openjournals.nl
https://jeugdinontwikkeling.nl/
E-ISSN 2772-7718
Jeugd in Ontwikkeling

Samen Beslissen: Niet Over, Maar Mét Jongeren Praten

Een Verkennend Mixed-Methodsonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg

Anke van Steen-van Sprundel[1] en Margot Metz[2,3]

[1] *GGz Breburg Cluster Planbare Zorg & Intensief Jeugd Breda & Tilburg, standplaats Breda, Nederland* | [2] *GGz Breburg, Tilburg, Nederland* | [3] *Tranzo, TSB, Tilburg University, Tilburg, Nederland*

Samenvatting **Achtergrond:** Hoewel de meerwaarde van 'samen beslissen' breed wordt erkend in de Nederlandse ggz, blijft implementatie in de praktijk achter. Onderzoek bij jongeren is schaars, terwijl zij vanaf 12 jaar meebeslissen over keuzes en mogelijkheden in hun behandeling, wat het proces nog uitdagender maakt.

Doel: Inzicht krijgen in hoe 'samen beslissen' tijdens intakegesprekken in de ggz wordt toegepast en ervaren door jongeren, hun naasten en behandelaren, om aanbevelingen te doen voor verbeteringen.

Methode: Verkennend mixed-methods-onderzoek (verklarend sequentieel). Er wordt gebruik gemaakt van methodische observaties van intakegesprekken, om de mate van 'samen beslissen' te onderzoeken, en van vragenlijsten voor jongeren, naasten en behandelaren over de kwaliteit van de besluitvorming. Uitkomsten zijn vervolgens in focusgroepen met behandelaren besproken.

Participanten en setting: Kwantitatief onderzoek vond plaats onder 30 jongeren (12–18 jaar), hun naasten en 28 behandelaren in een specialistische ggz-organisatie in de regio Breda/Tilburg. Kwalitatief onderzoek vond plaats onder 12 behandelaren.

Resultaten: Behandelaren scoorden zichzelf hoger op 'samen beslissen' dan de onderzoeker. Hoe beter 'samen beslissen' wordt toegepast (volgens observatie van de onderzoeker) hoe meer de behandelaar inschat dat de cliënt zich geïnformeerd voelt en helderheid heeft over diens eigen waarden, die van belang zijn voor het te nemen besluit. Behandelaren schatten de ervaren kwaliteit van de besluitvorming door de jongere lager in. In focusgroepen erkenden behandelaren dat zij zichzelf kunnen overschatten en noemden zij belemmeringen zoals tijdsdruk, financiering en organisatieprocessen. Verbeterpunten zijn aanwezigheid van naasten en verbeterde informatievoorziening over intake, gewenste rollen en behandelopties.

Conclusie: Samen beslissen met jongeren vraagt om maatwerk, duidelijke rolverdeling en goede informatievoorziening. Bewustwording, intervisie en tijd zijn essentieel. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef en meerdere meetmomenten is wenselijk.

Trefwoorden samen beslissen, gezamenlijke besluitvorming, decisional conflict, geestelijke gezondheidszorg, jongeren

Artikelgeschiedenis
Ontvangen: 9 oktober 2025
Geaccepteerd: 24 juni 2026
Online: 13 november 2026

Contactpersoon
Anke van Steen-van Sprundel,
a.vansteen-vansprundel@ggzbreburg.nl

Copyright
© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Financiering Onderzoek
Geen

Belangen
De auteurs hebben geen conflicterende belangen te vermelden.

Citeren Van Steen-van Sprundel, A.P.M. en Metz, M. (2026). Samen Beslissen: Niet Over, Maar Mét Jongeren Praten: Een Verkennend Mixed-Methodsonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg, *Jeugd in Ontwikkeling* 6, DOI: 10.54447/JiO.23830

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De afgelopen jaren groeit de aandacht voor 'samen beslissen' in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), waarbij de cliënt aangemoedigd wordt actief deel te nemen aan het besluitvormingsproces over de best passende hulp. Cliënten en hun naasten gaan samen met de behandelaar in gesprek over keuzes en mogelijkheden in een behandeling. De professionele kennis en ervaring van de behandelaar worden gekoppeld aan de unieke situatie en voorkeuren van de cliënt (Driever, 2022; Elwyn et al., 2012). Sinds 2020 is 'samen beslissen' in Nederland opgenomen in de Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en in verschillende richtlijnen binnen de algemene gezondheidszorg en ggz (Bartelink et al., 2022).

Dit onderstreept het belang om niet over, maar mét jongeren te praten. In de ggz wordt namelijk nog te vaak over jongeren gesproken in plaats van met hen, terwijl zij vanaf 12 jaar samen met hun ouders wettelijk toestemming moeten geven voor hun behandeling. Om een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen, is het essentieel om vanaf het begin de kennis, ervaringen en perspectieven van jongeren, hun naasten en behandelaren te bespreken, zodat alle betrokkenen inbreng hebben en zich gehoord en begrepen voelen (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2025).

1.2 Het Proces en de Meerwaarde van 'Samen Beslissen'

'Samen beslissen' is een doorlopend proces dat start bij de intake en zich uitstrekt gedurende het gehele behandelproces. Methodisch gezien kent het proces verschillende fasen: 'teamtalk', waarin de samenwerking tussen cliënt en de behandelaar wordt benadrukt en duidelijk wordt gemaakt dat er keuzes zijn waarbij de mening van de cliënt belangrijk is; 'option-talk', waarin behandelopties met voor- en nadelen worden besproken; en 'decision-talk', waarin voorkeuren worden doorgenomen en samen een besluit wordt genomen (Elwyn et al., 2017; Stiggelbout et al., 2015).

Gebleken is dat, wanneer 'samen beslissen' goed wordt toegepast, cliënten zich beter geïnformeerd voelen en een hogere mate van betrokkenheid ervaren, de therapietrouw toeneemt en de therapeutische relatie verbetert (Metz et al., 2019; Stiggelbout et al., 2012). De 'samen beslissen'-aanpak kan het besluitvormingsproces positief beïnvloeden en bijdragen aan een hogere kwaliteit van een besluit. Dit kan dan weer een positief effect hebben op de behandeluitkomsten, omdat cliënten zich meer betrokken en comfortabel voelen bij het genomen besluit (Francis et al., 2024; Metz et al., 2018; O'Connor et al., 2012). Binnen de ggz draagt het bovendien bij aan het vergroten van eigen regie en herstel (Metz et al., 2023; Zisman-Ilani et al., 2021). Dit is van extra belang omdat ggz-cliënten vaak minder regie over hun leven ervaren en zich vaker minder betrokken voelen bij een besluitvormingsproces (Metz et al., 2017).

 DOI 10.54447/jio.23830

Ondanks dat behandelaren de uit onderzoek gebleken meerwaarde van 'samen beslissen' inzien, blijft de toepassing in de praktijk achter. Bovengenoemde fases worden vaak niet volledig uitgevoerd, bijvoorbeeld door onbesproken verwachtingen over ieders rol in het besluitvormingsproces, beperkte informatievoorziening aan de cliënt en tijdgebrek bij behandelaren om de stappen zorgvuldig te doorlopen (Alguera-Lara et al., 2017; Driever, 2022; Metz et al., 2023; Westermann & Maurer, 2015).

1.3 Kwaliteit van de Besluitvorming

Een optimaal besluitvormingsproces wordt gekenmerkt door goede informatievoorziening over verschillende behandelopties, steun van de behandelaar en helderheid over persoonlijke waarden (Metz et al., 2018). Het concept 'decisional conflict' (DC) wordt regelmatig gebruikt om zowel de kwaliteit van het besluitvormingsproces als de uitkomst van de besluitvorming te meten vanuit het perspectief van de cliënt en is in dit onderzoek meegenomen als uitkomstmaat. In Nederlandse literatuur wordt DC soms letterlijk vertaald als 'beslissingsambivalentie'. Deze term dekt de lading inhoudelijk niet volledig, waardoor in dit artikel wordt gekozen voor de term 'kwaliteit van de besluitvorming', waarmee beter wordt aangesloten op de vijf beschreven onderdelen van 'decisional conflict'. DC bestaat uit vijf onderdelen: de mate waarin een cliënt (1) zich voldoende geïnformeerd voelt, (2) steun ervaart, (3) helderheid heeft over persoonlijke waarden, (4) (on)zekerheid ervaart over te kiezen opties en (5) de kwaliteit van de besluitvorming oftewel de mate van tevredenheid over het genomen besluit en in hoeverre de cliënt daarachter staat. Bij een goed besluitvormingsproces neemt de mate van DC af (Metz et al., 2018).

