

Bachelor **THESIS**

Het effect van interventies op de
gezamenlijke besluitvorming tijdens
het feitelijke gesprek tussen patiënt
en zorgprofessional binnen Medisch
Spectrum Twente: een kwantitatief
onderzoek

Emma Joostens | S2384817

Eerste begeleider: Job van der Palen

Tweede begeleider: Marjolein Brusse-Keizer

Externe begeleider: Inge Duindam

Tweede externe begeleider: Rozemarijn van Erp

A large, abstract graphic on the left side of the page, composed of overlapping teal and green shapes. The letters 'MST' are prominently displayed in white, bold, sans-serif font across the center of this graphic.

MST

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de bachelor thesis "*Het effect van interventies op de gezamenlijke besluitvorming tijdens het feitelijke gesprek tussen patiënt en zorgprofessional binnen Medisch Spectrum Twente: een kwantitatief onderzoek*". Dit onderzoek is verricht als onderdeel van een bacheloropdracht binnen de studie Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente en is geschreven voor Medisch Spectrum Twente (MST) tussen februari 2023 en juni 2023.

Ik wil graag mijn waardering uitspreken naar verschillende personen die een bijdrage hebben geleverd aan deze afstudeerfase. Allereerst wil ik mijn begeleider Job van der Palen van de Universiteit Twente bedanken voor zijn waardevolle feedback en begeleiding. Daarnaast wil ik Rozemarijn van Erp en Inge Duindam van MST bedanken voor hun begeleiding, feedback en samenwerking. Ook wil ik mijn studiegenoten Lune Woolderink en Quinty Teggeler bedanken. Samen hebben wij de afstudeerkring "*Implementatie samen beslissen - 3 goede vragen*" gevormd. Ik waardeer onze nauwe samenwerking en de feedback die we elkaar hebben gegeven.

Verder wil ik mijn dank uitspreken naar de zorgprofessionals en patiënten van MST die zich beschikbaar hebben gesteld aan dit onderzoek. Zonder hun deelname was het niet mogelijk om data te verzamelen voor de analyses van de interventies. Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor hun steun gedurende deze periode. Ik kijk positief terug op deze leerzame en betekenisvolle periode. Deze personen hebben bijgedragen aan mijn persoonlijke groei en de verwezenlijking van deze thesis.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Emma Joostens
Enschede, 7 juni 2023

Samenvatting

Inleiding: Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgprofessional is belangrijk, maar wordt nog te weinig uitgevoerd. Gezamenlijke besluitvorming leidt tot minder herhaalconsulten, meer tevredenheid bij patiënten en een betere behandelkeuze. Medisch Spectrum Twente (MST) wil dit verbeteren met interventies die hiervoor ontwikkeld zijn. Het doel is om inzicht te krijgen in de effectiviteit van deze interventies op de gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgprofessional. Hierbij staat de volgende onderzoeksvraag centraal: *“Hoe dragen de auto-anamnese, samen beslis-vragen, staander met 3 goede vragen en informatievoorzieningen voorafgaand aan het consult bij aan de gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgprofessional op de pilotafdelingen van Medisch Spectrum Twente te Enschede in vergelijking met een consult zonder interventie?”*

Theoretisch kader: Om de definitie van gezamenlijke besluitvorming te verduidelijken zijn vier stappen ontwikkeld. Deze stappen omvatten het informeren van de patiënt, het bespreken van opties, het bespreken van voorkeuren en het nemen van een besluit. De patiënt kan de *“3 goede vragen”* stellen om de gezamenlijke besluitvorming te stimuleren. Een meetinstrument om gezamenlijke besluitvorming te meten is de Option5 observatielijst.

Methode: In dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwantitatieve gegevens om het effect van de interventies op de gezamenlijke besluitvorming tussen zorgprofessionals en patiënten te beoordelen. Er werden consulten bijgewoond tijdens een baseline en follow-up periode, waarbij werd gescoord met de Option5 en de tijdsindeling is geregistreerd. Vier interventies werden tijdens de follow-up periode toegepast, waaronder het verstrekken van een informatiefolder en het stellen van samen beslis-vragen. De validiteit en betrouwbaarheid van de observaties werden gewaarborgd en de data werd geanalyseerd met behulp van statistische toetsen.

