



Medisch Spectrum Twente
een santeon ziekenhuis

**UNIVERSITY
OF TWENTE.**

Het effect van interventies op gezamenlijke besluitvorming
vanuit het perspectief van de zorgprofessional binnen
Medisch Spectrum Twente: een mixed-methods studie

door

Quinty Teggeler

2595370

Bachelor thesis Gezondheidswetenschappen

Faculteit Technische Natuurwetenschappen

University of Twente

Eerste begeleider: Job van der Palen

Tweede begeleider: Marjolein Brusse-Keizer

Externe begeleiders: Inge Duindam & Rozemarijn van Erp

Juni 2023

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis 'Het effect van interventies op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional binnen Medisch Spectrum Twente: een mixed-methods studie'.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van afdeling Kwaliteit & Veiligheid van Medisch Spectrum Twente in het kader van de bachelor opdracht van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan Universiteit Twente. Het onderzoek is uitgevoerd binnen Medisch Spectrum Twente in de periode van februari 2023 tot en met juni 2023.

Met veel plezier heb ik dit onderzoek uitgevoerd. Mede dankzij het enthousiasme van mijn begeleiders en andere betrokkenen heb ik meer plezier gekregen in het uitvoeren van onderzoek. Ik heb veel geleerd over het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, specifiek binnen een ziekenhuis. Ik hoop dat mijn adviezen en aanbevelingen waardevolle informatie opleveren voor MST en dat het onderzoek verder ontwikkeld kan worden.

Ik wil mijn begeleiders Job van der Palen, Inge Duindam en Rozemarijn van Erp bedanken voor de fijne en leerzame samenwerking, nuttige feedback en waardevolle ondersteuning tijdens het onderzoek. Daarnaast wil ik mijn medestudenten Lune Woolderink en Emma Joostens, met wie ik een afstudeerkring vormde, bedanken voor de fijne samenwerking. Als laatste wil ik alle respondenten bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier.

Quinty Teggeler

Enschede, juni 2023

Samenvatting

Tegenwoordig wordt er steeds meer gebruik gemaakt van gezamenlijke besluitvorming in de gezondheidszorg. Uit onderzoek en een analyse van Medisch Spectrum Twente (MST) is gebleken dat er momenteel te weinig tijd is voor gezamenlijke besluitvorming tijdens een consult. Om dit probleem aan te pakken zijn interventies ontwikkeld, waaronder een informatiebrief voor de patiënt, een staander met de drie goede vragen en het uitzetten van een auto-anamnese en samen beslis-vragen voorafgaand aan het consult.

Het doel van dit onderzoek was om het effect van de interventies op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional te onderzoeken. De onderzoeksvraag luidde: *‘Wat is het effect van het inzetten van de samen beslis vragen, de auto-anamnese, de informatievoorzieningen en de staander met de drie goede vragen op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessionals van de pilotafdelingen van Medisch Spectrum Twente?’*

Een mixed-methods onderzoek werd uitgevoerd, waarbij zorgprofessionals de iSHARE vragenlijst invulden tijdens de baseline en follow-up meting om de mate van gezamenlijke besluitvorming te meten. Tevens werden er tijdens de follow-up meting semigestructureerde interviews afgenomen over de interventies. De steekproef bestond uiteindelijk uit zeven medisch specialisten van de Heelkunde, Neurologie en MDL.

Uit de resultaten bleek dat de interventies geen verandering teweegbrachten in de mate van gezamenlijke besluitvorming. Volgens zorgprofessionals ontbreken momenteel geen aspecten in het uitvragen van de voorinformatie van de patiënt. Hoewel geen verbetering werd waargenomen in de voorbereiding van de patiënten, verwachten de zorgprofessionals wel een verbetering na een langere implementatie. Het effect van de interventies op de tijd voor gezamenlijke besluitvorming tijdens het consult varieerde afhankelijk van het type consult en patiënt. In de meeste gevallen ervaren zorgprofessionals dat er andere onderwerpen aan bod komen tijdens het consult door de interventies.

Op basis van de resultaten wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek uit te voeren waarbij de interventies zijn afgestemd op de wensen en behoeften van de zorgprofessionals. Volgend uit de beperkingen van dit onderzoek is het voor een vervolgonderzoek onder andere van belang om een grotere steekproef te gebruiken en voldoende tijd te laten verstrijken tussen de implementatie van de interventies en het uitvoeren van de follow-up meting.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
1 Inleiding	5
1.1 Introductie	5
1.2 Probleemstelling.....	5
1.3 Onderzoeksvraag.....	5
1.4 Praktische relevantie	6
2 Theoretisch raamwerk.....	6
2.1 Samen beslissen	6
2.2 Interventies.....	7
2.3 iSHARE	8
3 Methode	8
3.1 Onderzoeksdesign	8
3.2 Dataverzamelingmethoden	8
3.3 Datakenmerken	8
3.4 Onderzoeksverloop	9
3.5 Data-analysemethoden	9
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid	10
4 Resultaten.....	10
4.1 Algemene omschrijving respondenten.....	10
4.2 Resultaten iSHARE vragenlijst	10
4.3 Resultaten interviews	11
4.3.1 Voorinformatie	11
4.3.2 Voorbereiding patiënt	12
4.3.3 Tijd voor gezamenlijke besluitvorming.....	12
4.3.4 Onderwerpen tijdens het consult.....	12
4.3.5 Kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming.....	13
5 Discussie en conclusie	13
5.1 Belangrijkste bevindingen	13
5.2 Interpretatie resultaten.....	13
5.3 Sterke punten en beperkingen.....	14
5.3.1 Sterke punten	14
5.3.2 Beperkingen.....	14
5.4 Implicaties.....	15
5.5 Conclusie.....	15
6 Adviezen en aanbevelingen vervolgonderzoek.....	15
6.1 Adviezen verbeteren interventies	15

6.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek	16
7 Referentielijst	17
8 Bijlagen	18
Bijlage 1. Informatiebrief.....	18
Bijlage 2. Auto-anamnese in HiX	20
Bijlage 3. iSHARE.....	22
Bijlage 4. Interviewschema.....	25
Bijlage 5. Proefpersoneninformatieformulier	28
Bijlage 6. Coderingstabel	30

1 Inleiding

1.1 Introductie

In de huidige gezondheidszorg is het niet meer alleen de zorgprofessional die beslist over de zorg van de patiënt, maar worden de beslissingen samen gemaakt door de zorgprofessional, de patiënt en eventuele naasten. Dit wordt ook wel samen beslissen genoemd [1]. Ondanks dat het vele voordelen heeft, zoals een betere zorgprofessional-patiënt relatie, betere beslissingen en betere uitkomsten, wordt het momenteel nog maar beperkt door zorgprofessionals toegepast [2, 3].

Samen beslissen is het proces waarin de zorgprofessional, de patiënt en eventueel de naasten van de patiënt samen een beslissing maken over de zorg van de patiënt [1]. Samen beslissen wordt toegepast wanneer een beslissing moet worden gemaakt die afhangt van de voorkeuren van de patiënt [2, 4, 5]. Het is belangrijk dat zorgprofessionals inzien dat de beste keuze niet alleen afhangt van medische kennis, maar samenhangt met de voorkeuren van de patiënt en dat het daarom erg belangrijk is om de patiënt te betrekken bij de beslissing [5].

Samen beslissen bestaat uit een aantal opeenvolgende stappen. Ten eerste vertelt de zorgprofessional de patiënt dat een beslissing moet worden gemaakt en dat hierin de mening van de patiënt belangrijk is. Vervolgens vertelt de zorgprofessional de verschillende opties en de voor- en nadelen van deze opties. Daarna bespreken de zorgprofessional en de patiënt samen de voorkeuren van de patiënt. Als laatste bespreken de zorgprofessional en de patiënt samen welke optie de beste keuze is en aansluit op de voorkeuren van de patiënt, maken zij samen een keuze en wordt een mogelijke follow-up besproken [1, 2].

1.2 Probleemstelling

Een barrière voor het gebruik van samen beslissen is dat de zorgprofessionals aangeven dat tijdens een consult te weinig tijd is voor samen beslissen [2, 5]. Daarnaast komt een patiënt niet goed voorbereid naar het consult, ondanks dat een goede voorbereiding leidt tot een efficiënter gesprek gericht op de zaken die het meest van belang zijn om een goede beslissing te nemen [5]. Dit is ook gebleken uit een analyse over het goede gesprek onder medisch specialisten binnen Medisch Spectrum Twente (MST) uitgevoerd in 2021. Om dit probleem op te lossen zijn interventies ontwikkeld bestaande uit het uitzetten van informatievoorzieningen voor de patiënt met daarin drie goede vragen, een auto-anamnese en twee samen beslis-vragen voorafgaand aan het consult. Daarnaast worden de drie goede vragen op een staander in iedere spreekkamer weergegeven, zowel voor de patiënt als voor de zorgprofessional.

1.3 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om het effect van de interventies op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional te bepalen. Daarnaast wordt er onderzocht of de interventies bijdragen aan betere gezamenlijk besluitvorming door meer tijd te creëren voor samen beslissen tijdens het consult. De onderzoeksvraag die centraal staat luidt: *‘Wat is het effect van het inzetten van de samen beslis vragen, de auto-anamnese, de informatievoorzieningen en de staander met de drie goede vragen op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessionals van de pilotafdelingen van Medisch Spectrum Twente?’*

De pilotafdelingen zijn: Heelkunde, Neurologie en MDL.

