



ONDERZOEKSVERSLAG

Shared Decision Making in de Jeugdgezondheidszorg



Namen studenten:	Gabriella Ecça (326228) Renske Seinstra (328023)
School:	Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Verpleegkunde
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar:	4
Studieonderdeel:	Afstudeeronderzoek (U3)
Osiriscode:	HVVB16AFOU3
Docentbegeleider:	Yvonne Miske
Opdrachtgever:	Kenniswerkplaats “Integraal kijken naar kinderen” Marion Schulte (trekker KWP IKK)
Inleverdatum:	20 januari 2017

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat tot stand gekomen is naar aanleiding van het afstudeeronderzoek voor de opleiding HBO verpleegkundige aan de Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Verpleegkunde. Het onderzoek is uitgevoerd door twee vierdejaars studenten, te weten: Renske Seinstra en Gabriella Ecça.

Het onderwerp van het onderzoek: 'Shared Decision Making in de Jeugdgezondheidszorg' is aangedragen door de kenniswerkplaats 'Integraal Kijken naar Kinderen.' Het onderzoek werd in een tijdsbestek van zes maanden uitgevoerd.

Wij willen graag van deze gelegenheid gebruik maken om iedereen te bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan ons onderzoek. In het bijzonder onze docentbegeleider Yvonne Miske. Zij is een grote steun geweest voor ons tijdens de moeilijke (persoonlijke) periode, die wij het afgelopen halfjaar hebben doorgemaakt. Tevens willen wij haar hartelijk bedanken voor de ondersteuning en de feedback. Het was voor ons een aangename samenwerking. Tevens gaat onze dank uit naar de opdrachtgever: Marion Schulte en de andere leden en medestudenten van de kenniswerkplaats 'Integraal Kijken Naar Kinderen', voor hun actieve bijdrage en ondersteuning tijdens de overlegmomenten. Ten slotte willen wij de jeugdgezondheidsverpleegkundigen van de GGD Groningen en de ouder die wij mochten interviewen bedanken voor hun inzet, zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Wij willen u hierbij veel plezier wensen tijdens het lezen van dit verslag.

Met vriendelijke groet,

Renske Seinstra & Gabriella Ecça

Samenvatting

Introductie - In 2014 is de wet passend onderwijs ingevoerd. Deze wet stelt dat alle kinderen een passende plek moeten krijgen op school. Hiervoor is intensieve samenwerking nodig tussen ouders, onderwijs- en zorgprofessionals. Door middel van Shared Decision Making (hierna SDM) kan gekeken worden naar de beste begeleiding voor het kind. In opdracht van de kenniswerkplaats 'Integraal Kijken naar Kinderen' is onderzoek gedaan naar de volgende onderzoeksvraag: "Wat zijn de wensen en ervaringen van de jeugdgezondheidszorgverpleegkundigen en ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte in de leeftijd van 0-12 jaar met SDM en hoe werken onderwijs, zorg en ouders hierin samen?" Het doel was inzicht verkrijgen in de wensen en ervaringen van jeugdgezondheidsverpleegkundigen en ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte ten aanzien van SDM.

Methode - Een kwalitatief praktijkonderzoek is uitgevoerd, waarbij zes jeugdgezondheidsverpleegkundigen (hierna JGZ verpleegkundigen) van de GGD Groningen (uit 4 van de 7 regio's, te weten: regio- Delfzijl/Appingedam/Loppersum, -midden Groningen/Oldambt, -Noord-West en -Groningen Centraal-Oost) en één ouder semigestructureerd werden geïnterviewd. Tevens werd een oriënterende literatuurstudie uitgevoerd en is de sneeuwbalmethode gebruikt om wetenschappelijke literatuur te vinden.

Resultaten - Alle JGZ verpleegkundigen, evenals de geïnterviewde ouder, gaven aan het begrip SDM niet te kennen. De principes zouden wel overeenkomen met de eigen werkwijze. Open communicatie en korte lijntjes zijn volgens de JGZ verpleegkundigen belangrijke voorwaarden voor SDM. Verder zijn de JGZ verpleegkundigen en de geïnterviewde ouder van mening dat ouders altijd betrokken dienen te worden bij SDM. Over de betrokkenheid van het kind bij SDM zeggen JGZ verpleegkundigen dat dit leeftijd en situatie afhankelijk is. Er wordt wel aangegeven dat zij het belangrijk vinden het kind te betrekken bij 'kleine' beslissingen, waarbij het welzijn van het kind geen gevaar loopt. Dit komt tevens duidelijk naar voren in de wetenschappelijke literatuur. JGZ verpleegkundigen zijn over het algemeen tevreden over de samenwerking tussen zorg- en onderwijs professionals. De geïnterviewde ouder heeft slechte ervaringen op het gebied van samenwerking met het onderwijs.

Discussie - De resultaten van het praktijk- en literatuuronderzoek werden met elkaar vergeleken. Er werden overeenkomsten gevonden bij het negatieve effect van een lage Sociaal Economische status en een andere cultuur op SDM en de lage betrokkenheid van het kind bij SDM. Tevens werden verschillen opgemerkt. Zo is er het vermoeden dat de principes van SDM in de praktijk nog onderbelicht zijn aangezien het nog niet onderwezen wordt op hogescholen, zo blijkt uit de literatuur. De JGZ verpleegkundigen beweren echter dat de principes overeenkomen met de eigen werkwijze, ook al wordt het niet zo genoemd. Verder zijn de beperkingen van het onderzoek weergegeven. Zo zou er sprake kunnen zijn van selectiebias aangezien de onderzoekers afhankelijk waren van de regiomanagers voor het trekken van de steekproef. Tevens werd er relatief weinig literatuur gevonden over praktijkervaringen met SDM. Ten slotte zijn de resultaten van de doelgroep ouders niet representatief aangezien er maar één ouder werd geïnterviewd.

Conclusie - Naar aanleiding van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de JGZ verpleegkundigen en de geïnterviewde ouder onbekend zijn met het begrip SDM. Wel zou het overeenkomen met de huidige werkwijze van de JGZ verpleegkundigen. Of dit daadwerkelijk zo is, is onduidelijk. Een observatieonderzoek om na te gaan of de huidige werkwijze overeenkomt met de principes van SDM, wordt daarom aanbevolen. JGZ verpleegkundigen en de geïnterviewde ouder benadrukken dat zij het belangrijk vinden dat ouders betrokken worden bij beslissingen. Ook open communicatie en korte lijntjes zijn wenselijk bij SDM volgens JGZ verpleegkundigen. Andere aanbevelingen zijn de praktijk meer kennis bieden over SDM en de conclusies van onderzoeken naar SDM van verschillende schools (in opdracht van KWP IKK) met elkaar te vergelijken. Op basis hiervan kan verder onderzoek gedaan worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inleiding	6
Hoofdstuk 1 Uitgangspunten onderzoek	8
1.1 Doelstelling	8
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Deelvragen	8
1.4 Operationaliseren van begrippen	8
Hoofdstuk 2 Methodologie	10
2.1 Literatuurstudie	10
2.1.1 Methode	10
2.1.2 Dataverzameling.....	10
2.1.3 Data analyse	11
2.1.4 Validiteit en betrouwbaarheid	11
2.2 Praktijkonderzoek	11
2.2.1 Onderzoeksdesign	11
2.2.2 Populatie en steekproefgrootte	11
2.2.3 Dataverzameling.....	13
2.2.4 Data analyse	14
2.2.5 Validiteit en betrouwbaarheid	14
2.2.6 Representativiteit en generaliseerbaarheid.....	15
2.3 Ethische aspecten	15
Hoofdstuk 3 Resultaten	16
3.1 Resultaten literatuurstudie	16
3.1.1 Shared Decision Making	17
3.1.2 Toepassing	17
3.1.3 Ervaringen met SDM in de praktijk.....	18
3.2 Resultaten praktijkonderzoek.....	19
3.2.1 Gezond opgroeien.....	19
3.2.2 Probleemhantering	19
3.2.3 Samenwerking	20
3.2.4 Betrokkenheid kind.....	23
Hoofdstuk 4 Discussie	24
Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen	27
5.1 Conclusie.....	27
5.2 Aanbevelingen.....	28
5.2.1 Aanbevelingen voor de KWP IKK.....	28
5.2.2 Aanbevelingen voor de praktijk	28
Literatuurlijst	29

Bijlagen	31
Bijlage 1: Meetinstrument interview met JGZ verpleegkundigen	32
Bijlage 2: Meetinstrument interview met ouders.....	33
Bijlage 3: Benaderingsmail JGZ verpleegkundigen: uitnodiging interviews	34
Bijlage 4: Toestemmingsformulier.....	35
Bijlage 5: Gebruikte codes ATLAS Ti.....	36
Bijlage 6: Redactionele- en methodologische beoordelingsformulieren	38
Bijlage 7: Antiplagiatverklaring	45
Bijlage 8: Safe-Assignment.....	46

Inleiding

De wet passend onderwijs, welke is ingevoerd in 2014, maakt integraal kijken naar kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte noodzakelijk. Zo stelt deze wet dat alle kinderen een passende plek moeten krijgen op school, welke aansluit bij de individuele kwaliteiten en mogelijkheden van het kind. Het kind kan op deze manier het beste uit zichzelf halen (Rijksoverheid, n.d.). Om dit te kunnen realiseren is intensieve samenwerking nodig tussen zorgprofessionals, ouders en het onderwijs. Dit vraagt om meer specifieke en brede kennis van een T-shaped professional om adequaat problemen van het kind te kunnen signaleren. De T-shaped professional dient namelijk over de grenzen van zijn/haar eigen vakgebied heen te kijken waardoor hij/zij ook de expertise van andere vakgebieden in kan zetten (interdisciplinair samenwerken) (Schulte, 2016).

Door middel van SDM kan gekeken worden naar de beste behandeling voor het kind. Met SDM wordt bedoeld dat de professional de ouders en het kind alle informatie geeft die zij nodig hebben om gezamenlijk een beslissing te nemen. Met 'alle informatie' wordt het volgende bedoeld: behandelingsmogelijkheden, voor- en nadelen en de verwachte resultaten. Vervolgens geven de ouders en het kind, de professional informatie over de ervaringen, waarden, voorkeuren, levensstijl, leerstijl, overtuigingen en kennis over de problemen en mogelijke behandeling. Waarna er zorgvuldig gekozen kan worden voor de behandeling die het best past bij de specifieke situatie (Nederlands Jeugdinstituut, 2014). Deze manier van besluitvorming sluit aan bij de definitie van evidence based beslissen. Evidence based beslissen betekent dat de beslissing is gebaseerd op basis van: wetenschappelijke kennis over wat werkt, praktijkkennis van de hulpverlener en de voorkeur van ouders en/of het kind (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000). Bij SDM is met andere woorden de gouden driehoek van belang. Met de goudendriehoek wordt de professional, de ouder en het kind bedoeld. In deze goudendriehoek staan de wensen van het kind, de wensen en expertise van ouders en de afstemming in communicatie tussen professionals centraal (Schulte, 2016).

SDM wordt in de medische wereld en in de geestelijke gezondheidszorg al veel toegepast. Zo is de behandelaar verplicht de patiënt maximaal te informeren over behandelingsmogelijkheden, waarna de patiënt in samenwerking met de arts een gedegen keuze kan maken. Dit is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) (Rijksoverheid, 2016). De Jeugdgezondheidszorg is ook bekend met SDM, maar volgens het Nederlands Centrum van Jeugdgezondheid (NCJ) weet de JGZ verpleegkundige niet altijd goed uitvoering te geven aan SDM (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, n.d.).

Omdat SDM een rol speelt in de zorg en in het onderwijs is er vanuit zowel de onderwijsprofessionals als de zorgprofessionals behoefte aan aanknopingspunten om onderling tot een betere samenwerking te komen. Deze vraag ligt bij de kenniswerkplaats 'Integraal kijken naar kinderen' (hierna KWP IKK). De KWP IKK is vorig jaar opgestart en richt zich in samenwerking met het lectoraat "integraal jeugdbeleid" en vijf schools: Academie voor Verpleegkunde, Pedagogische Academie, Instituut voor Sportstudies, Academie van Gezondheidsstudies en Academie voor Social Studies op het multidisciplinair delen van kennis over Passend Onderwijs. Dit is tot stand gekomen vanuit de multidisciplinaire kenniswerkplaatsen Healty Ageing en Healty Ageing jeugd, welke onderzoek, onderwijs en praktijk met elkaar willen verbinden. De reden hiervan is dat het domein van gezondheid en welzijn sterk aan het veranderen is en er van de professionals verwacht wordt dat zij interdisciplinair kunnen werken (Schulte, 2016).

Het projectplan van de KWP IKK bestaat uit drie fasen: verkenning, doorontwikkeling en bestendiging. Op dit moment bevindt de kenniswerkplaats zich in fase 2. Het uiteindelijke doel van de KWP IKK is om een brede groep professionals, die betrokken zijn bij de ontwikkeling van kinderen, handvatten te bieden voor het werken volgens de wet passend onderwijs. Deze doelstelling zal behaald worden door onder andere de resultaten van onderzoeken die studenten vanuit verschillende schools uitvoeren te bundelen. Dit onderzoek heeft hier dan ook aan bijgedragen. Tevens is het streven om met elkaar te leren om interdisciplinair te werken (T-shaped). Vorig jaar heeft het lectoraat “integraal jeugdbeleid” de eerste onderzoeksvraag uitgezet bij de minor “gezond opgroeien”, om te inventariseren wat de wensen en ervaringen zijn van professionals en ouders op het gebied van SDM in de noordelijke regio. Het afgelopen halfjaar hebben studenten van de sociaal pedagogische hulpverlening, logopedie en verpleegkunde hetzelfde onderzoek gedaan in opdracht van de KWP IKK, maar dan binnen het eigen vakgebied. Vanuit de KWP IKK kwam de volgende vraagstelling naar voren voor de Academie voor Verpleegkunde: “Wat zijn de wensen en ervaringen van ouders en zorg- en onderwijsprofessionals binnen Shared Decision Making (SDM) en hoe werken onderwijs, zorg en ouders hierin samen?” (Schulte, 2016).

Dit praktijkgericht onderzoek is voor de verpleegkundige relevant aangezien er initiatieven genomen werden ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep en de kwaliteit van zorg. Er werd namelijk kennis opgebouwd, toegepast en verspreid ten aanzien van SDM. Verder werd er samengewerkt met zorgverleners van andere disciplines, zoals de logopedist en de sociaal pedagogisch hulpverlener. Tot slot werd er meegewerkt aan wetenschappelijk onderzoek, welke gericht is op de verbetering van de volksgezondheid en de individuele zorg voor zorgvragers (V&VN, et al., 2015). Op deze wijze hield dit onderzoek zich bezig met de individuele zorg/ondersteuning voor een kind met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte.

In dit onderzoeksverslag komen in hoofdstuk 1 de uitgangspunten van het onderzoek aan bod. Vervolgens is in hoofdstuk 2 de methodologie beschreven. In hoofdstuk 3 komen de resultaten van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek naar voren. Hierop volgend, in hoofdstuk 4, komt de discussie aan bod. Vervolgens zijn in hoofdstuk 5 de conclusie en de aanbevelingen beschreven. Tot slot is het verslag voorzien van bijlagen, waaronder het meetinstrument interview met JGZ verpleegkundigen, meetinstrument interview met ouders, benaderingsmail JGZ verpleegkundigen: uitnodiging interviews, toestemmingsformulier, redactionele- en methodologische beoordelingsformulieren, antiplagiatverklaring en de safe-assignment scan.

Hoofdstuk 1 Uitgangspunten onderzoek

In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de vraagstelling, de doelstelling en de deelvragen van het onderzoek. Tot slot zullen er begrippen worden geoperationaliseerd.

1.1 Doelstelling

Er is inzicht verkregen in de wensen en ervaringen van JGZ verpleegkundigen en de ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte ten aanzien van Shared Decision Making. Op basis hiervan worden er aanbevelingen gegeven aan de KWP IKK, over welke handvatten voor JGZ verpleegkundigen nodig zijn om volgens de principes van SDM te werken.