Resultaten: Uiteindelijk zijn zes zorgprofessionals geobserveerd tijdens zowel de baseline meting als de follow-up meting. De scores van de Option5 voor de baseline en follow-up bleken niet significant. Bij de tijdsindeling was er ook geen significant verschil.

Discussie: De interventies hebben geen effect gehad op de gezamenlijke besluitvorming en de tijd die hieraan werd besteed is niet toegenomen. Tijdens de consulten van de follow-up meting zijn patiënten in mindere mate geïnformeerd over het nemen van een gezamenlijk besluit. Er is een lichte verbetering geconstateerd bij het bespreken van de voorkeuren van patiënten en de voor- en nadelen van opties. Het onderzoek had beperkingen, zoals een lage aantal respondenten en exclusie van patiënten zonder digitale vaardigheden. Verder onderzoek is nodig om de effectiviteit van de interventies te meten en de kwaliteit van de gezamenlijke besluitvorming te verbeteren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	6
2. Theoretisch kader	7
2.1 <i>Gezamenlijke besluitvorming</i>	7
2.2 <i>De 3 goede vragen</i>	8
2.3 <i>Option5</i>	8
3. Methode	9
3.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	9
3.1.1 <i>Interventies MST</i>	9
3.2 <i>Onderzoekspopulatie</i>	10
3.2.1 <i>Inclusiecriteria</i>	10
3.2.2 <i>Werving</i>	10
3.3 <i>Onderzoeksverloop</i>	10
3.4 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	11
3.5 <i>Data-analysemethoden</i>	11
4. Resultaten	11
4.1 <i>Karakteristieken respondenten</i>	11
4.2 <i>Option5</i>	11
4.2.1 <i>Scores per onderdeel van de Option5</i>	12
4.3 <i>Tijdsindeling</i>	12
4.4 <i>Waarnemingen tijdens het feitelijke gesprek</i>	13
5. Discussie	13
5.1 <i>Antwoord op de onderzoeksvragen</i>	13
5.2 <i>Literatuurvergelijkingen</i>	13
5.3 <i>Beperkingen van het onderzoek</i>	14
5.4 <i>Sterke punten van het onderzoek</i>	15
5.5 <i>Implicaties van het onderzoek</i>	15
5.6 <i>Conclusie</i>	15
6. Adviezen en aanbevelingen	15
6.1 <i>Adviezen</i>	15
6.2 <i>Aanbevelingen</i>	16
7. Referenties	17
8. Bijlagen	19

8.1 Option5 observatielijst	19
8.2 Scores Option5 per onderdeel	20
8.2.1 Scores Option5 observaties baseline meting.....	20
8.2.2 Scores Option5 observaties follow-up meting	20
8.3 Scores tijdsindeling	20
8.3.1 Tijdsindeling consulten baseline meting.....	20
8.3.2 Tijdsindeling consulten follow-up meting	20
8.4 Proefpersoneninformatieformulier (PIF)	21
8.5 Toestemmingsformulier	23
8.6 Interventies MST	24
8.6.1 Informatiebrief.....	24
8.6.2 Auto-anamnese	26
8.6.3 Samen-beslis vragen	27
8.7 Evaluatierapport bijwonen consulten.....	28

1. Inleiding

Steeds vaker worden patiënten aangespoord om te participeren in hun zorgtraject en de organisatie hiervan omdat zij hun lichaam en persoonlijke ziektebeelden het beste kennen. Dit maakt dat de kennis van patiënten tegenwoordig vergelijkbaar is met die van zorgprofessionals. Deze ontwikkeling speelt een belangrijke rol bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Door de participatie van patiënten te erkennen, kan het verschil tussen de professionele kennis van zorgprofessionals en de ervaringskennis van patiënten worden verminderd. [1]