Het effect wordt gemeten door middel van de volgende sub-vragen:

- Welke zaken worden vanuit het perspectief van de zorgprofessional gemist in het uitvragen van de voorinformatie van de patiënt?
- In hoeverre ervaren zorgprofessionals dat de patiënt beter voorbereid naar het consult komt na het inzetten van de interventies?

- In hoeverre is in de beleving van de zorgprofessional door de ingezette interventies meer tijd gecreëerd tijdens het consult voor gezamenlijke besluitvorming?
- In hoeverre zien we in de beleving van de zorgprofessional dat andere onderwerpen aan bod komen tijdens het consult na het inzetten van de interventies?
- In hoeverre dragen de interventies bij aan een verandering in de mate van gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional?

1.4 Praktische relevantie

Samen beslissen kan veel voordelen opleveren. Zo kan er sprake zijn van een hogere tevredenheid onder patiënten en zorgprofessionals, vinden minder herhalingsconsulten plaats, zijn er minder aanvragen voor een second-opinion, zijn er betere behandeluitkomsten en zijn patiënten meer therapietrouw [1, 2, 5]. Het is daarom voor de praktijk erg belangrijk om het samen beslissen zo goed mogelijk in te zetten. Wanneer blijkt dat de interventies bijdragen aan betere gezamenlijke besluitvorming, zouden deze interventies ook ingezet kunnen worden op andere afdelingen in MST, om ook daar het samen beslissen te verbeteren.

2 Theoretisch raamwerk

2.1 Samen beslissen

Momenteel is er nog geen eenduidige definitie en eenduidig model van samen beslissen. MST hanteert de volgende definitie uit het visiedocument van Federatie Medisch Specialisten gebaseerd op de definitie van Elwyn et al.: “Samen beslissen is het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.” [6, 7]. Hierbij werden de volgende stappen gedefinieerd: (1) aangeven dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft, (2) bespreken van de verschillende opties met de patiënt en (3) het samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid [6, 7].

Stiggelbout et al. splitsen stap 3 op in twee verschillende stappen en definiëren vervolgens de volgende vier stappen:

Stap 1. De zorgprofessional vertelt de patiënt dat er een beslissing gemaakt moet worden en dat hierin de mening van de patiënt belangrijk is

Tijdens de eerste stap maakt de zorgprofessional duidelijk dat er een beslissing gemaakt moet worden en dat deze beslissing afhangt van de voorkeuren van de patiënt. Hoewel sommige patiënten verwachten dat de zorgprofessional hen verteld wat de beste optie is, hangt in veel situaties de beste optie af van de voorkeuren van de patiënt. Zo is er in sommige gevallen niet genoeg bewijs dat er één beste optie is of kunnen verschillende opties verschillen in uitkomst. Het is tevens belangrijk dat de patiënt begrijpt dat ‘niks doen’ ook een optie is.

Stap 2. De zorgprofessional vertelt de verschillende opties en de voor- en nadelen van deze opties

Tijdens het toelichten van de verschillende opties en de voor- en nadelen hiervan dient de zorgprofessional een neutrale houding aan te nemen. De zorgprofessional dient rekening te houden met de volgende aspecten: (1) Welke informatie is relevant? (2) Welke voorkennis heeft de patiënt? (3) Hoe kan informatie over risico's het beste overgebracht worden? (4) Begrijpt de patiënt de informatie?

Stap 3. De zorgprofessional en de patiënt bespreken samen de voorkeuren van de patiënt

Het kan voor de patiënt moeilijk zijn om voorkeuren te bepalen. Het is de rol van de zorgprofessional om de patiënt hierin te ondersteunen. Tijdens het afwegen van de voor- en nadelen van de verschillende opties is het belangrijk om de uitkomsten van de opties in gedachten te houden.

Stap 4. De zorgprofessional en de patiënt bespreken samen de beste optie, maken een keuze en bespreken mogelijke follow-up

De zorgprofessional vat beknopt samen wat tot nu toe is besproken en vraagt naar de mening van de patiënt. Alle kennis en voorkeuren worden geïntegreerd om tot een gezamenlijk besluit te komen. Soms heeft de patiënt tijd nodig om alles te overwegen of wil diegene het met naasten bespreken, de beslissing wordt dan uitgesteld. In andere gevallen kan de beslissing direct worden gemaakt en kan eventueel de follow-up worden besproken [2].

2.2 Interventies

Tijdens een consult met gezamenlijke besluitvorming komt de input van de patiënt over zijn of haar situatie, wensen en behoeften samen met de kennis van de zorgprofessional over mogelijke behandeling, onderzoeken, medicatie of ondersteuning. Hierdoor kunnen patiënt en zorgprofessional samen beslissen welke zorg het beste past bij de patiënt. Om het eenvoudiger te maken voor patiënt en zorgprofessional om gezamenlijk te beslissen wordt er een pilot uitgevoerd op de Heelkunde, Neurologie en MDL afdeling van MST waarbij de volgende interventies worden ingezet:

Drie goede vragen

De drie goede vragen zijn de volgende vragen: ‘Wat zijn mijn mogelijkheden?’, ‘Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?’ en ‘Wat betekent dat in mijn situatie?’ [8]. Deze drie goede vragen stimuleren patiënten om vragen te stellen aan de zorgprofessional, dit bevordert vervolgens het samen beslissen [2, 8]. Wanneer de patiënt deze vragen niet stelt is het de taak van de zorgprofessional om ervoor te zorgen dat ze aan bod komen. De vragen worden weergegeven op de tv-schermen op de polikliniek en op een staander in iedere spreekkamer. De staander bevat een kant voor de patiënt met daarop de drie goede vragen en een kant voor de zorgprofessional met daarop de drie goede vragen en de volgende twee aanvullende vragen: ‘Wat is voor de patiënt belangrijk en welke doelen heeft hij/zij zelf?’ en ‘Wie of wat heeft de patiënt nodig om dat doel te bereiken?’.

Samen beslis-vragen

De samen beslis-vragen zijn de volgende vragen: ‘Wat zou u met uw behandelaar willen bespreken?’ en ‘Wat is voor u belangrijk?’. Voorafgaand aan het consult vult de patiënt deze vragen in het patiëntenportaal in. Vervolgens komt de informatie in het EPD van de patiënt zodat de zorgprofessional de informatie kan bekijken. Het doel van deze vragen is om de patiënt te helpen helder te krijgen welke onderwerpen hij of zij wil bespreken en wat voor hem of haar belangrijk is. Tevens dient het als voorbereiding voor de zorgprofessional, doordat de zorgprofessional inzicht krijgt in wat de patiënt wil bespreken en welke aspecten de patiënt als belangrijk beschouwt.

Informatiebrief

De informatiebrief ‘Had ik het maar gezegd, had ik het maar gevraagd ...’ wordt uitgereikt aan de patiënten (zie Bijlage 1. Informatiebrief). De brief geeft informatie over hoe een patiënt zich voor kan bereiden op het consult en bestaat onder andere uit de drie goede vragen. De brief komt in het patiëntenportaal en is vindbaar op de website van MST.

Auto-anamnese

Voorafgaand aan het consult wordt een auto-anamnese uitgezet met als doel meer tijd te creëren voor samen beslissen tijdens het consult. De auto-anamnese is een vragenlijst bestaande uit de volgende onderdelen: algemene vragen, medicatie, intoxicaties, allergieën, medische voorgeschiedenis en reanimatie en behandelbeperking. De auto-anamnese wordt aangevuld met de MRSA-BRMO vragenlijst. De zorgprofessional kan de vragenlijsten inzien in HiX (zie Bijlage 2. Auto-anamnese in HiX).

2.3 iSHARE

In dit onderzoek wordt gebruikt gemaakt van de iSHARE vragenlijst (zie Bijlage 3. iSHARE). Deze vragenlijst geeft een weergave van de mate van gezamenlijke besluitvorming. De vragenlijst bestaat uit 15 vragen met een zespuntsschaal variërend van 'helemaal niet gedaan' (0) tot 'helemaal gedaan' (5). De vragen zijn opgedeeld in 6 dimensies: keuze bewustzijn, medische informatie, voorkeuren, overleg, tijd voor beraadslaging en besluit. Per dimensie kan worden gescoord tussen 0 en 5. De som van de dimensiescores geeft de totale score (0-30) en wordt opnieuw geschaald naar een score tussen 0 en 100. Een hogere score impliceert een hogere mate van gezamenlijke besluitvorming [9].

3 Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Om informatie te verkrijgen over het effect van de interventies op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional is een mixed-methods onderzoek uitgevoerd. Het kwantitatieve onderzoek bestond uit het uitzetten van de iSHARE vragenlijst onder zorgprofessionals en is uitgevoerd door middel van een baseline en follow-up meting. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit het afnemen van semigestructureerde interviews onder zorgprofessionals en is uitgevoerd tijdens de follow-up meting. De baseline meting vond voor het inzetten van de interventies plaats. De follow-up meting vond twee weken na het inzetten van de interventies plaats.

3.2 Dataverzamelmethode

Door middel van het uitzetten van de iSHARE vragenlijst onder zorgprofessionals is de volgende sub-vraag beantwoord: 'In hoeverre dragen de interventies bij aan een verandering in de mate van gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional?'. De zorgprofessional heeft na het plaatsvinden van een consult met gezamenlijke besluitvorming de vragenlijst ingevuld.

