

BACHELOR THESIS

UNIVERSITY
OF TWENTE.

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



Lune Woolderink

**Afstudeerscriptie Bachelor Gezondheidswetenschappen
Faculteit Technische Natuurwetenschappen
Universiteit Twente, Enschede**

Job van der Palen (eerste begeleider)

Marjolein Brusse-Keizer (tweede begeleider)

Inge Duindam en Rozemarijn van Erp (externe begeleider)

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis ‘Het effect van interventies op de gezamenlijke besluitvorming vanuit patiënten perspectief binnen Medisch Spectrum Twente: een mixed-methods studie’. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede en kijkt naar de bijdrage van de interventies op gezamenlijke besluitvorming. Deze thesis is geschreven voor mijn afstuderen van de bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente in Enschede. Ik ben van februari tot en met juni 2023 bezig geweest met het onderzoeken en schrijven van mijn thesis.

Met grote toewijding en plezier heb ik de uitvoering van dit onderzoek doorlopen, waarbij ik interessante bevindingen heb opgedaan. Ik hoop dat mijn aanbevelingen voor MST waardevol zullen zijn en in de nabije toekomst een ondersteunende rol kunnen vervullen. Daarnaast heb ik als persoon ook veel geleerd, zowel op academisch als persoonlijk gebied en ben ik trots dat ik mijn studie mag afronden met deze afstudeerscriptie.

Een speciaal dankwoord gaat uit naar mijn eerste begeleider van deze afstudeeropdracht, Job van der Palen. Ik heb mede door zijn goede feedback en ondersteuning veel geleerd van dit proces. Daarnaast wil ik ook Inge Duindam en Rozemarijn van Erp bedanken voor de inzet, de feedback en de steun die ik van hen heb mogen ontvangen. Naast mijn begeleiders wil ik ook mijn afstudeerkring, bestaande uit Emma Joostens en Quinty Teggeler, bedanken voor de prettige samenwerking, steun en feedback. Als laatste bedank ik ook alle respondenten van MST voor hun deelname aan het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Lune Woolderink

Wierden, 6 juni 2023

Samenvatting

Het beleidsconcept 'gezamenlijke besluitvorming' staat in de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer centraal. Ondanks de groeiende aandacht voor samen beslissen, verloopt dit proces nog niet optimaal. Uit een analyse in Medisch Spectrum Twente (MST) bleek dat slechts 55,6% van de patiënten aangaf samen te hebben besloten over hun behandeling. Patiënten herkenden het keuzemoment niet en waren onvoldoende betrokken bij de besluitvorming. 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 is om te bepalen of deze interventies bijdragen aan de ondersteuning van patiënten bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid. De onderzoeksvraag luidt: *"Wat is het effect van de inzet van de auto-anamnese, de informatievoorziening voorafgaand aan het consult, opstellen van de samen beslis-vragen op de beleving van patiënten bij de gezamenlijke besluitvorming binnen de pilotafdelingen van MST?"*

Om dit te onderzoeken is een mixed-methods onderzoek uitgevoerd. Er hebben twee meetmomenten plaatsgevonden en er zijn in totaal 19 iSHARE vragenlijsten afgenomen om de mate van gezamenlijke besluitvorming te meten. Daarnaast zijn er in totaal 16 interviews afgenomen om de patiënt tevredenheid en voorbereiding op het consult te beoordelen.

Uit de resultaten is gebleken dat de implementatie van de interventies heeft geleid tot een toename in voorbereiding door patiënten en een hogere patiënttevredenheid, maar er kan nog geen significant effect op de mate van gezamenlijke besluitvorming worden gemeten.

Belangrijke beperkingen zijn onder andere de kleine onderzoekspopulatie en het feit dat respondenten bewust waren van het doel van het onderzoek. Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek wordt onder andere aanbevolen om de interventies op andere manieren aan te bieden om zo de gebruiksvriendelijkheid te vergroten. Voor vervolgonderzoek wordt onder andere aanbevolen de interventies in te richten naar het soort consult, de zorgprofessionals pas te informeren over het doel van het onderzoek na de baseline-meting en de werving van respondenten en de timing van de interventies te verbeteren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 <i>Introductie</i>	7
1.2 <i>Stappen samen beslissen</i>	7
1.3 <i>Probleemanalyse</i>	7
1.4 <i>Vraagstelling</i>	7
1.5 <i>Praktische relevantie</i>	8
2. Theoretisch raamwerk	8
2.1 <i>Samen beslissen</i>	8
2.2 <i>Stappen van samen beslissen</i>	8
2.3 <i>ISHARE-vragenlijst</i>	9
3. Methode	9
3.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	9
3.2 <i>Dataverzameling</i>	9
3.3 <i>Onderzoekspopulatie</i>	9
3.4 <i>Onderzoeksverloop</i>	10
3.5 <i>Data-analyse</i>	10
3.6 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	11
4. Resultaten	11
4.1 <i>iSHARE vragenlijst</i>	11
4.2 <i>Interviews</i>	11
4.2.1 <i>Deelvraag 1: In hoeverre heeft de implementatie van de interventies geleid tot een toename van voorbereiding van patiënten op het consult?</i>	11
4.2.1.1 <i>Voorbereiding door middel van interventies</i>	12
4.2.2 <i>Deelvraag 2: In hoeverre zien we een verandering in de tevredenheid van patiënten over de gezamenlijke besluitvorming na inzet van de interventies?</i>	12
4.2.1 <i>Rekening houden met persoonlijke voorkeuren</i>	12
4.2.3 <i>Voor- en nadelen van de behandelopties</i>	13
4.2.4 <i>De mate van gezamenlijke besluitvorming</i>	13
5. Discussie en conclusie	14
5.1 <i>Belangrijkste bevindingen</i>	14
5.2 <i>Resultateninterpretatie</i>	14
5.3 <i>Sterke punten en limitaties</i>	15
5.3.1 <i>Sterke punten</i>	15
5.3.2 <i>Limitaties</i>	15
5.4 <i>Conclusie</i>	16
6. Adviezen en aanbevelingen	16
7. Referentielijst	17

8. Bijlagen	19
<i>8.1 Interventies</i>	<i>19</i>
8.1.1 Drie goede vragen	19
8.1.2 Samen beslis-vragen	19
8.1.3 Informatiefolder	19
8.1.4 Auto-anamnese	20
8.2 Interviewschema	22
8.3 ISHARE-vragenlijst	25
.....	26
.....	26
8.4 Proefpersoon Informatie Formulier (PIF) en Informed Consent	27
8.5 Coderingstabel van de interviews	30

1. Inleiding

1.1 Introductie

In de Nederlandse gezondheidszorg staat het beleidsconcept ‘samen beslissen’ steeds meer in de schijnwerpers. Samen beslissen is te omschrijven als een proces waarin sprake is van gezamenlijke besluitvorming van zorgprofessional met patiënt, en eventueel de naasten. Dit soort beslissingen betreffen situaties waarin er meer dan één medisch aanvaardbare optie is en waarin de waardering van het proces of de uitkomsten door zowel de patiënt als zorgprofessional kan variëren per individu. Het betreft hier niet alleen medisch-inhoudelijke argumenten, maar ook de voorkeuren van patiënten. [1] [2]

1.2 Stappen samen beslissen

Het proces van samen beslissen kan worden onderverdeeld in vier stappen. Om te beginnen maakt de zorgprofessional de patiënt duidelijk dat er een beslissing gemaakt moet worden en dat de mening van de patiënt hierbij erg belangrijk is. Vervolgens vermeldt de zorgprofessional de verschillende behandelopties en de voor- en nadelen van elke optie. Daarna bespreekt de zorgprofessional samen met de patiënt zijn of haar voorkeuren. Waarna als laatste stap de zorgprofessional de rol van de patiënt met de patiënt bespreekt, wordt er samen een keuze gemaakt en wordt er een mogelijke follow-up besproken. Voor patiënten betekent samen beslissen dus dat er geen medische kennis van hen wordt verwacht, enkel de eigen expertises, zoals kennis over hun eigen leven, waarden en voorkeuren. [2]

1.3 Probleemanalyse

Samen beslissen verloopt echter nog niet altijd en overall optimaal. In Medisch Spectrum Twente (MST) heeft in 2021 een analyse plaats gevonden in een cliëntpanel, waaruit bleek dat maar 55,6% van de patiënten aangaf samen te hebben besloten voor een behandeling. Er wordt vooral veel informatie verstrekt door de zorgprofessional, maar er wordt nog te weinig rekening gehouden met wat voor de patiënt belangrijk is. Het probleem dat naar voren is gekomen, is dat de patiënt het daadwerkelijke keuzemoment niet herkent en daardoor onvoldoende betrokken is bij het samen beslissen.