1.4 'Samen Beslissen' met Jongeren

Ondanks de meerwaarde van 'samen beslissen' is onderzoek onder jongeren schaars. Er zijn in Nederland twee gerandomiseerde onderzoeken gedaan bij twee leeftijdsgroepen (<12 jaar en 12–18 jaar) naar 'samen beslissen' met behulp van het dialoogmodel, een methode die afstemming, besluitvorming en samenwerking in de behandeling ondersteunt (Maurer & Westermann, 2007). De invloed van deze methode is onderzocht op de mate van beslissingsambivalentie oftewel de kwaliteit van de besluitvorming. Toepassing van 'samen beslissen' bij kinderen jonger dan 12 jaar leidde tot een betere kwaliteit van de besluitvorming onder ouders, gemeten na het adviesgesprek (Westermann et al., 2013). Echter, wanneer adolescenten (12–18 jaar) zelf (mee)beslissen met behulp van het dialoogmodel, werd de ervaren kwaliteit van de besluitvorming op de korte termijn na de intake door hen juist slechter beoordeeld, terwijl hun klachten significant afnamen en op de lange termijn de motivatie en doelgerichtheid in de behandeling toenamen (De Jong et al., 2020). Onderzoekers beschrijven dat de langetermijneffecten bij deze adolescenten doen vermoeden dat het 'samen beslissen' mogelijk op langere termijn meer teweegbrengt, dan de metingen direct na het adviesgesprek aangeven.

 DOI 10.54447/jio.23830

'Samen beslissen' met jongeren tussen de 12 en 16 jaar is complexer dan bij volwassenen, aangezien zowel de jongere als diens gezaghebbende ouders of verzorgers actief betrokken moeten worden in het besluitvormingsproces. Daarbij is het de vraag of jongeren zich daadwerkelijk betrokken voelen en regie ervaren om mee te beslissen; juist omdat ze vaak weinig of ambivalent gemotiveerd zijn voor psychologische behandelingen (Karver et al., 2006). Ook ouders ervaren dilemma's: enerzijds willen ze de autonomie van hun kind bevorderen en respecteren, anderzijds nemen zij gemakkelijk de zorg over uit angst dat jongeren geen hulp vragen of hulp weigeren, wat kan leiden tot langere duur en ernstigere gevolgen van mentale problemen (Bjønnes, et al., 2021). 'Samen beslissen' met jongeren met complexe problematiek in de ggz vraagt om maatwerk, waarbij het van groot belang is om een goede samenwerkingsrelatie aan te gaan met de jongeren en hun netwerk. Dit kost tijd en is een continue terugkerend proces en onderwerp gedurende de hele behandeling (Barnhoorn-Bos, et al., 2025).

1.5 Huidig Onderzoek

Dit onderzoek richt zich op ervaringen van jongeren, naasten en behandelaren met de besluitvorming tijdens intakegesprekken bij ggz Breburg. Het doel van dit onderzoek is om inzicht krijgen in (1) hoeverre de methode 'samen beslissen' wordt toegepast tijdens intakegesprekken en (2) hoe dit samenhangt met de kwaliteit van de besluitvorming, zoals ervaren door jongeren en ingeschat door naasten en behandelaren. Vervolgens is (3) onderzocht of er verschillen zijn tussen perspectieven van de betrokken groepen over het proces en de kwaliteit van de besluitvorming, zoals ervaren door de jongere. Tot slot is (4) in focusgroepen met behandelaren gereflecteerd op de betekenis van de resultaten van dit onderzoek voor de praktijk en wat hierin verbeterpunten zijn.

2 Methoden

Dit verkennende mixed-methods-onderzoek, volgens een verklarend sequentieel ontwerp, bestond uit zowel kwantitatieve (deel 1) als kwalitatieve onderzoeksmethoden (deel 2). In deel 1 zijn intakegesprekken geobserveerd aan de hand van een observatieschaal en hebben jongeren, naasten en behandelaren vragenlijsten ingevuld. In deel 2 zijn twee focusgroepen gehouden met behandelaren, waarin de resultaten zijn besproken en vertaald naar de praktijk.

2.1 Setting

GGz Breburg is een instelling voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz) in Midden- en West-Brabant. Intakegesprekken vonden plaats binnen het Expertisecentrum Jeugd (EC) en het Mentaal Gezondheidscentrum (MG). In het EC zijn bij de intake

 DOI 10.54447/jio.23830

doorgaans twee behandelaren aanwezig, in het MG één, gezien de mindere mate van complexiteit. Intakegesprekken zijn gericht op kennismaking, het verduidelijken van de hulpvraag van de jongere en diens ouders/verzorgers en het verkrijgen van zicht op de voorkeuren en belangrijke waarden. Op basis hiervan wordt gekeken op welke wijze er kan worden aangesloten op de hulpvraag en dus welke behandelmogelijkheden er zijn.

2.2 Procedure & *Informed consent*

Na benadering door het secretariaat en akkoord om contact te leggen, werden jongeren en naasten telefonisch benaderd door de onderzoeker en mondeling en per informatiebrief geïnformeerd. Vóór deelname werd zowel mondelinge als schriftelijke toestemming verkregen.

Intakegesprekken en bijbehorende behandelaren werden *at random* gekozen, op basis van geplande intakes en beschikbaarheid van de onderzoeker (AvS) voor de observaties. De onderzoeker observeerde alle intakegesprekken 'live' en beoordeelde de mate van 'samen beslissen' met de 'Observing Patient Involvement in decision making' – oftewel OPTION-observatieschaal (Elwyn et al., 2005). Na afloop van het intakegesprek vulde de behandelaar dezelfde schaal in. Tevens vulden jongeren, hun naasten en behandelaren op dat moment de 'Decisional Conflict Scale' (DCS) (O'Connor, 1993) in om het besluitvormingsproces en de kwaliteit van de besluitvorming te beoordelen vanuit hun eigen perspectief op de ervaring van de jongere. Zo werd het proces met de DCS vanuit drie perspectieven belicht. Deelnemers kregen de instructie om de vragenlijsten in te vullen over het te nemen of genomen besluit in de intakefase. Voorafgaand aan de DCS, werd aan alle deelnemers gevraagd: 'is er gesproken over een besluit?' omdat de vragen van de DCS niet volledig te beantwoorden zijn wanneer er niet gesproken is over een besluit. Dit werd ook beoordeeld door de onderzoeker. Op basis van consensus (n=25) of meerderheid van antwoorden van de deelnemers (n=5), werd bepaald of de intake werd meegeteld onder de categorie wel of geen besluitvorming.

2.3 Deelnemers

In de periode tussen oktober 2023 en juli 2024 hebben de observaties van de intakegesprekken plaatsgevonden. Er werd vanuit de deelnemers geen toestemming verleend om de aangemelde problematiek in beeld te brengen, echter kan gesteld worden dat het gaat om diverse diagnoses en complexe problematiek binnen de sggz. Er werden 30 intakes geobserveerd, bij 28 verschillende behandelaren. De intakers hadden verschillende functies: basis-, gezondheidszorg- en klinisch-psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten. In november 2024 vonden 2 focusgroepen plaats met in totaal 12 behandelaren (2 mannen, 10 vrouwen), werkzaam binnen centrum Jeugd (9 psychologen, 1 psychiater, 2 verpleegkundigen).

 DOI 10.54447/jio.23830

Tabel 1 Demografische gegevens van de jongeren op intake

	Totale steekproef *N*=30	
Gender	Meisjes: 26 (86.7%)	Jongens: 4 (13.3%)
Leeftijd	Gemiddeld: 15.23 jaar (*sd*: 1.09)	
Locatie	EC: 25 (83.3%)	MG: 5 (16.7%)
Naaste aanwezig	24: ja (80.0%)	6: nee (20.0%)
Gesproken over een besluit	26: ja (86.7%)	4: nee (13.3%)

In totaal namen 30 jongeren deel aan het onderzoek, aangemeld bij sggz voor complexe problematiek en met diverse diagnoses (86.7% vrouw, gemiddelde leeftijd 15 jaar) (Zie Tabel 1). Bij 24 intakes was er minimaal 1 naaste aanwezig, in het merendeel van de gevallen was dit een ouder (*n*=20). De overige 4 intakes was de naaste: oma, pleegouder, behandelaar of stiefvader.