Door middel van het afnemen van de semigestructureerde interviews zijn de volgende sub-vragen beantwoord: 'Welke zaken worden vanuit het perspectief van de zorgprofessional gemist in het uitvragen van de voorinformatie van de patiënt?', 'In hoeverre ervaren zorgprofessionals dat de patiënt beter voorbereid naar het consult komt na het inzetten van de interventies?', 'In hoeverre is in de beleving van de zorgprofessional door de ingezette interventies meer tijd gecreëerd tijdens het consult voor gezamenlijke besluitvorming?' en 'In hoeverre zien we in de beleving van de zorgprofessional dat andere onderwerpen aan bod komen tijdens het gesprek na het inzetten van de interventies?'. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews om gestructureerd antwoord te krijgen op de verschillende sub-vragen. Daarnaast bood het mogelijkheid om door te vragen bij onduidelijke of interessante antwoorden [10, 11]. Tijdens de follow-up meting zijn interviews afgenomen tot verzadiging is bereikt met een maximum van tien interviews. Verzadiging is bereikt wanneer in drie interviews geen nieuwe informatie wordt verkregen. Het interview is afgenomen bij zorgprofessionals die onlangs een consult hebben gevoerd waar gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden aan de hand van een interviewschema (zie Bijlage 4. Interviewschema).

3.3 Datakenmerken

De steekproef bestond uit twintig zorgprofessionals van de pilotafdelingen. De respondent ontvingen een proefpersoneninformatieformulier (zie Bijlage 5. Proefpersoneninformatieformulier) met daarin het toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek.

Tijdens het consult was een onderzoeker aanwezig om te beoordelen of er gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden. Deze beoordeling werd uitgevoerd aan de hand van het volgende criterium: er is sprake van gezamenlijke besluitvorming wanneer er meerdere opties mogelijk zijn en de keuze afhangt van de voorkeuren van de patiënt. Indien er geen gezamenlijke besluitvorming

had plaatsgevonden, werd het consult geëxcludeerd. Vanwege gepaarde data werden zorgprofessionals die alleen hebben deelgenomen aan de baseline meting geëxcludeerd.

De werving van de respondenten heeft plaatsgevonden op de pilotafdelingen. Op elke pilotafdeling is één aanspreekpunt benaderd door de onderzoeker over deelname aan het onderzoek. Vervolgens zijn de zorgprofessionals, zowel medisch specialisten als arts-assistenten, van de afdelingen geïnformeerd en benaderd voor deelname aan het onderzoek. De deelnemende zorgprofessionals hebben beoordeeld in welk consult gezamenlijke besluitvorming ging plaatsvinden aan de hand van het volgende criterium: er is sprake van gezamenlijke besluitvorming wanneer er meerdere opties mogelijk zijn en de keuze afhangt van de voorkeuren van de patiënt. Vervolgens is de patiënt benaderd voor deelname aan het onderzoek door het secretariaat en de onderzoekers. Nadat de patiënt had ingestemd om deel te nemen aan het onderzoek, werd het consult geïncludeerd. Bij het benaderen van de patiënten tijdens de follow-up meting zijn de patiënten gewezen op de interventies en gevraagd om hiervan gebruik te maken. Tevens zijn de zorgprofessionals geattendeerd op de interventies en gevraagd om hiervan gebruik te maken. Er werd een per protocol analyse uitgevoerd, wat betekent dat wanneer bleek dat de patiënt de interventies niet had opgevolgd of dat de zorgprofessionals ze niet had gebruikt het consult werd geëxcludeerd.

3.4 Onderzoeksverloop

Tijdens de werving bleek dat een aantal zorgprofessionals geen geschikte consulten hadden. Daarnaast hadden een aantal zorgprofessionals geen poliklinische consulten tijdens de baseline meting. Hierdoor konden deze zorgprofessionals niet deelnemen aan het onderzoek, wat ervoor zorgde dat uiteindelijk dertien zorgprofessionals zijn geïncludeerd in de baseline meting. De baseline meting vond plaats in de periode van 04-04-2023 tot en met 14-04-2023. Vanaf 17-04-2023 werden de interventies ingezet.

Gedurende de werving van de follow-up meting bleek dat er minder geschikte consulten beschikbaar waren door afwezigheid van een aantal zorgprofessionals. Er zijn zes zorgprofessionals geëxcludeerd met de volgende redenen: de patiënt is niet digitaal vaardig waardoor diegene geen gebruik kon maken van de interventies, de patiënt is opgenomen op de AOA waardoor het consult niet doorging, de patiënt heeft geen gebruik kunnen maken van de interventies, het consult overlapt met een ander geïncludeerd consult of het consult is gecancelled. Uiteindelijk zijn er zeven zorgprofessionals geïncludeerd in de follow-up meting. De follow-up meting vond plaats in de periode van 02-05-2023 tot en met 16-05-2023. Tijdens deze meting zijn er vijf interviews afgenomen. De interviews zijn afgenomen op de afdeling van de zorgprofessional en duurden zes tot dertig minuten.

3.5 Data-analysemethoden

Om de privacy van de respondenten te waarborgen, is een code gekoppeld aan de naam van de zorgprofessional. Deze codering is opgeslagen voor een periode van vijf jaar op de interne schijf van MST en kan alleen worden ingezien door de hoofdonderzoekers.

De uitkomsten van de iSHARE vragenlijst zijn visueel geïnspecteerd op een normale verdeling. De resultaten zijn weergegeven middels een gemiddelde (SD) of door middel van een mediaan (IQR), als gepast. Om te analyseren of de interventies hebben bijgedragen aan een verandering in de mate van gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional zijn de gepaarde scores van de iSHARE vragenlijst geanalyseerd door middel van een tweezijdige gepaarde t-toets of een Wilcoxon signed rank toets, als gepast. De iSHARE score varieert van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een hogere mate van gezamenlijke besluitvorming. De statistische analyse is uitgevoerd door middel van het programma RStudio versie 2023.03.1.

Wanneer een respondent in de i-SHARE vragenlijst 'niet van toepassing' heeft ingevuld werd er een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd. In de primaire analyse werd 'niet van toepassing' gezien als 'helemaal

niet gedaan' en werd een score van 0 gerekend. In de sensitiviteitsanalyse werd de vraag met 'niet van toepassing' als missing gerekend en werd deze vraag niet meegenomen in het berekenen van de score.

De interviews zijn na schriftelijk consent opgenomen en opgeslagen op de mobiele telefoon van de onderzoeker. Vervolgens zijn de interviews woordelijk getranscribeerd met het behulp van het programma Listen N Write versie 1.30.0.10 en opgeslagen voor een periode van vijf jaar op de interne schijf van MST. De audio-opname is verwijderd nadat de transcripten waren afgerond. De transcripten zijn een aantal keer doorgelezen door de onderzoeker en vervolgens inductief gecodeerd met het programma ATLAS.ti 23.1.1. Het coderingsproces begon met open coderen waar een code werd gekoppeld aan een tekstfragment. Vervolgens werd er axiaal gecodeerd, hierbij werden open codes vergeleken en samengevoegd tot een overkoepelende axiale code. Als laatste werden de axiale codes ingedeeld in thema's. De volgende stap bestond uit het opnieuw bekijken van de transcripten met de codes en thema's en het maken van aanpassingen waar nodig [12-14]. Om de betrouwbaarheid te waarborgen, is er voor één transcript gebruik gemaakt van dubbele codering. Hierbij werd het transcript gecodeerd door een tweede beoordelaar. De resultaten zijn weergegeven per thema wat overeenkomt met een sub-vraag en worden ondersteund door citaten van respondenten.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de interne validiteit van de semigestructureerde interviews te waarborgen, is het interviewschema gebaseerd op de sub-vragen die werden onderzocht. Daarnaast is het interview getest met proefrespondenten voordat het werd afgenomen bij de zorgprofessionals. Hierbij is gecontroleerd of de vragen de beoogde informatie opleverden, waardoor het interview nauwkeuriger en geschikter werd. Als laatste zorgde het iteratieve coderingsproces en de dubbele codering voor een verhoging van de betrouwbaarheid [15].

De iSHARE vragenlijst is gebaseerd op een duidelijke definitie van samen beslissen, biedt een uitgebreide beoordeling van het samen beslissen proces en dekt de beoordeling van de gedraging van de zorgprofessional. De iSHARE vragenlijst heeft bovendien een goede construct validiteit [9]. Hoewel de vragenlijst oorspronkelijk is ontwikkeld voor de oncologie, gaan de vragen niet specifiek over kanker. In plaats daarvan richten ze zich op behandelmogelijkheden en zijn ze algemeen genoeg om ook toe te passen op een consult met gezamenlijk besluitvorming voor andere ziektebeelden.

