dient de ruimte te krijgen, om zijn gevoelens en voorkeuren aan de professional te uiten. Door middel van overleg moet een gezamenlijke besluitvorming tot stand gebracht worden (5). Indien de jeugdige en familie zich niet op hun gemak voelen bij de professional, moet de mogelijkheid bestaan om bij een derde partij langs te gaan, om het probleem te bespreken en een oplossing hiervoor te vinden (8). Tenslotte is het voor een optimale zeggenschap van de patiënt binnen gezamenlijke besluitvorming is het belangrijk, dat de patiënt/jeugdige een actieve rol heeft en de steun van de professional ervaart om deze uit te voeren.

5. Conclusie en discussie

Op basis van de resultaten uit de gebruikte studies, zijn meerdere belangrijke bevorderende en belemmerende factoren voor gezamenlijke besluitvorming naar voren gekomen. Zo is het gebleken dat de patiënt/jeugdige en de families zich door de beperkte beslissingstijd vaak onvoldoende kunnen verdiepen in de geboden informatie en hierdoor niet de gelegenheid krijgen, om actief deel te kunnen nemen aan de gezamenlijke besluitvorming. Geïnformeerd zijn over de verwachtingen ten aanzien van de betrokkenheid van de patiënt en de familie is van belang, om gezamenlijke besluitvorming te realiseren. In het bijzonder bij de jeugdige met residentieel verblijf, is het belangrijk dat de jeugdige en de ouders/verzorgers aanwezig zijn bij het maken van plannen betreffende de zorg van de jeugdige. Daarbij is het belangrijk dat de professional de twijfels en onzekerheden van de patiënt/jeugdige serieus neemt en hier ook passend op reageert, zodat de patiënt/jeugdige zich begrepen voelt. Dit creëert wederzijds vertrouwen, wat gezamenlijke besluitvorming stimuleert. Het is daarom belangrijk dat de professional zich niet autoritair opstelt tegenover de patiënt/Jeugdige. Ook kan het actief betrekken van de patiënt/jeugdige en het meenemen van culturele sensitiviteit ervoor zorgen dat de patiënt/jeugdige vertrouwen krijgt in de samenwerking met de professional. Hoewel de patiënt/jeugdige en de familie de vrijheid van zeggenschap moeten ervaren, is de mate waarin zij er wel of niet gebruik van willen maken aan hen worden overgelaten.

5.1. Limitaties

Het is belangrijk om bij een literatuurstudie, ook kritisch te kijken naar factoren die invloed kunnen hebben op de resultaten en de conclusie. De onderzoeksvraag bij deze literatuurstudie richt zich op jeugdigen en de ouders/verzorgers hiervan, terwijl de onderzoeksgroep in veel van deze artikelen zich op volwassenen richt. De kans bestaat dat de jeugdigen vaak niet in staat zullen zijn om op jonge leeftijd al actief deel te nemen aan de gezamenlijke besluitvorming binnen hun zorg (Coyne, 2008). Ook beseffen zij de gevolgen van de afwezigheid van hun actieve deelname niet. Daarnaast verschilt het type zorg ook in de verschillende artikelen. Zo zijn er naast artikelen met jeugdigen uit de jeugdzorg, ook artikelen waarbij de participanten onder andere kankerpatiënten of diabetespatiënten zijn. Dit is belangrijk om mee te nemen, aangezien het per type zorg verschillend is hoe urgent de situatie is en dus hoe snel er een beslissing gemaakt moet worden, met daarbij het gevolg dat er mogelijk weinig tijd

voor de patiënt/jeugdige beschikbaar is om zich in de geboden informatie te verdiepen en een beslissing te maken. Kortom, het is belangrijk om kritisch te blijven naar de generaliseerbaarheid van de data. Verder is het ook belangrijk om mee te nemen dat de studies uit verschillende landen afkomstig zijn. Hierdoor is er ook bij elke studie sprake van een andere context: een andere cultuur met andere verwachtingen over en gewoontes binnen het zorgproces. Ook is het belangrijk om mee te nemen, dat de huidige literatuurstudie door slechts één persoon is uitgevoerd. Er is dus sprake van beperkte betrouwbaarheid, aangezien er niet meerdere interpretaties aan de inhoud van de artikelen zijn gebonden. Bovendien is er bij de zoektocht naar de artikelen voor de literatuurstudie, ook sprake geweest van een limiet aan het aantal beschikbare artikelen dat gelezen kon worden. Doordat er voor dit onderzoek maar een beperkte tijd beschikbaar was, zijn er slechts elf artikelen meegenomen in de literatuurstudie. Deze artikelen zijn met wisselende scores op hun kwaliteit beoordeeld (zie bijlage 2), wat van invloed kan zijn op de validiteit van de inhoud van de gebruikte artikelen.

Tegenover de bovengenoemde limitaties is het belangrijk om mee te nemen, dat er ondanks het geringe aantal artikelen die specifiek de belemmerende en bevorderende factoren in de gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg beschrijven, wel overeenkomsten zijn gevonden tussen de studies uit de jeugdzorg en de studies uit de medische zorg. Ook was er binnen de gebruikte artikelen sprake van saturatie. Zo blijken de gevonden factoren steeds terug gevonden te worden in de verschillende artikelen. Ook blijken de bevindingen uit de studies van de verschillende landen met elkaar overeen te komen. Verder blijken de resultaten tussen de artikelen die met zeer goed en onvoldoende beoordeeld zijn, ondanks dit verschil, met elkaar overeen te komen.