Gezamenlijke besluitvorming werpt een unieke blik op modellen over behandelingen en besluitvormingen. Zowel de kennisoverdracht als behandelvoorkeuren vanuit de patiënt en zorgprofessional worden hierbij geïncorporeerd. Dit concept maakt het nemen van een gezamenlijk besluit tussen patiënt en zorgprofessional mogelijk. Het bespreken van de keuzemogelijkheden en de daarbij horende voorkeuren van patiënten staan centraal. Ook wordt de te nemen beslissing hierbij verduidelijkt. Zorgprofessionals zien het belang van samen beslissen al in, echter wordt dit in de praktijk nog maar zelden uitgevoerd. Genoemde redenen zijn beperkte tijd en toepasbaarheid vanwege de medische situatie van patiënten. [2, 3]

Patiënten hebben verschillende voorkeuren als het gaat om de betrokkenheid bij de besluitvorming van hun behandeling. De houding van de zorgprofessional speelt daarnaast een grote rol tijdens het consult. De manier waarop de zorgprofessional de patiënt betreft en informatie geeft, kan invloed hebben op de voorkeuren van de patiënt. De patiënt levert mogelijk een actievere deelname tijdens het consult wanneer degene wordt betrokken bij de besluitvorming in het gesprek. De zorgprofessional wordt dan ook aangespoord om de patiënt te laten deelnemen in de besluitvorming. [4]

Doordat de patiënt en zorgprofessional uiteenlopende visies hebben op de stappen binnen de gezamenlijke besluitvorming, is een viertal stappen ontwikkeld ter bevordering van dit proces:

Stap 1: De patiënt wordt op de hoogte gesteld van het keuzemoment door de zorgprofessional.

Stap 2: De zorgprofessional bespreekt de voor- en nadelen met bijbehorende opties van de keuzemogelijkheden.

Stap 3: De voorkeuren van de patiënt worden besproken waarbij de zorgprofessional begeleiding biedt.

Stap 4: De wensen van de patiënt rondom het maken van een keuze worden besproken en vervolgens gemaakt. Hierna volgt de follow-up. [2]

Uit de onderzoeksresultaten van een cliëntenpanel over het goede gesprek met de arts uit 2021 bij Medisch Spectrum Twente (MST) blijkt dat zorgprofessionals vinden dat zij in ongeveer 90% van de gevallen doen aan gezamenlijke besluitvorming. Hier tegenover staat het perspectief van de patiënt, dat aangeeft voor maar 55,6% te kunnen doen aan gezamenlijke besluitvorming. Dit maakt dat beide partijen verschillende percepties hebben van de mate waarin zij aan gezamenlijke besluitvorming doen.

MST concludeerde daarom uit de resultaten dat gezamenlijke besluitvorming nog te weinig wordt uitgevoerd. Er wordt tijdens het consult veel informatie gegeven maar de belangen van de patiënt staan nog niet centraal. Dit maakt dat de keuze voornamelijk gebaseerd is op medische overwegingen.

Uit twee ronde tafel sessies is gebleken dat MST twee problemen wil onderzoeken:

1. *Te weinig tijd voor het goede gesprek.*

Momenteel wordt het consult inefficiënt ingericht en is er te weinig tijd om de gewenste onderwerpen te bespreken.

2. *De patiënt herkent het keuzemoment niet.*

De patiënt is onvoldoende voorbereid op het keuzemoment en herkent deze daarom niet.

MST heeft middels een aantal interventies ingespeeld op de informatievoorziening van de patiënt om te onderzoeken of bovenstaande problemen hiermee verholpen kunnen worden. Deze interventies betreffen het uitzetten van een digitale auto-anamnese in het patiëntenportaal, twee samen-beslisvragen, staander met de “3 goede vragen” en een informatiebrief voorafgaand aan het consult.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de effectiviteit van de interventies van MST tijdens het feitelijke gesprek tussen zorgprofessional en patiënt. Hierbij staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Hoe dragen de auto-anamnese, samen beslis-vragen, staander met 3 goede vragen en informatievoorzieningen voorafgaand aan het consult bij aan de gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgprofessional op de pilotafdelingen van Medisch Spectrum Twente te Enschede in vergelijking met een consult zonder interventie?”

Daarnaast zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- In hoeverre is er door de interventies meer tijd gecreëerd voor de gezamenlijke besluitvorming?
- In hoeverre dragen de interventies bij aan een verandering in de gezamenlijke besluitvorming?