2.3.1 *Focusgroepen*

Na analyse van de kwantitatieve data uit de vragenlijsten, werden ter verrijking hiervan twee online focusgroepen gehouden van één uur (via Microsoft Teams). Het doel hiervan was het bespreken van de kwantitatieve uitkomsten, evenals de betekenis hiervan voor de klinische praktijk en de verbeterpunten. Werving voor de focusgroepen vond plaats onder jeugdbehandelaren (die al dan niet deelnamen aan de observaties, deel I van deze studie) via een open oproep, via e-mail en het digitale platform van ggz Breburg.

2.4 Meetinstrumenten

2.4.1 *'Observing Patient Involvement in Decision Making Scale' (OPTION)*

Observaties van 'samen beslissen' werden methodisch uitgevoerd middels de OPTION en werden ingevuld door de onderzoeker. De behandelaar vulde dezelfde vragenlijst in als zelfbeoordelingsschaal. Deze gevalideerde beoordelingsschaal bestaat uit 12 items, gescoord op een 5-punts Likertschaal (0 = geen 'samen beslissen'-gedrag waargenomen, tot 4 = een hoge mate van 'samen beslissen'-gedrag geobserveerd). Voorbeelditems zijn: 'de behandelaar geeft een opsomming van de keuzemogelijkheden, inclusief de keuze om niets te doen' en 'de behandelaar gaat na in welke mate de cliënt betrokken wil worden in de besluitvorming'. Hogere totaalscores (range: 0–48) wijzen op meer 'samen beslissen'. In eerdere studies werd een Cronbach's alfa van .79 gerapporteerd (Elwyn et al., 2003; 2005). In het huidige onderzoek werd voor de totaalschaal (somscore van alle items) een Cronbach's alfa van .81 (totaalschaal behandelaar) en .83 (totaalschaal onderzoeker) gevonden. Voor het waarborgen van deze interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Nicolai et al., 2012) werd met een tweetal collega-onderzoekers geoefend in het scoren van de OPTION aan de hand van video-materiaal om tot consensus in de scoring te komen.

2.4.2 *Decisional Conflict Scale (DCS)*

Het proces en de ervaren kwaliteit van de besluitvorming werd gemeten met behulp van de DCS. Deze vragenlijst bestaat uit 16 items verdeeld over 5 subschalen waarin de vraagstelling aangepast is aan de informant (cliënt, naaste, behandelaar). De subschalen bestaan uit: informatie (3 items, voorbeeldvraag DCS-cliënt: 'ik weet welke opties voor mij beschikbaar zijn'), steun (3 items, voorbeeldvraag DCS-naaste: 'mijn naaste heeft genoeg steun aan anderen om een keuze te maken'), helderheid over waarden (3 items, DCS-behandelaar; 'het is duidelijk voor mijn cliënt welke voordelen voor hem/haar het meest belangrijk zijn'), onzekerheid over keuzeopties (3 items, voorbeeldvraag DCS-behandelaar: 'het is voor mijn cliënt makkelijk om dit besluit te nemen') en kwaliteit van de besluitvorming (4 items, voorbeeldvraag DCS-cliënt: 'ik verwacht bij mijn besluit te blijven'). Items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal (0 = 'helemaal mee eens' tot 4 = 'helemaal mee oneens'). De totaalscore wordt berekend door de gemiddelde score op de 16 items te vermenigvuldigen met 25. De totaalscore varieert tussen 0 (geen 'decisional conflict' ervaren) en 100 (extreem hoog 'decisional conflict' ervaren). Een score >37.5 wordt geassocieerd met een hoge DC en een score <25 met afwezigheid van DC. Een lagere score betekent dus dat de cliënt een hogere kwaliteit van besluitvorming ervaart (O'Connor, 1993; Metz et al., 2015). De subschalen verhelderen welke onderdelen van de besluitvorming naar tevredenheid zijn verlopen en welke verbetering behoeven (Metz et al., 2018).

Deze vragenlijst is gevalideerd en genormeerd in eerder onderzoek; in een Nederlandse populatie wordt een Cronbach's alfa gerapporteerd van .94 (Metz et al., 2017). In dit onderzoek varieerde de Cronbach's alfa's van de meeste subschalen van .72 tot .94 wat een goede interne consistentie betekent. Echter bij drie subschalen was de interne consistentie te laag, namelijk: 'steun vanuit cliënt perspectief' (.48), 'steun behandelaar perspectief' (.30) en 'helderheid over waarden naasten perspectief' (.59). Om deze reden werden deze subschalen in de analyses buiten beschouwing gelaten.

2.4.3 *Focusgroepen*

De focusgroepen vonden online plaats, werden opgenomen en woordelijk getranscribeerd. De eerste onderzoeker (AvS) presenteerde als eerste de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. De tweede onderzoeker (MM) vulde waar nodig aan. Vervolgens werd stilgestaan bij de vraag of behandelaren zich herkennen in de uitkomsten. Daarna werd de betekenis voor de praktijk en verbeterpunten besproken. De eerste onderzoeker (AvS) leidde dit gesprek en de tweede onderzoeker (MM) observeerde of alle deelnemers inbreng hadden. Zo nodig werden activerende vragen gesteld, zodat een gelijkwaardig gesprek tussen deelnemers plaatsvond.

2.5 Statistische Analyses

2.5.1 *OPTION en DCS*

De kwantitatieve data uit de OPTION en DCS werden geanalyseerd in SPSS (versie 29).

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, vond beschrijvende statistiek plaats van scores op de OPTION-vragenlijst (gemiddelde, mediaan, standaarddeviatie, range). Voor vergelijking van de OPTION-totaalscores tussen behandelaar en onderzoeker, werd de rangtekentoets van Wilcoxon gebruikt, een non-parametrische toets voor gepaarde metingen, vanwege de kleine steekproef.

Om de tweede en derde onderzoeksvraag te beantwoorden, werd eveneens beschrijvende statistiek uitgevoerd op de DCS-vragenlijsten voor zowel de totaalschaal als de subschalen. Voor de samenhang tussen de OPTION- en de DCS-schalen werden correlaties berekend met behulp van de Spearman's r_s, vanwege de relatief kleine steekproef en niet-normale verdeling. Verschillen tussen de drie perspectieven over de besluitvorming, gemeten met de totaalschaal DCS, werden, vanwege de beperkte steekproefgrootte, getoetst met de Friedman toets, een non-parametrische toets voor gepaarde metingen. Vergelijkingen tussen behandelaar en cliënt op de subschalen DCS werden gemaakt met de rangtekentoets van Wilcoxon.

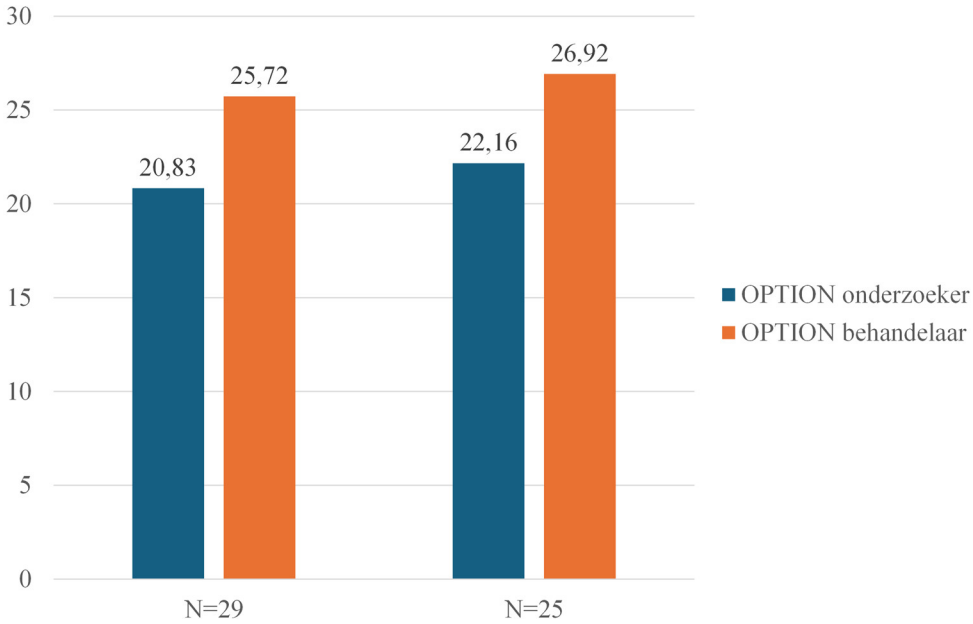
2.5.2 *Focusgroepen*

De focusgroepsessies werden getranscribeerd, gepseudonimiseerd en thematisch geanalyseerd (Verhoeven, 2023). Twee onderzoekers (AvS en MM) hadden eerst onafhankelijk van elkaar de transcripten inductief gecodeerd. AvS heeft de coderingen naast elkaar gelegd. Bij verschillen in inhoud van coderingen, werden deze besproken tussen de twee onderzoekers (AvS en MM) en werd op basis van deze bespreking overeenstemming in definitieve codering bereikt. Ook werd door de twee onderzoekers gezamenlijk (op basis van inhoudelijke overeenkomsten en relevantie) een ordening aangebracht. Samenvatting van de resultaten vond, door AvS onder supervisie van MM, stapsgewijs plaats. Eerst per subcode, daarna per code en vervolgens per subthema definitief gecodeerd (zie Bijlage 1, Codeboom). In de codeboom werden uiteindelijk 4 hoofdthema's aangebracht, met behoud van citaten (Verhoeven, 2023).