Er wordt gedacht dat de inzet van een aantal interventies de patiënt onder andere kan voorbereiden op het gesprek en het keuzemoment. De ontwikkelde interventies zijn een auto-anamnese voorafgaand aan het consult met de twee samen beslis-vragen. Daarnaast informatievoorziening voor de patiënt voorafgaand aan het consult met daarin de drie goede vragen. De drie goede vragen zullen in elke spreekkamer vermeld worden op een ontwikkelde staander. Dit zou het samen beslissen kunnen bevorderen. Zie 8.1 Interventies voor de volledige omschrijving van de interventies.

1.4 Vraagstelling

Dit onderzoek zou inzichtelijk geven of de ontwikkelde interventies bijdragen aan het ondersteunen van de patiënten in het nemen van beslissingen over hun eigen gezondheid. De onderzoeksvraag die hierop aansluit, luidt als volgt: ***‘Wat is het effect van de inzet van de auto-anamnese, de informatievoorziening voorafgaand aan het consult, opstellen van de samen beslis-vragen en van de drie goede vragen op de beleving van patiënten bij de gezamenlijke besluitvorming binnen de pilotafdelingen van Medisch Spectrum Twente, Enschede ten opzichte van voor de inzet van de interventies?’***

De afdelingen waarbinnen de pilot wordt uitgevoerd zijn; Heelkunde, Neurologie en MDL. Hierbij zijn de volgende sub-vragen geformuleerd:

1. In hoeverre heeft de implementatie van de interventies geleid tot een toename van voorbereiding van patiënten op het consult?

2. In hoeverre zien we een verandering in de tevredenheid van patiënten over de gezamenlijke besluitvorming na inzet van de interventies?
3. In hoeverre is in het perspectief van de patiënt, de mate van gezamenlijke besluitvorming veranderd, na het inzetten van de interventies?

1.5 Praktische relevantie

Verbetering van het beleidsproces samen beslissen kan niet alleen leiden tot beter passende beslissingen voor individuele patiënten, maar kan ook resulteren in verbeterde relaties tussen zorgprofessionals en patiënten, minder herhalingsconsulten, minder behoefte aan second opinions en uiteindelijk betere behandelingen en uitkomsten. Mocht blijken dat de inzet van de interventies ervoor zorgt dat het keuzemoment voor patiënten beter herkend wordt en dit het samen beslissen bevordert, dan zouden de interventies ingezet kunnen worden binnen de overige afdelingen van MST. [3]

2. Theoretisch raamwerk

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op theorie dat centraal staat in dit onderzoek. Begrippen en meetinstrumenten worden door middel van wetenschappelijke literatuur verder toegelicht.

2.1 Samen beslissen

Er is nog veel onduidelijkheid over de exacte definitie van samen beslissen. Het MST hanteert de volgende definitie; 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. [4]

2.2 Stappen van samen beslissen

Er bestaan diverse modellen die het proces van samen beslissen tussen zorgprofessional en patiënt verduidelijken. Stiggelbout et al onderscheiden vier stappen van samen beslissen. Deze stappen zullen hieronder verder toegelicht worden.

Stap 1: Zorgprofessional informeert de patiënten dat er een beslissing moet worden gemaakt en dat de mening van de patiënt hierbij belangrijk is.

De zorgprofessional maakt tijdens de eerste stap duidelijk dat er een beslissing gemaakt moet worden en dat de voorkeuren van de patiënt hierbij centraal staan. Medisch bewijs is niet het enige dat tot de beste optie leidt, hoewel sommige patiënten dat vaak wel denken. Juist de voorkeuren van de patiënt zijn bij het kiezen van de beste optie van groot belang. Daarnaast geeft de zorgprofessional aan dat het kiezen voor geen behandeling ook een optie is.

Stap 2: Zorgprofessional licht de verschillende behandelopties en de voor- en nadelen van elke optie toe.

De zorgprofessional legt op een neutrale manier uit wat de behandelopties zijn en licht van elke behandeloptie de voor- en nadelen toe. Het is hierbij van belang verschillende kwesties in overweging te nemen: Welke informatie is relevant? Welke voorkennis heeft de patiënt? Begrijpt de patiënt de informatie? En hoe kan informatie over risico's het beste worden overgebracht?

Stap 3: Bespreken en overleg van de voorkeur van patiënten

Patiënten hebben vaak moeite met het bepalen van zijn of haar voorkeuren. Deze worden dan gevormd tijdens overleg met de zorgprofessional. Het is hierbij van belang dat de uitkomsten van de opties voor de patiënt in gedachten worden gehouden. Wanneer tijdens zo'n overleg blijkt dat de patiënt moeite heeft met het vormen van voorkeuren, kan een keuzehulp met 'waardenverhelderingsoefeningen' buiten het consult om, aangeboden worden.

Stap 4: Bespreken van de wens van de patiënt over de beslissingsrol, de beslissing maken en het bespreken van follow-up

Wanneer alle drie voorgaande stappen zijn doorlopen, de voorkeuren en de rol van de patiënt duidelijk zijn geworden, kunnen twee keuzes gemaakt worden: De patiënt overhandigt de beslissingsrol over aan de zorgprofessional, of de patiënt en zorgprofessional maken samen de beslissing. Wanneer dit tweede het geval is, geeft de zorgprofessional vaak een samenvatting van de besproken opties en voorkeuren en vraagt hierbij naar een suggestie van de patiënt. Er kan dan een beslissing worden gemaakt, of er kan voor gekozen worden de beslissing uit te stellen. [3]

2.3 ISHARE-vragenlijst

Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de ISHARE-vragenlijst. Er is gekozen voor deze vragenlijst omdat het alle aspecten van gezamenlijke besluitvorming dekt. De vragenlijst bestaat uit 15 vragen met een ongebalanceerde zespuntsschaal van 'helemaal niet gedaan' tot 'helemaal gedaan'. De vragen dekken de volgende zes dimensies; keuzebewustzijn, medische informatie, voorkeuren, deliberatie, tijd voor deliberatie en beslissing. De iSHARE-vragenlijst refereert nu aan de oncologie, echter blijkt uit het artikel dat de vragen algemeen toepasbaar zijn op een consult met gezamenlijke besluitvorming voor diverse ziektebeelden en hierbij dus niet specifiek gericht op het ziektebeeld kanker. Zie 8.3 ISHARE-vragenlijst voor de vragenlijst. [5]

3. Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van de eerste twee deelvragen is een kwalitatieve aanpak gehanteerd en zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. Voor het beantwoorden van de derde deelvraag is een kwantitatieve methode ingezet, namelijk het afnemen van de iSHARE-vragenlijst. Er is dus sprake van een mixed-methods onderzoek. [6] Tijdens dit onderzoek hebben er twee meetmomenten plaatsgevonden. Voordat de interventies werden ingezet, heeft de baseline-meting plaatsgevonden die een overzicht gaf van de beginsituatie. De interventies bestonden uit: 1) de auto-anamnese met daarin de samen beslis-vragen, voorafgaand aan het consult door de patiënt laten invullen in het patiënten portaal; 2) het verstrekken van informatie aan de patiënt voorafgaand aan het consult over de drie goede vragen en; 3) het zichtbaar tonen van de drie goede vragen op een staander in de spreekkamer. Zie bijlage 8.1 Interventies voor de volledige interventiebeschrijving. Twee weken na de inzet van de interventies heeft het tweede meetmoment plaatsgevonden, de follow-up meting.