Samenvattend kan met de gevonden resultaten, ondanks de verschillen tussen de studies, geconcludeerd worden dat deze een goed inzicht kunnen bieden voor de belemmerende en bevorderende factoren van gezamenlijke besluitvorming voor jeugdigen en hun ouders/verzorgers binnen de jeugdzorg in Nederland.

5.2. Kritische verdieping op gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg

Met het oog op het bereiken van gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg, is het belangrijk om de leeftijd van de jeugdigen mee te nemen. De mogelijkheid tot deelname binnen de gezamenlijke besluitvorming hangt samen met de leeftijd en de ontwikkeling van de jeugdige.

Naarmate zij ouder worden en hun inzichtelijke vermogen groter is, dienen zij ook meer in staat gesteld te worden om hun stem te laten horen in de besluitvorming (Bartelink, Berge & Yperen, 2013; Rap, 2017). Dit is terug te vinden in de resultaten, namelijk dat de jeugdigen ouder dan 16 jaar actieve deelname tonen en aangeven het eerste aanspreekpunt te willen zijn de besluitvorming over hun zorg. Toch is het wettelijk gezien zo, dat jeugdigen vanaf de leeftijd van 12 jaar al het recht hebben om deel te nemen in de besluitvorming van hun zorgproces (Internationaal verdrag inzake de rechten van het kind, artikel 12). Daarom is het dan ook noodzakelijk, dat er meer aandacht komt voor de mogelijkheden om de jeugdigen jonger dan 16 jaar zoveel als mogelijk al hun stem te laten horen binnen de gezamenlijke besluitvorming.

5.3. Perspectiefregie en gezamenlijke besluitvorming

Zoals in de inleiding beschreven, is deze literatuurstudie gericht op het onderzoeken van de belemmerende en bevorderende factoren van gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg in Nederland. Hierbij wordt er ook gekeken of de gevonden factoren uit de gezamenlijke besluitvorming, terug te vinden zijn in perspectiefregie. Bij het bestuderen van de handreiking van de relatief nieuw ontwikkelde perspectiefregie, blijkt dat nog niet alle factoren die volgens de resultaten van deze literatuurstudie werkzaam zijn voor gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg, ook terug te vinden zijn in perspectiefregie (Zorglandschap jeugd Flevoland, z.d.).

Factoren die wel terug blijken te komen zijn de betrokkenheid bij het opstellen van het zorgplan, zeggenschap van de jeugdige en ouders/verzorgers en het bieden van voldoende informatie aan de jeugdige en ouders/verzorgers. Zo blijkt de perspectiefregisseur zo veel als mogelijk in samenspraak met de jeugdige en de ouders/verzorgers het zorgproces te bespreken en te bewaken. Ook het bieden van informatie betreffende de zorgmogelijkheden hoort bij de functie van de perspectiefregisseur. Naast deze factoren, wordt ook in één van de artikelen (8) aangegeven, dat indien de patiënt en de familie zich niet op hun gemak voelen bij de professional, er de mogelijkheid moet bestaan om langs een derde partij te gaan, welke in het geval van perspectiefregie de perspectiefregisseur is.

Naast factoren die wel in perspectiefregie worden vertegenwoordigd, zijn er ook factoren die nog ontbreken. Zo lijkt in de handreiking (Zorglandschap jeugd Flevoland, z.d) de aandacht voor het bieden van de nodige beslissingstijd, die de jeugdige en ouders/verzorgers nodig hebben bij maken van een beslissing betreffende de zorg, te ontbreken. Ook komt het belang van het

vertrouwen in de professional hier niet in voor. Wel is het zo dat in de handreiking beschreven wordt, dat de perspectiefregisseur niet voor alles verantwoordelijk is. Zo hebben de professionals ook verantwoordelijkheden. Dit betekent dat er dus ook gekeken moet worden of de bij perspectiefregie ontbrekende werkzame factoren van gezamenlijke besluitvorming, terug te vinden zijn binnen het contact tussen de jeugdige (en ouders/verzorgers) en de professional.

Hoewel in één artikel (8) wordt benoemd, dat de mogelijkheid tot bezoek aan een derde partij aanwezig moet zijn, wordt in geen van de artikelen aangegeven dat er voor een succesvol verloop van de zorg, coördinatie via een onafhankelijke 3^e partij nodig is. Dit is wel de functie die de perspectiefregisseur nu bekleedt. Uit de resultaten blijkt de aandacht juist te liggen op het versterken van de relatie tussen de professional en de jeugdige, zonder dat er behoefte/noodzaak is voor een derde partij. Voor het versterken van deze relatie zijn o.a een niet autoritaire houding van de professional, aandacht voor culturele sensitiviteit en wederzijds vertrouwen tussen de professional en de jeugdige nodig.

Onder andere de aandacht voor culturele sensitiviteit en het versterken van het wederzijds vertrouwen, worden momenteel niet vertegenwoordigd in perspectiefregie. Maar omdat het betrekken van een derde partij volgens geen van de artikelen een noodzaak is, is het belangrijk om te overwegen of deze in perspectiefregie ontbrekende factoren, bij de verantwoordelijkheden van de professional kunnen horen. Wellicht moet er eerst worden geïnvesteerd in de verbetering van de jeugdzorg en dan met name de interactie tussen de jeugdige (en ouders/verzorgers) en de professionals, rekening houdend met de in perspectiefregie nog ontbrekende factoren, alvorens de overstap te maken naar het betrekken van een derde partij binnen het zorgproces.