1.2 Vraagstelling

De vraagstelling luidt als volgt: “Wat zijn de wensen en ervaringen van de jeugdgezondheidszorgverpleegkundigen en ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte in de leeftijd van 0-12 jaar met Shared Decision Making en hoe werken onderwijs, zorg en ouders hierin samen?”

1.3 Deelvragen

Literatuurvragen:

- Wat is SDM?
- Waar wordt SDM al toegepast?
- Welke kansen biedt SDM?
- Wat zijn de ervaringen (effecten) met SDM?

Praktijkvragen:

- Wat zijn de ervaringen met SDM van JGZ verpleegkundigen en ouders?
- Wat zijn de wensen met betrekking tot SDM van JGZ verpleegkundigen en ouders?
- Hoe werken onderwijs, zorg en ouders samen?

1.4 Operationaliseren van begrippen

Shared Decision Making (SDM):

SDM betekent gezamenlijke besluitvorming. De zorgverlener en de patiënt stellen hierbij samen vast hoe een probleem of zorgvraag wordt opgepakt. Dit vergt van de zorgverlener een andere manier van gespreksvoering. Zo moet de zorgverlener de patiënt meer informeren. De principes van SDM zijn als volgt: *het bevordert zelfmanagement van de patiënt *het bevordert therapietrouw *het maakt de relatie tussen behandelaar en patiënt beter (Universitair Centrum Psychiatrie, n.d.). SDM betreft in dit onderzoek de gezamenlijke besluitvorming bij de behandeling van een kind met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte. Hierbij zijn de onderwijs- en zorgprofessionals, de ouders en het kind betrokken (Schulte, 2016).

JGZ verpleegkundige:

Een JGZ verpleegkundige werkt in de preventieve gezondheidszorg. De JGZ verpleegkundige werkt in principe met gezonde kinderen en is gespecialiseerd in de gezondheid en ontwikkeling van kinderen vanaf de

geboorte tot 19 jaar (BKV Groep, 2016). Tevens speelt de JGZ verpleegkundige een belangrijke rol bij opvoed/opgroei ondersteuning (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, n.d.). In dit onderzoek gaat het om alle JGZ verpleegkundigen van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Groningen, die betrokken zijn bij de zorg van kinderen met (tijdelijke) extra zorgbehoeftes tussen de 0-12 jaar. Voor voorgaande leeftijdscategorie is gekozen, gezien in deze leeftijdscategorie ontwikkelingsproblemen, waarvoor (tijdelijk) extra zorgbehoefte nodig is, gesignaleerd worden. Tevens wordt er door de SPH studenten en de logopedie student onderzoek gedaan in de basisschool setting, wat ook gedeeltelijk deze leeftijdscategorie betreft.

(tijdelijke) extra zorgbehoefte:

(Tijdelijke) extra zorgbehoeftes van het kind kunnen variëren van gezondheidsproblemen tot gedragsproblemen (Tienen, n.d.). In dit onderzoek is het niet relevant om welke zorgbehoefte het gaat. De focus ligt op de samenwerkingsverbanden tussen ouder, kind en professional met behulp van SDM (Schulte, 2016).

In dit hoofdstuk werden uitgangspunten van het onderzoek inzichtelijk gemaakt. Zo werden de doelstelling, de hoofd- en deelvragen en de operationalisering van begrippen uitgelicht.

Hoofdstuk 2 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de methodologie van het onderzoek. Het onderzoeksdesign, de gemaakte keuzes hierin, de validiteit, de betrouwbaarheid, de representativiteit, de generaliseerbaarheid en tot slot de ethische aspecten zullen worden beschreven.

2.1 Literatuurstudie

2.1.1 Methode

Een oriënterende literatuurstudie werd uitgevoerd om zo na te gaan wat er reeds bekend is in de wetenschappelijke literatuur over SDM. De conclusies van de wetenschappelijke artikelen hebben de literatuur deelvragen beantwoord en vormden daarmee de basis voor het praktijkonderzoek en het antwoord op de hoofdvraag. Voor het zoeken naar het beste bewijs is systematisch gezocht. De gemaakte stappen zijn beschreven in subparagraaf 2.1.2 en 2.1.3. Wanneer een literatuurstudie systematisch uitgevoerd wordt levert dit volgens Cox e.a. (2012) het best beschikbare bewijs op. Tevens is gebruikt gemaakt van de sneeuwbalmethode om wetenschappelijke literatuur te vinden. Dit houdt in dat er in de literatuurverwijzingen van andere artikelen en het verwante onderzoek gezocht is naar bruikbare artikelen (Verhoeven, 2011).

2.1.2 Dataverzameling

Met vooraf bepaalde zoektermen werd gezocht in de databases (zie tabel 1). Aangezien wetenschappelijke artikelen vaak in het Engels gepubliceerd worden, is gebruik gemaakt van Engelse zoektermen. Tevens zijn de zoektermen met elkaar gecombineerd met behulp van een booleaanse operator, namelijk 'AND'. MESH termen zijn niet gebruikt, aangezien de gebruikte databases daartoe geen ruimte boden. Tot slot is bij het zoeken van artikelen gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria (zie tabel 2). Na het lezen van de titel en de abstract zijn de artikelen gefilterd met behulp van deze criteria. Met de level of evidence van artikelen werd geen rekening gehouden, aangezien relatief weinig literatuur gevonden werd.

Tabel 1: Zoektermen

Nummer	Nederlandse zoekterm	Engelse zoekterm	Evt. MESH term
1	Gezamenlijke besluitvorming	Shared Decision Making ' Of 'SDM'	"decision making"[MeSH Terms]
2	Ouders	Parents	
3	Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige	Youth health nurse	
4	Ervaringen	Experiences	

Tabel 2: In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	- Nederlands- of Engels talig - Titel en abstract sluiten aan bij onderzoeksvraag
Exclusiecriteria	- Geen full tekst beschikbaar. - Ouder dan 15 jaar.

Voor het zoeken naar artikelen zijn geselecteerde databanken geraadpleegd welke aansluiten bij de onderzoeksvraag. In de databank Eric werd gezocht, omdat in deze databank artikelen staan over opvoeden en onderwijs. Verder is in de databank Cinahl gezocht, omdat er in deze databank veel relevante verpleegkundige artikelen te vinden zijn. Tevens is gezocht in de databank Cochrane, aangezien daar veel systematische reviews in staan, dit zou de level of evidence verhogen. Tot slot is in de databank Medline gezocht, omdat daar veel medisch relevante artikelen in staan.

2.1.3 Data analyse

Met behulp van de zoekstrategie, welke beschreven is in paragraaf 2.1.2, is onafhankelijk van elkaar gezocht naar wetenschappelijke literatuur. De wetenschappelijke artikelen die als bruikbaar werden bevonden zijn vervolgens beoordeeld op redactionele en methodologische kwaliteit, aan de hand van beoordelingsformulieren welke gebaseerd zijn op die van Verhoeven (2011). Bij deze beoordeling werd onder andere gekeken of het artikel redactioneel compleet was, hoe het onderzoek is uitgevoerd, of het artikel betrouwbaar en valide was en wat de resultaten waren. De complete uitwerking zijn te vinden in bijlage 6. Elk bruikbaar artikel is vervolgens door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. De resultaten van de artikelen zijn onafhankelijk samengevat en met elkaar vergeleken (extraheren). Van afwijkende interpretaties was geen sprake. De resultaten hiervan zijn inzichtelijk gemaakt in hoofdstuk 3: Resultaten.

2.1.4 Validiteit en betrouwbaarheid

De oriënterende literatuurstudie is systematisch verlopen, zoals beschreven in paragraaf 2.1. Doordat de stappen zijn beschreven is het onderzoek reproduceerbaar. Door het in acht nemen van de maatregelen, zoals het beoordelen van de methodologische kwaliteit van de artikelen op basis van het beoordelingsformulier van Verhoeven (2011) werd getracht de betrouwbaarheid en validiteit te bewaken. Doordat de artikelen onafhankelijk van elkaar geanalyseerd zijn, werden misvattingen voorkomen. Dit verhoogde de betrouwbaarheid.

2.2 Praktijkonderzoek

2.2.1 Onderzoeksdesign

Kwalitatief onderzoek werd verricht. De Jong et al. (2008) definieert een kwalitatief onderzoek als volgt: "Een wijze van onderzoek die zich richt op het begrijpen van mensen en de aard van hun handelingen in relatie tot de omgeving". Aangezien nog niet veel bekend was over de praktijkvoering van SDM binnen de jeugdgezondheidszorg, werd georiënteerd op de wensen en ervaringen van de JGZ verpleegkundigen en ouders op het gebied van SDM. Tevens werd geïnventariseerd hoe de samenwerkingsverbanden tussen onderwijs, zorgprofessionals en ouders op dit moment lagen. Daarom werd gekozen voor een oriënterend onderzoekstype. Dit houdt in dat dit onderzoek zich bezig hield met de "wat" vraag, welke kenmerkend is voor oriënterend onderzoek (Migchelbrink, 2012).

2.2.2 Populatie en steekproefgrootte

Het praktijkonderzoek vond plaats bij de GGD Groningen. De GGD Groningen begeleidt ouders en opvoeders bij het gezond opgroeien van kinderen van 0 tot 19 jaar. De GGD Groningen kent zeven regio's, welke inzichtelijk zijn gemaakt in tabel 3. In de zeven regio's zijn circa vijftien JGZ verpleegkundigen werkzaam. Het is in verband met privacy onduidelijk aan hoeveel gezinnen met kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte hulp geboden wordt.

Tabel 3: Regio's van de GGD Groningen

Regio's GGD Groningen
Midden Groningen en Oldambt
Groningen Noord-West
Groningen Centraal-Oost
De Marne, Winsum, Bedum, Ten Boer en Eemsum
Leek, Marum, Grootegast, Zuidhorn en Haren
Pekela, Veendam, Stadskanaal en Vlagtwedde
Delfzijl, Appingedam, Loppersum

(GGD Groningen, 2016).

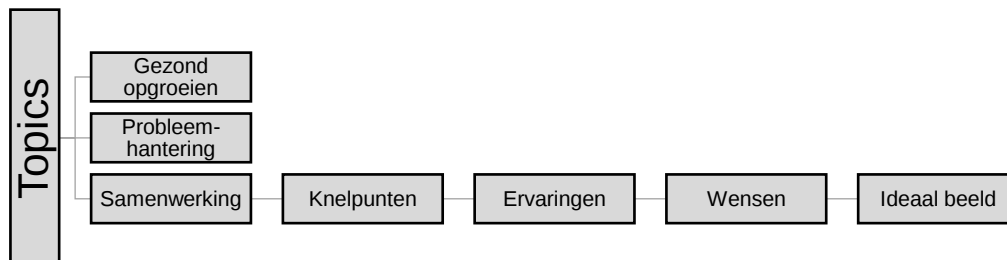
Voorafgaand aan dit onderzoek was het onduidelijk hoeveel JGZ verpleegkundigen en ouders uiteindelijk geïnterviewd zouden gaan worden. De reden hiervan was dat een geringe tijd beschikbaar was voor het onderzoek, het nog onduidelijk was wanneer de data saturatie bereikt zou worden en dat het benaderen van ouders afhankelijk was van de JGZ verpleegkundigen. Alle regiomanagers werden benaderd door de contactpersoon van de GGD Groningen, allen gaven akkoord om deel te nemen aan het onderzoek. Echter hebben uiteindelijk maar vier van de zeven regio's (regio Delfzijl/Appingedam/Loppersum, regio midden Groningen/Oldambt, regio Groningen Noord-West en regio Groningen Centraal-Oost) JGZ verpleegkundigen meegewerkt aan dit onderzoek. Volgens de contactpersoon van de GGD Groningen was het lage aantal respondenten te wijten aan wisseling van de regiomanagers. De vier regiomanagers hebben ieder selectief dan wel aselectief een steekproef getrokken van JGZ verpleegkundigen, welke benaderd mochten worden. De contactpersoon van de GGD Groningen gaf echter aan dat het vaak dezelfde JGZ verpleegkundigen zijn die meedoen aan dergelijke onderzoeken. In totaal gaven negen JGZ verpleegkundigen aan deel te willen nemen aan het onderzoek. Deze JGZ verpleegkundigen zijn medio november via de mail benaderd (zie bijlage 3). Vervolgens werd een afspraak ingepland voor het afnemen van een interview. Uiteindelijk zijn zes JGZ verpleegkundigen en één ouder geïnterviewd. De reden dat zes van de negen JGZ verpleegkundigen geïnterviewd zijn, is als volgt. Eén JGZ verpleegkundige reageerde niet op de uitnodiging. Eén andere JGZ verpleegkundige stond niet meer in het systeem van de GGD Groningen, waaruit blijkt dat deze JGZ verpleegkundige niet meer werkzaam is bij de GGD Groningen. Tot slot was één JGZ verpleegkundige niet te bereiken, omdat het e-mailadres niet klopte. Het e-mailadres is nog wel achterhaald en diende als reserve respondent. Echter werd datasaturatie bereikt bij zes interviews. Gepland was om meer ouders te interviewen. De regiomanagers gaven aan dat dit in overleg zou moeten met de JGZ verpleegkundigen. Uiteindelijk is één JGZ verpleegkundige bereid geweest om de onderzoekers in contact te brengen met een ouder. Twee andere JGZ verpleegkundigen hadden hier bezwaar tegen in verband met de privacy van de ouders en het kind. De zorgen omtrent privacy konden niet geheel weggenomen worden door het toestemmingsformulier. Drie andere JGZ verpleegkundigen hadden een te hoge werkdruk om dit te kunnen realiseren. Ook de ongunstige tijd (decemberperiode) speelde hierbij een rol. De JGZ verpleegkundigen werden wel actief benaderd, om ouders te laten deelnemen aan het onderzoek. Ten eerste is in de uitnodigingsmail voor het interview met JGZ verpleegkundigen de vraag gesteld om na te denken over een ouder die eventueel deel zou willen nemen aan het onderzoek. Vervolgens is voorgaande opnieuw benoemd tijdens de interviews met de JGZ verpleegkundigen. Tot slot is nogmaals een e-mail gestuurd naar de

JGZ verpleegkundigen. Op deze mail gaven JGZ verpleegkundigen als reactie dat hiertoe geen mogelijkheden waren.

2.2.3 Dataverzameling

De informatie uit het praktijkonderzoek is verkregen door, zoals eerder benoemd in subparagraaf 2.2.2, zes JGZ verpleegkundigen van de GGD Groningen en één ouder van een kind met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte te interviewen. De interviews zijn semigestructureerd uitgevoerd. Dat wil zeggen dat een aantal onderwerpen vast lagen welke aan bod kwamen. Dit wordt een topiclijst genoemd. De topiclijst, welke gebruikt is bij een verwant onderzoek: Shared Decision Making: Een praktijkgericht onderzoek naar de ervaringen en wensen van zorg- en onderwijsprofessionals (minor “gezond opgroeien”) (Mulder, et al., 2016), is opnieuw gebruikt tijdens dit onderzoek. Hiervoor werd gekozen om zo het geheel van alle studies, die onderzoek doen en gedaan hebben naar dit onderwerp, te versterken. De topics die gebruikt zijn in het eerder vernoemde verwante onderzoek zijn in figuur 1 weergegeven. Verder is doorgevraagd op de gegeven antwoorden (Fischer & Julsing, 2014). Voor semigestructureerde interviews werd gekozen, om zo individueel informatie te verkrijgen over SDM. De vastgestelde onderwerpen zorgden ervoor dat de interviews gestructureerd verliepen en dat tevens ruimte was voor vrije invulling. Dit was van belang, omdat verwacht werd dat persoonlijke meningen naar voren zouden komen. Zo werd namelijk gevraagd naar wensen en ervaringen met betrekking tot SDM.