De pilotafdelingen waar de interventies werden ingezet zijn de afdelingen Heelkunde, Neurologie en MDL.

De implementatie van gezamenlijke besluitvorming wordt door Pieterse et al. genoemd als veelbelovend, zo kan het leiden tot een verminderde behoefte aan het herhalen van informatie onder patiënten. [5] Bovendien voorkomt gezamenlijke besluitvorming het aantal herhaalconsulten en het aanvragen van een second opinion. Het verbetert de behandelkeuze die past bij de eigenschappen van patiënten en maakt dat patiënten meer tevreden over deze keuze zijn. [2]

Door inzicht te verkrijgen in de door het MST ingezette interventies kan er meer kennis worden vergaard over de relevantie van gezamenlijke besluitvorming binnen MST.

2. Theoretisch kader

2.1 Gezamenlijke besluitvorming

In het onderzoek van Charles et al. uit 1997 werd beschreven dat het concept van gezamenlijke besluitvorming vaag was geformuleerd. Dit leidde uiteindelijk tot veel verwarring over wat dit concept precies betekende en was tevens de aanleiding voor het creëren van de vier stappen. [6] Dit model, waar de vier stappen onder vallen, gaf de voorkeur aan het instemmen met de behandeling vanuit zowel de zorgprofessional als patiënt. [2] In onderstaande zijn de vier stappen uitgewerkt.

Stap 1: De patiënt wordt op de hoogte gesteld van het keuzemoment door de zorgprofessional.

Binnen de eerste stap maakt de zorgprofessional aan de patiënt duidelijk dat er een keuze moet worden gemaakt en dat deze afhangt van de voorkeuren van de patiënt. Patiënten hebben hierbij het recht op duidelijke informatievoorziening van zorgprofessionals over de behandelingsopties. In sommige gevallen is er geen beste behandeling omdat er rekening wordt gehouden met persoonlijke voorkeuren of er is onvoldoende (medisch) bewijs. In deze situatie is de keuze afhankelijk van een evenwicht welke grotendeels gebaseerd is op de persoonlijke voorkeuren van de patiënt en niet alleen die van de zorgprofessional. [2]

Stap 2: De zorgprofessional bespreekt de voor- en nadelen met bijbehorende opties van de keuzemogelijkheden.

Tijdens de tweede stap worden de opties neutraal uitgelegd door de zorgprofessional waarbij de voor- en nadelen per optie worden besproken. Hierbij is het van belang om vier vragen in acht te nemen:

1. Welke informatie is relevant?
2. Welke voorkennis heeft de patiënt?
3. Hoe wordt informatie over risico's overgebracht?
4. Begrijpt de patiënt de informatie?

Hier wordt expliciet genoemd dat de zorgprofessional te allen tijde informatie op een neutrale manier presenteert en de patiënt ruimte geeft om te beslissen. [2]

Stap 3: De voorkeuren van de patiënt worden besproken waarbij de zorgprofessional begeleiding biedt.

Omdat patiënten in het begin meestal geen voorkeur hebben, moeten zorgprofessionals hun tijdens de derde stap helpen bij het vormen van de voorkeur(en). De zorgprofessional moet hierbij de relevantie van uitkomsten bespreken en open vragen stellen aan de patiënt. Ook kan de zorgprofessional gebruik maken van middelen welke de voor- en nadelen van de opties verduidelijken. [2]

Stap 4: De wensen van de patiënt rondom het maken van een keuze worden besproken en vervolgens gemaakt. Hierna volgt de follow-up.