5.4. Aanbevelingen voor perspectiefregie en vervolgonderzoek

Voor perspectiefregie wordt aanbevolen om wat verdieping te geven aan de werkzame factoren van gezamenlijke besluitvorming in de jeugdzorg. Hierbij is het dan ook van belang om goed te overwegen, of deze werkzame factoren ook geen onderdeel kunnen worden van de verantwoordelijkheden van de professionals. Het is dan vooral belangrijk om een overweging te maken betreffende de mate van succes, het financiële aspect en tijd- en mankracht. Oftewel, het is belangrijk om te overwegen, of er verder in perspectiefregie geïnvesteerd moet worden ten aanzien van de verbetering van de jeugdzorg, of dat er geïnvesteerd moet worden in het trainen

van professionals, zodat zij kunnen voorzien in de voor de gezamenlijke besluitvorming benodigde werkzame factoren.

Wat vervolgonderzoek betreft, is het vooral belangrijk dat er nog meer onderzoek gedaan wordt naar gezamenlijke besluitvorming binnen de jeugdzorg. Deze blijkt namelijk overwegend onderzocht te zijn binnen de medische zorg. Ook moet er meer aandacht komen voor onderzoek naar de mogelijkheden om de jeugdigen jonger dan 16 jaar zo goed als mogelijk te betrekken bij de besluitvorming over hun zorg.

6. Literatuurlijst

- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.
doi: 10.1056/NEJMp1109283
- Bartelink, C., Berge, I. ten, & Yperen, T. van (2013). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boekhorst, A. K., Kwast, I., & Wevers, D. (2004). *Informatievaardigheden (3e gew. druk)*.
- Bouma, H., López, M. L., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2018). Meaningful participation for children in the Dutch child protection system: A critical analysis of relevant provisions in policy documents. *Child abuse & neglect*, 79, 279-292.
Doi:10.1016/j.chiabu.2018.02.016
- Brown, J. D., Ireys, H. T., Allen, K., Krissik, T., Barrett, K., Pires, S. A., & Blau, G. (2011). Youth and family participation in the governance of residential treatment facilities. *Residential Treatment for Children & Youth*, 28(4), 311-326.
doi:10.1080/0886571X.2011.615238
- Centraal Bureau voor Statistiek (2018, 29 April). ruim 400 duizend jongeren krijgen jeugdzorg. Geraadpleegd op 14 April, 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/18/ruim-400-duizend-jongeren-krijgen-jeugdzorg>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Coulter, A., Edwards, A., Entwistle, V., Kramer, G., Nye, A., Thomson, R., & Walker, E.

- (2017). Shared decision making in the UK: moving towards wider uptake. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 123, 99-103.
doi:10.1016/j.zefq.2017.05.010
- Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 45(11), 1682-1689. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.002
- Drake, R. E., Deegan, P. E., & Rapp, C. (2010). The promise of shared decision making in mental health. doi:10.2975/34.1.2010.7.13
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing ethics*, 13(5), 503-514.
doi: 10.1191/0969733006nej898oa
- Fraenkel, L., & McGraw, S. (2007). What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making?. *Journal of general internal medicine*, 22(5), 614-619. doi:10.1007/s11606-007-0149-9
- Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health affairs*, 31(5), 1030-1038. doi:10.1377/hlthaff.2011.0576
- Härter, M., van der Weijden, T., & Elwyn, G. (2011). Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 229-233.
doi:10.1016/j.zefq.2011.04.018
- Légaré, F., & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient education and counseling*, 96(3), 281-286. doi:10.1016/j.pec.2014.06.014

- Loh, A., Simon, D., Wills, C. E., Kriston, L., Niebling, W., & Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 67(3), 324-332.
doi:10.1016/j.pec.2007.03.023
- Lown, B. A., Hanson, J. L., & Clark, W. D. (2009). Mutual influence in shared decision making: a collaborative study of patients and physicians. *Health Expectations*, 12(2), 160-174.
doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00525.x
- Maranto, C. D. (1995). Ethical Precautions. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. (pp. 197). Phoenixville, AZ, Barcelona Publishers
- Mulley, A. G., Trimble, C., & Elwyn, G. (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *Bmj*, 345, e6572. doi:10.1136/bmj.e6572
- Newsome, A., Sieber, W., Smith, M., & Lillie, D. (2012). A Qualitative Evaluation of the Use of Video-based Decision Aids in Primary Care. *Family medicine*, 44(1), 26-31.
- Oshima Lee, E., & Emanuel, E. J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs. *New England Journal of Medicine*, 368(1), 6-8.
doi:10.1056/NEJMp1209500
- Patel, S. R., Bakken, S., & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current opinion in psychiatry*, 21(6), 606.
doi:10.1097/YCO.0b013e32830eb6b4
- Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T., & Chin, M. H. (2009). Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *Journal of general internal medicine*, 24(10), 1135.
doi:10.1007/s11606-009-1047-0