3.2 Dataverzameling

Er zijn twee onderwerpen behandeld tijdens deze interviews, namelijk de tevredenheid van patiënten over het consult en de voorbereiding op het consult. Zie meer tijd voor gezamenlijke besluitvorming.

voor het interviewschema. De iSHARE-vragenlijst is ingezet om de mate van gezamenlijke besluitvorming meetbaar te maken. Hogere dimensie scores en hogere totaalscores wezen op een hogere mate van gezamenlijke besluitvorming. [5]

3.3 Onderzoekspopulatie

De deelnemers aan dit onderzoek zijn geworven in het netwerk van MST Enschede door middel van convenience sampling en zijn telefonisch benaderd door de onderzoekers. Er zijn patiënten geselecteerd op basis van hun interesse en beschikbaarheid om aan dit onderzoek deel te nemen. [7] Er werden echter drie inclusiecriteria gehanteerd: (1) De deelnemers moesten 18 jaar of ouder zijn, (2) moesten Nederlandsprekend zijn en (3) moesten op consult komen vanuit één van de deelnemende pilotafdelingen, waar sprake was van gezamenlijke besluitvorming. Criteria voor een consult waar gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden, zijn 1) een consult waarin diverse "behandelopties" zijn besproken en 2) waar er een moment van besluitvorming heeft plaatsgevonden. De deelnemers hebben een Proefpersoon Informatie Formulier (PIF) ontvangen en zijn gevraagd om een Informed Consent te ondertekenen. Zie 8.4 Proefpersoon Informatie Formulier (PIF) en Informed Consent

Onderzoek Samen beslissen – 3 goede vragen

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek in Medisch Spectrum Twente. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Bespreek het met partner, vrienden of familie.

Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker, die onderaan deze brief vermeld is.

Wij hebben uw naam en telefoonnummer ontvangen van uw arts. Uw arts doet ook mee aan het onderzoek. Het onderzoek wordt gedaan bij 20 arts en 40 patiënten. Op de locatie MST in Enschede.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Het kan zijn dat u een behandeling of onderzoek nodig heeft. Elke behandeling heeft voor- en nadelen. Samen met uw dokter praten over de mogelijkheden en wat voor u belangrijk is noemen we “samen beslissen”.

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 gesprek tussen u en uw arts te observeren. Hiervoor is een onderzoeker bij dit gesprek aanwezig. Zij zal het gesprek opnemen voor onderzoek. Na het gesprek met de arts wil de onderzoeker kort met u in gesprek. Dit duurt maximaal 30 minuten en vindt plaats op de afdeling.

3. Wat wordt er van u verwacht?

De onderzoeker heeft telefonisch met u doorgenomen wat u moet doen ter voorbereiding.

In uw patiëntenportaal op www.mijnmst.nl staan vragenlijsten en een folder voor u klaar. Wij vragen u deze in te vullen voor het gesprek met de arts.

Na het gesprek neemt de onderzoeker een vragenlijst met u door. Omdat er een onderzoeker bij het gesprek aanwezig is vragen wij uw toestemming.

4. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, vragen wij u contact op te nemen met de onderzoeker. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Voor zowel de baseline-meting als de follow-up was het streven om 20 patiënten te includeren die de ISHARE-vragenlijst zouden invullen. Daarnaast zijn er tijdens beide meetmomenten ook patiënten geïnterviewd tot saturatie werd bereikt, zonder enige vereiste van een minimaal aantal patiënten, maar wel een maximaal aantal van 10 patiënten. Er was sprake van saturatie als er bij drie opeenvolgende interviews geen nieuwe informatie meer werd verkregen.

3.4 Onderzoeksverloop

Tijdens de baseline-meting zijn dertien patiënten geïnccludeerd. Tijdens deze meting zijn er tien interviews afgenomen, waarnaar verzadiging optrad en dertien iSHARE vragenlijsten.

Voor de werving van de follow-up meting zijn slechts zes patiënten geïnccludeerd. De voornaamste reden hiervoor is dat er minder geschikte consulten waren. Daarnaast was een patiënt niet digitaal vaardig, waardoor deze patiënt geen toegang had tot de interventies en geen gebruik kon maken van de interventies. Voor weer een andere patiënt gold dat de interventies voor diegene niet waren klaargezet en kon deze patiënt geen gebruik maken van de interventies. Tijdens deze meting zijn zes interviews afgenomen, waarna verzadiging optrad en ook zes iSHARE-vragenlijsten.

3.5 Data-analyse

De privacy van patiënten is gewaarborgd door ze te coderen, waarbij elke patiënt is voorzien van een respondentnummer. De interviews duurden ongeveer 15 minuten. Na verbaal consent zijn de interviews opgenomen middels een mobiele telefoon, waarnaar ze zijn getranscribeerd. Hiervoor geldt dat de opnames enkel zijn opgeslagen op de mobiele telefoon en na het transcriberen zijn verwijderd. De transcripten zijn opgeslagen op de drive van MST en zullen maximaal 5 jaar lang bewaard worden. Nadat de interviews in Word zijn getranscribeerd, zijn ze gecodeerd door middel van ATLAS.ti. De transcripten zijn eerst open gecodeerd, waarbij een code is gelinkt aan een tekstfragment. Daarna is er axiaal gecodeerd en zijn bij elkaar horende codes samengevoegd tot een overkoepelende code. Vervolgens is er gebruik gemaakt van selectief coderen, waarbij de axiale codes zijn ingedeeld in thema's. [7] De interviewresultaten zijn per deelvraag beschreven en de beschrijvingen zullen worden onderbouwd aan de hand van uitspraken van de respondenten.

De ingevulde vragenlijsten zijn geanalyseerd door middel van scores. De dimensies zijn gescoord van 0-5 punten en opgeteld tot een totaalscore variërend tussen 0-30 punten. Vervolgens is deze totaalscore om geschaald tot een score van 0-100 punten.

Er werd verwacht een verandering te zien in de mate van gezamenlijke besluitvorming. Bij een normale verdeling wordt de tweezijdige onafhankelijke t toets gebruikt en bij een niet normale verdeling wordt de Wilcoxon rank-sum toets gebruikt. [8] Het gemiddelde van de iSHARE vragenlijst scores in de baseline-meting is hierbij vergeleken met het gemiddelde van de scores in de follow-up. De statistische analyses worden uitgevoerd met behulp van PBC RStudio 2009-2021 voor MAC, versie 1.4.1103.

Wanneer iSHARE vragen onbeantwoord zijn gebleven doordat een respondent hier 'niet van toepassing' heeft opgeschreven, kan een dimensie compleet zijn weggevallen. In dit geval is een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd om te controleren of het verschil zou maken als die vragen uit de vragenlijst worden gehaald of dat hier een score van 0 aan wordt toegewezen. Naar aanleiding van deze analyse is opgemerkt dat beide opties zouden wijzen op een onterechte score en daarom is gekozen voor de 'replaced by mean' analyse. Dit is een imputatie techniek binnen de statistiek waarbij een ontbrekende dimensiescore wordt vervangen door het gemiddelde van de andere dimensiescores. Door in zulke gevallen deze analyse toe te passen wordt alsnog een totaalscore verkregen, zonder dat deze beïnvloed wordt door wegvallende dimensies. [9]

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

De construct validiteit van semigestructureerde interviews is gewaarborgd doordat de interviewvragen gebaseerd zijn op de deelvragen. Daarnaast zijn proefinterviews afgenomen om te bepalen of de vragen begrijpelijk waren en of ze meten wat er gemeten moest worden. Ook is één transcript gecodeerd door een tweede beoordelaar. De resultaten werden regelmatig geëvalueerd, wat de betrouwbaarheid verhoogt. [10]

Uit een onderzoek over de inzet van iSHARE-vragenlijst is gebleken dat de iSHARE-vragenlijst een goede constructvaliditeit heeft. [5]

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de iSHARE vragenlijst en van de interviews beschreven. Het aantal interviews en vragenlijsten die zijn afgenomen tijdens beide meetmomenten zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Algemene omschrijving onderzoekspopulatie

Afdeling	Vragenlijsten baseline-meting (n)	Interviews baseline-meting (n)	Vragenlijsten follow-up meting (n)	Interviews follow-up meting (n)
MDL	7	6	4	4
Heelkunde	4	3	1	1
Neurologie	2	1	1	1

4.1 iSHARE vragenlijst

Voor het berekenen van het effect van de scores uit de iSHARE vragenlijst is uitgegaan van een niet normale verdeling; dit is vastgesteld op basis van visuele inspectie van de data.