Figuur 1: Topics die gebruikt zijn uit verwant onderzoek



De topics gezond opgroeien, probleemhantering en samenwerking waren van belang. Zo werken de verschillende disciplines en de ouders samen om het kind gezond op te laten groeien en wordt SDM met name toegepast wanneer zich een probleem voordoet. De samenwerking is het sleutelwoord bij SDM en het was daarom van belang om de wensen en ervaringen hierover te inventariseren. De topic gezond opgroeien werd gebruikt als opening voor het interview, om zo niet meteen toe te spitsen op problemen. Eventuele aanvullingen op de topiclijst naar aanleiding van de ervaringen uit het verwante onderzoek zijn niet beschreven (Mulder, et al., 2016). Vanuit de literatuur kwamen nog twee aanvullingen op de topiclijst naar voren. Namelijk de betrokkenheid van het kind bij SDM en het effect van een lage Sociaal Economische Status (hierna SES) of een andere cultuur op SDM. Uit onderzoek van Bartelink, Ten Berge en Van Yperen (2013) bleek namelijk dat de kans op succesvolle hulp groter is wanneer beslissingen genomen worden in samenspraak met zowel ouders als het kind. Het onderzoek van La Quanta et al. (2013) beschreef dat een lagere SES of een andere cultuur invloed heeft op het effect van SDM. Vragen werden

toegevoegd aan het meetinstrument om te weten te komen wat de ervaringen van JGZ verpleegkundigen zijn met betrekking tot voorgaande.

Aan de hand van de topiclijst zijn de meetinstrumenten voor de JGZ verpleegkundigen en de ouders opgesteld welke te vinden zijn in bijlage 1 en 2. De interviews zijn met behulp van de meetinstrumenten vooraf voorbereid en geoefend. Op deze manier konden eventuele hiaten aangevuld worden en overbodige topics worden geschrapt. Voorgaande werd in samenwerking met de logopedie student en de studenten van de SPH gedaan. De logopedie student was al begonnen met het afnemen van interviews in haar setting. Zij had geen verdere aanvullingen op de topiclijst. Tevens werd geoefend op tijd, zodat duidelijk werd hoelang het interview in de praktijk zou gaan duren. Naar aanleiding van het oefenen werden geen topics of vragen toegevoegd of geschrapt. De tijdsduur bleek vooraf moeilijk vast te stellen, aangezien niet duidelijk was welke antwoorden gegeven zouden worden. De taken tijdens het afnemen van de interviews werden verdeeld en afgewisseld. Tijdens elk interview nam één onderzoeker de rol van interviewer op zich, de andere onderzoeker zorgde voor aantekeningen en de audio opname. Voor het opnemen van het interview is vooraf toestemming gevraagd door middel van het toestemmingsformulier (zie bijlage 4). Dit toestemmingsformulier is tot stand gekomen met behulp van voorwaarden vanuit de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO, n.d.) en aangepast naar de eigen doelgroep. Op deze manier zijn de interviews zo gestructureerd mogelijk verlopen.

2.2.4 Data analyse

Na het afnemen van de interviews werden deze getranscribeerd. Alle transcripten werden geüpload in het programma ATLAS TI, waar de transcripten gezamenlijk gecodeerd werden. Vooraf zou dit onafhankelijk van elkaar gedaan worden, om interbeoordelaars-betrouwbaarheid te creëren (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013). Dit bleek echter niet haalbaar aangezien de codes ter plekke bedacht werden en het wel met elkaar overeen zou moeten komen om het goed te kunnen analyseren. De gebruikte codes zijn te vinden in bijlage 5.

De resultaten werden geanalyseerd en gerapporteerd in hoofdstuk 3. Uit alle verzamelde gegevens is vervolgens het antwoord op de hoofdvraag naar voren gekomen. Dit antwoord is beschreven in hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen. Tijdens het schrijven diende er rekening gehouden te worden met een aantal criteria. Zo moesten beschrijvingen gedetailleerd geformuleerd worden. Verder diende de beschrijving thema's of topics te bevatten. Tot slot moesten de beschrijvingen herkenbaar zijn voor de betrokkenen van het onderzoek en moest hun perspectief duidelijk naar voren komen (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005).

2.2.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid en validiteit van het praktijkonderzoek werd bewaakt. Zo zijn alle gemaakte stappen nauwkeurig beschreven, zodat het onderzoek reproduceerbaar is. Het interview waarmee de data verzameld werd, is vooraf geoefend om zo na te gaan of er hiaten en/of overbodige topics in de lijst stonden. Een bestaand meetinstrument werd gebruikt, namelijk de topiclijst uit het verwante onderzoek van Mulder et al. (2016). Doordat de waarde hiervan al aangetoond was, verhoogde dit de betrouwbaarheid van het onderzoek. Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van audio opnames, wat maakt dat de interviews controleerbaar zijn en dat geen belangrijke informatie verloren kon gaan. De interviews werden vervolgens getranscribeerd, waarna de interviews gezamenlijk gecodeerd werden met behulp van het programma ATLAS TI. Wat de betrouwbaarheid ook versterkte in dit onderzoek, is triangulatie. Dit wil zeggen dat gegevens verzameld en geanalyseerd werden door verschillende onderzoekers, gebruik gemaakt werd van verschillende bronnen

en tot slot dat het onderzoek werd gedaan/herhaald in verschillende settings, zoals de GGD Groningen en op basisscholen (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013). Verder was sprake van homogeniteit in het onderzoek. Alle JGZ verpleegkundigen van de GGD Groningen, die geïnterviewd werden, vervulden dezelfde functie. Tevens werd bij elke JGZ verpleegkundige, maar ook bij de ouder dezelfde topiclijst gebruikt. Bij de ouder werd alleen de vraagformulering aangepast, zodat de vragen begrijpelijk waren. Gezien de spreekproeftrekking, welke beschreven is in paragraaf 2.2.2, is mogelijk sprake van afhankelijkheid bij de steekproeftrekking. Dit zou kunnen duiden op selectiebias en zou invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid. Hier wordt verder op ingegaan in de discussie.

2.2.6 Representativiteit en generaliseerbaarheid

Zes JGZ verpleegkundigen uit vier regio's van de GGD Groningen werden geïnterviewd. Tevens is één ouder geïnterviewd. Doordat maar één ouder geïnterviewd is, zijn de resultaten van dit interview niet representatief en dus niet generaliseerbaar naar de doelgroep 'ouders'. De resultaten van doelgroep 'JGZ verpleegkundigen van de GGD Groningen' zijn wel representatief, aangezien er data saturatie bereikt werd na zes interviews. Het onderzoek zal echter niet direct generaliseerbaar zijn naar de gehele JGZ beroepsgroep in Nederland. De literatuur zegt dan ook dat op basis van alleen kwalitatief onderzoek geen algemeen geldende uitspraken gedaan kunnen worden (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013).

2.3 Ethische aspecten

Doordat gebruik werd gemaakt van interviews, kwamen privacygevoelige en/of persoonlijke meningen naar voren. Het was daarom van belang dat de geheimhoudingsplicht in acht genomen werd. Dit houdt in dat er zorgvuldig met vertrouwelijke informatie omgegaan diende te worden en dat de privacy werd gerespecteerd en beschermd (V&VN, et al., 2015). Toestemmingsformulieren werden gebruikt, om toestemming te vragen aan de deelnemers van het onderzoek (zie bijlage 4). Tot slot werd er rekening gehouden met de 5 punten uit de 'gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO' (2010). Zo is het professionele en maatschappelijke belang gediend. Tevens is respectvol, zorgvuldig en integer omgegaan met de informatie. Tot slot zijn de keuzes en het gedrag verantwoord.

In dit hoofdstuk kwam de methodologie van het onderzoek aan bod. Er werd ingegaan op het onderzoeksdesign, de gemaakte keuzes, de validiteit, de betrouwbaarheid, de representativiteit, de generaliseerbaarheid en de ethische aspecten.

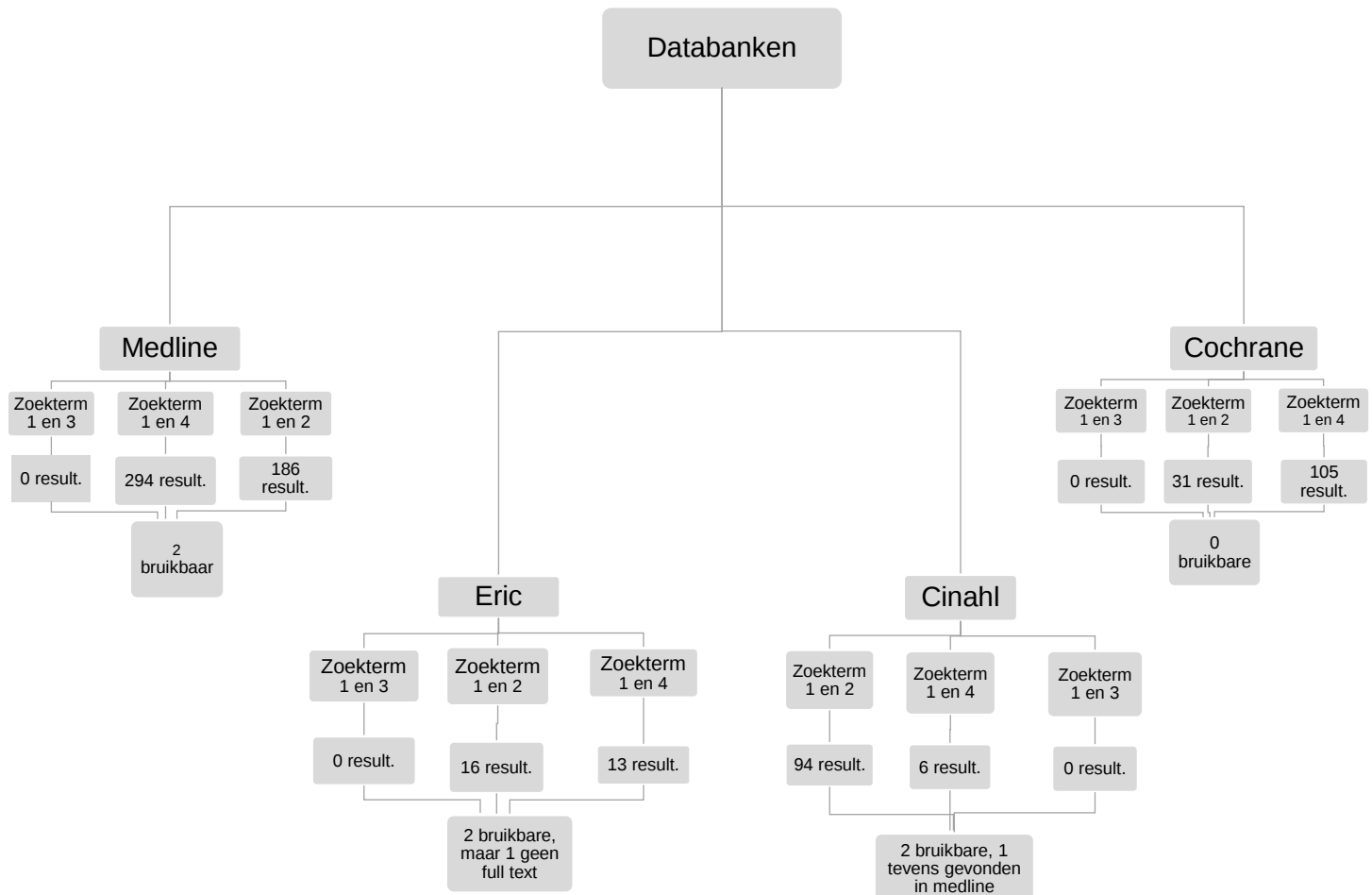
Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk komen de resultaten van de literatuurstudie en de resultaten van het praktijkonderzoek naar voren.

3.1 Resultaten literatuurstudie

Naar aanleiding van de oriënterende literatuurstudie en het gebruik van de sneeuwbal methode kan, aan de hand van literatuur, antwoord gegeven worden op de literatuur deelvragen. Zo is duidelijk geworden wat SDM precies inhoudt, waar het al toegepast wordt en welke kansen en bedreigingen het biedt. Tevens zijn de ervaringen met SDM inzichtelijk gemaakt vanuit de literatuur. In onderstaande flowchart (flowchart 1) is te zien in welke databanken gezocht is, met welke zoektermen, hoeveel hits dit opleverde en hoeveel artikelen uiteindelijk als bruikbaar werden bevonden. Uiteindelijk werden vier artikelen geïnccludeerd. Via de sneeuwbal methode werden nog eens drie artikelen geïnccludeerd.

Flowchart 1: Zoekresultaten literatuurstudie



3.1.1 Shared Decision Making

SDM wordt ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd. Elwyn et al. (2012) definieert SDM als volgt: 'Een aanpak waarbij artsen en patiënten de best beschikbare gegevens delen wanneer zij worden geconfronteerd met de taak van het nemen van beslissingen en waar patiënten worden ondersteund om opties te overwegen, om de beste keuzes te kunnen maken'. Deze manier van besluitvorming sluit aan bij de methode van 'evidence based beslissen', waarbij een beslissing wordt gebaseerd op basis van wetenschappelijke kennis over wat werkt, praktijkkennis van de hulpverlener en de voorkeur van de patiënt (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000).

Elwyn et al. (2012) ontwikkelde een drie stappenplan om SDM makkelijk toepasbaar te maken in de praktijk. De eerste stap betreft 'choice talk', oftewel het bespreken van de keuzes. Bij deze stap is het belangrijk dat de hulpverlener voor de patiënt inzichtelijk maakt welke opties er mogelijk zijn. De tweede stap betreft 'option talk', waarbij de hulpverlener meer gedetailleerde informatie geeft over de verschillende opties. Bij de derde stap, 'decision talk' wordt de patiënt ondersteunt bij het overwegen van de opties van zijn/haar voorkeur om vervolgens samen te beslissen wat het beste is. Asturby, Shepherd en Cheyne (2016) hebben twee aanvullingen op het stappenplan van Elwyn et al. (2012, te weten: 'identifying the issue' en 'relationships'. Identifying the issue, oftewel het identificeren van het probleem is volgens de onderzoekers allereerst belangrijk, omdat de stap 'option talk' dan gerichter kan plaatsvinden. De aanvulling 'relationships' is volgens de onderzoekers belangrijk, omdat dit de rode draad is van de andere stappen. Met relationships wordt bedoeld dat het belangrijk is om een samenwerkingsverband aan te gaan met de patiënt.

In de huidige transitie van zorg is de term SDM van groot belang. Patiënten worden steeds mondiger en willen meer inspraak in zijn/haar eigen behandeling. Het is daarom ook steeds meer vanzelfsprekend dat de patiënt actief betrokken wordt om mee te denken in plaats van dat er voor de patiënt gedacht wordt. De term 'patiëntenparticipatie' is dan ook een actueel begrip. Zo vraagt het Veiligheid Management Systeem van patiënten om mee te denken/ te werken om fouten te voorkomen tijdens de zorgverlening (VMS, 2013).

3.1.2 Toepassing

SDM wordt in verschillende zorgsettingen toegepast, de 'naam' die hieraan geven wordt verschilt echter. In de GGZ wordt veel gesproken over samen keuzes maken (SKM), in de medische wereld spreekt men veelal over 'samen beslissen' en in de jeugdgezondheidszorg komt de term 'beslissen in dialoog' naar voren.

Gezondheidszorg

In de medische wereld is SDM een bekend begrip, het wordt ook wel samen beslissen genoemd. De behandelaar is in het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) ook verplicht om de patiënt maximaal te informeren over behandelingsmogelijkheden, om vervolgens samen met de patiënt een gedegen keuze te maken over welke behandeling het best past bij de patiënt (Rijksoverheid, 2016). Uit recent onderzoek van de patiëntenfederatie blijkt echter dat dit nog te weinig gebeurt. Vier op de tien patiënten zouden zich te weinig betrokken voelen bij het gesprek met de arts over de behandeling. De patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten starten daarom met de campagne 'betere zorg begint met een goed gesprek'. Het doel is om artsen en patiënten nog bewuster te maken van het belang van samen beslissen over de meest geschikte behandeling (Telegraaf, 2016).

Geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt er gewerkt met de methode 'samen keuzes maken (SKM)'. SKM komt veelal overeen met de methodiek SDM. Bij SKM worden de deskundigheid van de psychiater, de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en wetenschappelijke inzichten gebruikt om tot een behandelingsbeslissing te komen. SKM wordt in de GGZ met name toegepast bij besluiten rondom medicatie. Over het algemeen vergt een psychiatrische aandoening namelijk een langdurige medicamenteuze behandeling. Het gebruik van medicatie heeft zowel positieve als negatieve gevolgen voor de cliënt en vaak zijn meerdere opties mogelijk. Besluiten zijn daarom vaak gevoelig aangezien het complexe gevolgen heeft. Met SKM wordt de cliënt ondersteund om zelf het besluit te maken (Bähler & Oosterveld, 2013).