Na het verduidelijken van de belangrijkste uitkomsten begint de vierde en laatste stap waarin de patiënt een besluit neemt. De patiënt moet duidelijk maken of degene zelf wil beslissen of (gedeeltelijk) de zorgprofessional laat beslissen. Nadat dit is bepaald kan de uiteindelijke beslissing worden genomen. De zorgprofessional vat alles samen en vraagt de mening van de patiënt. Het kan voorkomen dat de patiënt langer wil nadenken over de keuze, wanneer dit zo is, wordt een tweede afspraak gemaakt. Wanneer er sprake is van een directe beslissing, maken de zorgprofessional en patiënt afspraken over de toekomstige stappen binnen het zorgpad van de patiënt. [2]

2.2 De 3 goede vragen

Patiënten kunnen met behulp van de “3 goede vragen” het principe van gezamenlijke besluitvorming stimuleren. Dit zijn drie vragen die patiënten kunnen gebruiken om de behandelingsmethode te bespreken. Zo luiden de vragen als volgt:

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie? [7]

2.3 Option5

Om gezamenlijke besluitvorming meetbaar te maken wordt onder andere de Option5 (zie bijlage 7.1 Option5 observatielijst) ingezet. Deze observatielijst includeert vijf onderdelen van

gezamenlijke besluitvorming. Bij het eerste onderdeel worden opties voorgelegd aan de patiënt. Het tweede onderdeel beschrijft het aangaan van een samenwerking tussen zorgprofessional en patiënt. Tijdens het derde onderdeel worden de voor- en nadelen van de opties besproken waarna in onderdeel vier de voorkeuren van de patiënt worden geïdentificeerd. De vijfde en laatste stap binnen dit proces bevat het samenvoegen van de patiëntvoorkeuren met de uiteindelijke keuze. [8]

Bij de Option5 (bijlage 7.1 Option5 observatielijst) wordt een score verkregen welke wordt vertaald naar de mate van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgprofessional en patiënt. Dit maakt dat er middels de Option5 kwantitatieve gegevens worden verzameld. [9, 10] Hierbij is een handleiding ontwikkeld welke uiteenzet hoe en wat gescoord kan worden. Zo kan er per onderdeel gescoord worden tussen 0 (= geen moeite) en 4 (= voorbeeldige inzet), waarbij de totaalscore tussen 0 en 20 varieert. De totaalscores worden vervolgens opnieuw geschaald zodat de uiteindelijke score tussen 0 en 100 uitkomt. Hoe hoger de score, des te meer er wordt gedaan aan gezamenlijke besluitvorming. [8, 11]

3. Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Zoals genoemd, is met de Option5 gebruik gemaakt van kwantitatieve gegevens. Data werd verzameld tijdens een baseline en follow-up meting. De baseline meting vond gedurende twee weken plaats waarbij consulten zijn geobserveerd. Hierna volgde een periode van twee weken waarin de interventies van MST werden geïmplementeerd, deze zijn in 3.1.1 Interventies MST uitgelegd. Na deze periode zijn gedurende twee weken opnieuw consulten geobserveerd in de follow-up meting. Zoals genoemd werden de interventies uitgezet op de afdelingen Heelkunde, MDL en Neurologie. Dit zijn tevens de afdelingen waar de consulten zijn bijgewoond.

Om de tijdsindeling van consulten meetbaar te maken is het consult ingedeeld in twee onderdelen. Deze onderdelen zijn (gezamenlijke) besluitvorming en overige. [12]

Per onderdeel is de relatieve tijd ten opzichte van de totale tijd van het consult berekend.

Voor de berekeningen van de tijdsindeling is alleen gebruik gemaakt van de percentages die horen bij de (gezamenlijke) besluitvorming omdat dit onderdeel de deelvraag volledig kan beantwoorden. Binnen het onderdeel (gezamenlijke) besluitvorming werd de bestede tijd met betrekking tot de uitleg over de medische situatie en (discussie over) behandelmogelijkheden van de patiënt berekend. [13]

3.1.1 Interventies MST

MST heeft in totaal vier interventies uitgezet om de gezamenlijke besluitvorming tussen zorgprofessional en de patiënt te bevorderen, deze zijn ook te vinden in bijlage 8.6 Interventies MST. De interventies zijn:

1. Het uitreiken van de folder *“Had ik het maar gevraagd, had ik het maar gezegd...”*. De folder voorziet de patiënt van informatie over het voorbereiden op het gesprek met de zorgprofessional. De folder was zichtbaar in het patiëntportaal.
2. Het uitzetten van een digitale auto-anamnese in het patiëntportaal voorafgaand aan het consult.
3. Het uitzetten van twee samen beslis-vragen in het patiëntportaal voorafgaand aan het consult. Deze vragen waren: *“Wat zou u met uw behandelaar willen bespreken?”* en *“Wat is voor u belangrijk?”* waarbij de patiënt kon kiezen uit:
 - *Dat ik minder last heb van: ...*

- *Dat ik (weer) kan:* ...
- *Ik hoop dat:* ...
- *Anders:* ...