3 Resultaten

Hieronder worden als eerste de kwantitatieve uitkomsten beschreven. De kwalitatieve resultaten uit de bespreking hiervan in de focusgroepen worden daarna gerapporteerd.

Wanneer gekeken wordt naar de mate van samen belissen, is het relevant om te weten in hoeverre de deelnemers vonden dat er gesproken was over een besluit tijdens het intakegesprek. In 86.67 % van de intakes vonden alle deelnemers of de meerderheid hiervan dat er gesproken was over een besluit, en kwam dit overeen met de mening van de onderzoeker.



Figuur 1 Primaire vergelijking mate van samen beslissen: onderzoeker vs. behandelaar

3.1 Mate van Samen Beslissen

Gemiddeld werd de mate van 'samen beslissen' door de behandelaar significant hoger gescoord dan door de onderzoeker (t = −2.89, p = .007). Er is een vergelijking gemaakt over 29 intakes, omdat 1 vragenlijst van de behandelaar ontbrak. Het significante verschil (t = −2.42, p = .023) was nog steeds aanwezig wanneer gecontroleerd werd voor de vraag 'is er gesproken over een besluit?' (zie figuur 1).

Er werd 1 item verwijderd uit de OPTION omdat deze door de onderzoeker in alle gevallen op 0 gescoord werd: 'de behandelaar stelt vast op welke wijze de cliënt informatie zou willen krijgen ter ondersteuning van het besluitvormingsproces (bijvoorbeeld overleg, een voorlichtingsfolder, grafieken bekijken, video of andere media)'.

3.2 Samenhang tussen 'Samen Beslissen' en Ervaren Kwaliteit van de Besluitvorming

De DCS-vragenlijst werd ingevuld vanuit drie perspectieven: de jongere (N=30), de naaste (n=24) en de behandelaar (n=30). De resultaten hiervan zijn te zien in tabel 2. Het verschil tussen de 3 perspectieven op de totaalschalen is significant. (X^2 = 6.473, p = .039). Dit is gevisualiseerd in figuur 2.

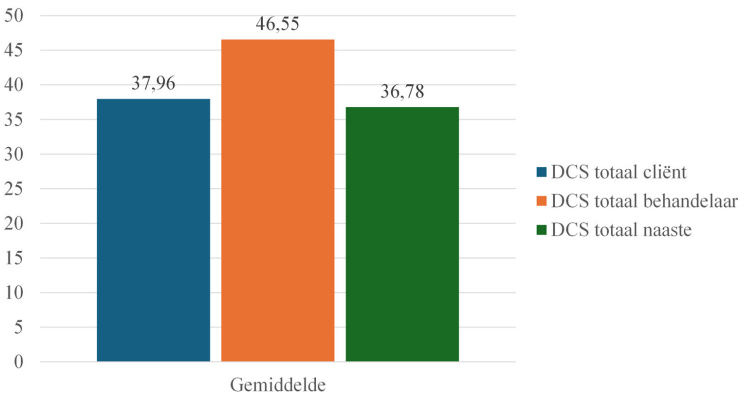
De correlatie tussen de mate van 'samen beslissen' (OPTION ingevuld door onderzoeker) en de ervaren kwaliteit van de besluitvorming (totaalschaal van DCS ingevuld door cliënt, naaste en behandelaar) is niet significant (correlatiecoëfficiënt -.329, p = .117).

 DOI 10.54447/jio.23830

Tabel 2 Uitkomsten van DCS-totaalschalen en -subschalen

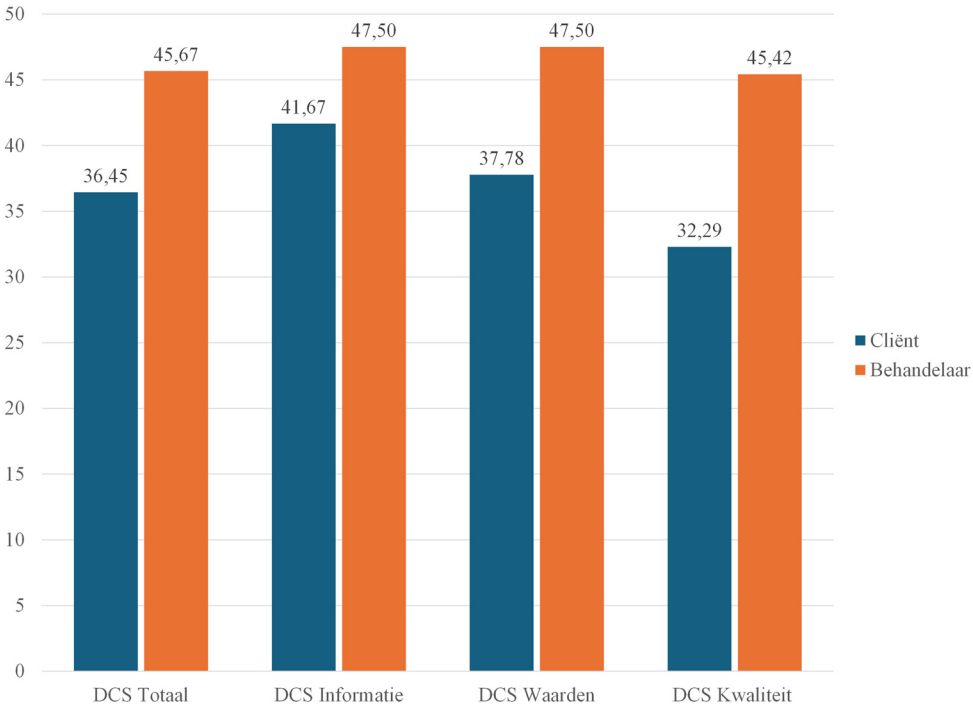
	Schaal	Gemiddelde (*sd*)	Mediaan	Range
Cliënt	**Totaalschaal**	36.35 (15.74)	33.59	15.63–62.50
	Subschalen			
	Informatie	41.67 (15.63)	33.33	25.00–75.00
	Helderheid over waarden	37.78 (18.53)	33.33	8.33–75.00
	Onzekerheid over keuzeopties	43.61 (18.53)	41.67	0.00–91.67
	Kwaliteit van de besluitvorming	32.29 (15.49)	28.13	0.00–62.50
Naaste	**Totaalschaal**	36.78 (14.79)	38.28	9.38–64.06
	Subschalen			
	Informatie	39.24 (16.75)	37.50	16.67–100
	Steun	29.86 (18.21)	33.33	0.00–66.67
	Onzekerheid over keuzeopties	44.44 (22.07)	50.00	0.00–83.33
	Kwaliteit van de besluitvorming	33.59 (16.26)	34.38	0.00–62.50
Behandelaar	**Totaalschaal**	45.68 (15.37)	40.63	26.56–78.13
	Subschalen			
	Informatie	47.50 (18,71)	41.67	25.00–100
	Helderheid over waarden	47.50 (17,93)	41.67	25.00–83.33
	Onzekerheid over keuzeopties	51.67 (19,62)	50.00	25.00–100
	Kwaliteit van de besluitvorming	45.42 (20,82)	37.50	25.00–100

Interpretatie: Lagere scores = hogere kwaliteit van de besluitvorming: >37.5 = een hoge DC en <25 = afwezigheid van DC.