Maatschappelijke gezondheidszorg

Ook in de maatschappelijke gezondheidszorg komen de principes van SDM terug. Zo blijkt uit onderzoek van Meijeren (n.d.) naar de praktijkvoering van SDM door wijk- ziekenverzorgenden en verpleegkundigen bij Buurtzorg Nederland. De verzorgenden en verpleegkundigen aldaar laten de regie veelal bij de cliënten en betrekken de familie en mantelzorgers bij besluitvormingen.

Jeugdgezondheidszorg

In de jeugdgezondheidszorg wordt SDM ook belangrijker. In een rapport van het NJI (2014) wordt gesproken over het belang van het 'beslissen in dialoog'. Het zou bijdragen aan de samenwerkingsrelatie tussen hulpverleners, ouders en jeugdige, daar zij zich meer gehoord en serieus genomen zouden voelen. Wat op zijn beurt de kans op acceptatie van het hulpaanbod zou vergroten. De kans op positieve zorguitkomsten zijn daarmee groter. Het is onduidelijk in hoeverre SDM of 'beslissen in dialoog' al daadwerkelijk toegepast wordt door jeugdgezondheidsverpleegkundigen.

3.1.3 Ervaringen met SDM in de praktijk

Wanneer het gaat over kansen betreft SDM komen een aantal punten terug in de literatuur. Weloverwogen keuzes worden veelal gemaakt, wanneer patiënten op opties gewezen worden. Verder wordt veelal verstandig gekozen, omdat patiënten minder risico nemen wanneer zij goed geïnformeerd zijn. Tevens bevordert het de relatie tussen zorgprofessionals en de patiënt, omdat je van elkaar weet wat er aan de hand is en wat de reden is achter een bepaalde keuze (Broersen, 2011). Naar aanleiding van het onderzoek van Asturby, Shepherd en Cheyne (2016) zijn tevens sterke aanwijzingen dat de toepassing van SDM leidt tot een verhoogde patiënttevredenheid, patiëntbetrokkenheid en verbeterde zorguitkomsten. In het artikel van Wyatt et al. (2015) is geconcludeerd dat een significant verschil blijkt te zijn tussen kennisverbetering en besluitvormingsconflicten, wanneer SDM toegepast wordt.

Tevens worden knelpunten benoemd. SDM vraagt namelijk om een andere manier van werken. Zo zal de hulpverlener op een andere manier moeten communiceren (Broersen, 2011). Uit onderzoek van Goldolphin blijkt dat een grote kloof bestaat tussen de theorie en de huidige praktijkvoering. Zo worden de communicatieve vaardigheden die nodig zijn voor SDM niet onderwezen op hogescholen en universiteiten (Goldolphin, 2009). Het werken volgens de principes van SDM zouden dus in de eerst instantie stressvol kunnen zijn (Broersen, 2011). In het artikel van LaQuanta et al. (2010) wordt tevens beweerd dat de SES en cultuurverschillen van invloed zijn op SDM. Zo zijn zowel in dit onderzoek als in voorgaand onderzoek verschillen gezien in de toepassing van SDM, uitgaande van de volgende factoren: opleiding, inkomen, gezondheidsstatus en etniciteit. Wel geeft dit onderzoek aan dat SDM belangrijk is om toe te passen, ongeacht voorgaande factoren,

echter dienen de interventies van SDM dan aangepast te worden. Het betrekken van het kind bij SDM wordt sterk beïnvloed door de ernst van de ziekte. In het onderzoek van Coyne et al. (2014) komt naar voren dat kinderen een beperkte rol hebben ten aanzien van behandelingsbeslissingen. Zo worden kinderen vaak alleen betrokken bij 'kleine' beslissingen, waarbij het welzijn van het kind niet op het spel staat. Wel wordt het belang van het betrekken van kinderen bij het nemen van beslissingen genoemd. Zo houdt het kind zelf regie, waardoor het kind een vertrouwensrelatie opbouwt met de hulpverlener.

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

Voor het praktijkonderzoek werden zes JGZ verpleegkundigen van de GGD Groningen uit vier van de zeven regio's semigestructureerd geïnterviewd, te weten: regio Delfzijl/Appingedam/Loppersum, regio midden Groningen/Oldambt, regio Groningen Noord-West en regio Groningen Centraal-Oost. Tevens werd er één ouder semigestructureerd geïnterviewd. De resultaten van het praktijkonderzoek worden in onderstaande sub paragrafen weergegeven aan de hand van de gebruikte topics (zie subparagraaf 2.2.3). Allereerst worden de resultaten van de interviews met de JGZ verpleegkundige beschreven, waarop de resultaten van het interview met de ouder volgen in een aparte alinea. Er worden citaten van de respondenten benoemd om de resultaten te verhelderen, deze zijn cursief en tussen aanhalingstekens weergegeven.

3.2.1 Gezond opgroeien

Aan de JGZ verpleegkundigen is gevraagd wat zij belangrijk vinden bij het gezond opgroeien van het kind. Vijf van de zes geïnterviewde JGZ verpleegkundigen geven aan dat de basis heel belangrijk is. Onder de basis verstaan de JGZ verpleegkundigen o.a. *'dat ouders goed in hun ouderlijke rol zitten'*, *'dat zij zorgen dat hun kind kleren aan heeft, naar school gaat en te eten krijgt'*, maar ook *'dat ouders er zijn voor hun kind, ook al zijn zij gescheiden'*. Twee van de zes verpleegkundigen noemen verder veiligheid als belangrijk onderdeel voor het gezond opgroeien. Ook een liefdevolle omgeving vinden twee van de zes JGZ verpleegkundigen erg belangrijk, dit betreft voor hen een breed begrip die elke ouder op zijn eigen manier invult. Tevens worden er begrippen als *'structuur'*, *'hechting'* en *'evenwicht'* genoemd door enkele verpleegkundigen.

Voor het gezond opgroeien van het kind noemt de geïnterviewde ouder dat zij het van belang vindt dat er genoeg kansen zijn voor haar kind om zich te ontwikkelen, dat zij zich niet druk hoeft te maken over de ouders en dat zij 'kind' kan zijn.

3.2.2 Probleemhantering

Kijkend naar de probleemhantering geven alle JGZ verpleegkundigen aan dat school normaliter de signalerende functie heeft. De JGZ verpleegkundigen zien schoolkinderen in principe alleen tijdens screeningsmomenten in groep twee en zeven. Hier signaleert de JGZ verpleegkundige (mogelijke) problemen. Soms komen ouders zelf met vragen over problemen bij de JGZ verpleegkundige. Alle JGZ verpleegkundigen geven aan dat scholen een interne zorgroute hebben. De interne zorgroute betreft een stappenplan van maatregelen welke de leerkrachten en een intern begeleider op school doorlopen bij een kind met een extra zorgbehoefte. Eén van de zes JGZ verpleegkundigen geeft aan dat zij in de interne zorgroute ook al betrokken wordt om mee te denken. Ook wordt zij door de school op de hoogte gehouden. De andere vijf JGZ verpleegkundigen geven aan dat zij enkel worden ingeschakeld wanneer school er niet uit komt met de interne zorgroute of wanneer het probleem zich bij het kind thuis voordoet in plaats van op school. Alle zes JGZ verpleegkundigen geven aan dat zij in gesprek gaan met ouders wanneer zij door school ingeschakeld worden. Zij proberen hiermee het probleem beter te analyseren. Twee van de zes JGZ verpleegkundigen gaat dit gesprek aan door middel van een 'driegesprek'. Bij een

driegesprek komen ouders, onderwijs en zorg samen om het probleem gezamenlijk te verhelderen en zo mogelijk tot een oplossing te komen. Eén JGZ verpleegkundige geeft tevens aan te kijken of het probleem misschien bij de ouder ligt in plaats van bij het kind. Alle JGZ verpleegkundigen geven aan dat zij als JGZ verpleegkundigen van de GGD preventief te werk gaan, primair secundair of tertiair. Zij hebben de mogelijkheid om de ouders te helpen met behulp van drie contactmomenten. Wanneer er meer hulp nodig is wordt er een hulpverleningstraject opgestart door één van de professionals uit een multidisciplinair team. Drie van de zes JGZ verpleegkundigen geven aan dat zij altijd eerst in overleg gaan met ouders voor dat zij het 'probleem' inbrengen in het multidisciplinair team. Twee van de zes JGZ verpleegkundigen overleggen al eerder met het multidisciplinair team en bespreekt de uitkomsten met de ouders. Eén van de zes JGZ verpleegkundigen pakt het anders aan. Zij betreft de ouders bij het multidisciplinair overleg om samen te besluiten welke hulpverlening zij het beste vinden voor hun kind.

De geïnterviewde ouder heeft uitgelegd hoe het in haar situatie ging. Zij heeft zelf hulp ingeroepen om te voorkomen dat haar kind problemen kreeg, aangezien zij zelf een burn-out had. Met het kind ging het op dat moment (nog) goed. Later hebben zich problemen voorgedaan op school en heeft school een hulpverleningstraject ingezet via de JGZ verpleegkundige. Ditgeen heeft school zonder overleg met ouder gedaan. De JGZ verpleegkundige heeft toen opties voorgesteld waar ouder op dat moment geen behoefte aan had. De JGZ verpleegkundige heeft geduld gehad en is vaker met ouder in gesprek gegaan, waarna ouder het nut wel inzag van een vervolgtraject door middel van Intensieve Pedagogische Gezinsbegeleiding.

3.2.3 Samenwerking

Negatieve ervaringen

Wanneer er gesproken wordt over knelpunten met betrekking tot de samenwerking tussen onderwijs zorg en ouders zijn er verschillende punten genoemd. Zo geven vier van de zes JGZ verpleegkundigen aan dat zij soms te laat worden ingeschakeld bij problematiek. De JGZ verpleegkundigen noemen dit een gemiste kans, omdat het dan soms te laat is om nog preventief in te grijpen. Deze JGZ verpleegkundigen geven dan ook aan dat het een belangrijke taak is om het contact goed te onderhouden met school om het 'straatje warm te houden', zodat de drempel lager is om de JGZ verpleegkundige te vragen bij wat nog 'onschuldige signalen' lijken. Eén andere JGZ verpleegkundige vindt het niet perse slecht dat de JGZ verpleegkundige niet altijd ingeroepen wordt. Zo is die JGZ verpleegkundige van mening dat het ook goed kan zijn dat school het zelf probeert op te lossen aangezien de 'hulpverlening' soms ook weerstand op kan leveren bij ouders. Diezelfde JGZ verpleegkundige geeft ook aan dat zij het soms moeilijk vindt om samen te werken met school, aangezien school en zorg ieder vanuit hun eigen 'straatje' kijken en dus een verschillende visie hebben kijkend naar probleemhantering. Weer één andere JGZ verpleegkundige noemde het financiële plaatje als belemmering voor de samenwerking. Zo kunnen school en zorg op sommige vlakken hetzelfde bieden, maar schuiven zij het op elkaar af om hun eigen budget niet te hoeven verbruiken. Ook tijdsdruk wordt veel genoemd. Zo geeft één JGZ verpleegkundige aan dat het terugkoppelen nog wel eens vergeten wordt wanneer het druk is. Drie andere verpleegkundigen noemen dat er soms wachtlijsten bestaan voor hulpverlening. Dit zou de samenwerking negatief beïnvloeden. Tot slot is de verschuiving van het personeel niet gunstig gezien de samenwerking. Zo melden twee JGZ verpleegkundigen dat sinds de JGZ wordt aangestuurd door de gemeente er veel verschuiving is geweest in het personeel. Dit heeft er toe geleid dat scholen niet goed wisten bij wie zij terecht konden en vise verca, met andere woorden werden de korte lijntjes verstoord.

De geïnterviewde ouder gaf aan dat zij het als zeer onprettig heeft ervaren dat zij zelf met de vraag om hulp (ter voorkoming van) is gekomen en dat toen er zich problemen voordeden school buiten haar om heeft gehandeld. Ook geeft zij aan dat haar niet gevraagd is wat zij het beste vond voor haar kind. Zij kreeg het gevoel dat zij 'straf' kreeg, omdat zij het 'niet goed deed'.

Positieve ervaringen

Alle JGZ verpleegkundigen benoemen dat zij het goed vinden dat ouders overal bij betrokken worden. Één JGZ verpleegkundige benoemt dan ook dat dit verplicht is in het kader van de privacywetgeving. Open communicatie wordt ook als prettig ervaren door twee andere JGZ verpleegkundigen. Vijf van de zes JGZ verpleegkundigen zijn erg positief over de eerder genoemde interne zorgroute. Zo geeft één JGZ verpleegkundige aan dat het op die manier voor alle betrokken partijen duidelijk is welke stappen er doorlopen worden bij bepaalde signalen. Ook de intern begeleider op scholen is van meerwaarde voor een goede samenwerking zo zeggen drie van de zes JGZ verpleegkundigen. De intern begeleider betreft een vast aanspreekpunt wat de korte lijntjes bevordert. Alle JGZ verpleegkundigen geven aan dat zij korte lijntjes belangrijk vinden. Zo zegt één JGZ verpleegkundige dat zij het voor de samenwerking belangrijk vindt *'dat je elkaar zonder blikken of blozen kunt vinden'*. Over de wet passend onderwijs zijn de meningen verdeeld. Zo geeft één JGZ verpleegkundige aan: *'ik vind de wet passend onderwijs een rampzalige wet. Waarom? Omdat er geen niveaus in zijn aangebracht, er is geen ondergrens. Ieder kind heeft recht op passend onderwijs en wat ik terug krijg van scholen is dat ze soms met de handen in het haar zitten en beslissingen Shared Decision moeten doen met van alles en nog wat waardoor een situatie duurt en duurt. Dit is niet goed voor het kind zelf, niet goed voor al zijn klasgenoten en niet goed voor de leerkrachten'*. Een andere JGZ verpleegkundige vindt de wet passend onderwijs juist heel goed werken. Zo zijn er op de school waar zij als jeugdverpleegkundige werkzaam is heel veel kinderen met een extra zorgbehoefte, er is daarom meer subsidie. Door de extra subsidie hebben leerkrachten meer mogelijkheden om deze kinderen beter te begeleiden.

De geïnterviewde ouder heeft het contact met de JGZ verpleegkundige als zeer prettig ervaren. Vooral aangezien zij veel geduld had, maar toch de 'vinger aan de pols' hield en contact bleef houden. Ook vond zij het prettig dat zij de regie bij de ouder zelf heeft gelaten.

Ideale samenwerking

Kijkend naar de 'ideale' samenwerking zeggen twee van de zes JGZ verpleegkundigen dat dit een continue leerproces is, waarbij je de samenwerking steeds wilt verbeteren. Alle JGZ verpleegkundigen vinden het belangrijk dat de lijntjes kort zijn. Twee van de zes JGZ verpleegkundigen zou het goed vinden om facilitaire mogelijkheden te ontwikkelen, waarbij alle verschillende disciplines onder één dak zitten, zodat je vaker bij elkaar binnen kunt lopen en fysiek contact hebt. Één JGZ verpleegkundige zou voor een ideale samenwerking meer tijd willen. Twee JGZ verpleegkundigen vinden open communicatie belangrijk bij een 'ideale' samenwerking. Één andere JGZ verpleegkundige vindt het belangrijk dat er structureler overleg plaatsvindt met school om zo problemen eerder op te sporen of problemen te voorkomen. Ook goede communicatie tussen zorg, school en ouders wordt door drie JGZ verpleegkundigen genoemd als onderdeel van een 'ideale' samenwerking. Twee JGZ verpleegkundigen noemen verder dat een stabiele organisatie zou bijdragen aan de 'ideale' samenwerking, waarbij er vaste gezichten zijn op scholen. Één JGZ verpleegkundige zou willen dat de JGZ verpleegkundige en het multidisciplinaire team bij een school zouden horen. Nu is dat ingericht in regio's wat er soms voor zorgt dat sommige casuïstieken moeten worden overdragen naar andere teams, omdat het kind in een andere regio woont. Tot slot noemt een JGZ verpleegkundige dat het voor de 'ideale' samenwerking van belang is dat er een goede relatie is tussen ouder en zorgverlener. Waarbij de

zorgverlener goed luistert naar de wensen van de ouder en wanneer er geen goede relatie is er een andere zorgverlener aan te pas komt.