De mediane iSHARE vragenlijst score van de baseline-meting (*Mediaan* = 98.3; *IQR* = 100.0-93.3) is hoger dan de mediane iSHARE vragenlijst score van de follow-up meting (*Mediaan* = 88.3; *IQR* = 93.85-84.78). Dit wordt weergegeven in Tabel 2. Dit verschil is niet significant ($p = 0.069$).

Tabel 2. Beschrijvende statistiek

	Aantal (n)	Mediaan (25e– 75e percentiel)
<i>Baseline-meting</i>	13	98.30 (93.30-100.00)
<i>Follow-up meting</i>	6	88.30 (84.78-93.85)

4.2 Interviews

Er zijn 16 interviews afgenomen, waaronder één interview telefonisch is afgenomen. De thema's die aan bod kwamen waren; voorbereiding voor het consult, voorbereiding door middel van de interventies en de tevredenheid over het consult. Voor de coderingstabel, zie 8.5 Coderingstabel van de interviews.

4.2.1 Deelvraag 1: In hoeverre heeft de implementatie van de interventies geleid tot een toename van voorbereiding van patiënten op het consult?

4.2.1.1 Voorbereiding op het consult

Baseline-meting resultaten:

Negen van de tien respondenten gaven aan zich (deels) te hebben voorbereid. Diverse vormen en/of mate van voorbereiding zijn genoemd. Het grootste deel gaf aan nagedacht te hebben over vragen die ze wilden stellen of hebben deze vragen opgeschreven.

'Ja tuurlijk, en ik heb ook opgeschreven wat ik dan wilde vragen want ik had een heleboel vragen natuurlijk.' (Respondent 2)

Daarnaast gaven twee respondenten aan niet te weten wat ze kunnen voorbereiden. Zo gaf respondent 7 aan nog een diagnose te missen en hierdoor nog niks kon voorbereiden.

'Nee want ik weet niet wat ik heb, dus dan kan ik het wel gaan opzoeken maar dan weet ik niet waarop ik moet zoeken.' (Respondent 7)

Negen respondenten gaven aan op dit moment niks te missen in de voorbereiding. Een enkele respondent gaf aan dat sommige informatie voorafgaand aan het consult al gegeven had kunnen worden.

'Ehm, nou wat ik niet wist waren de twee mogelijkheden van opereren. Dit was voor mij nieuw en ik denk dat ik dit wel eerder doorgegeven kon krijgen.' (Respondent 3)

Follow-up meting resultaten:

Alle respondenten gaven aan zich te hebben voorbereid op het consult door middel van vragen bedenken of onderzoek op het internet, dat is 10% meer dan tijdens de baseline-meting.

Daarnaast heeft geen enkele respondent aangegeven niet te weten wat te kunnen voorbereiden voor het consult, in tegenstelling tot de baseline-meting.

4.2.1.2 Voorbereiding door middel van interventies

Zes van de zes respondenten hebben gebruik gemaakt van de voorbereidingsmaterialen. Hierbij gaven drie respondenten aan dat de voorbereidingsfolder en de samen beslis vragen hen heeft geholpen bij het voorbereiden op het consult.

'Ja zeker vooral ook die folder over hoe ik me kon voorbereiden en hoe moet je het bespreken met de arts was zeker nuttig daarvoor.' (Respondent 14)

Drie van de zes respondenten gaven aan dat de voorbereidingsmaterialen zinvol zijn bij nieuwe consulten, maar dat het bij herhaalconsulten minder zinvol is en het hen in dit geval niet heeft geholpen bij de voorbereiding.

Daarnaast gaven vijf van de zes respondenten aan antwoord te hebben gekregen op de 'drie goede vragen'. Ook gaven vijf van de zes respondenten aan de voorbereidingsmaterialen gebruiksvriendelijk te vinden, op één respondent na die aangaf niet digitaal vaardig te zijn.

'Nee ik ben niet zo'n held met die computers.' (Respondent 16)

Respondent 12 gaf aan graag een melding te ontvangen van de voorbereidingsmaterialen.

'Dat moet je wel zelf doen het is niet zo dat je erop gewezen wordt of een bericht hierover krijgt, dit was wel prettig geweest'

4.2.2 Deelvraag 2: In hoeverre zien we een verandering in de tevredenheid van patiënten over de gezamenlijke besluitvorming na inzet van de interventies?

Om deze vraag te beantwoorden zijn vragen gesteld over de volgende onderwerpen; persoonlijke voorkeuren, voor- en nadelen van de behandelopties en de mate van gezamenlijke besluitvorming.

4.2.2.1 Rekening houden met persoonlijke voorkeuren

Baseline-meting resultaten:

Alle respondenten gaven aan dat er tijdens het gesprek aandacht is geweest voor de persoonlijke voorkeuren. Hiervan gaven zes respondenten aan duidelijke communicatie belangrijk te vinden. Drie respondenten gaven aan rekening houden met persoonlijke doelen en kwaliteit van leven belangrijk te vinden. Zo gaf de naaste van respondent 2 aan dat er rekening is gehouden met de doelen die de respondent nog heeft.

'Mijn vrouw zei van ik zou toch nog wel een keer naar Nieuw-Zeeland willen en de dokter zei; als je dat wil doen dan moet je het zo snel mogelijk doen.' (Respondent 2)

Follow-up meting resultaten:

Wederom gaven alle respondenten aan dat aandacht is geweest voor de persoonlijke voorkeuren. Zo gaf respondent 16 aan dat er rekening is gehouden met dat wat de patiënt echt niet zou willen.

'Wat ik al had gezegd, ze hoeven me dat kastje niet te brengen dat wil ik niet en dat doet ze ook niet.'

4.2.2.2 Voor- en nadelen van de behandelopties

Baseline-meting resultaten:

Negen van de tien respondenten gaven aan dat alle voor- en nadelen van de behandelopties zijn besproken. Respondent 4 gaf aan dat samen met de arts een afweging is gedaan van de voor- en nadelen van de behandelopties.

'Ja want, we hebben ook geprobeerd om de minst invasieve te kiezen.' (Respondent 4)

Follow-up meting resultaten:

Alle respondenten gaven aan dat de voor- en nadelen van de behandelopties zijn besproken, dit is 10% meer dan tijdens de baseline-meting.

4.2.2.4 De mate van gezamenlijke besluitvorming

Baseline-meting resultaten:

Alle respondenten gaven aan dat sprake was gezamenlijke besluitvorming tijdens dit consult. Volgens hen nam de arts een informerende of adviserende rol op zich tijdens de gezamenlijke besluitvorming. Dit werd door meerdere respondenten aangegeven:

'Dit was goed gegaan, zij vroeg wat ik wilde na de mogelijkheden die er waren en er waren eigenlijk twee mogelijkheden, fysiotherapie of een injectie en dit hebben we samen beslist.' (Respondent 6)

Zes respondenten gaven aan de uiteindelijke keuze zelf te hebben gemaakt. Zo gaf respondent 4 aan dat de arts de uiteindelijke keuze aan de respondent heeft overgelaten.