Figuur 2 Primaire vergelijking tussen de totaalschalen DCS: perspectieven over de ervaren kwaliteit van de besluitvorming (n=24, vanwege het ontbreken van naasten)

 DOI 10.54447/jio.23830



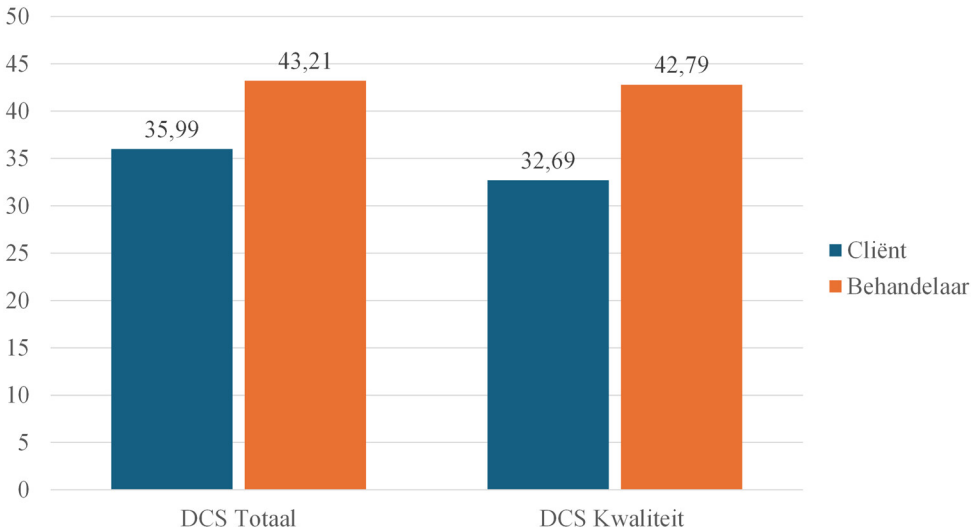
Figuur 3 Vergelijking tussen perspectief over de ervaren kwaliteit van de besluitvorming op subschaalniveau DCS cliënt versus behandelaar (n=26), wanneer gesproken wordt over een besluit

Op subschaalniveau bleek de correlatie wel significant tussen de OPTION ingevuld door de onderzoeker en de DCS ingevuld door de behandelaar over de subschalen Informatie (correlatiecoëfficiënt -.573, p <.001) en Helderheid over waarden (correlatiecoëfficiënt -.369, p = .045). Deze samenhang bestond enkel binnen de totale groep (N=30) en niet wanneer gecontroleerd werd voor de vraag 'is er gesproken over een besluit?' (n=26).

Op subschaalniveau werd gekeken naar het verschil tussen het perspectief van de behandelaar en het perspectief van de cliënt. Dit verschil in perspectief is significant op de totaalschaal (Z = −2.98, p = .003) en de subschalen Informatie (Z = −2.00, p = .045), Helderheid over waarden (Z = −2.26, p = .024) en Kwaliteit van de besluitvorming (Z = −2,67, p = .008) (zie figuur 3).

Wanneer werd gecontroleerd voor de vraag 'is er gesproken over een besluit?', is het verschil enkel nog significant op de totaalschaal (Z = −2.39, p = .017) en de subschaal kwaliteit van de besluitvorming (Z = −2.08, p = .038) (zie figuur 4).

 DOI 10.54447/jio.23830



Figuur 4 Vergelijking tussen perspectief over de ervaren kwaliteit van de besluitvorming op subschaalniveau DCS cliënt versus behandelaar (n=26)

3.3 Focusgroepen

De uitkomsten van de focusgroep worden beschreven aan de hand van vier thema's: *Proces van 'samen beslissen', Rol van de cliënt, Rol van de naaste* en *Rol van de behandelaar*, met aandacht voor de bevorderende en belemmerende factoren.

3.3.1 *Proces van 'Samen Beslissen'*

Een deel van de behandelaren vond 'samen beslissen' tijdens de intake nog niet van toepassing: 'Ik zie de intake vooral als een kennismakingsfase …' (F1,R3); 'Ik denk dat we de intake zien als een moment waarop we informatie vergaren … maar dat is wel eenzijdig gedacht van ons' (F1,R5). Beperkte tijd en financieringseisen vanuit de gemeente vormen volgens hen belemmeringen. Behandelaren zouden graag meer tijd willen nemen voor een goed besluitvormingsproces, zeker gezien het feit dat jongeren binnen de hoogspecialistische ggz vaker een (uitgebreidere) hulpverleningsgeschiedenis hebben. Besproken werd, dat het proces van 'samen beslissen' niet enkel tijdens de intake plaatsvindt, maar op verschillende momenten terugkomt in het behandelproces.

Behandelaren herkenden dat behandelopties vaak onvoldoende besproken worden. 'Niets doen' als optie komt zelden aan bod, zeker niet na lange wachttijden. Er wordt gepleit voor meer vraaggericht denken en minder in termen van DSM-classificaties of beschikbaar aanbod (binnen de organisatie): 'Soms hebben we wel een psychomotorische therapeut in huis en soms niet. Ga je dan al meteen beginnen over iemand buiten de organisatie of hou je dat dan voor je?' (F1,R7).

3.3.2 *Rol van de Cliënt*

Behandelaren vroegen zich af in hoeverre cliënten zich bewust zijn van hun rol in het besluitvormingsproces. Meer informatievoorziening aan de cliënt over verwachtingen ten aanzien van een intakegesprek, bijvoorbeeld aan de hand van een online voorbereiding, keuzehulp of folder, kan hierbij helpend zijn. Toch werd ook opgemerkt dat mogelijk niet alle cliënten zitten te wachten op een rol en mogelijk overvraagd zouden kunnen worden: 'Ik denk dat sommige cliënten het heel fijn vinden om mee te denken en dat er ook cliënten zijn die denken: ja, maar ik kom toch hier, jij gaat toch nu iets aan mij vertellen wat mij beter gaat maken, regel het, zeg maar. Hebben we daar zicht op? Ik weet het namelijk niet zo goed' (F1,R5).

Om deze reden werd het belang benadrukt om dit onderwerp explicieter bespreekbaar te maken, de zogenaamde 'teamtalk': 'Volgens mij is eigenlijk de eerste stap in 'samen beslissen': welke rol wil de cliënt en de naaste hebben in het besluitvormingsproces. Dus wat ik dan wel eens vraag in de praktijk: wil jij graag meedenken over verschillende opties of heb je liever dat ik eigenlijk voor jou beslis? Want dat kan ook een voorkeur zijn van de cliënt en dan heb je dat wel afgestemd' (F1,R6).

Behandelaren stonden stil bij de ongelijke positie waar de cliënt zich mogelijk in bevindt: 'Die komt onwetend deze kant op en die gaat er vanuit dat die het beste advies en keuzes krijgt van ons' (F1,R7). 'Als persoon zijn we natuurlijk helemaal gelijkwaardig, maar in de functie en in de rol, in de positie waarin je zit, daar zit toch zo die afhankelijkheid en die ongelijkwaardigheid' (F1,R4). 'Soms denk ik wel eens, zijn we wel voldoende bescheiden als professional? Of zitten we daar toch een beetje met: wij weten het inderdaad, wij weten wat de opties zijn' (F1,R4).

Men was er eensgezind over dat de intake in elk geval bedoeld is om de hulpvraag van de cliënt helder te krijgen en om aan te sluiten bij de jongere en diens systeem. Bij jeugdigen werd meer urgentie gevoeld om hulp te bieden: 'Dan is het belangrijk om na te denken, wie heeft welke hulpvraag? […] Is het omdat wij als behandelaren het belangrijk vinden, of ouders, of school, of de jongere zelf?' (F2,R11).

3.3.3 *Rol van de Naaste*

Het hoge percentage intakes zonder een naaste riep veel vragen op. Er ontstond twijfel of cliënten wel voldoende geïnformeerd worden over het meenemen van een naaste en of dit verplicht gesteld moet worden: 'Laatst had ik een intake en daar zaten ouders gewoon in de auto' (F1,R4). Naast juridische verplichting (<16 jaar), werd ook de meerwaarde van een naaste in het besluitvormingsproces besproken (ook >16 jaar): '… uiteindelijk, als meer mensen in het systeem weten wat er is afgesproken, wat de ideeën zijn van de behandeling, dat het veel langer effect gaat hebben' (F2, R10).

De rol van de naaste zou standaard een onderwerp van gesprek moeten zijn tijdens een intake, evenals welke persoon deze rol kan vervullen. 'Je kan het systeem ook veel breder bekijken: wie kan er met jou meedenken in jouw behandeling? Wie kan je daarbij helpen? Dat kan ook een buurvrouw zijn, of een vriendin, of een tante. Dat hoeft niet

per se altijd een ouder te zijn. […] en dan heb je misschien ook iemand binnen die ze wel toelaten, waardoor je er ook veel meer effect van hebt' (F2,R10).