De 'ideale' samenwerking zou voor de ouder zijn wanneer zij als ouder overal bij betrokken wordt. Zij heeft nu het gevoel gehad dat school haar 'buitenspel heeft gezet'. Ook zou zij het goed vinden dat school en zorgprofessional de ouder als samenwerkingspartner zien en dat zij niet met de wijzende vinger het gedrag van de ouder afkeuren.

Shared Decision Making

Alle JGZ verpleegkundigen geven aan de term SDM niet te kennen. Vier van de zes JGZ verpleegkundigen zocht het begrip op internet op alvorens het interview plaatsvond. Het heeft volgens hen veel overeenkomsten met hun eigen werkwijze. De andere twee JGZ verpleegkundigen vinden SDM overeenkomen met het multidisciplinair overleg dat zij voeren. Alle JGZ verpleegkundigen vinden dat besluiten die genomen moeten worden altijd een gezamenlijk besluit zijn, aangezien de ouder hiermee in moet stemmen. Eén verpleegkundige plaatst daarbij een kanttekening, bij bijvoorbeeld vermoedens van kindermishandeling zullen besluiten buiten ouders om gemaakt worden. Drie van de zes JGZ verpleegkundigen betrekken de ouders bij het maken van beslissingen door ouders te vragen wat zij het beste zouden vinden voor hun kind, waarnaar zij de professionele opties voorleggen om vervolgens samen de beste optie te kiezen. Alle JGZ verpleegkundigen geven aan dat alle ouders, ondanks een lage SES of een andere cultuur betrokken moeten worden bij SDM. Vier van de zes JGZ verpleegkundigen geven aan dat SDM minder goed toegepast wordt bij een lage SES of een andere cultuur. Zo zijn zij dan meer sturend door bijvoorbeeld maar één optie te geven in plaats van meerdere. De ouders moeten hier dan wel mee instemmen, dus het laatste woord is aan hen. De andere twee JGZ verpleegkundigen zijn van mening dat je als verpleegkundige je communicatieve vaardigheden moet gebruiken om SDM wel goed toe te passen bij deze populatie. Zo is er volgens hen meer tijd en geduld voor nodig. Twee van de zes JGZ verpleegkundigen vindt het belangrijk dat je met SDM op één lijn zit met ouders, dat je dus als gesprekspartners communiceert in plaats van als hulpverlener-patiënt relatie. Eén JGZ verpleegkundige is negatief over SDM. Zo vindt zij dat ouders dan teveel zeggenschap hebben, wat in het kader van de wet passend onderwijs negatief zou kunnen uitpakken voor andere kinderen zonder problematiek. De JGZ verpleegkundige noemt hierbij een voorbeeld van een kind dat eigenlijk niet in het basisonderwijs thuis hoort maar waarvan de ouders niet willen dat het kind naar speciaal onderwijs gaat. *'Zij beroepen zich dan op de wet passend onderwijs, waarbij het kind recht heeft op passend onderwijs. Omdat beslissingen Shared Decision gemaakt dienen te worden duren situaties eindeloos en kom je soms tot niets. Omdat het kind met problematiek dan op het basisonderwijs blijft gaat alle aandacht hiernaar toe waarbij er te weinig oog is voor kinderen zonder extra zorgbehoeftes'*, aldus de JGZ verpleegkundige. Wanneer de JGZ verpleegkundigen gevraagd wordt naar de 'ideale' toepassing van SDM, komen zij terug op de positieve en negatieve punten van de samenwerking.

De term SDM is onbekend voor de geïnterviewde ouder. Uit het interview blijkt dat de ouder het prettig vindt om betrokken te worden bij beslissingen en zelf de regie te behouden, maar dat de zorgprofessional duidelijk aangeeft wat de beste optie is. De ouder geeft aan dat zij nu vaak van school enkel te horen kreeg: 'dit gaat niet goed.. daar moet je wat aan doen', terwijl de ouder op dat moment meer behoefte had aan hulp bij 'hoe zij dat beter moest doen.'

3.2.4 Betrokkenheid kind

Alle JGZ verpleegkundigen geven aan dat de betrokkenheid van het kind afhankelijk is van de leeftijd. Twee JGZ verpleegkundigen vinden tevens dat het afhankelijk is van het probleem. Vier van de zes JGZ verpleegkundigen geven aan het belangrijk te vinden het kind te betrekken, dit aangezien je de medewerking van het kind nodig hebt. Één JGZ verpleegkundige vindt dat het kind enkel betrokken kan worden bij 'kleine' beslissingen, waarbij het welzijn van het kind geen gevaar loopt. Drie van de zes JGZ verpleegkundigen vinden het de verantwoordelijkheid van de ouders om beslissingen te nemen. Wanneer kinderen betrokken worden doen JGZ verpleegkundigen dat op verschillende manieren. Twee JGZ verpleegkundigen doen dit door in gesprek te gaan met het kind over wat hij/zij een oplossing vindt. Zo geeft één JGZ verpleegkundige aan dat de oplossing vaak heel simpel is wanneer je het kind betreft, want kinderen hebben vaak makkelijke oplossingen. De andere vier JGZ verpleegkundigen betrekken het kind met name door het kind te informeren. Zo geeft één JGZ verpleegkundige als voorbeeld dat zij het kind betreft bij SDM door uitleg te geven over hoeveel suikerklontjes er in zijn/haar eten en drinken zitten om uit te leggen wat hij/zij kan doen tegen overgewicht.

De geïnterviewde ouder geeft aan dat haar kind niet betrokken werd bij beslissingen. Haar kind werd enkel geïnformeerd over wat de bedoeling was.

In dit hoofdstuk werden de resultaten van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek uitgelicht.

Hoofdstuk 4 Discussie

In dit hoofdstuk komt de discussie aan bod. Allereerst wordt er een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten, waarna deze worden vergeleken met de resultaten vanuit de literatuur. Vervolgens worden de sterke en de zwakke punten van het onderzoek uitgelicht. Tot slot zijn implicaties voor de KWP IKK en de praktijk toegelicht.

De onderzoekspopulatie bestond uit zes JGZ verpleegkundigen van de GGD Groningen en één ouder wiens kind te maken heeft met de JGZ verpleegkundige. Alle respondenten werden semigestructureerd geïnterviewd aan de hand van een vooraf opgesteld meetinstrument welke is gebaseerd op vier topics: gezond opgroeien, probleemhantering, samenwerking en de betrokkenheid van het kind.

Uit de interviews met de JGZ verpleegkundigen kwam naar voren dat de JGZ verpleegkundigen het veelal met elkaar eens zijn wanneer het gaat om 'gezond opgroeien' zo vinden vijf van de zes JGZ verpleegkundigen de basis belangrijk. De geïnterviewde ouder benoemde juist dat zij het belangrijk vindt dat haar kind genoeg kansen krijgt om gezond op te groeien. Kijkend naar de probleemhantering is het duidelijk dat de JGZ verpleegkundigen in de regel geen signalerende functie hebben, maar dat zij uitgaan van de signalen van scholen. Alle zes JGZ verpleegkundigen geven aan dat zij altijd in gesprek gaan met ouders om het probleem te verhelderen. De geïnterviewde ouder gaf in eerst instantie aan zelf hulp ingeschakeld te hebben, maar werd in het volgende proces niet betrokken door school. Wat betreft de samenwerking tussen ouders, onderwijs- en zorgprofessionals is duidelijk geworden dat de JGZ verpleegkundigen over het algemeen tevreden zijn. De JGZ verpleegkundigen noemen de korte lijntjes, open communicatie en de interne zorgroute als positieve punten. De financiën, tijdsdruk en het soms te laat ingeschakeld worden als belemmering gezien voor de samenwerking. De ouder gaf aan dat zij het als zeer onprettig heeft ervaren dat school buiten haar om heeft gehandeld, maar dat zij het contact met de JGZ verpleegkundige prettig vindt. Kijkend naar SDM geven alle JGZ verpleegkundigen aan de term niet te kennen, evenals de ouder. Het had volgens hen wel overeenkomsten met hun eigen werkwijze. JGZ verpleegkundigen geven aan dat een lage SES of een andere cultuur invloed kan hebben op de gezamenlijke besluitvorming. Wel zijn de JGZ verpleegkundigen van mening dat ouders, ongeacht SES of cultuur ten alle tijden betrokken moeten worden bij beslissingen, uitzonderingen als kindermishandeling worden daar gelaten. Wanneer het kind betrokken wordt is volgens de JGZ verpleegkundigen leeftijds- en situatie afhankelijk. Wanneer zij het kind betrekken is dit veelal door te informeren of het kind zelf te vragen naar een eventuele oplossing. De ouder geeft aan dat haar kind niet is betrokken bij hun hulpverleningstraject.

Opvallend is dat de JGZ verpleegkundigen aangeven de term SDM niet te kennen, maar dat het volgens hen wel overeen komt met hun manier van werken. Echter is het niet duidelijk of dit daadwerkelijk zo is. Wanneer de onderzoekers vroegen naar SDM kwamen de JGZ verpleegkundigen veelal terug op een 'goede' samenwerking. Zij lijken dus de link te leggen tussen een 'goede samenwerking' en SDM, terwijl uit de literatuur blijkt dat SDM meer is dan alleen een 'goede samenwerking' (Elwyn, 2012). Verder valt het op dat een lage SES en/of een andere cultuur een negatieve invloed heeft op SDM, dit blijkt zowel uit het literatuuronderzoek als uit het praktijkonderzoek. Zo gaven LaQuanta et al. (2010) aan dat dit een negatieve invloed heeft op SDM en dat het daarom van belang is om de interventies hierop aan te passen. Dit komt overeen met de mening van de geïnterviewde JGZ verpleegkundigen die zeggen dat ze SDM minder goed toepassen bij deze doelgroep. Uit zowel het artikel van Coyne et al. (2014) als bij de geïnterviewde JGZ verpleegkundigen

blijkt dat kinderen enkel betrokken worden bij SDM als het gaat om 'kleine' beslissingen waarbij het welzijn van het kind niet in het geding komt.

In het artikel van Goldophin (2009) komt naar voren dat de methodiek van SDM niet onderwezen wordt op hogescholen en universiteiten. Dit doet vermoeden dat het toepassen van SDM in de praktijk nog onderbelicht is aangezien professionals geen vaardigheden aangeleerd zouden hebben om dit toe te passen. Uit de interviews blijkt echter dat de JGZ verpleegkundigen vinden dat zij SDM al wel toepassen in hun huidige werkwijze. De term SDM wordt echter niet door hen gebruikt.

Kijkend naar de sterke en de zwakke punten van het onderzoek kan gesteld worden dat het onderzoek betrouwbaar is aangezien het reproduceerbaar is. Zo zijn de gemaakte stappen zorgvuldig beschreven in het hoofdstuk methodologie. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode is passend bij de onderzoeksvraag, daar het ging om het inventariseren van meningen en niet om cijfers. Tevens werd gebruik gemaakt van een bestaand meetinstrument waarvan de waarde al aangetoond was. Zo werd de topiclijst gebruikt van het verwante onderzoek van Mulder et al. (2016). Aangenomen kan worden dat de topiclijst geen overbodige topics meer bevatte en dat er geen hiaten waren, aangezien dit niet beschreven werd in de discussie van het verwante onderzoek van Mulder et al. (2016). Ook hebben de onderzoekers het meetinstrument zelf nog geoefend. Dit zorgde voor een verhoogde betrouwbaarheid van het meetinstrument. Doordat de interviews zijn opgenomen met een videorecorder en vervolgens zijn getranscribeerd kon bij het analyseren dicht bij de werkelijkheid gebleven worden en is geen relevante informatie verloren gegaan. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid positief. Tevens kunnen kritische noten geplaatst worden bij het onderzoek. Zo was bij de steekproef mogelijk sprake van afhankelijkheid. De regiomanagers kozen JGZ verpleegkundigen zowel selectief als aselectief. Opvallend was dat de contactpersoon van de GGD Groningen aangaf dat het vaak dezelfde JGZ verpleegkundigen zijn die mee doen aan onderzoeken. Er zou dus een zekere mate van selectiebias kunnen zijn, wat een negatieve invloed kan hebben op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Ook zijn relatief weinig ouders geïnterviewd, namelijk één ouder tegenover zes JGZ verpleegkundigen. De resultaten van de verschillende doelgroepen konden daarom niet goed met elkaar vergeleken worden. Ook zijn de resultaten van het interview met de ouder niet representatief, aangezien er maar één ouder geïnterviewd is. Dit heeft een negatieve invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het coderen van de transcripten zou onafhankelijk van elkaar gedaan worden in het programma atlas TI. Dit is echter niet onafhankelijk van elkaar gebeurd, omdat de codes ter plekke bedacht werden en deze wel overeen dienden te komen om de interviews goed te kunnen analyseren. Doordat dit niet onafhankelijk is gebeurd, is geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gecreëerd. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid negatief. Tot slot is weinig wetenschappelijke literatuur gevonden over de effecten en ervaringen van SDM in de jeugdgezondheidszorg, wat maakt dat geen goede vergelijking gemaakt kon worden met de praktijkresultaten en de resultaten uit de literatuur. De wetenschappelijke literatuur die gebruikt is werd niet beoordeeld op level of evidence aangezien relatief weinig literatuur te vinden was. De resultaten van het literatuuronderzoek kunnen daarmee in twijfel getrokken worden.

Met dit onderzoek is voor de KWP IKK inzicht verkregen in de wensen en ervaringen van de JGZ verpleegkundigen en ouders op het gebied van SDM. Dit betekent dat dit onderzoek een bijdrage heeft geleverd aan het uiteindelijke doel van de KWP, namelijk: een brede groep professionals, die betrokken zijn bij de ontwikkeling van kinderen, handvatten te bieden voor het werken volgens de wet passend onderwijs en te leren interdisciplinair samen te werken. Zo werden met dit onderzoek aanbevelingen gegeven aan de KWP IKK

over welke handvatten voor JGZ verpleegkundigen nodig zijn om volgens de principes van SDM te werken. Tevens heeft dit onderzoek als gevolg dat de JGZ verpleegkundigen en regiomanagers inzicht hebben in hun stand van zaken op het gebied van de wensen en ervaringen omtrent SDM.

In dit hoofdstuk werd er ingegaan op de discussiepunten van het onderzoek.

Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusie en de aanbevelingen beschreven.

5.1 Conclusie

Naar aanleiding van het onderzoek kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek, welke luidt als volgt: “Wat zijn de wensen en ervaringen van de jeugdgezondheidszorgverpleegkundigen en ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte in de leeftijd van 0-12 jaar met Shared Decision Making en hoe werken onderwijs, zorg en ouders hierin samen?” De conclusie op de hoofdvraag zal voortvloeien uit de conclusies van de deelvragen van het onderzoek. In de conclusie wordt gesproken over ‘de geïnterviewde ouder’, aangezien de resultaten van de ouder niet representatief zijn naar de gehele doelgroep ‘ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte in de leeftijd van 0-12 jaar’. Wanneer gesproken wordt over de JGZ verpleegkundigen, worden hierbij de JGZ verpleegkundigen van de GGD Groningen bedoeld.