4. De spreekkamer voorzien van een staander met de 3 goede vragen.

3.2 Onderzoekspopulatie

Het doel was om twintig zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen MST op de pilotafdelingen te includeren als onderzoekspopulatie. Tijdens de baseline en follow-up werden dezelfde zorgprofessionals van de afdelingen Heelkunde, MDL en Neurologie geobserveerd. De intentie was om veertig patiënten te observeren, namelijk twintig tijdens de baseline en twintig tijdens de follow-up. Het includeren van zowel patiënten als zorgprofessionals is uitgewerkt in de vorm van onderstaande criteria.

3.2.1 Inclusiecriteria

- **De patiënt** is minimaal 18 jaar en moet tijdens het consult een behandelkeuze met de zorgprofessional maken bij MST op de afdelingen Heelkunde, MDL en Neurologie. Hierbij is het van belang dat de patiënt wilsbekwaam is.
- **De zorgprofessional** moet werkzaam zijn op de afdelingen Heelkunde, MDL en Neurologie binnen MST. Tijdens het consult moet het moment plaatsvinden waarbij de zorgprofessional met de patiënt een behandelkeuze maakt.

3.2.2 Werving

De zorgprofessionals van de afdelingen Heelkunde, MDL en Neurologie zijn geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd voor deelname. Op basis van de inclusiecriteria werden patiënten die een consult hebben met de desbetreffende zorgprofessional door degene geselecteerd en benaderd voor deelname aan het onderzoek. Wanneer de patiënt toestemming gaf, werd de zorgprofessional als respondent geïnccludeerd.

Bij de follow-up periode werden op identieke wijze opnieuw per afdeling hetzelfde aantal patiënten gecontacteerd voor deelname aan het onderzoek. Deze patiënten hadden bij dezelfde zorgprofessionals als de baseline meting een consult om de behandelingskeuze te bespreken.

Patiënten werden telefonisch benaderd en gevraagd voor onderzoek. Tijdens dit telefoongesprek werd het mailadres van de desbetreffende patiënt gevraagd zodat de proefpersoneninformatie (PIF) verstuurd kon worden. Tijdens het interview met de patiënt is het toestemmingsformulier gelezen en ondertekend. Beide zijn te vinden onder 8.4 Proefpersoneninformatieformulier (PIF) en 8.5 Toestemmingsformulier.

3.3 Onderzoeksverloop

Tijdens de werving voor de baseline meting hadden een aantal zorgprofessionals binnen de meetperiode geen geschikte consulten waar kon worden voldaan aan de opgestelde inclusiecriteria. Dit maakte dat er voor de baseline meting in totaal dertien zorgprofessionals zijn geïnccludeerd waarbij consulten zijn bijgewoond van 04-04-2023 tot en met 14-04-2023.

Voor de follow-up meting moesten dezelfde zorgprofessionals geïnccludeerd worden als die tijdens de baseline meting. Echter zijn door verschillende redenen zeven zorgprofessionals geëxcludeerd. Redenen hiervoor waren uitval door ziekte, patiënten waren digitaal niet vaardig voor gebruik van de interventies, het ontbreken van geschikte consulten en patiënten

die niet wilden deelnemen. Uiteindelijk zijn hierdoor consulten van zes zorgprofessionals bijgewoond tussen 02-05-2023 en 15-05-2023.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

De Option5 is een gevalideerde observatielijst. [14] De inhoudsvaliditeit werd hiermee gewaarborgd omdat de score van de Option5 iets zegt over de mate waarin de zorgprofessional en patiënt aan gezamenlijke besluitvorming doen. Dit maakt dat de Option5 meet wat er gemeten moet worden. [15]