'Ja en ze heeft ook de keuze aan mij gelaten om hier een keuze in te maken, wel aangegeven natuurlijk of die ook alles kan dekken.' (Respondent 4)

Drie respondenten gaven aan iets te missen bij de gezamenlijke besluitvorming tijdens dit consult. Zo gaf respondent 2 aan graag meer steun en adviezen te hebben gekregen bij het maken van de uiteindelijke beslissing.

'Ik heb eigenlijk een beetje die steun gemist om die keuze te maken en een goede beslissing.' (Respondent 2)

Follow-up meting resultaten:

Wederom gaven alle respondenten aan dat sprake was van gezamenlijke besluitvorming en dat de arts een informerende of adviserende rol op zich nam. Respondent 11 voegt hieraan toe:

'Ik ga naar de arts toe om advies, dan denk ik over het advies na en dan ben ik het daar mee eens of niet.'

Vier van de zes respondenten gaven aan de uiteindelijke keuze zelf te hebben gemaakt. Zo gaf respondent 14 aan dat de arts heeft aangegeven dat de keuze bij de respondent ligt.

'Ja hij gaf me ook nog een keuze daarin, het was niet zo van je moet geopereerd worden en een andere mogelijkheid is er niet.'

Er gaven twee respondenten aan iets te missen bij de gezamenlijke besluitvorming tijdens dit consult. Zo gaf respondent 11 aan een contactpersoon te missen waar je met vragen terecht kan en gaf respondent 12 aan het voorstel van alternatieve behandelmethoden te missen.

5. Discussie en conclusie

5.1 Belangrijkste bevindingen

Op basis van de resultaten uit de interviews kan gesuggereerd worden dat de implementatie van de interventies heeft geleid tot een toename in kennis over hoe voor te bereiden op een consult en daarmee een toename in voorbereiding door patiënten op het consult. Daarnaast lijkt de inzet van de interventies geleid te hebben tot een toename in tevredenheid van patiënten en dat de inzet van de interventies geen significant effect heeft op de mate van gezamenlijke besluitvorming.

5.2 Resultateninterpretatie

Voor het meten van het effect van een interventie voor gezamenlijke besluitvorming op de patiënt tevredenheid, werd een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd door Coronado-Vázquez et al. uit 2020. In dit onderzoek werd onder andere gekeken naar het effect van beslissingshulpmiddelen voor gezamenlijke besluitvorming op de tevredenheid van patiënten. Een overeenkomst met deze studie is dat uit interviews is gebleken dat patiënten die de interventies hebben gebruikt, zich meer betrokken voelen bij de gezamenlijke besluitvorming en dit heeft in beide gevallen geleid tot een hogere patiënt tevredenheid. [11] Een verschil met dit onderzoek is dat de beslissingshulpmiddelen ingezet worden binnen de eerstelijnszorg en de voorbereidingsfolder en vragenlijsten binnen de tweedelijnszorg. Hierdoor kan het soort gesprek tussen patiënt en zorgprofessional aanzienlijk van elkaar verschillen.

Daarnaast is door Masi et al. in 2019 een onderzoek uitgevoerd naar het effect van een tool op de voorbereiding van gezamenlijke besluitvorming. De validatiestudie bevestigt de aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van de tool. Een overeenkomst met deze studie is dat uit interviews is gebleken dat de tool nuttig kan zijn en acceptabel is om patiënten voor te bereiden op gezamenlijke besluitvorming. [12] Een verschil tussen deze tool en de interventies binnen dit onderzoek is dat de tool specifiek gericht is op vrouwen met borstkanker en de interventies binnen dit onderzoek niet specifiek gericht zijn op een aandoening.

Een aanvulling van dit onderzoek op de bovenstaande studies is dat de voorbereidingsfolder en de vragenlijsten ook waardevol zijn voor patiënten bij wie de diagnose nog niet bekend is.

5.3 Sterke punten en limitaties

5.3.1 Sterke punten

Binnen dit onderzoek zijn een aantal waardevolle eigenschappen te benoemen die dit onderzoek sterker maken. Allereerst het feit dat verzadiging optrad bij het afnemen van de interviews tijdens zowel de baseline-meting als de follow-up. Dit betekent dat voldoende interviews zijn afgenomen om valide uitspraken te kunnen doen. Ook hebben de iSHARE vragenlijst en de interviews een hoge validiteit. Er is gebleken dat de coderingsmethode van beide beoordelaars overeenkwam, wat heeft geresulteerd in een hoge interbeoordelaarsovereenstemming en dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogt.

5.3.2 Limitaties

Naast waardevolle eigenschappen bevat dit onderzoek ook een aantal tekortkomingen. Om te beginnen kan sprake zijn geweest van beïnvloeding van het dataverzamelingsproces door de interviewer. Er wordt binnen één van de deelvragen gevraagd naar een toename van voorbereiding na de inzet van de interventies. De overtuiging dat de interventies leiden tot een toenemende voorbereiding onder patiënten zal de manier waarop de interviewvragen gesteld zijn, kunnen hebben beïnvloed. Ook kunnen de resultaten voortkomend uit de interviews beïnvloed zijn door sociaal wenselijke antwoorden. Sommige respondenten lijken geneigd te zijn geweest om sociaal wenselijk te antwoorden omdat zij de interviewvragen mogelijk hebben geïnterpreteerd als vragen over de arts persoonlijk in plaats van over het consult. Om dit te voorkomen is door de onderzoeker consistent aangegeven dat het niet gaat om een beoordeling van de arts, maar om het gesprek. Toch kan dit van invloed zijn geweest op de validiteit van het onderzoek.

Ook zijn zowel de zorgprofessional als de patiënt bewust geweest van hun deelname aan het onderzoek over gezamenlijke besluitvorming en de zorgprofessional was op de hoogte van het feit dat hij/zij beoordeeld werd. Mogelijk kan dit de mening van de patiënt over het consult in de baselinemeting hebben beïnvloed, omdat de zorgprofessional gezamenlijk besluitvorming beter zou kunnen hebben toegepast. Door de zorgprofessional vooraf niet in te lichten over de inhoud van het onderzoek zou dit voorkomen kunnen worden.

Tevens zijn er respondenten geweest die de voorbereidingsmaterialen al geruime tijd voor het consult hebben doorgelezen en ingevuld en dit kan hebben geleid tot een recall-probleem. Het is mogelijk dat respondenten zijn vergeten wat ze hebben ingevuld en hebben gelezen. Dit kan van invloed zijn geweest op het juist beantwoorden van de interviewvragen en daarmee op de interne validiteit van het onderzoek.

Daarnaast is één interview telefonisch afgenomen, waardoor tijdens dit interview niet gelet kon worden op non-verbale communicatie van de respondent. Het gebrek aan non-verbale informatie kan de interne validiteit van het onderzoek verminderen. Ook de betrouwbaarheid van de gegevens kunnen zijn beïnvloed, aangezien mogelijk meer ruimte is geweest voor inconsistentie van antwoorden. De inconsistentie van antwoorden kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden doordat de respondent gemakkelijker afgeleid raakt en daardoor onnauwkeurige antwoorden geeft of door het ontbreken van non-verbale informatie waardoor de interpretatieverschillen ontstaan.

Ook is de werving van geschikte consulten erg moeizaam gegaan omdat het voor de arts lastig in te schatten is of sprake zal zijn van gezamenlijke besluitvorming. Dit heeft daarmee ook de werving van respondenten beïnvloedt en is er slechts een kleine onderzoekspopulatie. Dit heeft invloed op de externe validiteit van het onderzoek. Een andere limitatie is dat de interventies niet voor iedereen gebruiksvriendelijk zijn. De interventies worden alleen digitaal aangeboden, waardoor ze voor niet digitaal vaardige patiënten lastig te gebruiken zijn.