Naar aanleiding van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de JGZ verpleegkundigen en de geïnterviewde ouder niet bekend zijn met het begrip SDM. De JGZ verpleegkundigen beweren dat de eigen werkwijze overeenkomt met de principes van SDM. SDM wordt ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd. Het betreft een aanpak waarbij de patiënt geïnformeerd wordt over welke keuzes er zijn en wat deze inhouden. Tevens wordt de patiënt ondersteunt bij het overwegen van zijn/haar voorkeur, om vervolgens samen te beslissen wat de beste optie is (Elwyn, 2012). Onduidelijk is of deze principes daadwerkelijk toegepast worden door de JGZ verpleegkundigen. Tijdens het praktijkonderzoek kwamen de JGZ verpleegkundigen veelal terug op ‘goed’ samenwerken en dat de ouder altijd akkoord dient te gaan met een behandeling. Wat wel duidelijk naar voren kwam is dat zowel de JGZ verpleegkundigen als de geïnterviewde ouder het belangrijk vinden dat ouders betrokken worden bij besluitvormingen over het kind, met uitzondering van specifieke gevallen zoals kindermishandeling. Tevens vinden de JGZ verpleegkundigen korte lijntjes en open communicatie belangrijk bij SDM. Randvoorwaarden om SDM goed te kunnen toepassen zijn volgens de JGZ verpleegkundigen, meer tijd, structureler overleg en een stabiele organisatie. De geïnterviewde ouder vindt het belangrijk om gezien te worden als samenwerkingspartner bij SDM. Gesteld kan worden dat JGZ verpleegkundigen SDM onvoldoende toepassen wanneer de ouder een lagere SES heeft of een andere cultuur. Aangezien ouders vaak minder inzicht/kennis hebben in behandelingsmogelijkheden, zouden de JGZ verpleegkundigen de ouders meer sturen richting één optie. Dit terwijl gewoonlijk van ouders gevraagd wordt om mee te denken over de beste optie. Dat een lage SES of een andere cultuur invloed heeft op SDM blijkt ook uit de wetenschappelijke literatuur (LaQuanta, Kenney, Denboba, & Strickland, 2013). Kinderen worden zelden betrokken bij SDM. De JGZ verpleegkundigen benoemen dat dit afhankelijk is van de leeftijd van het kind en het probleem dat zich voordoet. Zo zouden kinderen enkel betrokken worden bij ‘kleine’ beslissingen, waarbij het welzijn van het kind niet in gevaar is. Wel geven de JGZ verpleegkundigen aan dat kinderen betrokken worden door hen te informeren. De geïnterviewde ouder beaamde dit. Voorgaande komt ook duidelijk naar voren in de wetenschappelijke literatuur van Coyne et al. (2014)

Kijkend naar het samenwerkingsverband tussen onderwijs, zorg en ouders zijn de meningen verdeeld. De JGZ verpleegkundigen geven aan over het algemeen tevreden te zijn over de samenwerking. Zo ervaren zij de interne zorgroute vanuit school als positief en vinden zij het ook belangrijk om het contact te onderhouden met scholen. Qua knelpunten wordt het te laat inschakelen van de zorgprofessional, de verschillende visies, tijdsdruk, financiën en de verschuiving van personeel genoemd. De geïnterviewde ouder is ontevreden over de samenwerking met school, maar is positief over de samenwerking met de zorg. De zorg begeleidt de ouder beter, aldus de geïnterviewde ouder.

5.2 Aanbevelingen

Uit bovenstaande conclusie komen zowel voor de praktijk als voor de opdrachtgever; de KWP IKK aanbevelingen naar voren. Aangezien de KWP IKK de praktijk handvatten wil bieden voor het werken volgens de principes van SDM geldt de aanbeveling voor de praktijk indirect voor de KWP IKK. Als volgt:

5.2.1 Aanbevelingen voor de KWP IKK

Observatieonderzoek

Het is tijdens het praktijkonderzoek opgevallen dat de respondenten niet bekend waren met de term 'SDM'. Een aantal JGZ verpleegkundigen hadden de term opgezocht, anderen vroegen voorafgaand aan het interview naar een toelichting omtrent de term SDM. De JGZ verpleegkundigen gaven aan dat de principes van SDM overeenkomen met hun eigen werkwijze. Of dit daadwerkelijk overeenkomt, is niet duidelijk geworden tijdens de interviews. Het verdient daarom een aanbeveling om vervolgonderzoek te doen naar hoeverre de huidige werkwijze van de JGZ verpleegkundigen aansluit op de principes van SDM. Dit zou gedaan kunnen worden door middel van een observatieonderzoek om zo inzicht te krijgen in de werkwijze van de JGZ verpleegkundigen en dit te kunnen vergelijken met de principes van SDM. Op basis hiervan kan een geldende conclusie getrokken worden.

Onderzoeken vergelijken

Aangezien er (in opdracht van de KWP IKK) onderzoek is gedaan naar de wensen en ervaringen van verschillende zorgprofessionals (logopedie, onderwijs, maatschappelijk werk) en ouders met SDM verdient het een aanbeveling om deze resultaten met elkaar te vergelijken. Op basis hiervan kunnen verschillen en overeenkomsten vastgesteld worden, aan de hand daarvan kan eventueel verder onderzoek gedaan worden.

5.2.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Kennis bieden

Uit de literatuur blijkt dat SDM vele kansen biedt. Zo leidt het tot verstandige en weloverwogen keuzes, tot verbeterde zorguitkomsten en een verhoogde patiënttevredenheid. Tevens kan het zorgen voor een verbeterde relatie tussen patiënt en zorgprofessional. Vermoed wordt dat de principes van SDM niet geheel duidelijk zijn voor JGZ verpleegkundigen. Zo leken zij de link te leggen tussen een 'goede' samenwerking en SDM, terwijl uit de literatuur blijkt dat SDM een opzichzelfstaande manier van werken is. SDM is dus meer dan alleen een 'goede' samenwerking. Aangezien SDM vele kansen biedt zou het goed zijn dat JGZ verpleegkundigen hiervan op de hoogte zijn. Aanbevolen wordt daarom om de JGZ verpleegkundigen meer kennis te bieden over de principes van SDM. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een klinische les aan te bieden over SDM.

In dit hoofdstuk kwamen de conclusie en de aanbevelingen aan bod.

Literatuurlijst

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragcode praktijkgericht onderzoek voor het HBO*. Elan strategie & creatie: Delft.
- Astbury, R., Shepherd, A., & Cheyne, H. (2016). *Working in partnership: the application of shared decision-making to health visitor practice*. Journal of clinical nursing.
- Baarda, Goede, & Teunissen. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bähler, M., & Oosterveld, H. (2013). *SamenKeuzesMaken, gereedschap voor shared decision making in de GGZ*. Opgeroepen op 12 29, 2016, van Trimbos: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/c31f9c99-51a3-4fb9-97c7-872a0a98fbbb.pdf>
- Bartelink, C., Berge, I. t., & Yperen, T. v. (2013). *Beslissen over effectieve hulp: wat werkt in indicatiestelling?*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- BKV Groep. (2016). *Functieomschrijving jeugdverpleegkundige*. Opgeroepen op 10 14, 2016, van BKV Groep: <https://medischevacature.nl/functieomschrijving-jeugdverpleegkundige>
- Broersen, S. (2011). *Shared Decision Making voor beginners*. Opgehaald van Medisch contact: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Shared-decision-making-voor-beginners.htm>
- CCMO. (n.d.). Opgeroepen op 10 12, 2016, van <http://www.ccmo.nl/>
- Cox, K., Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*.
- Dassen, T., Keuning, F., Jansen, G., & Jansen, W. (2013). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties* (Vol. 7). Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- Elwyn, G. e. (2012). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff University, UK. Cochrane.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen! kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- GGD Groningen. (2016). *Wie Wat Waar bij GGD Groningen*. Opgeroepen op 10 27, 2016, van GGD Groningen: <https://ggd.groningen.nl/over-ggd-groningen/organogram-ggd-groningen>
- Godolphin, W. (2009). *Shared Decision Making*. Healthcare Quarterly. Longwoods.
- Hennink, M., Hutter, H., & Bailey, I. (2011). *Qualitative Research Methods*. Sage Publications Ltd.
- Jong, Vandenbroele, Arend, Maesschalck, & Moortel. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen: Reed Business.
- LaQuanta, S., Kenney, M., Denboba, D., & Strickland, B. (2013). Family Perceptions of Shared Decision-Making with Health Care Providers: Results of the National Survey of Children with Special Health Care Needs, 2009–2010. *Matern Child Health Journal*.

- Lectoraat Integraal Jeugdbeleid. (2016). *Opdracht gezond opgroeien kenniswerkplaats*. Opgeroepen op 9 28, 2016, van Intern document Hanzehogeschool: <https://blackboard.hanze.nl>
- Meijeren, L. (n.d.). Opgeroepen op 12 30, 2016, van venvn.nl:
<http://venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2014%20Documenten/20140429%20Lilianne%20Meijeren.pdf>
- Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Mulder, L., Oostra, J., Poog, N., Smand, J., Tooi, D., & Tromp, A. (2016). *Eindrapport Shared Decision Making: Een praktijkgericht onderzoek naar de ervaringen en wensen van zorg- en onderwijsprofessionals*. Groningen: Hanzehogeschool.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (n.d.). *Richtlijn: JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning*. Opgeroepen op 11 02, 2016, van JGZ richtlijn:
<https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=9&rlpag=726>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2014). *Beslissen over hulp door ouders, jeugd en de jeugd- en gezinsgeneralist*. Opgeroepen op 10 4, 2016, van [http://www.nji.nl/nl10/\(316915\)-Beslissen-over-hulp-door-ouders,-jeugdige-en-de-jeugd--en-gezinsgeneralist.pdf](http://www.nji.nl/nl10/(316915)-Beslissen-over-hulp-door-ouders,-jeugdige-en-de-jeugd--en-gezinsgeneralist.pdf)
- Rijksoverheid. (2016). Burgelijk wetboek 7, artikel 7: Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Opgeroepen op 09 28, 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2016-09-01>
- Rijksoverheid. (n.d.). Opgeroepen op 9 20, 2016, van Wet passend onderwijs:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs>
- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). Evidence-based medicine: how to practise and teach EBM. *Churchill Livingstone*. Opgeroepen op 10 2016, 04
- Schulte, M. (2016). *Projectplan KWP "Integraal kijken naar kinderen"*. Opgeroepen op 09 27, 2016, van Intern Document, Hanze Hogeschool.
- Telegraaf. (2016). Opgeroepen op 12 29, 2016, van http://www.telegraaf.nl/gezondheid/26735243/___Onvrede_over_gesprek_met_arts___html
- Tienen. (n.d.). *Kind met specifieke zorgbehoefte*. Opgeroepen op 01 16, 2017, van Tienen:
<https://www.tienen.be/kind-met-specifieke-zorgbehoefte>
- Universitair Centrum Psychiatrie. (n.d.). *Shared Decision Making: samen keuzes maken in de praktijk*. Opgeroepen op 10 31, 2016, van www.kenniscentrumphrenos.nl
- V&VN, NU'91, Welzijn, F. Z., Welzijn, C. Z., Richtsnoer', R. s., Nederland, H., & CGMV. (2015). *Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (Vol. 4). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- VMS. (2013). *patientenparticipatie*. Opgeroepen op 12 29, 2016, van [vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl):
<http://www.vmszorg.nl/veiligheidsmanagement/patientenparticipatie>
- Wyatt, M., Betsy List, M., William B. Brinkman, M. M., Gabriela Prutsky Lopez, M., Noor Asi, M., Patricia Erwin, M., . . . Annie LeBlanc, P. (2015). Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Pediatrics*.

Bijlagen

In dit verslag zijn de volgende bijlagen opgenomen:

- Bijlage 1: Meetinstrument interview met JGZ verpleegkundigen
- Bijlage 2: Meetinstrument interview met ouders
- Bijlage 3: Benaderingsmail JGZ verpleegkundigen: uitnodiging interviews
- Bijlage 4: Toestemmingsformulier
- Bijlage 5: Gebruikte codes ATLAS Ti
- Bijlage 6: Redactionele- en methodologische beoordelingsformulieren
- Bijlage 7: Antiplagiatverklaring
- Bijlage 8: Safe-Assignment

Bijlage 1: Meetinstrument interview met JGZ verpleegkundigen

Interview vragen voor de JGZ verpleegkundige

Gezond opgroeien

- Wat vindt u als verpleegkundige belangrijk voor het gezond opgroeien van het kind?

Probleem hantering:

- Wat doet u wanneer u een probleem constateert bij het kind?
 - Zelfmanagement of juist directe hulpverlening?
 - Wanneer neemt u contact op met andere hulpverleners?
 - Bepaald u dit zelf of gaat dit in overleg? Zo ja met wie?

Samenwerking:

- Hoe verloopt de samenwerking op dit moment tussen ouders, zorg en onderwijs?
 - Hoe ervaart u deze samenwerking, wat is prettig, wat juist niet?
 - Wat zijn uw ervaringen hiermee?
 - Wat zou beter kunnen ?
 - Hoe gaat dit in het kader van de wet passend onderwijs?
- Hoe zou de ideale samenwerking tussen zorg, onderwijs, ouders en het kind er uit zien?
- Hoe zou Shared Decision Making volgens u toegepast moeten worden?
- Zijn er ook situaties waarbij u denkt dat Shared Decision Making beter niet toegepast kan worden?
 - Te denken aan sociaal economische status, cultuurverschillen en dergelijke.
 - Zouden de ouders en het kind in dit geval ook op een andere manier betrokken kunnen worden bij beslissingen?

Betrokkenheid kind:

- Wordt het kind betrokken bij het maken van keuzes/afspraken bij problematiek?
 - Hoe ?

Bijlage 2: Meetinstrument interview met ouders

Interview vragen voor de ouders:

Gezond opgroeien

- Wat heeft uw kind volgens u nodig om gezond te kunnen opgroeien?

Probleemhantering:

- Wat doet u als u merkt dat uw kind problemen ervaart?
 - Wat doet u zelf? Hoe pakt u dat aan?
 - Zou u hulp vragen aan een hulpverlener. Zo ja, hoe komt u hier dan mee in contact?

Samenwerking:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen u (als ouder) en de zorg- en onderwijsprofessionals?
 - Hoe ervaart u deze samenwerking? wat is prettig, wat juist niet?
 - Wat zijn uw ervaringen hiermee?
 - Wat zou beter kunnen ?
- Hoe zou de ideale samenwerking tussen zorg, onderwijs, ouders en het kind er uit zien?
- Hoe zou Shared Decision Making volgens u toegepast moeten worden?

Betrokkenheid van het kind:

- Werd uw kind betrokken bij het maken van keuzes/afspraken bij problematiek?
 - Hoe ?

Bijlage 3: Benaderingsmail JGZ verpleegkundigen: uitnodiging interviews

.. November 2016, Groningen
Betreft: Onderzoek Shared Decision Making

Geachte mevrouw/meneer naam...,

Graag willen wij ons aan u voorstellen, wij zijn Gabriella Ecça en Renske Seinstra. Wij zijn studenten aan de Hanzehogeschool, Academie voor Verpleegkunde en studeren komend half jaar af. Via Marie-Claire Cornips is toestemming verleend om onderzoek te mogen doen bij GGD Groningen. Dit onderzoek zal gaan over Shared Decision Making, welke tot stand is gekomen vanuit de kenniswerkplaats "Integraal kijken naar kinderen"¹.

Een aantal maanden geleden is uw regiomanager naam... benaderd door Marie-Claire Cornips om verpleegkundigen deel te laten nemen aan ons onderzoek. We hebben begrepen dat u ook mee zou willen doen. We willen u daarom van harte uitnodigen voor een interview. Het interview zal ongeveer een uur van uw tijd vragen en kan plaatsvinden op uw werk of een andere door uw gekozen locatie.

Wij zouden ook graag een aantal ouders (van kinderen met een tijdelijke/blijvende extra zorgbehoefte) willen interviewen welke te maken hebben met Shared Decision Making/ de samenwerking tussen ouders , zorgprofessionals en onderwijsprofessionals. Wij hopen dat u ons hiermee verder kan helpen.

Onderstaand zijn een aantal datums wanneer wij zouden kunnen:
In week 47 (21 t/m 25 November) zijn wij de gehele week beschikbaar.
In week 48 (28 t/m 2 December) zijn wij ook de gehele week beschikbaar.
In week 49 (5 t/m 8 December) zijn wij maandag t/m donderdag beschikbaar.

In de bijlage vindt u het toestemmingsformulier. Wij vragen u vriendelijk deze te ondertekenen indien u hiermee akkoord gaat.

Graag horen wij voor 18 November uw voorkeur betreft het interview, mochten de bovenstaande datums u niet uitkomen zijn wij bereid op een later moment alsnog het interview af te nemen.