- Rap, S. E. (2017). Het recht om gehoord te worden: General Comment No. 12 nader beschouwd. *Jeugdrecht in praktijk*, 2017, 3.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131. doi:10.1177/0272989X14551638
- Simmons, M. B., Batchelor, S., Dimopoulos-Bick, T., & Howe, D. (2017). The choice project: Peer workers promoting shared decision making at a youth mental health service. *Psychiatric services*, 68(8), 764-770. doi: 10.1176/appi.ps.201600388
- Simon, D., Loh, A., Wills, C. E., & Härter, M. (2007). Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making. *Health Expectations*, 10(1), 62-74. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00424.x
- Swanson, K. A., Bastani, R., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., & Ford, D. E. (2007). Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression. *Medical Care Research and Review*, 64(4), 416-430. doi:10.1177/1077558707299479
- Tomlinson, J. S., & Ko, C. Y. (2006). Patient satisfaction: an increasingly important measure of quality. *Annals of Surgical Oncology*, 13(6): 764-765. Doi:10.1245/ASO.2006.01.904
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1). Doi:[10.5812/ircmj.12454](https://doi.org/10.5812/ircmj.12454)
- Van der Kroef, M. (2017). Volgens mij kunnen we niet meer zonder. *Programma Zorglandschap Jeugd Flevoland*.

- Van der Weijden, T., van Veenendaal, H., Drenthen, T., Versluijs, M., Stalmeier, P., Koelewijn-van Loon, M., ... & Timmermans, D. (2011). Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation?. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 283-288.
doi:10.1016/j.zefq.2011.04.005
- Van Staa, A., & On Your Own Feet Research Group. (2011). Unraveling triadic communication in hospital consultations with adolescents with chronic conditions: the added value of mixed methods research. *Patient education and counseling*, 82(3), 455-464.
doi: 10.1016/j.pec.2010.12.001
- Walter, U. M., & Petr, C. G. (2008). Family-centered residential treatment: Knowledge, research, and values converge. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(1), 1-16.
doi: 10.1080/08865710802209594
- Zorglandschap Jeugd Flevoland (z.d.). Handreiking perspectiefregie: Een uitgave van het programma zorglandschap jeugd Flevoland. Geraadpleegd via https://almerekracht.almere.nl/fileadmin/files/almere/AlmereKracht/20161201_Handreiking_perspectiefregie.pdf

7. Bijlagen

7.1. Bijlage 1: Naslagtabel artikelen

Studies uit Nederland	Artikel	Soort artikel	Wat onderzoekt het artikel ?	Beschrijving populatie	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren	Relatie professional en client (en familie)	Conclusie van de studie
#1:Van Staa, 2011 Nederland	van Staa, A., & On Your Own Feet Research Group. (2011). Unraveling triadic communication in hospital consultations with adolescents with chronic conditions: the added value of mixed methods research. <i>Patient education and counseling</i> , 82(3), 455-464.	Mixed methods: kwalitatief + kwantitatief	Om bevindingen van een mixed methods onderzoek (MMR) te integreren in de voorkeuren en competenties van adolescenten voor communicatie tijdens consultaties, om de toegevoegde waarde van MMR voor gezondheidscommunicatieonderzoek aan te tonen	31 patiënten, waarvan 52% man en 48% vrouw zijn. De leeftijd varieert van 12 tot 19 jaar.	Bij de groep Jeugdigen tussen de 12 en 15 jaar worden de volgende factoren als belemmerend ervaren voor een actieve deelname van de jeugdige: - De ouders en artsen komen vooral aan het woord - de jeugdige krijgt niet de kans om de hoofdspreker te zijn, maar krijgt eerder een bijrol in het gebeuren - de artsen benaderen en/of stimuleren de jeugdige niet om actief deel	Alle jeugdige(12-19), hebben de behoefte om meegenomen te worden in de besluitvorming. voor groep jongere jeugd (12-15) zijn de bevorderende factoren: - het actief betrekken van de jeugdige bij het gesprek - de jeugdige de kans te geven om eerst voor zichzelf te spreken, zodat de jeugdige niet het gevoel heeft dat de ouders voor hem/haar spreekt De groep van 16-19 jaar zijn er meer bevorderende factoren zichtbaar:	Positieve relatie met de ouder/ negatieve relatie met de jeugdige	Aangezien chronisch zieke adolescenten zich moeten voorbereiden op de overgang naar zorg voor volwassenen, moeten zorgaanbieders hen aanmoedigen het voortouw te nemen in communicatie door het initiëren van onafhankelijke bezoeken en het veranderen van de rollen van de ouders.

					te nemen - de jeugdige geven aan dat het ze niet zoveel uitmaakt of ze wel of niet actief deelnemen aan het gesprek (sommige geven ook aan het makkelijker te vinden als zij het niet hoeven te doen)	- jeugdige is de eerste aanspreekpunt tijdens het gesprek (niet de ouders) - Meer privacy voor het bespreken van privé zaken met de professional (zonder de aanwezigheid van de ouders)		
Studies uit Europa	Artikel	Soort artikel	Wat onderzoekt het artikel?	Beschrijving populatie	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren	Relatie professional en Client (en familie)	Conclusie van de studie
#2: Sweden, 2006 Eldh	Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. <i>Nursing</i>	Op vragenlijst gebaseerde methode.	Wat de factoren zijn die voor het gevoel van participatie en non-participatie zorgen in het ziekenhuis.	212 participanten. 40% man 60% vrouw leeftijd is niet weergegeven.	Enkele belemmerende factoren die leiden tot het gevoel van afwezigheid van participatie (non-participatie) zijn: - afwezigheid	Factoren die bevorderend werken voor het gevoel van participatie bij de patiënt: - Kennis - Respect	X	The findings indicate that the notion that patient participation equals taking part in decision making or receiving standard information