Tot slot bevat dit onderzoek een per-protocolanalyse, waarbij patiënten die achteraf gezien de interventies niet hebben gebruikt, worden uitgesloten van de analyse. Hierdoor wordt een ultieme situatie gecreëerd en het maximale effect gemeten. Een beperking hiervan is dat het kan zorgen voor een onrealistische weergave van hoe effectief de interventies in de werkelijke wereld zullen zijn. [13]

5.4 Praktische implicaties

Relevant voor MST is dat tijdens dit onderzoek een positief effect is gevonden op de mate van voorbereiding op het consult en patiënt tevredenheid over gezamenlijke besluitvorming, na de inzet van de interventies. Er is echter nog geen significant effect gevonden op de mate van gezamenlijke besluitvorming.

Voor MST betekent dit dat vervolgonderzoek nodig is om het effect van de interventies te meten aan de hand van aanbevelingen die dit onderzoek biedt. Daarnaast biedt dit onderzoek ook mogelijkheden om de effecten van de interventies te verbeteren. Zie hiervoor 6. Adviezen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

De pilot zou geïmplementeerd kunnen worden op andere afdelingen als blijkt uit het vervolgonderzoek dat de inzet van de interventies een significant positief effect heeft op de mate van gezamenlijke besluitvorming.

5.4 Conclusie

Met dit onderzoek is beoogd de onderzoeksvraag; *Wat is het effect van de inzet van de auto-anamnese, de informatievoorziening voorafgaand aan het consult, opstellen van de samen beslis-vragen en van de drie goede vragen op de beleving van patiënten bij de gezamenlijke besluitvorming binnen de pilotafdelingen van Medisch Spectrum Twente, Enschede ten opzichte van voor de inzet van de interventies?* te beantwoorden.

Uit dit onderzoek is gebleken dat de inzet van de interventies heeft geleid tot een positief effect op de mate van voorbereiding voor het consult en op de patiënt tevredenheid, maar er kan nog geen significant effect op de mate gezamenlijke besluitvorming worden gemeten.

6. Adviezen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

6.1 Adviezen voor interventies

De interventies binnen dit onderzoek zijn enkel digitaal aangeboden, waardoor het voor sommige respondenten als niet gebruiksvriendelijk is ervaren. Er wordt aanbevolen de interventies ook op andere manieren aan te bieden, zoals bijvoorbeeld het opsturen van de voorbereidingsfolder zodat deze voor iedere patiënt toegankelijk is. Voor het gebruiken van de vragenlijsten wordt aangeraden dit door een naaste van de patiënt, die wel digitaal vaardig is, te laten invullen. Mocht de patiënt geen naaste hebben die digitaal vaardig is, dan is het een optie om de vragenlijsten op te sturen en ingevuld mee te laten nemen naar het consult. Een nadeel hiervan is dat de zorgprofessional zich dan niet kan voorbereiden op deze informatie.

Daarnaast wordt aangeraden, om naast de email die patiënten ontvangen, een sms-reminder in te zetten voor het verwijzen naar de interventies, zodat de patiënten nog een keer herinnerd worden aan het gebruiken van de interventies. Zo worden patiënten die de email niet lezen er op een andere manier aan herinnerd de interventies te gebruiken.

6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek is vooral gericht op het effect van de interventies op gezamenlijke besluitvorming vanuit het patiënten perspectief. Een aanbeveling aan MST is om de uitkomsten van het perspectief van de zorgprofessionals, het perspectief van de patiënten en de observatie van het feitelijke gesprek met elkaar te gaan vergelijken. Dit kan belangrijke inzichten opleveren met betrekking tot de beoordeling van gezamenlijke besluitvorming tijdens het consult.

Uit de resultaten is gebleken dat de enkele onderdelen uit de interventies beter werken voor herhaal- of controleconsulten en andere onderdelen voor nieuwe consulten beter werken. Daarom wordt aanbevolen de interventies in te richten naar het soort consult.

Daarnaast zijn binnen dit onderzoek de vragenlijsten en de voorbereidingsfolder geruime tijd voor het consult ingezet, waardoor een respondent zich de ingevulde vragen en de informatie in de folder niet meer heeft kunnen herinneren tijdens het consult. Er wordt aanbevolen om de vragenlijsten en voorbereidingsfolder kort voor het consult, bijvoorbeeld drie dagen van tevoren, in te zetten. Dit zal het recall-probleem kunnen voorkomen.

Er wordt aanbevolen de zorgprofessionals bij vervolgonderzoek pas te informeren over het doel van het onderzoek na de baseline-meting, zodat tijdens de baseline-meting een realistischer beeld wordt verkregen van de huidige situatie. In de praktijk zou dit uitgevoerd kunnen worden door de zorgprofessionals voor de start van het onderzoek te vermelden dat zij geobserveerd zullen worden, zonder hen hierbij te informeren over de interventies. Voor de follow-up meting geldt dan dat zij volledig geïnformeerd zullen worden over het doel van het onderzoek en worden zij gewezen op het gebruik maken van de interventies.

Het is zaak om te zorgen voor veel respondenten en een duidelijke werving, de volgende adviezen dragen bij aan het bevorderen hiervan:

- Tijdens het onderzoek is gebleken dat binnen de polikliniek van de Heelkunde de meeste en duidelijkste gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om het effect van de interventies binnen de poliklinieken van de Heelkunde of bijvoorbeeld de oncologiepolikliniek te onderzoeken, vanwege de complexiteit van de behandelingen en de grote impact op het leven van de patiënten. Omdat binnen deze afdelingen waarschijnlijk meer geschikte consulten worden gevonden, zal dit de werving van respondenten kunnen bevorderen.
- Om voldoende respondenten aan het einde van het onderzoek te behouden, is het belangrijk om te zorgen voor een ruime steekproef, gezien het aanzienlijke aantal uitvallers gedurende het onderzoek.
- Informeer de zorgprofessionals duidelijk over criteria voor een consult met gezamenlijke besluitvorming, zodat vooraf bepaald kan worden of een consult wel of niet geschikt is.

7. Referentielijst

1. Pieterse A, Brand P, Basoski N, Stiggelbout A. Alles wat u moet weten over gedeelde besluitvorming. Een investering van arts en patiënt in betere zorg. *Medisch Contact*. 2017;12:34-6.
2. Steenbergen 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.
3. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient education and counseling*. 2015;98(10):1172-9.
4. Specialisten FM. Visiedocument Samen beslissen 2019:15.
5. Bomhof-Roordink H, Stiggelbout AM, Gartner FR, Portielje JEA, de Kroon CD, Peeters K, et al. Patient and physician shared decision-making behaviors in oncology: Evidence on adequate measurement

- properties of the iSHARE questionnaires. *Patient Educ Couns*. 2022;105(5):1089-100. doi: 10.1016/j.pec.2021.08.034.
6. Tegan G: Mixed-methods onderzoek | Uitleg met voorbeelden. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/mixed-methods/> (2021). Accessed 13-04-2023.
 7. Dingemans K: Stappenplan om interviews te coderen | Uitleg & voorbeelden. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/> (2021). Accessed 15-03-2023.
 8. Franz Kronthaler SZ. *Testing Normal Distribution with RStudio Data Analysis with RStudio: An Easygoing Introduction* Berlin, Heidelberg Springer Berlin Heidelberg 2021 p. 59-69
 9. Kang H. The prevention and handling of the missing data. *Korean J Anesthesiol*. 2013;64(5):402-6. doi: 10.4097/kjae.2013.64.5.402.
 10. ScriptieMaster: Validiteit en betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek. <https://www.scriptiemaster.nl/scriptietips/validiteit-kwalitatief-onderzoek/> Accessed 15-03-2023.
 11. Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M, Gómez-Salgado J. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review. *Medicine*. 2020;99(32):e21389. doi: 10.1097/md.00000000000021389.
 12. Masi D, Gomez-Rexrode AE, Bardin R, Seidman J. The "Preparation for Shared Decision-Making" Tool for Women With Advanced Breast Cancer: Qualitative Validation Study. *J Particip Med*. 2019;11(4):e16511. doi: 10.2196/16511.
 13. Tripepi G, Chesnaye NC, Dekker FW, Zoccali C, Jager KJ. Intention to treat and per protocol analysis in clinical trials. *Nephrology (Carlton)*. 2020;25(7):513-7. doi: 10.1111/nep.13709.
 14. Zorgnummer N: Over 3 goede vragen <https://3goedevragen.nl/de-3-goede-vragen/> Accessed 18-02-2023.