Met vriendelijke groet,

Renske Seinstra & Gabriella Ecça

¹ Vijf schools van de Hanzehogeschool (de Academies voor Sportstudies, Sociale Studies, Gezondheidsstudies en Verpleegkunde en de Pedagogische Academie) hebben in samenwerking met lectoraten van integraal Jeugdbeleid initiatief genomen tot de inrichting van school-overstijgende kenniswerkplaatsen op het gebied van Jeugd.

Bijlage 4: Toestemmingsformulier

Geachte deelnemer,

Onze namen zijn Gabriella Eccca en Renske Seinstra. Wij zijn vierde jaars verpleegkunde studenten aan de Hanzehogeschool Groningen. In het kader van ons afstuderen voeren wij een praktijkgericht onderzoek uit. Wij willen u vriendelijk vragen om mee te doen aan dit onderzoek. U mag zelf beslissen of u wil deelnemen aan het onderzoek.

Het onderzoek richt zich op de wensen en ervaringen van de JGZ verpleegkundigen en de ouders ten aanzien van Shared Decision Making, ook wel gezamenlijke besluitvorming, en hoe hier in samengewerkt wordt. De onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: "Wat zijn de wensen en ervaringen van JGZ verpleegkundigen en ouders van kinderen met een (tijdelijke) extra zorgbehoefte in de leeftijd van 0-12 jaar met Shared Decision Making en hoe werken onderwijs, zorg en ouders hierin samen?"

Door JGZ verpleegkundigen en ouders individueel te interviewen wordt er inzicht verkregen in voorgaande. Alle gegevens worden vertrouwelijk verwerkt. Zo worden persoonlijke gegevens van u niet in het onderzoek opgenomen. Indien u toestemming geeft, wordt het interview met een voice recorder opgenomen. De reden hiervan is dat de onderzoeker geen relevante informatie mist. De gegevens worden vernietigd door de onderzoekers, nadat het onderzoek afgerond is en/of u weigert aan deelname tijdens het onderzoek. Transcripties zullen overgedragen worden aan de kenniswerkplaats "integraal kijken naar kinderen" en worden maximaal vijftien jaar bewaard, zodat er aan de hand van de ingewonnen informatie verder onderzoek gedaan kan worden.

Als u besluit niet mee te doen, kunt u zich zonder opgave van reden terugtrekken en hoeft u onderstaand toestemmingformulier niet te tekenen. Mocht er tijdens het onderzoek informatie bekend worden die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, wordt de deelnemer hiervan tijdig op de hoogte gesteld.

Verklaring deelnemer:

- ❖ Ik heb bovenstaande informatie gelezen en ben hierdoor voldoende geïnformeerd betreft het onderzoek.
- ❖ Het is mij duidelijk dat mee doen vrijwillig is en ik mij ten aller tijde terug kan trekken, zonder opgave van reden.
- ❖ Ik geef toestemming om het interview op te nemen en de onderzoekers mogen mijn gegevens anoniem gebruiken.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Bijlage 5: Gebruikte codes ATLAS Ti

Betrokkenheid kind
Betrokkenheid kind - afhankelijk van leeftijd
Betrokkenheid kind - afhankelijk van problematiek
Betrokkenheid kind - betrokken bij kleine beslissingen
Betrokkenheid kind - het kind moet het zelf ook willen
Betrokkenheid kind - in gesprek gaan
Betrokkenheid kind - informeren
Betrokkenheid kind - mededeling welke hulp er ingezet ging worden
Betrokkenheid kind - ouders verantwoordelijk
Eigen aanvulling - Scholing Science of Safety
Gezond opgroeien
Gezond opgroeien - basis
Gezond opgroeien - hechting en veiligheid
Gezond opgroeien - liefdevolle omgeving
Gezond opgroeien - stabiele omgeving
Gezond opgroeien - veiligheid
Gezond opgroeien - voldoende mogelijkheden tot ontwikkeling
Probleem hantering
Probleem hantering - driegesprek school ouders en vpk
Probleem hantering - GGD preventief
Probleem hantering - Hulp inzetten
Probleem hantering - Hulp inzetten, altijd met toestemming ouders
Probleem hantering - interne zorgroute school
Probleem hantering - JGZ vpk signaleert
Probleem hantering - met ouders in gesprek
Probleem hantering - Multidisciplinair team
Probleem hantering - netwerken/contact onderhouden met school
Probleem hantering - Oplossing gesprek JGZ vpk
Probleem hantering - ouders schakelen soms zelf hulp in
Probleem hantering - probleem analyseren
Probleem hantering - probleem ligt soms bij ouders
Probleem hantering - school signalerende functie
Samenwerking
Samenwerking - contact
Samenwerking - ideaal beeld
Samenwerking - leerproces
Samenwerking - negatief samenwerking tussen school, GGD, ouder
Samenwerking - negatief begeleiding vanuit school
Samenwerking - negatief eigen straatje
Samenwerking - negatief financieel
Samenwerking - negatief ouder niet betrokken
Samenwerking - negatief terugkoppeling
Samenwerking - negatief verschuiving personeel
Samenwerking - negatief wachtlijsten
Samenwerking - Negatief wet passend onderwijs
Samenwerking - open communicatie
Samenwerking - positief betrokkenheid ouders
Samenwerking - positief gezamenlijk doel afstemmen
Samenwerking - positief interne zorgroute
Samenwerking - positief korte lijntjes
Samenwerking - positief wet passend onderwijs
Samenwerking - school wacht soms lang met inzetten van JGZ

Samenwerking - school wacht soms lang met inzetten van JGZ - mening neutraal
Samenwerking - terugkoppeling onderwijs
Samenwerking - VO loopt achter
SDM- altijd een gezamenlijk besluit
SDM- negatief
SDM - bij SES/ethniciteit toepassing minder goed
SDM - op één lijn, als gesprekpartners
SDM - SES/ethniciteit altijd betrekken bij SDM
SDM - SES/ethniciteit professional moet dit kunnen
SDM - term onbekend
SDM - valt onder multidisciplinair team
SDM - wat denken ouders wat het beste is
SDM - wat denkt ouder wat het beste is, niet besproken

Bijlage 6: Redactionele- en methodologische beoordelingsformulieren

Beoordelingsformulier artikel 1:

Onderdeel:	Voorbeeld (toelichting):
Titelblad:	
Complete titel en eventueel ondertitel	Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences
Naam onderzoeker(s)/auteur(s)	Imelda Coyne, Aislinn Amor, Gemma Kiernan, Faith Gibson
Publicatie/tijdschrift:	
Naam tijdschrift	European Journal of Oncology Nursing
Doelgroep	Verpleegkundigen
Jaartal	2014
Samenvatting:	
Ongeveer een halve pagina	Samenvatting bestaat uit een halve pagina
Probleemstelling, onderzoeksvraag, hypothese	Probleemstelling: Bij het traject van oncologische zorg is het betrekken van kinderen bij de besluitvorming weinig onderzocht en gecompliceerd doordat er tegenstrijdige meningen over zijn. Onderzoeksvraag: Worden kinderen betrokken bij de besluitvorming van hun oncologische behandeling? Hypothese: er wordt nog geen hypothese aangenomen.
Opzet, resultaten en belangrijkste conclusies	Opzet: Het betreft een kwalitatieve studie waarin gekeken wordt naar de ervaringen van de kinderen, ouders en professionals. Resultaten: De rol van ouders en kinderen bij de besluitvorming werd aanzienlijk beïnvloed door de ernst van de ziekte. Aangezien kanker een levensbedreigende ziekte is, 'moeten' sommige behandelingen gedaan worden en was weigeren geen optie. Kinderen werden daarom bij zulke beslissingen niet betrokken aangezien er geen keuze was voor hen. Kinderen werden over het algemeen wel betrokken bij kleine beslissingen (die het welzijn van het kind niet in gevaar konden brengen), zodat zij een stukje regie terug kregen. Dit zorgde voor een vertrouwensrelatie en een betere samenwerking tussen professional en kind. Belangrijkste conclusies: Beroepsbeoefenaren beheersen het proces van SDM, kinderen blijken een minimale rol te hebben. Volwassen hielden de verantwoordelijkheid.
Inleiding:	
Aanleiding van het onderzoek	Eerdere studies toonden aan dat het betrekken van kinderen bij beslissingen over hun behandeling bijdragen aan het algemeen welbevinden van het kind. SDM blijkt belangrijk. Er was nog weinig bewijs over de betrokkenheid van het kind bij SDM.
Doel van het onderzoek	Betrokkenheid van het kind bij beslissingen over hun oncologische behandeling vaststellen.
Probleemstelling en deelvragen	Er zijn geen duidelijke deelvragen weergegeven. Probleemstelling zie samenvatting.
Begripsafbakening	Er is geen begripsafbakening.
Theoretisch kader	In de inleiding worden met behulp van verschillende wetenschappelijke artikelen het effect en de noodzaak van de betrokkenheid van het kind bij SDM aangetoond.
Methode:	
Onderzoeksdesign/onderzoeksopzet	Kwalitatief onderzoek, er worden interviews afgenomen om de ervaringen te achterhalen.
Onderzoekspopulatie/steekproef	Ouders en kinderen zijn op basis van een gelegenheidssteekproef uitgenodigd om deel te nemen. Inclusiecriteria waren als volgt: - Kind heeft een behandeling ontvangen voor kanker voor meer dan zes weken, - kind is tenminste zeven jaar oud. De steekproef van de professionals is gerandomiseerd getrokken om zo een rijke en gevarieerde steekproef te verkrijgen.
Dataverzamelingsstechniek en meetinstrumenten	Dataverzamelingsstechniek is het interview (audio opgenomen), meetinstrument is een semigestructureerde vragenlijst met zes topics.
Data-analyse methoden	Audio opnames zijn getranscribeerd en geanalyseerd met het programma QSR NVivo 8.
Resultaten:	
Beschrijving van de onderzoeksgroep	De studie is uitgevoerd op de hematologische oncologie afdeling van een kinderziekenhuis in Ierland.

	Onderzoeksgroep betreft kinderen, ouders en professionals.
Kwantitatieve resultaten	Niet van toepassing. In tabel 1, 2 en 3 wordt weergegeven hoe representatief de steekproef is ten aanzien van de kinderen, ouders en professionals.
Kwalitatieve resultaten	De rol van ouders en kinderen bij de besluitvorming werd aanzienlijk beïnvloed door de ernst van de ziekte. Aangezien kanker een levensbedreigende ziekte is, 'moeten' sommige behandelingen gedaan worden en was weigeren geen optie. Kinderen werden daarom bij zulke beslissingen niet betrokken aangezien er geen keuze was voor hen. Kinderen werden over het algemeen wel betrokken bij kleine beslissingen (die het welzijn van het kind niet in gevaar konden brengen) , zodat zij een stukje regie terug kregen. Dit zorgde voor een vertrouwensrelatie en een betere samenwerking tussen professional en kind.
Tabellen, diagrammen, figuren, grafieken en overzichten	Zie kwantitatieve resultaten.
Mate van significantie van de resultaten	Niet van toepassing.
Nog geen conclusies	Er worden geen conclusies beschreven in het hoofdstuk resultaten.
Conclusie en discussie:	
Herhaling centrale vraagstelling en doelstelling	De vraagstelling en doelstelling worden niet letterlijk herhaald, maar door het antwoord op de vraag en de conclusie kun je de vraagstelling en doelstelling wel lezen.
Koppeling van de resultaten aan de vraagstelling	Ja
Antwoord op de centrale vraagstelling	Kinderen worden betrokken bij kleine beslissingen.
Overige conclusies	Hoewel SDM bij oncologische zorg bij kinderen een uitdaging is, moeten kinderen altijd betrokken worden.
Aanbevelingen	De onderzoekers bevelen aan om een vervolgstudie uit te voeren m.b.v. een longitudinal studie.
Evaluatie van de resultaten methodologisch (bias/fouten, beperkingen van het onderzoek, validiteit en generaliseerbaarheid)	De beperkingen van het onderzoek worden weergegeven, nml: De resultaten betreffen ervaringen, deze zijn vatbaar voor andere interpretaties. Er zijn geen waarnemingstechnieken gebruikt. Kinderen en ouders zijn alleen geïnterviewd binnen een jaar van de diagnose. Hun standpunten over SDM zouden kunnen veranderen in de loop der tijd, de onderzoekers geven daarom dan ook een aanbeveling voor een vervolgstudie m.b.v. een Longitudinal studie.
Discussie over de uitkomsten	In de discussie worden de uitkomsten vergeleken met de literatuur.
Literatuur:	
Alfabetische literatuurlijst	Is aanwezig.
Juiste opmaak	Correct.
Volledig en precies	Correct.
Juiste verwijzingen, literatuur komt ook in de tekst voor	Correct.

(Verhoeven, 2011).

Beoordelingsformulier artikel 2:

Onderdeel:	Voorbeeld (toelichting):
Titelblad:	
Complete titel en eventueel ondertitel	Family Perceptions of Shared Decision-Making with Health Care Providers: Results of the National Survey of Children with Special Health Care Needs, 2009–2010
Naam onderzoeker(s)/auteur(s)	LaQuanta P. Smalley, Mary Kay Kenney, Diana Denboba en Bonnie Strickland
Publicatie/tijdschrift:	
Naam tijdschrift	Matern Child Health Journal
Doelgroep	Professionals die betrokken zijn bij de zorg voor kinderen
Jaartal	2014
Samenvatting:	
Ongeveer een halve pagina	De samenvatting bestaat uit ongeveer een half a4.
Probleemstelling, onderzoeksvraag, hypothese	Probleemstelling: De maternal en child health bureau herzag onlangs de mate van gezamenlijke besluitvorming (SDM). Onderzoeksvraag: De onderzoekers proberen nu de resultaten te beoordelen om te kijken of ze voldoen aan de herziene maatregel. Hypothese: wordt niet beschreven in de samenvatting.
Opzet, resultaten en belangrijkste conclusies	Opzet: de opzet van het onderzoek wordt niet beschreven in de samenvatting. Resultaten: Families met een grotere functionele beperkingen hadden twee keer zoveel kans op het ontbreken van gezamenlijke besluitvorming. Er werden