3.3.4 *Rol van de Behandelaar*

Behandelaren reflecteerden kritisch op hun eigen rol. Zij gaven aan misschien te snel te oordelen over een cliënt of deze te onderschatten, alsof de behandelaar het vanuit diens professionele kennis beter weet dan de cliënt: 'Blijkbaar overschatten wij onszelf als behandelaar. Dus misschien goed om jezelf eens een keer te filmen' (F1,R7). Reflectie en intervisie werden als waardevol gezien om dit thema onder de aandacht te houden: 'Je moet bij jezelf te rade gaan. Waarom denk ik dat de cliënt [daartoe] niet in staat kan zijn? En waarom denk ik dat de besluiten die zij nemen, minder goed zijn? Wat zit daar dan bij mij? Hoe kunnen we daar scherper op letten: doen we dit goed genoeg en gaat er dan iets veranderen in hoe wij onze cliënten zien?' (F1,R5).

Behandelaren noemen dat 'samen beslissen' afhangt van de kennis en kunde van de behandelaar en de organisatie waar deze werkt. 'Zij kunnen dan wel opties geven, maar het kan zomaar zijn dat als een andere collega dat gesprek voert, dat er dan hele andere opties [naar voren] komen, of [dat die] überhaupt meer weet van de sociale kaart en wat er allemaal mogelijk is, of meer 'out of the box' durft te denken' (F1, R7).

De afhankelijke positie van de cliënt werd erkend, maar behandelaren gaven aan dat zij zich ook afhankelijk voelen van processen binnen de organisatie. 'Of het daadwerkelijk een behandeling gaat worden naar voorkeur, dat hangt soms ook heel erg af van het behandelteam waar je naartoe verwijst, of dat die dan een indicatiegesprek gaan hebben en of die het daar ook mee eens zijn. Dus dat maakt dat je misschien soms ook terughoudend bent: in hoeverre kan je een cliënt keuzevrijheid of het gevoel geven van je mag daarin kiezen of beslissen?' (F1,R1).

Er werd ook afhankelijkheid ervaren ten opzichte van de eisen die vanuit financiering worden gesteld, zowel vanuit het zorgprestatiemodel als vanuit de jeugdwet. Geopperd werd om gemeenten meer uitleg te geven over het proces en de meerwaarde van (meer) tijd voor een besluitvormingsproces en intake. In algemene zin werd duidelijk dat er in positieve zin veel beweging gaande is als het gaat om 'samen beslissen' en dat het vraagt om maatwerk: 'Het is ook een cultuuromslag, hè? Vroeger moesten we het maar allemaal weten, zo ben ik ook nog opgeleid. Het is een cultuuromslag die we met elkaar moeten maken. Ik denk dat daar echt nog verbeteringen in te maken zijn met elkaar. En dat we onszelf niet moeten overschatten' (F1,R3).

4 Discussie

Allereerst blijkt uit dit onderzoek dat behandelaren de mate van 'samen beslissen' hoger inschatten dan de onderzoeker. Ten tweede is een beperkte samenhang gevonden tussen de mate van 'samen beslissen' en de totaalscores op de kwaliteit van de besluitvorming.

Hoewel op subschaalniveau wel bleek dat betere toepassing van 'samen beslissen' (volgens de onderzoeker) samenhangt met de inschatting van de behandelaar dat de cliënt zich beter geïnformeerd voelt. Ook was er samenhang tussen de mate van 'samen beslissen' en meer helderheid over eigen waarden, waarbij de cliënt beter weet wat voor hem of haar belangrijk is om tot een goed besluit te komen. Tot slot is opvallend dat behandelaren de kwaliteit van de besluitvorming negatiever inschatten dan jongeren zelf en hun naasten.

In de focusgroepen bleek verdeeldheid over het startpunt van 'samen beslissen': voor sommigen begon dit pas bij het adviesgesprek, anderen beschouwden het als een continu proces dat over het gehele behandeltraject loopt en begint bij de intake. Behandelaren gaven aan belemmeringen te ervaren zoals tijdsdruk, financieringseisen vanuit gemeenten en interne procesbeperkingen zoals indicatiecriteria. Zij wensten meer ruimte om jongeren, hun voorgeschiedenis en hun systeem goed te leren kennen. Er werd gereflecteerd op de ongelijkwaardige positie van jongeren en het risico dat behandelaren zichzelf overschatten en jongeren onderschatten. Intervisie werd gezien als hulpmiddel om hier bewust bij stil te staan.

Tegelijkertijd werd erkend dat niet iedere jongere dezelfde rol wil of kan innemen in het besluitvormingsproces. Sommigen willen actief meedenken, anderen verwachten vooral deskundigheid van de behandelaar. Daarom werd het belang onderstreept van expliciete rolverdeling bij de teamtalk. Ook naasten werden als waardevol gezien, waarbij benadrukt werd dat dit niet altijd een ouder hoeft te zijn, maar ook iemand uit het bredere netwerk kan zijn. In de praktijk blijken jongeren echter regelmatig alleen naar de intake te komen, wat vragen opriep over informatievoorziening voorafgaand daaraan. Tot slot werd benoemd dat 'samen beslissen' mede afhankelijk is van de individuele behandelaar: kennis, ervaring en 'out of the box' denken verschillen sterk. Er was consensus over het belang van 'samen beslissen', maar de toepassing vraagt om maatwerk en flexibiliteit: afstemming op individuele behoeften, voorkeuren en ontwikkelingsniveau (Moleman et al., 2020). Tot slot werd gesproken over de cultuuromslag: de rol van de behandelaar ten opzichte van de cliënt is veranderd in de afgelopen jaren, waarbij de behandelaar niet meer alwetend hoeft te zijn, maar een meer gelijkwaardige positie inneemt ten opzichte van de cliënt.

Als we het huidige onderzoek vergelijken met eerdere onderzoeken, blijkt ten aanzien van het 'samen beslissen' dat de gemiddelde totaalscores (20.77 en 25.72) uit dit onderzoek in lijn liggen met een review over 33 studies in de algemene en geestelijke gezondheidszorg wereldwijd, waarin dezelfde observatieschaal werd gebruikt en de gemiddelde totaalscore 23 (*sd* 14) bedroeg (Couët et al., 2013). In een Nederlandse studie van Verwijmeren en Grootens (2018) in de ggz werd een wat hogere score (34.6 bij N=78) op deze schaal gerapporteerd. De studie van Scholl in de algemene gezondheidszorg in Duitsland (2015) liet een lagere score (11.6, N=64) zien.

De lagere observatiescores van de onderzoeker ten opzichte van de zelfinschatting van de behandelaren zijn mogelijk deels verklaarbaar doordat de onderzoeker meer erva-

ring had met de afname en het 'samen beslissen' kritischer beoordeelde. Ook erkenden behandelaren dat zij het proces en de methodiek mogelijk onderschatten. Er is dus een kloof tussen 'best practice' en de praktijk. Behandelaren zijn zich hier deels bewust van, maar hebben om het proces goed uit te kunnen voeren ook behoefte aan tijd en ruimte, hetgeen zij niet altijd ervaren.

De uitkomsten sluiten aan op eerdere wetenschappelijke bevindingen waaruit blijkt dat behandelaren zichzelf vaak overschatten en meer een paternalistische rol aannemen dan ze zelf en cliënten zouden willen (Driever et al., 2020). Ook dit onderzoek laat zien dat niet alle stappen van 'samen beslissen' zorgvuldig worden doorlopen. Vaak wordt 'samen beslissen' te smal geïnterpreteerd, gericht op het kiezen van behandelopties, met te weinig aandacht voor het besluitvormingsproces zelf, inclusief de teamtalk waarin rollen en voorkeuren worden besproken (Elwyn et al., 2017; Stiggelbout et al., 2015). Bovendien worden persoonlijke waarden van cliënten en hun gewenste rol in het proces te weinig expliciet besproken (Driever, 2022; Metz et al., 2019; Van der Weijden et al., 2022).

In tegenstelling tot eerdere studies (Metz et al., 2018; Metz et al., 2019; O'Connor et al., 2012) werd in dit onderzoek een beperkte samenhang gevonden tussen 'samen beslissen' en de kwaliteit van de besluitvorming. Mogelijke verklaringen zijn het gebruik van verschillende meetinstrumenten (SDM-Q9 versus OPTION), het verschil in beoordelaar (behandelaar versus onderzoeker), en het moment van meten (intake versus behandelfase). Het is denkbaar dat het besluitvormingsproces nog niet volledig doorlopen was op het moment van meting, waardoor de kwaliteit ervan moeilijker te beoordelen was.