8. Bijlagen

8.1 Interventies

8.1.1 Drie goede vragen

Drie goede vragen zijn ontwikkeld om de patiënt te helpen om de juiste informatie te verkrijgen. Dit kan aan de hand van de volgende drie goede vragen:

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie? [14]

Deze vragen zullen worden weergegeven op Tv-schermen en op een staander die in elke spreekkamer aanwezig is. De patiënten zullen hierdoor herinnerd worden aan het stellen van de drie goede vragen en dit zal aanzetten het samen beslissen bevorderen.

8.1.2 Samen beslis-vragen

De samen beslis-vragen betreft de volgende vragen:

1. Wat zou u met uw behandelaar willen bespreken?
2. Wat is voor u belangrijk?

De patiënt zal deze vragen voorafgaand aan het consult invullen in het patiënten portaal, waarnaar deze antwoorden worden opgenomen in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en zichtbaar wordt voor de zorgprofessional. Deze vragen ondersteunen de patiënt bij het inzichtelijk krijgen van wat voor hen belangrijk is en wat er besproken moet worden.

8.1.3 Informatiefolder

De informatiefolder 'Had ik maar gezegd, had ik het maar gevraagd...' geeft informatie over hoe een patiënt zich kan voorbereiden op het gesprek met de zorgprofessional. De folder wordt meegestuurd met de afspraakbrief aan de patiënt en ook wordt de folder digitaal in het patiënten portaal bij ieder nieuw consult zichtbaar gemaakt. De informatiefolder bestaat onder andere uit de drie goede vragen. De folder wordt op de volgende pagina weergegeven.

▶ 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?

8.1.4 Auto-anamnese

Patiënten krijgen voorafgaand aan het consult een digitale vragenlijst via het patiënten portaal opgestuurd. Deze vragenlijst betreft een basis aan voorinformatie. Nadat de patiënt deze heeft ingevuld, zal deze vragenlijst in HiX beschikbaar komen als samenvatting in het dossier. Doordat deze voorinformatie dan al bekend is, hoopt MST dat dit bijdraagt aan meer tijd voor gezamenlijke besluitvorming.

Allergieën

ja nee

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

ja nee

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

Bent u eerder geopereerd?

Waaraan 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

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

ja nee

Gebruikt u medicatie op het moment?

Wat voor medicatie gebruikt u op het moment?

geen medicatie tegen epilepsie
 medicatie voor het hart medicatie tegen kanker
 medicatie voor bloeddruk pijnstillers
 bloedverdunners 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

Reanimatie en behandelbeperking	
Mocht u in het ziekenhuis iets overkomen waar u voor gereanimeerd dient te worden, wilt u dan gereanimeerd worden?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Wat voor wensen t.a.v. een behandelbeperking heeft u?	<input type="checkbox"/> niet beademen <input checked="" type="checkbox"/> geen ic opname <input type="checkbox"/> []
Heeft u een wilsverklaring?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nee
Contactpersonen	
Wie is uw contactpersoon bij eventuele problemen?	test
Wat is uw relatie tot de contactpersoon?	[]
Wat is het telefoonnummer van de contactpersoon?	test
Overig	
Op welke vragen zou u een antwoord willen krijgen van uw zorgverlener?	[]

8.2 Interviewschema

Inleiding

Hallo, ik ben Lune Woolderink. Ik ben laatstejaars student Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente en ik doe mijn afstudeeronderzoek naar het effect van de ingezette interventies op gezamenlijke besluitvorming. En wat is uw naam?

Ik wil u alvast graag bedanken voor het deelnemen aan mijn onderzoek. Ik zou graag het interview willen opnemen met mijn telefoon, zodat ik deze later kan analyseren, gaat u hiermee akkoord?

Fijn, dan start ik nu de opname. Voorafgaand zou ik u graag om toestemming willen vragen voor het gebruiken van uw antwoorden in mijn onderzoek. Deze antwoorden zullen anoniem blijven en voor geen enkel ander doeleinde worden gebruikt. Bent u hiermee akkoord?

Het interview zou ongeveer 20 minuten duren. U kunt op ieder moment stoppen met het interview, u hoeft hiervoor geen geldige reden te hebben.

0-meting: Het doel is om de huidige situatie van het samen beslissen in beeld te brengen.

1-meting: Het doel van mijn onderzoek is om te onderzoeken wat het effect is van de interventies op gezamenlijke besluitvorming in het perspectief van de patiënten. Bent u bekend met de interventies?

Interventies uitleggen wanneer nodig

Om het onderzoeksdoel te behalen zal ik vragen gaan stellen over verschillende onderwerpen. Mocht u ondertussen nog vragen hebben, wees vrij om deze te stellen. Heeft u op dit moment nog vragen?

Oké, dan kunnen we nu met het interview beginnen.

Onderwerpen	Interviewvragen	Prompt
Voorbereiding op consult	<i>Hoe heeft u zich voorbereid op het consult?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Heeft u nagedacht over vragen die u wilde stellen?</i> - <i>In hoeverre heeft u gebruik gemaakt van de voorbereidingsfolder?</i> - <i>Weet u wat de drie goede vragen inhouden?</i> - <i>Heeft u deze gesteld?</i>

	<p><i>Was de manier waarop u zich kon voorbereiden te begrijpen voor u?</i></p> <p><i>Heeft u het gevoel dat de interventies u hebben geholpen met het voorbereiden voor het consult?</i></p> <p><i>Heeft u het idee dat u zich op een andere manier had kunnen voorbereiden?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Heeft u de samen beslisvragen ingevuld?</i> - <i>Heeft u auto-anamnese ingevuld?</i> <p><i>*Alleen stellen in de 1 meting*</i></p> <p><i>*Alleen stellen in 1 meting*</i></p> <p><i>*Alleen stellen in 1 meting*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Zo ja; op welke manier hebben ze u geholpen?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Zo ja; Wat mist u nog in de voorbereiding?</i> <p><i>→ Wat had u graag van tevoren nog willen weten voor u naar dit consult zou komen?</i></p>
<p>Tevredenheid</p>	<p><i>Kunt u wat vertellen over uw ervaring met het samen beslissen tijdens dit consult?</i></p> <p><i>Zou u kunnen uitleggen wat voor u belangrijk is tijdens gezamenlijke besluitvorming?</i></p> <p><i>Heeft u het idee dat er nog iets ontbreekt tijdens deze gezamenlijke besluitvorming, zo ja; wat is dit dan?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>In hoeverre heeft u het gevoel dat de keuze gezamenlijk is gemaakt?</i> - <i>In hoeverre heeft u het gevoel dat alle voor- en nadelen van de verschillende opties zijn overwogen?</i> - <i>Heeft u het idee dat de drie goede vragen zijn beantwoord?</i> <p><i>*stellen in de 1 meting*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>In hoeverre is er besproken wat voor u belangrijk is?</i> - <i>In hoeverre heeft u het gevoel dat er tijdens dit consult aandacht is geweest voor dat wat u belangrijk vindt?</i>

8.3 ISHARE-vragenlijst

i-SHARE: samen beslissen over de behandeling van kanker

Wilt u bij het invullen van deze vragenlijst denken aan de laatste keer dat u met uw arts in het ziekenhuis gesproken heeft over de behandelmogelijkheden? Dit kan in één of meerdere gesprekken gedaan zijn. Wilt u bij het invullen denken aan al deze gesprekken?

De uitspraken gaan over de arts en over uzelf. Sommige uitspraken lijken op elkaar, maar vragen iets anders.