	verschillen gezien tussen gezinnen met een hoog inkomen versus een laag inkomen, laag versus hoog opleidingsniveau, verzekerd versus onverzekerd en culturele verschillen. Belangrijkste conclusie: Er werden grote verschillen gezien in de toepassing van SDM met betrekking tot de sociaal economische status en het cultuur.
Inleiding:	
Aanleiding van het onderzoek	Shared decision making blijkt belangrijk voor een samenwerkingsverband. Respectvol partnerschap waarbij beide partijen de mogelijkheid krijgen om informatie te delen. De voorkeuren van de patient worden hierbij aangemoedigd en beschouwd. Beide partijen bepalen samen de beste zorg optie voor de optimale gezondheid uitkomsten. Er is groeiende interesse in SDM maar er zijn maar weinig studies gedaan naar de significantie van SDM bij families van kinderen die speciale hulp behoeven (Children with Special Health Care Needs (CSHCN)). Voorgaande studies gaven ook een notitie van verschillen bij SDM op basis van ras/ethniciteit, inkomens, opleiding, verzekering en gezondheidsstatus.
Doel van het onderzoek	Op basis van eerdere geralteede studies veronderstellen de onderzoekers verschillen in SDM op basis van SEH en cultuur. De onderzoekers leggen de nadruk op het achterhalen van deze verschillen.
Probleemstelling en deelvragen	Er worden geen deelvragen beschreven.
Begripsafbakening	Begripsafbakening wordt niet weergegeven in de inleiding.
Theoretisch kader	In de inleiding wordt een theoretisch kader weergegeven over SDM.
Methode:	
Onderzoeksdesign/onderzoeksopzet	Kwantitatief onderzoek naar prevalentie.
Onderzoekspopulatie/steekproef	Families met CSHCN. Criteria: ten minste één van de volgende: (1) kinderen die meer medische/ geestelijke of educatieve zorg nodig zijn dan andere kinderen van dezelfde leeftijd, (2) met een recept voor geneesmiddelen, (3) met beperkingen om dezelfde dingen te doen die een ander kind doet van dezelfde leeftijd, (4) die speciale therapie ondergaat, (5) die emotionele-, ontwikkelings-, gedragsbegeleiding nodig heeft.
Dataverzamelingstechniek en meetinstrumenten	Er wordt via gesprekken aan de telefoon informatie verzameld. Er werden twee vragen gesteld. (1) Hoe vaak de kind betrokken werd bij de besluitvorming over de zorg en (2) hoe tevreden/ontevreden de familie hiermee was.
Data-analysemethoden	Voor de statistische data analyse werd het programma SUDAAN 11.0 gebruikt.
Resultaten:	
Beschrijving van de onderzoeksgroep	Zie onderzoekspopulatie bij methodiek.
Kwantitatieve resultaten	De kwantitatieve resultaten worden weergegeven in de tabellen maar niet toegelicht in het hoofdstuk resultaten.
Kwalitatieve resultaten	Niet van toepassing.
Tabellen, diagrammen, figuren, grafieken en overzichten	Tabel 1 laat de sociaal-demografische gezondheids kenmerken van de landelijk representatieve steekproef zien. Tabel 2 laat de prevalence zien van SDM outcome Tabel 3 laat de associatie zien van SDM met andere componenten SES en ethniciteit. Tabel 4 laat de uitkomsten van SDM zien in de 5 medical homes componenten.
Mate van significantie van de resultaten	De resultaten zijn statistisch significant $p = <0.0001$ m.u.v. de characteristic urbancity $p = <0.3227$.
Nog geen conclusies	In de resultaten wordt nog geen conclusie beschreven.
Conclusie en discussie:	
Herhaling centrale vraagstelling en doelstelling	De vraagstelling en doelstelling worden niet letterlijk herhaald, maar door het antwoord op de vraag en de conclusie kun je de vraagstelling en doelstelling wel lezen.
Koppeling van de resultaten aan de vraagstelling	Ja.
Antwoord op de centrale vraagstelling	Er wordt antwoord gegeven op de centrale vraagstelling. Namelijk: SDM wordt veel toegepast bij families van CSHCN, maar bij SES en andere ethniciteit lagere uitkomst van SDM.
Overige conclusies	Geen overige conclusies.
Aanbevelingen	De onderzoekers bevelen aan dat SDM toegepast moet worden omdat het aangetoond heeft dat het effectief is en dat interventies aangepast zouden moeten worden op SES en ethniciteit.
Evaluatie van de resultaten methodologisch (bias/fouten,	De onderzoekers melden bepaalde beperkingen van het onderzoek. Zo zou de cross-sectionele enquête het vermogen om causale conclusies te trekken

beperkingen van het onderzoek, validiteit en generaliseerbaarheid)	beperken en was het een beperking dat sommigen al eerder een enquête hadden ingevuld per telefoon en andere niet. De resultaten moeten daarom beschouwd worden als 'voorlopig'.
Discussie over de uitkomsten	In de discussie worden de uitkomsten vergeleken met die van de literatuur.
Literatuur:	
Alfabetische literatuurlijst	Correct.
Juiste opmaak	Correct.
Volledig en precies	Correct.
Juiste verwijzingen, literatuur komt ook in de tekst voor	Bronvermelding in tekst wordt aangeduid met cijfers, welke bij het klikken(het betreft een link) doorverwijzen naar de bronvermelding in de literatuurlijst.

(Verhoeven, 2011).

Beoordelingsformulier artikel 3

Onderdeel	Voorbeeld (toelichting):
Titelblad:	
Complete titel en eventueel ondertitel	Working in partnership: the application of shared decision-making to health visitor practice.
Naam onderzoeker(s)/auteur(s)	Ruth Astbury, Ashley Shepherd and Helen Cheyne
Publicatie/tijdschrift:	
Naam tijdschrift	Journal of Clinical Nursing
Doelgroep	Verpleegkundigen
Jaartal	2016
Samenvatting:	
Ongeveer een halve pagina	De samenvatting is een halve pagina.
Probleemstelling, onderzoeksvraag, hypothese	Processen van gezamenlijke besluitvorming verkennen en het creëren van plannen om het welzijn van baby's en kinderen te verbeteren.
Opzet, resultaten en belangrijkste conclusies	Het onderzoek bestond uit twee fasen. In fase 1 zijn er gegevens verzameld, middels audio-opnames, waarbij twee gezondheidsbezoekers + ouders een gesprek hadden over besluitvorming. In deze gesprekken werden beslissingen gemaakt rondom de planning voor een baby of kind als onderdeel van de gebruikelijke zorg. Vervolgens werd er om ervaringen gevraagd van de deelnemers, door middel van individuele vragenlijsten. In fase 2 werden er semigestructureerde interviews gehouden met negen gezondheidsbezoeker en negen ouders, waarbij er gevraagd werd naar ervaringen met betrekking tot de planning van zorg. Gezien de resultaten kan er gezegd worden dat interventies toegankelijk waren voor het hele gezin, die betrokken zijn bij de besluitvorming door betekenisvolle gesprekken. Ook werd de vertrouwensrelatie bevordert met de professional, de ouders en de kinderen. Ondanks het bewijs van een sterke vertrouwensrelatie tussen de professional, ouders en kinderen is gezamenlijke besluitvorming een uitdaging, wanneer ondersteunde processen ontbraken.
Inleiding:	
Aanleiding van het onderzoek	Wereldwijd ligt de focus op het welzijn van kinderen. Het welzijn van kinderen heeft impact op de toekomstige gezondheid van de bevolking en ontwikkelde landen investeren daarom in het welzijn van het kind in de "vroege jaren."
Doel van het onderzoek	Processen van gezamenlijke besluitvorming verkennen en het creëren van plannen om het welzijn van baby's en kinderen te verbeteren.
Probleemstelling en deelvragen	Zie samenvatting. Deelvragen zijn niet weergegeven.
Begripsafbakening	Begrippen zijn afgebakend in tabel 1.
Theoretisch kader	Aanwezig.
Methode:	
Onderzoeksdesign/onderzoeksopzet	Er is een kwalitatief beschrijvend onderzoek gedaan.
Onderzoekspopulatie/steekproef	Er waren totaal 13 deelnemers.
Dataverzamelingsstechniek en	Er zijn Elwyn's OPTIES vragenlijsten gebruikt om ervaringen met betrekking tot

meetinstrumenten	gezamenlijke besluitvorming te inventariseren. Verder zijn er semigestructureerde interviews gedaan.
Data-analysemethoden	Elwyn's vragenlijsten en semigestructureerde interviews.
Resultaten:	
Beschrijving van de onderzoeksgroep	De deelnemers van het onderzoek waren baby's/kinderen en ouders.
Kwantitatieve resultaten	Niet van toepassing.
Kwalitatieve resultaten	SDM bevordert de vertrouwensrelatie tussen professional, ouders en kinderen. Echter is SDM wel een uitdaging, wanneer ondersteunende processen ontbreken.
Tabellen, diagrammen, figuren, grafieken en overzichten	Er is gebruik gemaakt van tabellen.
Mate van significantie van de resultaten	Niet beschreven.
Nog geen conclusies	In de resultaten worden nog geen conclusies beschreven.
Conclusie en discussie:	
Herhaling centrale vraagstelling en doelstelling	De vraagstelling en doelstelling worden niet herhaald in de conclusie. Er wordt verwezen naar de samenvatting.
Koppeling van de resultaten aan de vraagstelling	Ja.
Antwoord op de centrale vraagstelling	Ondanks het bewijs van een sterke vertrouwensrelatie tussen de professional, ouders en kinderen is gezamenlijke besluitvorming een uitdaging, wanneer ondersteunende processen ontbreken. Gedeeltelijke besluitvorming blijkt effectief. Er moet wel structuur zijn in de gesprekken. Tevens moet er sprake zijn van verduidelijking en overeenstemming. De interventies die gedaan werden ten behoeve van het welzijn van het kind, bleken toegankelijk en aanvaardbaar. Hieruit bleek ook een positief effect op werkrelaties tussen de bezoeker, de ouders en professionals. Processen die werden geïdentificeerd als het ondersteunen van gezamenlijke besluitvorming: - Een gedeeld begrip tussen de bezoeker en de ouder, van wat de 'kwestie' was en hoe het in verband met het welzijn van het kind is. - Evidence-based interventies die fysiek en mentaal toegankelijk waren voor het hele gezin - indien nodig - Diepe, zinvolle gesprekken met behulp van gevoelige en responsieve benaderingen. - Positieve vertrouwensrelaties tussen bezoekers en ouders, andere belangrijke familieleden en professionals.
Overige conclusies	Geen overige conclusies aanwezig.
Aanbevelingen	Er wordt geen aanbeveling benoemd door de onderzoekers.
Evaluatie van de resultaten methodologisch (bias/fouten, beperkingen van het onderzoek, validiteit en generaliseerbaarheid)	Beperkingen zijn beschreven. De onderzoekers geven bv. aan dat de populatie klein was. In fase 1 wisten de deelnemers van de studie, dit zou de resultaten kunnen beïnvloeden (bias). De ouders die in fase 2 geïnterviewd werden, hadden een positieve relatie met de professional, dit kan de resultaten ook beïnvloeden.
Discussie over de uitkomsten	Ouders geven soms aan dat er meer keuzes werden gegeven, dan dat er daadwerkelijk haalbaar was. Ook was het dan kiezen tussen opties, in plaats van gezamenlijke besluitvorming. Verder wijst de studie uit dat als kinderen meer weten over het netwerk en de invloed van het netwerk, de kennis vergroot.
Literatuur:	
Alfabetische literatuurlijst	Aanwezig.
Juiste opmaak	Ja.
Volledig en precies	Ja.
Juiste verwijzingen, literatuur komt ook in de tekst voor	Ja.

(Verhoeven, 2011).

Beoordelingsformulier artikel 4

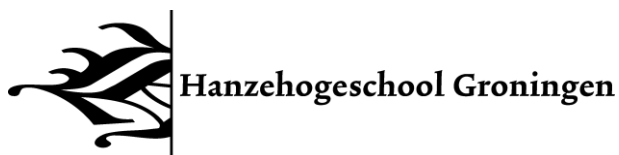
Onderdeel	Voorbeeld (toelichting):
Titelblad:	
Complete titel en eventueel ondertitel	Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis
Naam onderzoeker(s)/auteur(s)	Kirk D. Wyatt, MD; Betsy List, MPH; William B. Brinkman, MD, MEd, MSc; Gabriela Prutsky Lopez, MD; Noor Asi, MD; Patricia Erwin, MLS; Zhen Wang, PhD; Juan Pablo Domecq Garces, MD; Victor M. Montori, MD, MSc; Annie LeBlanc, PhD
Publicatie/tijdschrift:	
Naam tijdschrift	Elsevier
Doelgroep	Medisch personeel
Jaartal	2015
Samenvatting:	
Ongeveer een halve pagina	De samenvatting is ongeveer een halve pagina.
Probleemstelling, onderzoeksvraag, hypothese	Er is weinig bekend over de effecten van interventies ten aanzien van SDM met betrekking tot kinderen.
Opzet, resultaten en belangrijkste conclusies	De meta-analyse werd uitgevoerd op 3 uitgangspunten; kennis, conflict en tevredenheid. Er zijn vijftien studies geïnccludeerd in de meta-analyse. Heterogeniteit in deze studies waren hoog. Uit deze studies bleek dat SDM aanzienlijk kennis verbetert en besluitvormingsconflicten vermindert. Echter bleek sprake van grotere tevredenheid niet significant.
Inleiding:	
Aanleiding van het onderzoek	SDM is een opkomende trend in de kindergeneeskunde, echter zijn de meeste interventies niet grondig bestudeerd. Verder is er beperkt bewijs beschikbaar, wat suggereert dat SDM kennis verbetert en besluitvormingsconflicten vermindert. Tot slot worden kinderen vaak niet betrokken in medische beslissingen.
Doel van het onderzoek	Samenvatten van SDM interventies met betrekking tot kinderen.
Probleemstelling en deelvragen	Er is weinig bekend over de effecten van interventies ten aanzien van SDM met betrekking tot kinderen. Er zijn geen deelvragen beschreven.
Begripsafbakening	Er is geen sprake van begripsafbakening.
Theoretisch kader	Aanwezig.
Methode:	
Onderzoeksdesign/onderzoeksopzet	Er is een systematische review uitgevoerd.
Onderzoekspopulatie/steekproef	Studies die geïnccludeerd werden in het onderzoek dienden aan een aantal eisen te voldoen. Er moest sprake zijn van patiënt betrokkenheid, kinderen moesten betrokken zijn in het onderzoek en het moest een originele studie zijn.
Dataverzamelingsstechniek en meetinstrumenten	Er werd gezocht in verschillende databases, waaronder Medline, Cochrane en Web of Science.
Data-analysemethoden	Er werd systematisch gezocht in verschillende databanken.
Resultaten:	
Beschrijving van de onderzoeksgroep	In deze meta-analyse zijn studies geïnccludeerd, waarbij het ging om besluitvorming, ouders, kinderen en zorgprofessionals.
Kwantitatieve resultaten	Zie mate van significantie.
Kwalitatieve resultaten	Zie antwoord centrale vraagstelling.
Tabellen, diagrammen, figuren, grafieken en overzichten	In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van figuren.
Mate van significantie van de resultaten	De CI is 95% . De resultaten op kennis ($P=0.01$) en besluitvormingsconflicten ($P=0.003$) zijn statistisch significant. Het resultaat op grotere tevredenheid was niet statistisch significant ($P=0.08$).

Nog geen conclusies	In het stukje waar de resultaten beschreven worden, wordt de conclusie nog niet beschreven.
Conclusie en discussie:	
Herhaling centrale vraagstelling en doelstelling	In de conclusie worden de vraagstelling en de doelstelling niet letterlijk herhaald.
Koppeling van de resultaten aan de vraagstelling	Ja.
Antwoord op de centrale vraagstelling	Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen vaak niet betrokken worden bij SDM. Ook zijn interventies voor het betrekken van ouders en patiënten niet grondig onderzocht. Ondanks beperkt bewijs blijkt dat SDM kennis van ouders verbetert en besluitvormingsconflicten vermindert.
Overige conclusies	-
Aanbevelingen	Er is meer onderzoek nodig betreft de wetenschap en de praktijk met betrekking tot SDM. Ook dient er gekeken te worden naar strategieën om SDM makkelijker toe te passen in de praktijk.
Evaluatie van de resultaten methodologisch (bias/fouten, beperkingen van het onderzoek, validiteit en generaliseerbaarheid)	Zie gedeeltelijk discussie over uitkomsten. Onderzoekers geven aan dat er sprake zou kunnen zijn van selectiebias, omdat artikelen afgeleid zijn. Verder was het risico op bias bij de geïnccludeerde studies hoog of onduidelijk.
Discussie over de uitkomsten	De rol van de ouders en kinderen met betrekking tot SDM is nog niet opgehelderd. Het betrekken van ouders en kinderen bij beslissingen was niet aantoonbaar. Wel werd er aangegeven dat het ook licht aan de leeftijd van het kind en het niveau van ontwikkeling. Ook zijn er maar een aantal interventies specifiek voor de kindergeneeskunde ontwikkeld. Verder waren veel van de herziene studies kleine kwaliteitsverbeterings- of pilots projecten. In deze studies ontbraken vaak ook controlegroepen. De risico op bias waren in deze studies hoog of onduidelijk. Deze meta-analyse moet dan ook voorzichtig geïnterpreteerd worden.
Literatuur:	
Alfabetische literatuurlijst	Aanwezig.
Juiste opmaak	Ja.
Volledig en precies	Ja.
Juiste verwijzingen, literatuur komt ook in de tekst voor	Nee.

(Verhoeven, 2011).

Bijlage 7: Antiplagiatverklaring

Antiplagiatverklaring



Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen
20 januari 2017

Naam Student 1:
Gabriella Ecça

Handtekening student 1:

Naam Student 2:
Renske Seinstra

Handtekening student 2:

Bijlage 8: Safe-Assignment

HVV.0906.VTAFSU3 - U3 VOLTIID/DEELTIJD

>

Afstudeeronderzoek

Gabriella Ecce AG on Fri, Jan 20 2017, 3:23 PM

9% match

Submission ID: 128889977

Definitief onderzoeks...

Word Count: 12,336	9%
Attachment ID: 149530797	

Opmerkingen

Definitief onderzoeksverslag -
Renske Seinstra en Gabriella Ecce