4 Resultaten

4.1 Algemene omschrijving respondenten

De steekproef bestond uit zeven medisch specialisten. De verdeling van het aantal afgenomen vragenlijsten en interviews per afdeling is weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Aantal afgenomen vragenlijsten en interviews per afdeling

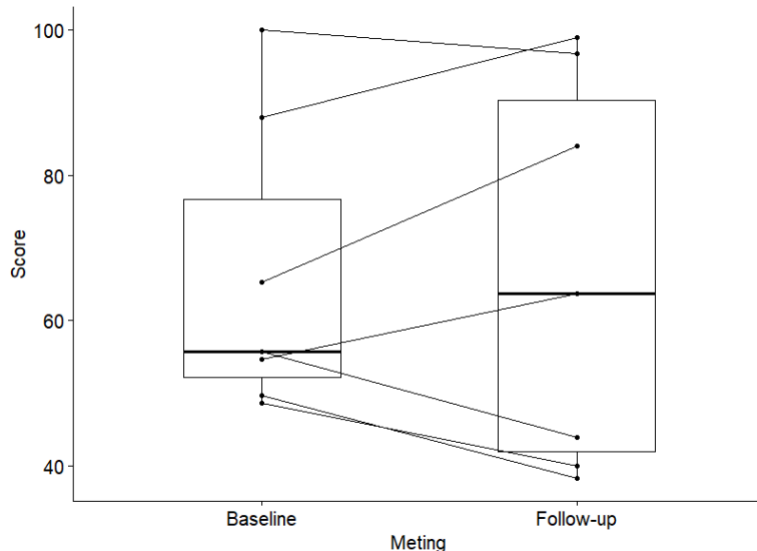
Afdeling	Vragenlijsten, N(%)	Interviews, N(%)
MDL	4(57.1)	4(80.0)
Heelkunde	2(28.6)	1(20.0)
Neurologie	1(14.3)	0(0)
Totaal	7	5

4.2 Resultaten iSHARE vragenlijst

In Tabel 2 is de mediaan, het eerste kwartiel en het derde kwartiel van de baseline- en de follow-up meting weergegeven. De boxplot van de scores in de baseline- en follow-up meting met de individuele scores van de respondenten is weergegeven in Figuur 1.

Tabel 2. Mediaan, eerste kwartiel en derde kwartiel van baseline- en follow-up meting

	Mediaan	Eerste kwartiel(Q ₁)	Derde kwartiel(Q ₃)	N
Baseline meting	55.7	52.2	76.7	7
Follow-up meting	63.7	42.0	90.4	7



Figuur 1. Boxplot van scores in de baseline- en follow-up meting met individuele scores respondenten

Uit visuele inspectie is gebleken dat de waarden in de baseline- en follow-up meting niet-normaal verdeeld zijn. De Wilcoxon signed rank toets toont geen significant verschil tussen de baseline meting en de follow-up meting ($V=14$, $p=1.0$).

Uit de sensitiviteitsanalyse is gebleken dat de resultaten van de sensitiviteitsanalyse overeenkomen met de resultaten van de primaire analyse.

4.3 Resultaten interviews

De coderingstabel is te zien in Bijlage 6. Coderingstabel.

4.3.1 Voorinformatie

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat zij niks missen in de voorinformatie.

Alle respondenten gaven aan dat zij graag voorafgaand aan het consult de verwachting van de patiënt over het consult, de belangrijkste vragen van de patiënt en wat de patiënt wil bespreken, willen weten. Respondent 6 zegt hierover: “De verwachting die de patiënt heeft, dus wat verwacht de patiënt dat wij voor diegene kunnen betekenen”. Respondent 10 vermeldde: “De belangrijkste vraag voor de patiënten is wat wil die bespreken”. Deze respondent gaf aan dat dit wordt gedekt door de samen beslis-vraag. Van de vijf respondenten gaven twee aan dat er een verschil zit tussen de verwachting van de patiënt en die van de arts.

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat de auto-anamnese waardevol is bij nieuwe consulten, maar dat het minder tot geen waarde heeft bij herhaalconsulten. Zo noemt respondent 6: “Ik denk dat het meer waarde biedt zo’n auto-anamnese bij nieuwe patiënten dan bij een controle patiënt”. Respondent 10 benadrukte dat een aantal vragen uit de auto-anamnese eenmalig ingevuld moeten worden, zoals lengte en gewicht. Andere vragen, zoals over medicatie, zijn ook bij herhaalconsulten van belang, aangezien dit kan veranderen in de tussentijd.

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat de auto-anamnese erg prettig is. Zo zegt respondent 10: “Ik vind de auto-anamnese heel prettig, het scheelt mij administratiewerk”.

Respondent 6 zou de auto-anamnese graag in het consultformulier zien.

Alle respondenten zijn positief over de samen beslis-vragen. Zo gaf respondent 13 aan dat de samen beslis-vragen ervoor zorgen dat de patiënt gehoord en gekend wordt en dat daardoor de tevredenheid over het consult zal toenemen. Respondent 10 noemt: “Want sommigen slaan dicht bij zulke gesprekken of die vergeten dingen. En als je dat van tevoren goed hebt geformuleerd is dat veel makkelijker”. Respondent 13 meldde dat het ook als een controle voor de arts kan dienen: “Het is prettig om te zien of je achteraf diegene gevraagd hebt wat diegene hoopte dat je zou vragen”. Twee respondenten stelden dat de samen beslis-vragen de verwachting van de patiënt weergeven. Twee respondenten gaven aan dat de samen beslis-vragen hen helpt in de voorbereiding op het consult.

4.3.2 Voorbereiding patiënt

Respondent 6 gaf aan dat de patiënt beter voorbereid naar het consult komt, de patiënt kwam met gerichte vragen naar het consult en de bewustwording van de patiënt heeft geholpen in het gesprek. Respondent 10 meldde dat de patiënt niet beter voorbereid was en de samen beslis-vragen niet had ingevuld. Desalniettemin verwacht deze respondent dat de interventies uiteindelijk de patiënt kunnen helpen bij de voorbereiding. Respondent 12 gaf aan dat het verschilt per patiënt. Respondenten 3 en 13 gaven aan dat het momenteel nog te vroeg is om hier iets over te zeggen. Respondent 3 verwacht dat de samen beslis-vragen de patiënt kunnen helpen in de voorbereiding.

4.3.3 Tijd voor gezamenlijke besluitvorming

Volgens respondent 3 is er door de interventies minder tijd voor gezamenlijke besluitvorming. Door de voorbereiding komt de patiënt met meer vragen naar het consult dan voorheen. Het beantwoorden van deze vragen kost veel tijd, waardoor er minder tijd is voor gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast gaf de respondent aan dat de auto-anamnese geen tijd oplevert.

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat de interventies meer tijd creëren voor gezamenlijke besluitvorming. Zij meldden dat de auto-anamnese ervoor zorgt dat er meer tijd is voor de patiënt. Respondent 13 merkte op dat het nu nog te vroeg is om daar uitspraken over te doen, maar de respondent is wel overtuigd dat meer tijd gecreëerd wordt voor gezamenlijke besluitvorming door de interventies.

Respondent 12 gaf aan dat het verschilt per patiënt: “De patiënt kan natuurlijk bij de vragen iets zeggen wat helemaal niet reëel is. Dan ben je er misschien nog wel veel meer tijd aan kwijt.” “Bij nieuwe patiënten dan ben je wat beter voorbereid op het consult en dan hoef je misschien wat minder te zoeken. In die zin zou het ook tijd kunnen sparen”.

4.3.4 Onderwerpen tijdens het consult

Respondent 3 gaf aan dat door de interventies de wensen en vragen van de patiënt vaker naar voren komen en dat de onderwerpen dus zijn veranderd. Respondenten 10 en 13 vonden het te vroeg om hier iets over te zeggen maar zij verwachtten dat er wel andere onderwerpen aan bod komen.

Respondent 6 gaf aan dat de onderwerpen hetzelfde zijn gebleven, maar dat ze op een andere manier uitgelegd worden: “Ik denk dat het onderwerp zelf niet zozeer anders is, maar misschien wel de manier waarop je het behandelt in de spreekkamer”.

4.3.5 Kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming

Respondent 6 gaf aan dat de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming wordt verbeterd door de samen beslis-vragen. Respondenten 3, 10 en 13 gaven aan dat het te vroeg is om hier iets over te zeggen. Respondenten 10 en 13 gaven wel aan dat de verwachting is dat de kwaliteit wel verbeterd door de interventies na een langere implementatie.

De respondenten deelden ideeën om de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming te verbeteren. Zo merkte respondent 3 op dat het uitzetten van aandoening specifieke vragenlijsten voorafgaand aan het consult waardevol kan zijn. Twee respondenten benadrukten dat het belangrijk is om goed na te denken welke patiënt je welke vragenlijst voorlegt. Zo zei respondent 12: “Want niet bij elke patiënt voegt het wat toe en kan het juist ook alleen maar verwarring geven”. Ze gaven beide aan dat de vragenlijsten niet erg relevant zijn voor chronische patiënten, zoals patiënten met een prikkelbare darm, de ziekte van Crohn of Colitis, maar het kan zeer waardevol zijn voor nieuwe patiënten, zoals oncologiepatiënten. Respondent 6 zou graag keuzehulpen voor de patiënt willen zien. Drie van de vijf respondenten zijn van mening dat het waardevol kan zijn om de patiënt via het patiëntenportaal informatie mee te geven na de diagnose en voor het beslismoment. Respondent 13 is van mening dat elke dokter een elevator pitch moet kunnen geven over de standaard aandoeningen.

5 Discussie en conclusie

5.1 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevinding is dat er momenteel geen duidelijk effect is van de interventies op gezamenlijke besluitvorming. Er worden volgens de zorgprofessionals geen zaken gemist in het uitvragen van de voorinformatie en de patiënt komt niet beter voorbereid naar het consult. De impact van de interventies op het creëren van meer tijd voor gezamenlijke besluitvorming varieert afhankelijk van het type consult en het type patiënt. Tijdens het consult worden meestal andere onderwerpen aangesneden of worden bestaande onderwerpen op een andere manier behandeld.