	<i>ethics, 13(5), 503-514.</i>				van kennis - het gevoel van niet gerespecteerd te worden - wanneer de patiënt zich passief opstelt			needs to be reconsidered so that clinical routines can contribute to patients' experiences of participation from their point of view.
#3: Simon, 2006 Germany	Simon, D., Loh, A., Wills, C. E., & Härter, M. (2007). Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making. <i>Health Expectations, 10(1), 62-74.</i>	Kwalitatief	Onderzoek naar het perspectief van depressieve patiënten Bij het behandeling beslissingsproces (SDM) met de huisarts	49 patiënten, waarvan 40% man en 60% vrouw. De leeftijden varieert van 18 tot 70jaar.	De belemmerende factoren voor het tot stand brengen van de SDM zijn: - de afwezigheid van kennis en inzicht over hun probleem - de aanwezigheid van angst voor de behandeling - de verwarring uit het moeten kiezen uit te veel opties	De bevorderende factoren zijn: - voldoende tijd tijdens de consultatie met de professional - voldoende informatie over hun probleem en de behandeling daarvan - Emotionele steun van de professional en de rustige discussies over de zorg voor de patiënt - Het actief betrekken van de client bij het maken van de beslissing (vooral wanneer de client te veel bezig is met zijn	negatief	De context van de depressiebehandeling heeft een aantal aspecten die verschillen van behandelingsbe sluitvorming voor andere soorten gezondheidspro blemen. SDM-benaderingen voor depressiebehandeling moeten worden aangepast op basis van de ernst van de depressie en de behoeften van de patiënt.

						symptomen en niet instaat is om actief deel te nemen aan het gesprek voor het komen tot een beslissing)		
#4: Walter, 2008 Duitsland	Walter, U. M., & Petr, C. G. (2008). Family-centered residential treatment: Knowledge, research, and values converge. <i>Residential Treatment for Children & Youth</i> , 25(1), 1-16.	Literatuurstudie	Het doel van dit artikel, is om vanuit meerdere perspectieven (bijv. professionals, gezinnen en literatuur) te onderbouwen, dat het betrekken van de familie bij de zorg voor een jeugdige met residentieel verblijf, optimaal is voor dit type zorg.	n.v.t.	Belemmerende factoren: - Afstand (het komt vaker voor de ouders ver wonen van het residentieel verblijf en daardoor niet instaat zijn om (altijd) aanwezig te zijn - De houding van de professional (bijv. het te snel aannemen dat de ouders niet geïnteresseerd zijn) - ontevredenheid van jeugdige omdat zij niet altijd mogen kiezen wie zij als ouders willen meenemen (De bevorderende factoren: - het bieden van training/kennis met de ouders om ervoor te zorgen dat deze meer actief kunnen deelnemen aan de zorgplan - culturele sensitiviteit binnen de zorg - het hebben van gesprekken waarbij de ouders, jeugdige en de professional betrokken zijn	Negatief	Dit artikel onderbouwt dat het betrekken van familie bij zorg met residentieel verblijf, de beste variant is van dit type zorg. Drie zaken zijn hierbij belangrijk: - Veel contact tussen jeugdige en familie - Familie actief betrekken en ondersteunen tijdens de zorg voor de jeugdige - Na de zorg met residentieel verblijf, de familie blijven ondersteunen in het zorgen voor de jeugdige.

					bijv. de pleegouders i.p.v. biologische ouders)			
Buiten Europa	Artikel	Soort artikel	Wat onderzoekt het artikel?	Beschrijving populatie	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren	Relatie professional-Client (en familie)	Conclusie van de studie
#5:Lown 2009 USA	Lown, B. A., Hanson, J. L., & Clark, W. D. (2009). Mutual influence in shared decision making: a collaborative study of patients and physicians. <i>Health Expectations</i> , 12(2), 160-174.	Kwalitatief	onderzoeken hoe patiënten en artsen attitudes en gedragingen beschrijven die SDM faciliteren.	44 patiënten, waarvan 32% man en 68% vrouw. De leeftijden zijn hier niet vermeld.	Deze studie beschrijft geen belemmerende factoren.	Attitudes en gedragingen die SDM stimuleren: deze zijn onderverdeeld in de (1)client thema's en (2) professional thema's. -De client en professional gaan op een relationele manier met elkaar om - De client krijgt de gelegenheid voor het uiten van zijn gevoelens en voorkeuren en de kennis die hij tot dan tot over zijn mogelijkheden beschikt	x	Shared decision making, as described by participants in this study, is a dynamic process that occurs within the context of a relationship that includes trust and respect. This relationship may precede a decision or may develop while creating a shared decision. Physician and patient attitudes and behaviours that facilitate