Kruis bij elke uitspraak het antwoord aan dat het beste past. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw mening. Uw antwoorden blijven anoniem, dus de arts krijgt ze niet te zien.

Deze vragenlijst gaat niet om hoe tevreden u bent met uw arts. Het gaat er om wat uw arts gezegd of gedaan heeft tijdens het gesprek.

Vindt u bovenstaande informatie duidelijk?

ja

nee, wilt u aangeven wat u niet duidelijk vindt:.....

1. De arts heeft 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. De arts heeft 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. De arts heeft 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. De arts is nagegaan of ik 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. De arts is nagegaan of ik 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. De arts heeft 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. Ik heb 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 heeft de arts gezegd dat er een keuze is met betrekking tot mijn 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. De arts heeft gezegd dat het ertoe doet wat ik zelf belangrijk vind

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. De arts is nagegaan of hij/zij goed begreep wat voor mij 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. De arts heeft mij 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. De arts heeft mij 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. Ik heb tegen de arts gezegd wat voor mij 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. Ik heb 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 ik belangrijk vind

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. De arts heeft met mij besproken wat ik nodig heb 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"/>

8.4 Proefpersoon Informatie Formulier (PIF) en Informed Consent

Informatiebrief onderzoek samen beslissen – 3 goede vragen

Onderzoek Samen beslissen – 3 goede vragen

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek in Medisch Spectrum Twente. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Bespreek het met partner, vrienden of familie.

Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker, die onderaan deze brief vermeld is.

Wij hebben uw naam en telefoonnummer ontvangen van uw arts. Uw arts doet ook mee aan het onderzoek. Het onderzoek wordt gedaan bij 20 arts en 40 patiënten. Op de locatie MST in Enschede.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Het kan zijn dat u een behandeling of onderzoek nodig heeft. Elke behandeling heeft voor- en nadelen. Samen met uw dokter praten over de mogelijkheden en wat voor u belangrijk is noemen we “samen beslissen”.

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 gesprek tussen u en uw arts te observeren. Hiervoor is een onderzoeker bij dit gesprek aanwezig. Zij zal het gesprek opnemen voor onderzoek. Na het gesprek met de arts wil de onderzoeker kort met u in gesprek. Dit duurt maximaal 30 minuten en vindt plaats op de afdeling.

3. Wat wordt er van u verwacht?

De onderzoeker heeft telefonisch met u doorgenomen wat u moet doen ter voorbereiding.

In uw patiëntenportaal op www.mijnmst.nl staan vragenlijsten en een folder voor u klaar. Wij vragen u deze in te vullen voor het gesprek met de arts.

Na het gesprek neemt de onderzoeker een vragenlijst met u door. Omdat er een onderzoeker bij het gesprek aanwezig is vragen wij uw toestemming.

4. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, vragen wij u contact op te nemen met de onderzoeker. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek. U hoeft geen reden te geven waarom u wilt stoppen.

5. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens gebruikt om contact met u op te nemen. Het gaat om gegevens zoals uw naam en telefoonnummer. Deze gegevens worden niet bewaard.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen.

Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat:

Petra van ~~Paridon~~ Medisch Spectrum Twente

Zie bijlage A voor contactgegevens

6. Zijn er extra kosten of krijgt u een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

U maakt geen extra kosten voor het onderzoek. Als dank voor uw deelname ontvangt u van de afdeling een uitrijkaart zodat extra parkeerkosten zijn gedekt.

7. Door wie is dit onderzoek goedgekeurd?

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

8. Wilt u verder nog iets weten?

Voor vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker.

~~Lune Woolderink~~, tel. 0625353917

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, Quinty Teggeler

Bijlage

A: contactgegevens

B: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Samen beslissen – 3 goede vragen

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 meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

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

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: __ / __ / __

8.5 Coderingstabel van de interviews

Thema	Axiale codes	Open codes
Eigen voorbereiding	Wel voorbereid	Besproken met familielid/ partner
		Klachten bijhouden
		Dingen opgeschreven
		Nagedacht over keuzes
		Onderzoek op internet
		Thuis uitslagen inzien
		Vorbereiding via IB-dream app en vragenlijst
		Vorbereidingsmateriaal
		Vragen opgeschreven
		Vragen in hoofd
		Voorkennis door consulten
	Niet voorbereid	Bewust niet gedaan
		Express niet googlen
		Niet voorbereid
	Gebreken voorbereiding	Had op internet opgezocht kunnen worden
		Info had vooraf gegeven kunnen worden
		Melding zou kunnen zorgen voor beter voorbereid te zijn
		Mist niks in voorbereiding
		Melding krijgen over uitslagen
	Onduidelijkheid voorbereiding	Niet weten wat te kunnen voorbereiden
		Op geen andere manier kunnen voorbereiden
Vorbereiden door interventie	Drie goede vragen	Drie goede vragen zijn behandeld
	Vorbereidingsfolder	Drie goede vragen zijn zover mogelijk behandeld
		Geen gebruik van gemaakt
		Folder doorgelezen
		Folder niet doorgelezen vanwege gebrek aan computerkennis
		Folder niet nodig voor dit gesprek
		Folder was nuttig over hoe te bespreken met arts
	Vragenlijsten	Folder werkt als handleiding
		Auto-anamnese niet geholpen bij voorbereiding
		Beide vragenlijsten ingevuld
		Nagedacht over mogelijkheden door de vragen
		Vragen te vroeg ingevuld
		Samenbeslisvragen werken als reminder
	Zinvolheid voorbereidingsmateriaal	Bereid zich al standaard zo voor
		Goed voor een ander gesprek
		Vragen in voorbereiding zetten je aan tot de juiste vragen stellen
		Vragenlijst lang geleden ingevuld

	Begrijpbaarheid voorbereidingsmateriaal	Voorbereiding was te begrijpen
Tevredenheid	Gezamenlijke besluitvorming	Arts gaf beste keuze aan
		Arts geeft advies en patiënt was akkoord
		Arts gaf advies
		Arts had adviserende rol
		Arts was open en transparant
		Beslissing zelf gemaakt
		DE keuze is aan de patiënt overgelaten
		Gaat naar arts voor advies
		Voorkeur voor deze arts
		Genoeg aandacht van arts
		Gesprek ging netjes en beleefd
		Gezamenlijk besloten
		Gezamenlijke besluitvorming beter bij jonge artsen
		In overleg met arts
		Kan niet vollediger
		Kan terugkomen voor vragen
		Moeite met zelf beslissen
		Veel informatie gekregen
		Voldoende gezamenlijk besloten
		Zo goed vanwege iemand erbij?
	Persoonlijke voorkeuren	Aandacht voor dat wat belangrijk is
		Alle vragen kunnen stellen
		Begrepen worden
		Belangrijk dat alle opties worden besproken
		Besproken wat voor patiënt belangrijk is
		Communicatie belangrijk
		Gehoord worden
		Gesprek aangaan
		Goed overleg
		Goede uitleg van arts
		Kwaliteit van leven verbeteren
		Medische kennis combineren met voorkeuren
		Niet besproken wat belangrijk is, maar duidelijk
		Patiënt herinneren aan aandoening
		Persoonlijke doelen zijn benoemd
		Samen beslissen is belangrijk
		Voorkeuren aangegeven
Voorkeuren besproken		
Tevreden over uitleg		
	Voor- en nadelen opties	Voor- en nadelen van geschikte opties zijn besproken
		Helpen met voor-en nadelen afwegen
		Veel opties besproken
		Voor- en nadelen afgewogen
		Voor- en nadelen al bekend

		Voor- en nadelen besproken
		Weet niet of alles is besproken
		Ziet zelf alleen de nadelen
	Gebreken samen beslissen	Had meer advies willen hebben
		Alternatieve behandelmethoden niet besproken
		Mist geruststelling of bevestiging bij weggaan van consult
		Mist niks
		Mist steun bij beslissing
		Niet gestelde vragen kom je thuis achter
		Geeft zelf aan wanneer iets mist