5.2 Interpretatie resultaten

In een review door Wickramasekera et al. wordt het effect van digitale vragenlijsten op de verbetering van gezamenlijke besluitvorming onderzocht [16]. Deze digitale vragenlijsten bestonden uit het uitvragen van de voorgeschiedenis, symptomen, mening en waarden van de patiënt. De vragenlijsten konden zowel thuis als in de wachtkamer van het ziekenhuis worden ingevuld. Vier studies hebben vragenlijsten ontwikkeld waarbij patiënten alleen de voor hen relevante vragen hoefden in te vullen om de belasting voor de patiënt te verminderen [16].

Uit een Randomized Controlled Trial met 288 patiënten en 26 zorgprofessionals is gebleken dat patiënten beter voorbereid naar het consult komen met relevante vragen [16, 17]. Dit zijn hoopvolle resultaten voor het huidige onderzoek. In het huidige onderzoek is namelijk nog geen verbetering van de voorbereiding zichtbaar, maar dit wordt na een langere implementatietijd wel verwacht door de respondenten. Wellicht is na langere implementatie van de interventies op de pilotafdelingen van MST en een grotere steekproef ook hier een verbetering van de voorbereiding zichtbaar.

Uit de resultaten van het huidige onderzoek en uit de review blijkt dat het erg afhangt van het type consult en het type patiënt of de vragenlijsten zorgen voor meer tijd voor gezamenlijke besluitvorming tijdens een consult. Uit de review blijkt dat één studie heeft aangetoond dat de digitale vragenlijsten ervoor zorgen dat er minder tijd tijdens het consult wordt besteed aan het uitvragen van de voorinformatie van de patiënt, waardoor er meer tijd beschikbaar is voor gezamenlijke besluitvorming [16, 18]. In het huidige onderzoek gaf één respondent aan dat de interventies juist zorgen voor minder tijd voor gezamenlijke besluitvorming, terwijl twee andere respondenten aangaven dat het zorgt voor meer tijd. Er zal meer onderzoek gedaan moeten worden om hier duidelijke conclusies over te trekken.

Als laatste is uit de review gebleken dat het uitvragen van de voorkeuren van de patiënt ervoor heeft gezorgd dat de zorgprofessionals meer aandacht besteden aan de zorgen van de patiënt [16]. De respondenten in het huidige onderzoek hebben aangegeven dat zij graag vooraf de verwachting van de patiënt en wat zij willen bespreken willen weten. Uit onderzoek vanuit het perspectief van de patiënt of in het feitelijk gesprek moet blijken of het uitvragen van de verwachting van de patiënt ook echt leidt tot een consult gericht op de zorgen van de patiënt.

Eén respondent heeft aangegeven dat hij graag meer gebruik zou willen maken van keuzetools voor patiënten. Uit onderzoek van Austin et al. is gebleken dat er verschillende gevalideerde tools beschikbaar zijn voor patiënten die hen kunnen ondersteunen bij gezamenlijke besluitvorming [19]. Deze tools kunnen bestaan uit het voorzien van informatie aan de patiënt over de aandoening of keuzetools over de risico's en voordelen van verschillende behandelingen. Het gebruik van deze tools bevordert kennisoverdracht en vergroot de betrokkenheid van de patiënt bij behandelkeuzes [19]. Het integreren van dergelijke tools zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de huidige interventies.

5.3 Sterke punten en beperkingen

5.3.1 Sterke punten

Zowel de iSHARE vragenlijst als de interviews hebben een hoge validiteit en betrouwbaarheid. Uit de dubbele codering bleek dat de manier van coderen van de twee beoordelaars overeen kwam. Dit leidde tot een hoge interbeoordelaarsovereenstemming wat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogt. Bovendien heeft het dubbel coderen bijgedragen aan een verhoogde validiteit, door mogelijke vertekeningen of subjectiviteit te verminderen.

5.3.2 Beperkingen

Vanwege verschillende redenen zijn slechts zeven zorgprofessionals betrokken bij het onderzoek. Dit kleine aantal respondenten heeft invloed op de externe validiteit van het onderzoek, omdat deze steekproef mogelijk niet representatief is voor de onderzoekspopulatie.

Respondenten die alleen hebben deelgenomen aan de baseline meting zijn geëxcludeerd vanwege gepaarde data. Een alternatieve aanpak is het uitvoeren van een mixed model repeated measurements analyse, waarbij alle respondenten meegenomen worden. Echter, het gemiddelde en de mediaan van alle respondenten in de baseline meting ligt dicht bij het gemiddelde en de mediaan van de follow-up meting dan het gemiddelde en de mediaan in de baseline meting van alleen de respondenten die hebben deelgenomen aan beide metingen. Dit impliceert dat de alternatieve analyse geen andere resultaten zal opleveren dan de primaire analyse, waardoor ervoor gekozen is om uit te gaan van de primaire analyse.

Twaalf van de veertien vragenlijsten zijn binnen één dag na het consult ingevuld. Eén vragenlijst is ingevuld na zeven dagen en één vragenlijst na twaalf dagen. De lange tijd tussen het consult en het invullen van de vragenlijst bij deze twee respondenten kan leiden tot een recall-probleem. Het is mogelijk dat de respondenten bepaalde aspecten van het consult zijn vergeten, wat de juistheid en nauwkeurigheid van de antwoorden op de vragen kan aantasten. Dit kan de interne validiteit van het onderzoek verminderen, aangezien mogelijk iets anders wordt gemeten dan oorspronkelijke beoogd was. Daarnaast kan het de betrouwbaarheid beïnvloeden, omdat het onvermogen om het consult goed te herinneren kan leiden tot inconsistente antwoorden. Om een recall-probleem te voorkomen is het belangrijk dat de vragenlijst zo snel mogelijk na het plaatsvinden van het consult wordt ingevuld, uiterlijk voor het einde van het dagdeel.

Het was voor de zorgprofessionals voorafgaand aan het consult lastig om in te schatten of er gezamenlijke besluitvorming zou gaan plaatsvinden tijdens een consult. Dit werd voornamelijk

veroorzaakt doordat vooraf nog niet duidelijk was wat er besproken zou gaan worden. Soms was het onduidelijk of er een duidelijk beslismoment was. Uit de observaties van de onderzoeker is gebleken dat er wel in elk consult gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden. Echter, in enkele gevallen was dit twijfelachtig, waardoor deze consulten niet optimaal waren voor dit onderzoek. Desalniettemin bieden deze gevallen wel een goed beeld van de werkelijke situatie.

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een per-protocolanalyse, wat betekent dat de patiënten en artsen vooraf zijn gevraagd om gebruik te maken van de interventies. Slechts de patiënten die de interventies hebben gebruikt zijn geïnccludeerd. Er wordt hierdoor een ultieme situatie gecreëerd, wat betekent dat het maximale effect wordt gemeten.

Zowel de patiënt als de zorgprofessional waren op de hoogte van hun deelname aan een onderzoek over gezamenlijke besluitvorming en de zorgprofessional wist dat diegene werd beoordeeld. Dit kan mogelijk hebben geleid tot een betere inzet van de zorgprofessional tijdens de baseline meting, waardoor mogelijk het werkelijke verschil tussen baseline- en follow-up meting groter zou zijn. Dit had voorkomen kunnen worden door vooraf de zorgprofessional niet in te lichten over het onderzoek.

Vanwege de vrijwillige deelname van de zorgprofessionals aan het onderzoek kan er sprake zijn van een selectieprobleem. Mogelijk hebben alleen de zorgprofessionals die al veel gebruik maken van gezamenlijke besluitvorming ervoor gekozen om deel te nemen aan het onderzoek, terwijl zorgprofessionals die minder betrokken zijn of niet achter gezamenlijke besluitvorming staan mogelijk niet hebben deelgenomen. Hierdoor kan een vertekend beeld zijn ontstaan van het effect van de interventies, aangezien de deelnemende zorgprofessionals al succesvol zijn in het implementeren van gezamenlijke besluitvorming en mogelijk weinig kunnen verbeteren met behulp van de interventies. Wellicht hebben de interventies wel een effect bij de zorgprofessionals die momenteel nog geen of weinig gebruikmaken van gezamenlijke besluitvorming.

5.4 Implicaties

Ondanks dat mede door de beperkingen er geen significant resultaat is gevonden, biedt het onderzoek waardevolle informatie over het verbeteren van de interventies en het onderzoek. Adviezen over de interventies en aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gegeven in Hoofdstuk 6 Adviezen en aanbevelingen vervolgonderzoek. Het verbeteren van de interventies kan resulteren in een betere afstemming op de wensen en behoeften van de zorgprofessionals. Bovendien kan het uitvoeren van een verbeterd vervolgonderzoek mogelijk leiden tot andere resultaten. Indien uit vervolgonderzoek blijkt dat de interventies wel een positief effect hebben op gezamenlijke besluitvorming, kan de pilot worden uitgebreid naar meerdere afdelingen om de gezamenlijke besluitvorming ook daar te verbeteren.

5.5 Conclusie

Momenteel kan nog geen duidelijk meetbaar effect worden waargenomen van de interventies op gezamenlijke besluitvorming. De interventies zullen gedurende een langere periode toegepast moeten worden om een duidelijk effect vast te stellen. Desalniettemin verwachten de zorgprofessionals dat de interventies de patiënt zullen ondersteunen bij de voorbereiding op het consult en dat uiteindelijk de mate en kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming verbeterd zal worden als gevolg van de interventies.