Opvallend is dat behandelaren de ervaren kwaliteit van besluitvorming bij jongeren lager inschatten dan jongeren zelf. Mogelijk twijfelen behandelaren aan het vermogen van jongeren om zelfstandig keuzes te maken, hetgeen zij in de focusgroep benoemen als 'onderschatting'. In eerder onderzoek gaven jongeren echter juist aan meer betrokken te willen worden (Wijngaarde et al., 2021) en het ook belangrijk te vinden als eerste gehoord te worden (Pillen et al., 2024). Het begrip 'Decision Making Capacity' (DMC) is hierbij relevant: het vermogen om informatie te begrijpen, gevolgen van besluiten te overzien, voordelen en risico's af te wegen en vrijwillig een geïnformeerde keuze te maken (WHO, 2021). Deze combinatie van eigenschappen kan enorm verschillen per jongere en per type besluit (Sobode et al., 2024). Daarnaast is het zaak dat jongeren gestimuleerd worden om hun zorgen, voorkeuren en vragen te (durven) uiten (Keij et al., 2020). Ouders/verzorgers hebben eveneens belang bij de beslissing en kunnen aanvullende persoonlijke waarden of voorkeuren inbrengen (Wyatt et al., 2015). De aanwezigheid van ouders maakt het proces wel complexer en zowel ethisch als praktisch gezien uitdagender. Het besluitvormingsproces vindt plaats in een triade, in plaats van de gebruikelijke dyade. In de adolescentiefase neemt de autonomie toe en dit vraagt per individu om een zorgvuldige afstemming (Sobode et al., 2024). Een belangrijke aanbeveling is om bij de intake (en eigenlijk per beslismoment) expliciet te bespreken welke rol jongeren en hun naasten willen innemen in het besluitvormingsproces, zeker omdat behoeften en voorkeuren

 DOI 10.54447/jio.23830

ook tijdens een behandelproces kunnen veranderen en onderling kunnen verschillen (Barnhoorn-Bos et al., 2025). 'Samen beslissen' is geen enkel gesprek, maar een continue proces dat op verschillende momenten terugkomt. Het vraagt om veel afstemming en hiervoor is het opbouwen van een goede werkrelatie met de jongere en diens naaste essentieel (Metz et al., 2023).

4.1 Sterke Kanten en Beperkingen

Vanwege de relatief kleine steekproef, moeten de onderzoeksresultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Echter verhoogde het mixed-methods-onderzoek, met aandacht voor meerdere perspectieven (jongere, naaste, behandelaar en onderzoeker), de betrouwbaarheid en relevantie van de resultaten. De feedback van behandelaren in focusgroepen leverde bovendien concrete aanbevelingen op voor de praktijk.

Een andere beperking is mogelijke selectiebias: deelnemende behandelaren aan de observaties en focusgroepen hadden mogelijk meer affiniteit met 'samen beslissen'. Ook kan het zijn dat behandelaren zich tijdens de observaties beoordeeld voelden en daardoor bewuster bezig waren met het toepassen van 'samen beslissen', wat mogelijk tot een hogere score leidde.

De afwezigheid van naasten bij een zestal intakes kan niet alleen de vergelijking van de perspectieven beïnvloed hebben, maar ook de ervaren steun door jongeren en daarmee de ervaren kwaliteit van de besluitvorming.

Tot slot, is in dit onderzoek alleen het 'samen beslissen' tijdens de intakefase onderzocht, terwijl is benoemd dat 'samen beslissen' een doorlopend proces is . Het is aan te bevelen om in vervolgonderzoek verder in te gaan op het 'samen beslissen' in deze vervolgfases van behandelingen en hierin ook een grotere steekproef mee te nemen.

4.2 Conclusie en Aanbevelingen

'Samen beslissen' met jongeren vraagt om maatwerk. Iedere jongere, elk systeem en elke situatie is uniek. Aansluiten op de onderliggende behoeften, de hulpvraag en het helder krijgen van ieders rol in het proces is essentieel. Goede informatievoorziening over de intake, de aanwezigheid van naaste(n), gewenste rollen en opties wordt aanbevolen. Behandelaren hebben tijd en ruimte nodig om deze werkwijze goed toe te passen, wat ook vraagt om meer bewustzijn bij beleidsmakers, gemeenten en zorgverzekeraars.

Scholing, kennisdeling en intervisie kunnen behandelaren ondersteunen bij het toepassen van 'samen beslissen'.

Vervolgonderzoek is aanbevolen, met nadruk op de toepassing van 'samen beslissen' met jongeren in de triade. Aangeraden wordt om het proces langer te volgen, met herhaalde metingen over de mate van 'samen beslissen' en de kwaliteit van de besluitvorming rondom verschillende beslismomenten in een behandelproces.

 DOI 10.54447/jio.23830

Literatuur

Alguera-Lara, V., Dowsey, M., Ride, J., Kinder, S., & Castle, D. (2017). Shared decision making in mental health: The importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry*, *25*(6), 578–582. https://doi.org/10.1177/1039856217734711

Barnhoorn-Bos, A.M., Mulder, E.A., Nooteboom, L.A., Meurs, E.H.A., & Vermeiren, R.R.J.M. (2025). Professionals' and families' perspectives on essential elements of shared-decesion-making: A qualitative analysis on families with multiple and enduring problems in integrated youth care. *Administration and policy in mental health and mental health services*, *52*, 640–652. https://doi.org/10.1007/s10488-025-01443-0

Bartelink, C., Meuwissen, I., Eijgenraam, K., Versteeg, C., & Kooymans, E. (2022). *Samen met ouders en jeugdigen beslissen over passende hulp*. Nederlands Jeugdinstituut. https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-hulp/kernaanbevelingen

Bjønnes, S., Grønnestad, T., Johannessen, J.O., & Storm, M. (2022). Parents' perspectives on user participation and shared decision-making in adolescents' inpatient mental healthcare. *Health Expectations*, *25*, 994–1003. https://doi.org/10.1111/hex.13443

Couët, N., Desroches, S., Robitaille, H., Vaillancourt, H., Leblanc, A., Turcotte, S., Elwyn, G., & Légaré, F. (2013). Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, *18*, 542–561. https://doi.org/10.1111/hex.12054

Driever, E.M., Stiggelbout, A.M., & Brand, P.L.P. (2020). Shared decision making: Physicians' preferred role, usual role and their perception of its key components. *Patient Education Counseling*, *103*(1), 77–82. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.004

Driever, E. (2022). *Shared decision making in hospital care: what happens in practice*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen. https://doi.org/10.33612/diss.232457161

Driever, E.M., Stiggelbout, A.M., & Brand, P.L.P. (2022). Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process. *BMJ Open*. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056471

Elwyn, G., Durand, M.A., Song, J., Aarts, J., Barr, P.J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P.K.J., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H.O., & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ Clinical Research*, *359*. https://doi.org/10.1136/bmj.j4891

Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., & Grol, R. (2005). *Shared Decision Making: Measurement using the OPTION instrument*. Cardiff University.

Elwyn, G., Forsch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., & Kinnersley, P. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, *27*, 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Francis, C.J., Hazelton, M., & Wilson, R.L. (2024). Supported Decision-Making Interventions in Mental Healthcare: A Systematic Review of Evidence on the Outcomes for People With Mental Ill Health. *Health Expectations*, (27), 1–16. https://doi.org/10.1111/hex.70134

Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fiels, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analyses of therapeutic relationships variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*, 50–65. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001

Keij, S.M., van Duijn-Bakker, N., Stiggelbout, A.M., & Pieterse, A.H. (2020). What makes a patien ready for Shared Decision Making? A qualitive study. *Patient Education Counseling*. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.031

Maurer, J. & Westermann, G. (2007). *Het dialoogmodel als hulpmiddel bij inventarisatie. In: Beter communiceren in de hulpverlening*. Bohn Stafleu van Loghum.

Metz, M.J., Veerbeek, M.A., Elfeddali, I., De Beurs, E., Van Der Feltz-Cornelis, C.M., & Beekman, A.T.F. (2019). Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE*, *61*(7), 487–497.

Metz, M.J., Elfeddali, I., Krol, D.G.H., Veerbeek, M.A., de Beurs, E., Beekman, A.T.F., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2017). A digital intake approach in specializes mental health care: Study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *17*(86). https://doi.org/10.1186/s12888-017-1247-9

Metz, M.J., van Bueren, M.M., van Dijk, M., van Son, G.E., Bramsen, I., van Boenink, A.D., & Beekman, A.T.F. (2023). Samen beslissen met ROM als informatie- bron: Kwalitatief onderzoek onder cliënten. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE*, *Jaargang 65*, 301–307.