						<ul style="list-style-type: none"> - de client en de professional discussiëren over de geboden informatie en de mogelijkheden - zowel de client en de professional verzamelen informatie, krijgen steun en advies vanuit hun omgeving - beide hebben zeggenschap en onderhandelden met elkaar bij het maken van een beslissing - er is sprake van wederzijdse verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de afgesproken plannen 		shared decision making also help fostera relationship within which shared decisionmaking can occur.
#6:Newsome 2012 USA	Newsome, A., Sieber, W., Smith, M., & Lillie, D. (2012). A Qualitative Evaluation of the Use of	Kwalitatief	Het gebruik van Decision Aid (AD) en de factoren die het gebruik hiervan hinderen voor het tot stand brengen van een betere SDM	37 patiënten, waarvan het geslacht en de leeftijden onbekend zijn.	Enkele belemmerende factoren zijn: - het ontbreken van informatie vooraf gaande de afspraak met de professional	Enkele bevorderende factoren voor de patiënten: - de patiënten worden na een doktersbezoek een beslissingssteun	x	Patiënten moeten een beter beeld krijgen van de waarde van de Beslissingsteun (Decision Aid (DA)). Dit kan

	Video-based Decision Aids in Primary Care. <i>Family medicine</i> , 44(1), 26-31.				- voor de volgende afspraak moeten feedback vragen besproken worden	(decision aid) met aanvullende informatie aangeboden om hun te helpen een beslissing te maken (stimuleren van SDM) - de Patiënten worden betrokken bij de zorg - de familie van de patiënt wordt ook bij de zorg betrokken		aangepakt worden door het verstrekken van een duidelijk gepersonaliseerde redenering voor de DA en duidelijke communicatie van verwachtingen over hoe om de tool gebruikt moet worden. Alleen na verbetering en waardering hiervan door zowel artsen als patiënten kan vooruitgang geboekt worden voor de verbetering van gedeelde besluitvorming (SDM).
#7: Frankel, 2007 USA	Fraenkel, L., & McGraw, S. (2007). What are the	Kwalitatief	Ervaringen van respondenten en overtuigingen met betrekking tot	26 patiënten, waarvan 4% man en 96% vrouw.	Enkele belemmerende factoren: - de tijdsdruk	Enkele bevorderende factoren zijn: - patiënten goed	x	verschillende voorwaarden moeten zijn voldaan voordat

	<p>essential elements to enable patient participation in medical decision making?. <i>Journal of general internal medicine</i>, 22(5), 614-619.</p>		<p>patiënte participatie in SDM</p>	<p>De leeftijd varieert van 49-76.</p>	<p>kan ervoor zorgen dat patiënt onvoldoende informatie krijgt en de patiënt kan door het gebrek aan tijd ook het gevoel hebben dat hij/zij niet optimaal kan meebeslissen</p>	<p>informereren/ nodige kennis bieden (voor het actief kunnen deelnemen aan de gezamenlijke beslissing - expliciet de patiënt stimuleren om actief deel te nemen aan de SDM (bijv, door ze aan te moedigen om vragen te stellen en als professional de patiënten op hun gemak te laten voelen) - expliciet benadrukken dat de patiënt rechten en verantwoordelijkheden heeft binnen het besluit te genomen moet worden - patiënten moeten bewust worden gemaakt dat ze een keuze hebben en dat het belangrijk het is dat zij ook mee beslissen in keuzes</p>		<p>patiënten actieve deelnemers kunnen worden bij het maken van beslissingen met betrekking tot hun gezondheidszorg. De eerste is dat de patiënten ervan bewust moeten worden gemaakt dat er ook onzekerheden zijn binnen de gezondheidszorg en dat ze het belang van moeten inzien dat ze meedenken. De tweede voorwaarde is dat ze begrijpen dat iedere keuze voordelen en nadelen heeft. Als laatste wordt de voorwaarde gesteld dat de</p>
--	---	--	-------------------------------------	--	--	--	--	---

								patiënten voldoende tijd en opties moeten krijgen om de mogelijkheden te bespreken.
#8:Brown, 2011 USA	Brown, J. D., Ireys, H. T., Allen, K., Krissik, T., Barrett, K., Pires, S. A., & Blau, G. (2011). Youth and family participation in the governance of residential treatment facilities. <i>Residential Treatment for Children & Youth</i> , 28(4), 311-326.	Mixed methods: Kwalitatief interviews en kwantitatieve analyse van data.	Dit artikel onderzoekt in hoeverre de jeugd en gezinnen deelnemen aan bestuursactiviteit van residentiele behandelingsfaciliteiten	24 participanten, waarvan het geslacht en de leeftijd onbekend is.	Belemmerende factoren: - contact onderhouden met de familie en de jeugdige is in de praktijk een uitdaging - de jeugdige en de familie hebben geen vertrouwen in de professional - Vele families wonen ver van het residentieel verblijf - de jeugdige en de families voelen zich niet op hun gemak bij het werken met professionals - families hebben andere	Bevorderende factoren zijn: - betrekken van de jeugdige en de familie bij het maken van plannen voor activiteiten - vermijd jargon - betrekken van de families bij alle activiteiten - financiële steun aan de families voor vervoer naar de geplande activiteiten - flexibele tijden voor afspraken - bied de mogelijkheid tot een 'conference call' - de mogelijkheid om langs de directeur of een derde partij langs		Op basis van de bevindingen van de studie mag er overwogen worden om de participatie van jongeren en de familie aan te moedigen, in de bestuursactiviteiten van de residentiele behandelingsfaciliteiten.