6 Adviezen en aanbevelingen vervolgonderzoek

6.1 Adviezen verbeteren interventies

Om de interventies te verbeteren kunnen de volgende adviezen gevolgd worden: (1) Maak een onderscheid tussen een auto-anamnese voor nieuwe patiënten en herhaalpatiënten, zodat de

patiënten alleen vragen invullen die voor hen van belang zijn. De huidige auto-anamnese is geschikt voor nieuwe patiënten. Voor herhaal patiënten kan de vorig ingevulde auto-anamnese klaargezet worden in het patiëntenportaal met de vraag: 'Is er iets veranderd aan uw gegevens?'. Indien er wijzigingen zijn, zoals medicatie, kan de patiënt deze aanpassen. Indien er geen wijzigingen zijn, kan de patiënt dit aangeven. Het is belangrijk dat in HiX duidelijk wordt aangegeven voor de zorgprofessionals wanneer er wijzigingen zijn in de auto-anamnese van de patiënt. (2) Voor sommige aandoeningen kan het waardevol zijn om, naast de huidige vragenlijsten, aandoening specifieke vragenlijsten uit te zetten. (3) Moedig zorgprofessionals aan om het patiëntenportaal meer te gebruiken door relevante informatie over de aandoening klaar te zetten voor de patiënten. Dit kan worden toegepast wanneer de diagnose bekend is en in een opvolgend consult een besluit moet worden genomen, of wanneer er besluit is genomen en de patiënt hier mogelijk nog op terug wil komen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van keuzehulpen voor patiënten. (4) Zorg dat ook patiënten die niet of minder digitaal vaardig zijn gebruik kunnen maken van de interventies. Dit kan worden gerealiseerd door het per post versturen van de informatiebrief, zodat de patiënt vooraf kan nadenken over de klacht en de verwachtingen van het consult. Daarnaast kan de mogelijkheid worden geboden om de digitale vragenlijsten (auto-anamnese en samen beslis-vragen) in de wachtkamer in te vullen met behulp van een tablet, eventueel met de hulp van een assistent.

6.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Indien er een vervolgonderzoek gaat plaatsvinden naar het effect van de interventies kunnen de volgende aanbevelingen worden meegenomen: (1) Zorg voor een grote steekproef om het aantal respondenten aan het eind van het onderzoek voldoende te behouden, gezien de grote hoeveelheid uitval. (2) Laat de zorgprofessional de iSHARE vragenlijst zo snel mogelijk na het consult invullen om recall-problemen te voorkomen, uiterlijk voor het einde van het dagdeel. (3) Geef de zorgprofessionals een fysieke presentatie om uit te leggen waar zij in HiX de antwoorden van de patiënten op de vragenlijsten kunnen vinden, aangezien communicatie via de mail lastig bleek. (4) Zorg voor meer tijd tussen het inzetten van de interventies en het uitvoeren van de follow-up meting, zodat de zorgprofessionals kunnen leren hoe ze met de interventies moeten omgaan en er meerdere keren gebruik van kunnen maken voordat ze hun mening hierover moeten delen. (5) Maak een onderscheid tussen nieuwe en herhaalconsulten, omdat uit dit onderzoek is gebleken dat bepaalde onderdelen van de interventies beter werken bij nieuwe consulten en andere bij herhaalconsulten. In een vervolgonderzoek kan hier een onderscheid in worden gemaakt om duidelijke effecten te meten. (6) Zorg ervoor dat ook zorgprofessionals deelnemen aan het onderzoek die niet positief tegenover gezamenlijke besluitvorming staan of er momenteel nog weinig gebruik van maken om selectieproblemen te voorkomen. (7) Houd rekening met de verschillen tussen afdelingen in de frequentie van consulten met gezamenlijke besluitvorming bij het selecteren van pilotafdelingen. In dit onderzoek was het bij de Heelkunde vrij eenvoudig om een geschikt consult te vinden, terwijl het bij MDL lastiger was. (8) Geef zorgprofessionals duidelijke criteria waaraan een consult met gezamenlijke besluitvorming moet voldoen. Bepaal daarnaast vooraf wanneer een consult wel of niet aan deze voorwaarden voldoet en dus wel of niet wordt geïncludeerd. (9) Informeer de zorgprofessionals vooraf niet over het doel van het onderzoek. Licht de zorgprofessionals pas na de baseline meting in over de interventies waarbij het belangrijk is om te benadrukken dat zij deze moeten gaan gebruiken.

7 Referentielijst

1. Steenberg M, de Vries J, Arts R, Beerepoot LV, Traa MJ. Barriers and facilitators for shared decision-making in oncology inpatient practice: an explorative study of the healthcare providers' perspective. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(5):3925-31. doi: 10.1007/s00520-022-06820-1.
2. Stiggelbout A, Pieterse AH, Haes H. Shared Decision Making: concepts, evidence, and practice. *Patient education and counseling*. 2015;98:1172-9. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022.
3. Berkowitz J, Martinez-Cambor P, Stevens G, Elwyn G. The development of incorpoRATE: A measure of physicians' willingness to incorporate shared decision making into practice. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(9):2327-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.040>.
4. van der Horst DEM, Garvelink MM, Bos WJW, Stiggelbout AM, Pieterse AH. For which decisions is Shared Decision Making considered appropriate? – A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2023;106:3-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.015>.
5. Pieterse A, Brand P, Basoski N, Stiggelbout A. Alles wat u moet weten over gedeelde besluitvorming. *Medisch Contact*. 2017;12:34-6.
6. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
7. Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Samen Beslissen. Utrecht 2019.
8. Onbekend: Over 3 goede vragen. <https://3goedevragen.nl/de-3-goede-vragen/> Accessed 28-02-2023.
9. Bomhof-Roordink H, Stiggelbout AM, Gärtner FR, Portielje JEA, de Kroon CD, Peeters KCMJ, et al. Patient and physician shared decision-making behaviors in oncology: Evidence on adequate measurement properties of the iSHARE questionnaires. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(5):1089-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.034>.
10. Baarda DB, van der Hulst M. Basisboek Interviewen. Groningen: Noordhoff; 2017.
11. Merkus J: Semigestructureerd of half-gestructureerd interview | Voorbeeld. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/semigestructureerd-interview/> (2021). Accessed 08-03-2023.
12. Dingemans K: Stappenplan om interviews te coderen | Uitleg & voorbeelden. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/> (2021). Accessed 08-03-2023.
13. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*. 2017;7(3):93-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>.
14. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):9-18. doi: 10.1080/13814788.2017.1375091.
15. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):120-4. doi: 10.1080/13814788.2017.1375092.
16. Wickramasekera N, Taylor SK, Lumley E, Gray T, Wilson E, Radley S. Can electronic assessment tools improve the process of shared decision-making? A systematic review. *Health Inf Manag*. 2023;52(2):72-86. doi: 10.1177/1833358320954385.
17. Barnabei VM, O'Connor JJ, Nimphius NM, Vierkant RA, Eaker ED. The Effects of a Web-Based Tool on Patient-Provider Communication and Satisfaction with Hormone Therapy: A Randomized Evaluation. *Journal of Women's Health*. 2008;17(1):147-58. doi: 10.1089/jwh.2007.0369.
18. Posthuma S, van der Ploeg JM, van Etten-deBruijn BA, van der Ham DP. Time efficiency of a web-based questionnaire in urogynecology: a randomized study. *Int Urogynecol J*. 2016;27(4):621-7. doi: 10.1007/s00192-015-2900-9.
19. Austin CA, Mohottige D, Sudore RL, Smith AK, Hanson LC. Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. 2015;175(7):1213-21. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.1679.

8 Bijlagen

Bijlage 1. Informatiebrief



▶ Had ik het maar gevraagd, had ik het maar gezegd...

Hoe kunt u zich goed voorbereiden op uw gesprek met de dokter?

"Toen ik buiten stond wist ik weer wat ik wilde vragen." Misschien herkent u dit na een gesprek met uw dokter. Er gaan allerlei vragen door uw hoofd. Door spanning en emoties gaat zo'n gesprek vaak heel anders dan gepland. Vóór het gesprek hierover nadenken helpt om de juiste vragen te stellen en de informatie te geven die belangrijk is.

Wat wil de dokter weten?

Een afspraak bij de dokter duurt, afhankelijk van de zorgvraag, variërend van ongeveer 10 minuten tot 45 minuten. In die vaak korte tijd wil de dokter veel dingen van u weten. De dokter vraagt welke klachten u heeft en hoe het met u gaat. Bedenk thuis wat u aan de dokter wilt vertellen en hoe u dat goed kunt uitleggen. Denk ook aan het meenemen van een lijst met de medicijnen die u gebruikt. U kunt deze ophalen bij uw apotheek.

De volgende vragen kunnen u helpen het gesprek voor te bereiden:

- Waar heeft u last van?
- Sinds wanneer heeft u er last van?
- Wanneer zijn de klachten erger en wanneer minder erg?
- Wat denkt u zelf dat u heeft?
- Heeft u pijn? Zo ja, probeer het een cijfer te geven. Het cijfer 1 staat voor geen of bijna geen pijn en het cijfer 10 voor de ergste pijn die u kunt bedenken.
- Heeft u last van de klachten in uw dagelijkse leven of uw werk?
- Wat is belangrijk voor u? Denk daarbij aan werk, gezin of sporten.
- Hoe staat u in het leven?
- Is de klacht al eens eerder onderzocht door een andere dokter of de huisarts? Weet u nog wat daar uit kwam?
- Bent u hiervoor behandeld? Zo ja, welke behandeling?
- Hoe kan de dokter u helpen / wat verwacht u van de dokter?