Metz, M.J., Veerbeek, M.A., Elfeddali, I., de Beurs, E., van der Feltz-Cornelis, C.M., & Beekman, A.T.F. (2018). Het begrip 'beslissingsambivalentie' (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE*, *60*(6), 397–402.

Metz, M.J., Veerbeek, M.A., van der Feltz-Cornelis, C.M., de Beurs, E., & Beekman, A.T.F. (2017). Decisional conflict in mental health care: A cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*, 161–169. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1467-9

Moleman, M., Regeer, B.J., & Schuitmaker-Wernaar, T.J. (2020). Shared decision-making and the nuances of clinical work: Concepts, barriers and opportunities for a dynamic model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *27*, 926–934. https://doi.org/10.1111/jep.13507

Nicolai, J., Moshagen, M., Eich, W., & Bieber, C. (2012). The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM): Methodological issues. *Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *106*, 264–271. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.03.002

O'Connor, A.M. (1993, updated 2010) User-manual-decisional conflict scale (16 item statement format). Ottawa Hospital Research Institute. https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_decisional_conflict.pdf. Accessed 10 Feb 2015

Pillen, S., Glazemakers, I., & Bal, S. (2024). Kwalitatief onderzoek naar gedeelde besluit- vorming over psychofarmaca bij jongeren. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE*, *3*(66), 125–129.

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2025). Richtlijn samen beslissen over hulp. Geraadpleegd op 18 juni 2025, van https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-hulp/kernaanbevelingen

Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., & Härter, M. (2012). Comparing the nine-item Shared Decision-Making Questionnaire to the OPTION-Scale – An attempt to establish convergent validity. *Health Expactations*, *18*, 137–150. https://doi.org/10.1111/hex.12022

Sobode, O.R., Jegan, R., Toelen, J., & Dierickx, K. (2024). Shared decision-making in adolescent healthcare: A literature review of ethical considerations. *European Journal of Pediatrics*, *183*, 4195–4203. https://doi.org/10.1007/s00431-024-05687-0

Stiggelbout, A.M., Pieterse, A.H., & De Haes, J.C.J.M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education Counseling*, *98*, 1172–1179. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022

Stiggelbout, Anne M., Van der Weijden, T., De Wit, M.P.T., Frosch, D., Légaré, F., & Trevena, L. (2012). Shared decision making: Really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ Clinical Research*. https://doi.org/10.1136/bmj.e256

Verhoeven, N. (2023). *Thematische analyse* (2e dr.). Boom.

Verwijmeren, D. & Grootens, K.P. (2018). Shared decision making in pharmacotherapy decisions, perceived by patients with bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, *6*(21). https://doi.org/10.1186/s40345-018-0129-5

Weijden van der, T., Kraan van der, J., Brand, P.L.P., Veenendaal van, H., Drenthen, T., Schoon, Y., Tuyn, E., Weele van der, G., Stalmeier, P., Damman, O.C., & Stiggelbout, A.M. (2022). Shared decision-making in the Netherlands: Progress is made, but not for all. Time to become inclusive to patients. *Zeitschrift fur evidenz fortbildung und qualitaet im gesundheitswesen*, *171*, 98–104. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.029

Westermann, G., & Maurer, J. (2015). Gedeelde besluitvorming in de ggz: Het adviesgesprek in de jeugd-ggz als voorbeeld. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE*, *57*(5), 352–360.

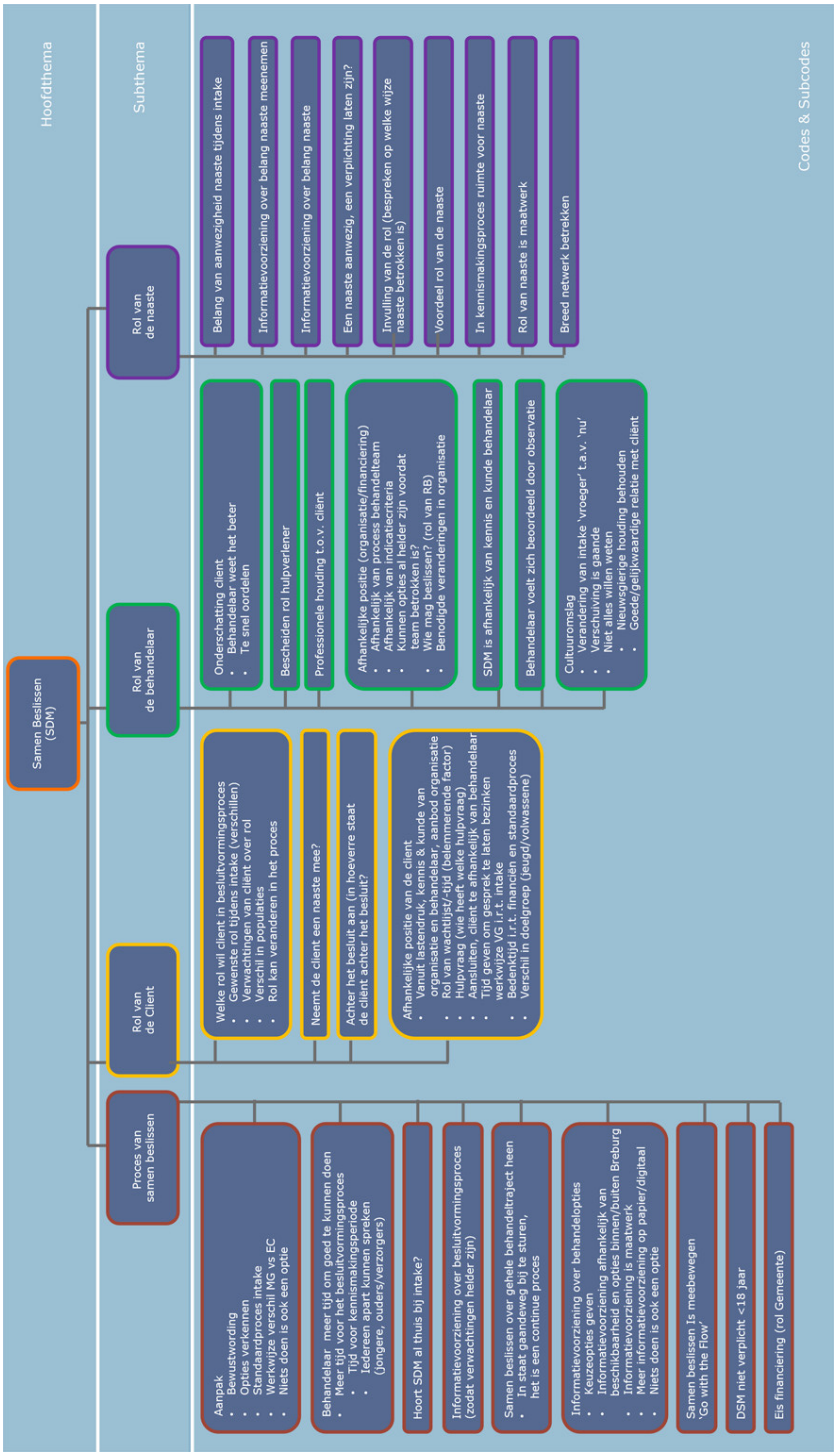
Westermann, G., Verheij, F., Winkens, B., Verhulst, F.C., & Van Oort, F.V.A. (2013). Structured shared decision-making using dialogue and visualization: A randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*, *90*(1), 74–81. https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.014

World Health Organisation (2021). *Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health-care settings: A tool for health-care providers*.

Wijngaarde, R.O., Hein, I., Daams, J., Van Goudoever, J.B., & Ubbink, D.T. (2021). Chronically ill children's participation and health outcomes in shared decision-making: A scoping review. *European Journal of Pediatrics*, *180*, 2345–2357. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04055-6

Wyatt, K.D., List, B., Brinkman, W.B., Lopez, G.P., Asi, N., Erwin, P., Wang, Z., Garces, J.P. D, Montori, V.M., & LeBlanc, A. (2015). Shared decision making in pediatrics: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, *15*(6), 573–583. https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.03.011

Zisman-Ilani, Y., Chmielowska, M., Dixon, L.B., & Ramon, S. (2021). NICE shared decision making guidelines and mental health: Challenges for research, practice and implementation. *BJ Psych Open*, *7*, 1–4. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.987



Bijlage 1 Codeboom

DOI 10.54447/jio.23830