					prioriteiten en leven in armoede	te gaan indien de jeugdige en/of familie zich niet comfortabel voelt bij de professional - de mogelijk om bij de familie in de buurt de bijeenkomst te houden		
#9:Simmons, 2017 Australië	Simmons, M. B., Batchelor, S., Dimopoulos-Bick, T., & Howe, D. (2017). The choice project: Peer workers promoting shared decision making at a youth mental health service. <i>Psychiatric services, 68</i> (8), 764-770.	Kwantitatief	Deze interventie onderzoek of SDM te faciliteren is door gebruik te maken van 'peer workers' en een online tool.	149 participanten waarvan 33% man en 67% vrouw. De leeftijd varieert van 16-25 jaar	De artikel bespreekt geen belemmerende factoren uit eigen onderzoek, maar benoemt wel dat het doel van het onderzoek is om een belemmerende factor weg te nemen, namelijk dat er te weinig strategieën bestaan om SDM adequaat toe te passen.	De bevorderende factoren zijn: - de mate van betrokkenheid van de jeugdige, wordt overgelaten aan de behoefte van de jeugdige - de voordelen en nadelen van de zorg worden zorgvuldig uitgelegd aan de jeugdige - de professional maakt samen met de jeugdige een afweging van de voor en nadelen, om zo tot een gezamenlijk besluit te komen	x	<i>Young people who participated in an intervention that combined peer work and shared decision making reported feeling more involved in their assessment. Feeling involved and having lower decisional conflict after seeing an intake worker were important for client satisfaction. These findings demonstrate</i>

								<i>the importance of both peer work and shared decision making for promoting optimal outcomes in youth mental health services.</i>
#10: Frosch, 2012 USA	Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. <i>Health affairs, 31(5)</i> , 1030-1038.	Kwalitatief. Focus group (n=6)	waarom sommige patiënten terughoudend zijn om deel te nemen aan een gezamenlijke discussie (SDM) met artsen over hun keuzes in de gezondheidszorg.	48 patienten, waarvan 38% man en 62% vrouw. Met een gemiddelde leeftijd van 65 jaar	Enkele belemmerende factoren zijn: - autoritaire professional - de cliënten handelen op een sociaal wenselijke manier - tijdsdruk - gebrek aan informatie - geen vertrouwen in de professional	Enkele bevorderen factoren: - meenemen van de mensen uit de sociale netwerk op het gesprek - De cliënten willen graag samen met de professional in overleg	negatief	Time pressure and the lack of patient-centered information are important structural challenges to shared decision making. However, our findings suggest there are also deeper attitudinal barriers that impede the widespread implementation of shared decision making in routine practice. If patients retain

								these perceptions and physicians do not work to alter them, it is unlikely that patients will feel safe to participate in shared decision making.
#11: Peek 2010 USA	Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T., & Chin, M. H. (2009). Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. <i>Journal of general internal medicine</i> , 24(10), 1135.	Kwalitatief. Focus groups (n = 5) (b) Semi-structured interviews	Het onderzoeken van belemmerende en bevorderende factoren voor het realiseren van SDM voor African-Americans met diabetes.	51 patienten, waarvan 18% Mannen en 82% vrouwen. (62 mean age). 27 patients (b) 24 patients	Belemmerende factoren: - geen vertrouwen in de professional	Bevorderende factoren: -de professional is makkelijk te bereiken/contacten - de professional biedt genoeg tijd aan zowel binnen en buiten de kliniek - professional vermijd jargon - verkrijgen van kennis - de client voelt zich op zijn gemak om zijn gezondheidszorgen met de professional te delen - de client heeft een actieve rol	negatief	Patiënten identificeerden meerdere SDM-barrières / facilitators, inclusief de machtsonbalans van de patiënt / provider dat werd gezien als verergerd door ras.

7.2. Bijlage 2: Kwaliteitsbeoordeling van de artikelen

Kwaliteitsbeoordeling van de artikelen

De artikelen met nummers 2, 4 en 9 uit onderstaande tabel zijn met x ingevuld, omdat deze niet met het beoordelingsformulier van Cochrane Netherlands beoordeeld zijn. Deze artikelen zijn, in plaats daarvan, beoordeeld op evidentie. De aparte beoordeling van deze drie artikelen op evidentie staat onder deze tabel.

artikel	Is er een goede vraagstelling?	Is de gebruikte waarnemingsmethode adequaat?	Is de samenstelling van de onderzoekspopulatie adequaat?	Is het materiaal adequaat verzameld?	Is het onderzoek controleerbaar?	Is de analyse adequaat?	Is het uitgangspunt van de onderzoeker duidelijk?	Passen de conclusies bij het kwalitatieve karakter van het onderzoek?	Conclusie
1. Van Staa, 2011 Nederland	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Zeer Goed
2. Eldh, 2006 Sweden	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. Simon, 2006 Germany	Ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Zeer goed
4. Walter, 2008 Duitsland	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. Lown 2009 USA	ja	ja	ja	nee	ja	ja	ja	ja	Ruim voldoende

6. Newsome 2012 USA	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Zeer goed
7. Frankel, 2007 USA	ja	ja	nee	ja	ja	ja	ja	Ja		Ruim voldoende
8. Brown, 2011 USA	Ja/nee	ja	Ja/nee	Ja/nee	nee	Nee	Ja/nee	ja		Onvoldoende
9. Simmons, 2017 Australië	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10. Frosch, 2012 USA	Ja/nee	Ja	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ruim voldoende
11. Peek, 2010 USA	Ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ja		Zeer goed

Beoordeling artikelen op evidentie:

Artikel 2: Eldh, 2006, Sweden. Evidentiebeoordeling: Zeer goed.