Wat wilt u weten?

Domme vragen bestaan niet. Schrijf daarom alle vragen op die u te binnen schieten. Neem deze mee naar de afspraak. Het gesprek gaat vaak sneller dan u denkt, stel daarom uw belangrijkste vragen eerst. Dan is er genoeg tijd om het u allemaal goed uit te leggen. Begrijpt u niet wat de dokter zegt? Vraag dan om het nog een keer uit te leggen.

Wat betekent dit voor mij?

Het kan zijn dat u een behandeling of onderzoek nodig heeft. Elke behandeling heeft voor- en nadelen. Wat het beste bij u past, hangt van een aantal zaken af.

De volgende drie vragen helpen u om samen met de dokter de juiste behandeling te kiezen:

- Wat zijn mijn mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
- Wat betekent dat in mijn situatie?

Tips voor een goed gesprek

Er komt veel op u af tijdens een bezoek aan de dokter. Daarom nog enkele tips om samen met uw dokter tot de beste beslissing te komen:

- **Vraag iemand om mee te gaan naar de dokter.** Die persoon kan u helpen met vragen stellen, goed luisteren en opschrijven wat de dokter zegt. Het kan ook prettig zijn om samen na te praten over het gesprek, twee mensen onthouden meer dan één.
- **Herhaal in uw eigen woorden wat de dokter u heeft verteld.** Vraag of u het goed begrepen heeft.
- **Neem het gesprek op.** U mag het gesprek opnemen, bijvoorbeeld met uw telefoon. U kunt dan thuis nog een keer luisteren wat de dokter heeft gezegd. Bespreek vooraf even met de dokter dat u het gesprek wilt opnemen.
- **Beslis niet meteen.** Het kan zijn dat u er langer over na wilt denken. Of dat u eerst met iemand anders wilt praten. Vraag tijd om na te denken als u een moeilijke beslissing moet nemen.

Schrijf hier uw vragen op

Bijlage 2. Auto-anamnese in HiX

Toevoegen Auto-anamnese

Auteur: Robbin Warmerdam (26-10-2022 10:24) Defin

Algemeen

Voor welke klacht heeft u een afspraak?

Wat is uw gewicht (in kg)? kg

Wat is uw lengte (in cm)? cm

BMI

Leef-/woonsituatie

aanleunwoning detentiecentrum kangoeroewoning woont samen met vrienden

alleenwonend gelijkvloers samenwonend zorginstelling

begeleid wonen inwonend bij ouders/voogd uitwonende kinderen anders

dakloos inwonende kinderen woning met trap

Toelichting samenwonen

Beroep/werkzaamheden

Hoe zou u uw levensstijl beoordelen?

erg actief normaal erg inactief

actief inactief

Bent u hulp behoevend?

nee ja, ik ben deels hulpbehoevend ja, ik ben volledig hulpbehoevend

Kunt u goed lopen? ja nee

Medicatie

Gebruikt u medicatie op het moment? ja nee

Wat voor medicatie gebruikt u op het moment?

geen medicatie tegen epilepsie

medicatie voor het hart medicatie tegen kanker

medicatie voor bloeddruk pijnstillers

bloedverdunders slaapmedicatie

medicatie tegen longproblemen oogdruppels

medicatie tegen maagzuur

medicatie tegen een te hoge bloedsuikerspiegel

Toelichting en/of aanvulling op medicatie

Intoxicaties

Roken nooit gestopt passief ja

Rookt(e) sinds (jaar)

Soort tabak

sigaretten shag

sigaren pijp

Aantal sigaretten per dag

Gestopt met roken sinds (jaar)

Aantal packyears

Opmerkingen roken

Alcohol nee gestopt ja

Drugs nee gestopt ja

Allergieën

Bent u ergens allergisch of overgevoelig voor? ja nee

Allergieën

contrastmiddel medicatie noten huisstofmijt

jodium kiwi pinda niet bekend

pleisters banaan soja overig

latex avocado pollen en grassoorten

Wat voor symptomen krijgt u van de allergie(en)?

Toelichting en/of aanvulling op allergieën

Medische voorgeschiedenis

Wardt u nu of bent u in het verleden behandeld door een arts voor andere klachten dan de klachten waar u nu voor komt? ja nee

Voor welke klachten of ziekte(s) bent u onder behandeling geweest?

Bent u eerder geopereerd? ja nee

Waarom bent u geopereerd en wanneer?

Welke van de volgende ziektes komen voor in uw familie?

spierziektes pseudocholinesterase deficiëntie geen

bloedingsneigingen sikkelcel

maligne hyperthermie overig

Toelichting en/of aanvulling medische voorgeschiedenis

Reanimatie en behandelbeperking	
<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
<input type="checkbox"/> niet beademen <input checked="" type="checkbox"/> geen ic opname <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nee	
Contactpersonen	
<input type="text"/> test	
<input type="text"/>	
<input type="text"/> test	
Overig	
<input type="text"/>	

i-SHARE vragenlijst

Wilt u bij het invullen van deze vragenlijst denken aan het consult waarin gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden.

De uitspraken gaan over de patiënt en over uzelf. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Uw antwoorden worden vertrouwelijk en anoniem behandeld.

Voor vragen kunt u bellen naar Quinty Teggeler: [REDACTED]

Datum invullen vragenlijst: - -

Tijdstip invullen vragenlijst: : uur

1. Ik heb uitgelegd wat de voordelen van de behandelmogelijkheden zijn

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ik heb uitgelegd wat de nadelen van de behandelmogelijkheden zijn

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ik heb de voordelen en de nadelen van elke behandelmogelijkheid even goed uitgelegd

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ik ben nagegaan of de patiënt de voordelen van de behandelmogelijkheden begreep

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ik ben nagegaan of de patiënt de nadelen van de behandelmogelijkheden begreep

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ik heb verteld waarin de behandelmogelijkheden van elkaar verschillen

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. De patiënt heeft vragen gesteld over de behandelmogelijkheden

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Aan het begin van het gesprek heb ik gezegd dat er een keuze is met betrekking tot de behandeling

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ik heb gezegd dat het ertoe doet wat de patiënt zelf belangrijk vindt

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ik ben nagegaan of ik goed begreep wat voor de patiënt belangrijk is

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ik heb de patiënt geholpen om de voordelen en de nadelen van de behandelmogelijkheden af te wegen

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ik heb de patiënt tijd gegeven om de voordelen en de nadelen van de behandelmogelijkheden af te wegen (tijdens of na het gesprek)

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. De patiënt heeft tegen mij gezegd wat voor hem/haar belangrijk is

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. De patiënt heeft de voordelen en de nadelen van de behandelmogelijkheden afgewogen (voor, tijdens of na het gesprek)

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er een beslissing genomen over de behandeling?

- Ja, de beslissing is genomen → vul hieronder vraag 15 in
- Nee, er is geen beslissing genomen → vul hieronder vraag 16 in

15. Bij de beslissing is rekening gehouden met wat de patiënt belangrijk vindt

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Ik heb met de patiënt besproken wat hij/zij nodig heeft om de voordelen en de nadelen van de behandelmogelijkheden af te kunnen wegen

helemaal niet gedaan	bijna niet gedaan	een beetje gedaan	voor een groot deel gedaan	bijna helemaal gedaan	helemaal gedaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 4. Interviewschema

Inleiding

Hallo, mijn naam is Quinty Teggeler. Ik ben student Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente en ik doe mijn afstudeeronderzoek naar het effect van de ingezette interventies op gezamenlijke besluitvorming. Hartelijk dank dat u wilt meewerken aan mijn onderzoek. Ik zou het interview graag willen audio-opnemen zodat ik het later terug kan luisteren om alles te analyseren. Bent u hiermee akkoord?

...

Goed, dan zet ik nu de opname aan. Ten eerste zou ik u graag toestemming willen vragen voor het gebruiken van uw antwoorden in mijn onderzoek. Uw antwoorden zullen vertrouwelijke en anoniem behandeld worden. Bent u hiermee akkoord?

...

Het interview duurt ongeveer 10 tot 20 minuten. U kunt altijd stoppen met het interview, hier hoeft u geen reden voor te hebben. Het doel van het interview is om te onderzoeken wat het effect is van de interventies op gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de zorgprofessional. Weet u over welke interventies ik het heb?

...

Zo nee: de interventies uitleggen

Om te onderzoeken wat het effect van de interventies is, zal ik vragen stellen over verschillende onderwerpen. U mag de antwoorden baseren op meerdere consulten waar gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden en de interventie zijn gebruikt. Als u vragen heeft tijdens het interview mag u deze altijd stellen. Als u nog aanvullende onderwerpen heeft kunnen we deze aan het eind van het interview bespreken. Heeft u op dit moment vragen aan mij?

...

Dan kunnen we beginnen met het interview.

Kern

Onderwerp	Interviewvragen	Prompt
Voorinformatie	Welke informatie van de patiënt zou u graag voorafgaand aan het consult willen weten? Wat is uw mening over de auto-anamnese die sinds kort wordt ingezet? Mist u nog zaken in het uitvragen in de voorinformatie van de patiënt tijdens de auto-anamnese?	Zo ja: Welke zaken mist u nog?
Vorbereiding van de patiënt	In hoeverre ervaart u dat de patiënt beter voorbereid naar het consult komt in vergelijking met voor het inzetten van de interventies?	<ul style="list-style-type: none">• Heeft u het gevoel dat de patiënt de voorbereidingsfolder heeft gelezen? Waaraan merkt u dat? (hoeveel wel/niet)• Heeft de patiënt de auto-anamnese ingevuld? (hoeveel wel/niet) Zo ja: Heeft u deze voorafgaand aan het consult doorgenomen?• Heeft de patiënt de drie goede vragen gesteld? (hoe vaak wel/niet)

		<ul style="list-style-type: none"> • Heeft de patiënt de samen beslisvragen ingevuld? (hoeveel wel/niet) <p>Zo ja: Heeft u deze voorafgaand aan het consult doorgenomen?</p>
Tijd voor gezamenlijke besluitvorming	In hoeverre is er in uw beleving meer tijd tijdens het consult voor gezamenlijke besluitvorming na het inzetten van de interventies in vergelijking met voor het inzetten van de interventies?	<p>Wanneer er meer tijd is:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waaraan merkt u dat? • Welk deel van de interventies draagt hier het meeste aan bij? • Wat is het effect/gevolg van dat er meer tijd is? <p>Wanneer er niet meer tijd is:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waaraan merkt u dat? • Hoe kan er in uw ogen meer tijd worden gecreëerd voor gezamenlijke besluitvorming?
Onderwerpen tijdens consult	<p>Welke onderwerpen kwamen vooral aan bod tijdens het consult voor het inzetten van de interventies?</p> <p>Welke onderwerpen komen vooral aan bod tijdens het consult na het inzetten van de interventies?</p> <p>Heeft u het gevoel dat er een grote verandering is in de onderwerpen die aan bod komen tijdens het consult na het inzetten van de interventies? Kunt u dit toelichten?</p>	
Kwaliteit gezamenlijke besluitvorming	<p>In hoeverre dragen de interventies bij aan een verandering in de mate van gezamenlijke besluitvorming?</p> <p>In hoeverre dragen de interventies bij aan een verandering in de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming?</p> <p>Op welke manier kan gezamenlijke besluitvorming (nog meer) worden verbeterd? (nieuwe interventie)</p>	<p>Indien kwaliteit is verbeterd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke onderdelen van gezamenlijke besluitvorming zijn het meest verbeterd? • Welke interventie(s) dragen hier het meest aan bij? • Welke interventie(s) dragen hier het minst aan bij? • Wat is het gevolg van deze verbetering? <p>Indien kwaliteit niet is verbeterd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waarom dragen de interventies niet bij aan een hogere kwaliteit?

		<ul style="list-style-type: none">• Kunt u een nieuwe interventies bedenken wat in uw ogen wel de kwaliteit kan verbeteren?
--	--	---

Afsluiting

We zijn aan het eind gekomen van het interview. *Samenvatten, checken of het klopt.*

Wilt u nog iets toevoegen? Heeft u het gevoel dat er iets niet of niet genoeg aan bod is gekomen?

Heeft u nog vragen?

Bedankt voor uw deelname aan dit interview. Uw antwoorden hebben mij waardevolle informatie gegeven over het effect van de interventies.

Opname uitzetten.

Bijlage 5. Proefpersoneninformatieformulier

Onderzoek patiëntregie en samen beslissen

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek in Medisch Spectrum Twente.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Onderzoek in MST (2021) naar samen beslissen laat zien dat samen beslissen binnen MST momenteel nog te weinig 'samen' is. Artsen geven o.a. aan dat er te weinig tijd is tijdens het consult en de patiënt herkent het keuzemoment onvoldoende en is niet goed voorbereid. Er zijn verschillende interventies ontwikkeld die zouden kunnen bijdragen aan een beter gesprek tussen de patiënt en zorgprofessional. Het effect van deze interventies wordt in dit onderzoek onderzocht. Wij proberen te onderzoeken of de hulpmiddelen die we inzetten om beter samen te beslissen de patiënt en arts helpen.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Wij onderzoeken dit door het consult tussen u en uw patiënt te observeren. Hiervoor is een onderzoeker bij dit consult aanwezig. Zij zal het gesprek auditief opnemen voor onderzoek aan de hand van een observatielijst. Na het consult vragen we u een korte vragenlijst in te vullen over het consult. Dit duurt maximaal 5 minuten. En mogelijk plant de onderzoeker met u nog een moment voor een interview, dit zal maximaal 30 minuten duren.

3. Wat wordt er van u verwacht?

Voor het selecteren van patiënten neemt de onderzoeker contact met u op.

U moet een vragenlijst invullen na het geobserveerde consult.

U wordt mogelijk geïnterviewd. Dit zal de onderzoeker persoonlijk met u bespreken.

4. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens (naam) gecodeerd en opgeslagen interne schijf van MST en nadien verwijderd. Deze codering wordt gebruikt om resultaten van baseline en follow-up met elkaar te kunnen vergelijken. De door u ingevulde vragenlijst wordt voor het onderzoek gebruikt en nadien verwijderd. Het opgenomen gesprek wordt voor het onderzoek gebruikt en nadien verwijderd.

5. Door wie is dit onderzoek goedgekeurd?

De Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente heeft goedkeuring gegeven om dit onderzoek uit te voeren.

6. Wilt u verder nog iets weten?

Voor vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker.

Quinty Teggeler, tel. [REDACTED].

Indien u besluit deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek, dan vragen we u om samen met de onderzoeker het toestemmingsformulier te ondertekenen en van een datum te voorzien.

Met vriendelijke groet,

Lune Woolderink, Emma Joostens en Quinty Teggeler

Toestemmingsformulier

Patiëntregie en samen beslissen
Versie 1.0 Datum: 08-03-2023

Ik heb de informatiebrief voor deelname aan het onderzoek gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief.

Ik weet dat er sprake is van een auditieve opname van het consult.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 6. Coderingstabel

Thema	Axiale code	Open code	Frequentie
Voorinformatie	Effect auto-anamnese		53
		Auto-anamnese in consultformulier	1
		Auto-anamnese is super fijn	2
		Auto-anamnese scheelt administratiewerk	2
		Auto-anamnese waardevol bij nieuwe consult, minder waardevol bij herhaalconsulten	7
		Sommige vragen eenmalig, andere vragen ook handig bij herhaalconsult	1
			13
	Effect samen beslis-vragen		25
		Beter kwaliteit door samen beslis-vragen	1
		Bewustwording door samen beslis-vragen	1
		Effect samen beslis-vragen afhankelijke van relatie met patiënt	1
		Meer tevreden door samen beslis-vragen	3
		Samen beslis-vragen als herinnering voor patiënt	1
		Samen beslis-vragen dwingt patiënt om vooraf na te denken	5
		Samen beslis-vragen gebruiken als controle	2
		Samen beslis-vragen geven verwachting patiënt weer	3
		Samen beslis-vragen helpen voorbereiding arts	2
		Samen beslis-vragen helpen voorbereiding patiënt	2
		Samen beslis-vragen vooral voor nieuwe patiënten	2
		Specifieke vragen door samen beslis-vragen	2
			3
	Vooraf weten		12
		Verschil verwachting arts en patiënt	2
		Vooraf weten: hoofdklacht	2
		Vooraf weten: verwachting consult	3
		Vooraf weten: belangrijkste vragen patiënt	2
		Vooraf weten: wat wil de patiënt bespreken	2
		Waardevol om vraag patiënt vooraf te weten	1
	3		

Vorbereiding patiënt			5
	Niet beter voorbereid		2
		Patiënt niet beter voorbereid	1
		Patiënt samen beslis-vraag niet ingevuld	1
	Verschilt per patiënt		1
		Vorbereiding verschilt per patiënt	1
	Wel beter voorbereid		2
		Patiënt wel beter voorbereid	1
		Verwachting patiënt beter voorbereid	1
Tijd voor gezamenlijke besluitvorming			12
	Meer tijd		8
		Meer tijd door auto-anamnese	2
		Meer tijd door auto-anamnese bij nieuwe patiënt	1
		Meer tijd door samen beslis-vragen	4
		Verwachting meer tijd	1
	Niet meer tijd		3
		Auto-anamnese levert geen tijd op	1
		Minder tijd door samen beslis-vragen	2
	Verschillend per patiënt		1
		Meer/minder tijd verschilt per patiënt	1
Onderwerpen tijdens consult			6
	Verandering onderwerpen		4
		Onderwerpen meer focus op vragen patiënt	1
		Verwachting andere onderwerpen	2
		Voorheen alleen oplossing nu ook alternatieven	1
	Zelfde onderwerpen		2
		Zelfde onderwerpen maar anders invliegen	1
		Zelfde onderwerpen tijdsindeling anders	1
Kwaliteit en mate van gezamenlijke besluitvorming			17
	Verbetering		3
		Betere kwaliteit gezamenlijke besluitvorming	1
		Hogere mate van gezamenlijke besluitvorming	1
		Verwachting betere kwaliteit gezamenlijke besluitvorming	1
	Gevolg van verbetering		3

		Beter besluit door betere gezamenlijke besluitvorming	1
		Meer tevreden door betere gezamenlijke besluitvorming	1
		Verwachting minder vragen na consult	1
	Wisselt per patiënt		1
		Mate van gezamenlijke besluitvorming hangt af type patiënt	1
	Andere ideeën voor verbetering		10
		Aandoening specifieke vragenlijst	1
		Elevator pitch	1
		Keuzehulpen	1
		Patiënt informatie voorzien na consult	4
		Vooraf patiënt informatie over aandoening geven	4
		Afvragen welke patiënt welke vragenlijst	2