Toelichting: De auteur is betrouwbaar, er is sprake van goed onderbouwde informatie, er is een overzicht van de gebruikte bronnen, de informatie is niet verouderd, controleerbaar en het artikel wordt vaak geciteerd.

Artikel 4: Walter, 2008, Duitsland. Evidentiebeoordeling: Ruimvoldoende .

Toelichting: De auteur is niet makkelijk vindbaar, de informatie is goed onderbouwd, er is een overzicht van de gebruikte bronnen, de informatie is niet verouderd en controleerbaar.

Artikel 9: Simmons, 2017, Australië. Evidentiebeoordeling: Zeer goed.

Toelichting: De auteur is betrouwbaar, de informatie is goed onderbouwd, er is een overzicht van de gebruikte bronnen, de informatie is recent gepubliceerd, goed beschreven is en controleerbaar is.

7.3. Bijlage 3: Cochrane Netherlands beoordelingsformulier

Kwalitatief onderzoek checklist

1

4.8

Beoordelingscriteria voor een kwalitatief onderzoek

Naam beoordelaar: Datum:

Titel:

Auteurs:

Bron:

Korte beschrijving onderwerp:

Kenmerken onderzochte groep:

Manier van selectie deelnemers:

Waarnemingsmethode:

observatie

(diepte-)interview

focusgroepinterview

documentanalyse

anders, namelijk

KWALITEIT

item	uitwerking	Ja / nee
Is er een goede vraagstelling?	Past de vraagstelling bij kwalitatief onderzoek? Is de vraagstelling relevant?	
Is de gebruikte waarnemingsmethode adequaat?	Persoonlijke ervaringen, percepties: interview Heersende opvattingen binnen een groep: focusgroep Gedrag van mensen: observatie	
Is desamenstelling van de onderzoekspopulatie adequaat?	Bij kwalitatief onderzoek hoort purposive sampling; convenience sampling en random sampling zijn niet optimaal, omdat ze niet gericht zijn op het selecteren van zo veel mogelijk variatie, maar soms is het verkrijgen van een goede onderzoekspopulatie dermate moeilijk dat men niet ontkomt aan deze methoden	

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018
R. J. P. M. Scholten, M. Offringa en W. J. J. Assendelft (Red.), *Inleiding in evidence-based medicine*,
https://doi.org/10.1007/978-90-368-1978-7_4

<p>Is het materiaal adequaat verzameld?</p>	<p>Kwalitatief onderzoek vraagt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - topiclijst; dit hoeft niet bij elke vorm van kwalitatief onderzoek; een voorbeeld hiervan is participerende observatie - deskundige interviewer; - cyclische afwisseling van dataverzameling en analyse; - saturatie; - beschrijving van mogelijke selectiebias 	
<p>Is het onderzoek controleerbaar?</p>	<p>Audio-of video-opnames</p>	
<p>Is de analyse adequaat?</p>	<p>Cyclische afwisseling dataverzameling en analyse?</p> <p>Is de analyse gedaan door deskundige onderzoekers?</p> <p>Is het coderen gedaan door onderzoekers onafhankelijk van elkaar?</p> <p>Is voldoende gezocht naar contrasterende meningen?</p> <p>Is de analyse in voldoende diepte beschreven?</p> <p>Biedt de beschrijving voldoende inzicht in destappen waarmee de onderzoeker vanuit de data tot codes, categorieën en thema's komt?</p> <p>Zijn de citaten adequaat?</p>	
<p>Is het uitgangspunt van de onderzoeker duidelijk?</p>	<p>Is het uitgangspunt duidelijk (vooral ook voor analyse belangrijk)?</p>	
<p>Passen de conclusies bij het kwalitatieve karakter van het onderzoek?</p>	<p>Is de conclusie kwalitatief geformuleerd?</p>	

7.4. bijlage 4: Beoordelingscriteria voor de evidentie van de artikelen

betrouwbaar?

- Is de auteur een hedendaagse deskundige, wat is zijn/haar functie?
- Is de auteur te benaderen? En op welke manieren (mail, telefoon, adres...)?
- Heeft de auteur meer geschreven over het onderwerp?
- Wordt de auteur vaak geciteerd door anderen?
- Is de uitgever, organisatie of sitebeheerder bekend? Is deze bereikbaar en op welke manier?

juist?

- Wat is het doel van de informatiebron (reclame, propaganda, ...)?
- Bevat de bron feiten of meningen?
- Zijn de meningen onderbouwd?
- Komt de informatie overeen met hetgeen in andere bronnen staat, zijn er bronnen die dezelfde feiten vermelden?
- Is de bron toepasbaar? Voldoet de informatie aan de informatiebehoefte?

volledig?

- Is er een overzicht van gebruikte bronnen?
- Worden alle invalshoeken benaderd?
- Bevat de bron de full-text? Of is het een samenvatting of verwijzing?

actueel?

- Hoe recent is de informatie?
- Is de informatie nog geldig of is deze verouderd?
- Zijn er inmiddels nieuwe inzichten over het onderwerp?

controleerbaar?

- Is de informatie voorzien van verwijzingen en/of literatuur opgaven?
- Heb je de bronnen uit de literatuuropgaven zelf gelezen om te zien of de informatie klopt en of je het eens bent met de interpretatie?