Om de betrouwbaarheid van de observaties te vergroten werd vooraf getraind in het observeren van consulten. Hiervoor is digitaal oefenmateriaal geraadpleegd. Daarnaast werden de consulten opgenomen zodat betrokken onderzoekers deze afzonderlijk konden luisteren en scores volgens de Option5. Hierna werden de scores met elkaar vergeleken. [16]

3.5 Data-analysemethoden

De zes zorgprofessionals zijn als respondenten gecodeerd zodat hun privacy is gewaarborgd. Deze codes worden voor vijf jaar op de beveiligde omgeving van MST bewaard en zijn alleen zichtbaar voor de hoofdonderzoekers. Wanneer de codes worden gedeeld met externen, zijn de namen van de respondenten geanonimiseerd.

Bij de observaties zijn de gemiddelden van twee groepen (baseline en follow-up) vergeleken. Om deze reden zijn de scores van de Option5 observatielijsten middels een gepaarde t-toets in RStudio versie 2023.03.1+446 uitgewerkt. [14, 17] Er is gekozen om op basis van visuele inspectie na te gaan of de data normaal verdeeld is, aangezien het aantal respondenten lager dan dertig was. Hierbij is een boxplot geïnterpreteerd. [18, 19]

Wanneer er geen sprake was van een normale verdeling werd een gepaarde Wilcoxon signed-rank toets uitgevoerd. Deze kan namelijk als alternatief worden ingezet bij een gepaarde t-toets en gaat niet uit van een normale verdeling. [20]

Bij de statistische analyses van de scores die zijn verkregen met de Option5, beschreef de nulhypothese dat de interventies geen effect hadden op een verandering in de gezamenlijke besluitvorming. De alternatieve hypothese presenteerde dat de interventies een effect hadden op de gezamenlijke besluitvorming. Bij de relatieve score van de tijdsindeling bij het onderdeel “(gezamenlijke) besluitvorming” werd een vergelijkbaar effect met die van de Option5 geïdentificeerd. Hierbij luidde de nulhypothese dat de interventies niet meer tijd creëerden voor de gezamenlijke besluitvorming. De alternatieve hypothese was dat er door de interventies meer tijd is gecreëerd voor de gezamenlijke besluitvorming.

4. Resultaten

4.1 Karakteristieken respondenten

Zes respondenten zijn zowel tijdens de baseline meting als de follow-up meting geobserveerd voor een consult. Dit waren er vier van de afdeling MDL, één van de afdeling Heelkunde en één van de afdeling Neurologie. Zoals genoemd zijn om verschillende redenen zeven respondenten geëxcludeerd.

4.2 Option5

Voor de berekeningen van het effect van de scores die zijn verkregen met de Option5 observatielijst is nagegaan of er sprake is van een normale verdeling. Op basis van visuele

inspectie van de data blijkt geen sprake te zijn van een normale verdeling. De uitkomst van de gepaarde Wilcoxon signed-rank toets ($P = 1.00$) bleek niet significant. De geobserveerde scores per respondent zijn weergegeven in Tabel 1 - Scores Option5 per respondent tijdens de baseline en follow-up meting.

De mediaanwaarde tijdens de baseline meting is 55.0 ($IQR = 49.4 - 56.9$). Bij de follow-up meting is de mediaanwaarde ook 55.0 ($IQR = 45.6 - 58.8$).

Tabel 1 - Scores Option5 per respondent tijdens de baseline en follow-up meting

Respondentnummer	Baseline	Follow-up
2	35	60
3	57.5	55
6	47.5	60
10	55	55
12	55	40
13	60	42.5

4.2.1 Scores per onderdeel van de Option5

De scores per onderdeel zijn te vinden in bijlage 8.2 Scores Option5 per onderdeel. Uit de beoordeling van de audio-opnames bleek dat drie van de zes zorgprofessionals tijdens de follow-up meting niet hebben gezegd dat zij een gezamenlijk besluit namen met de patiënt. Zij hebben dit wel tijdens de baseline meting tegen de patiënt gezegd. Bij de follow-up meting identificeerden drie van de zes zorgprofessionals vaker de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt. Deze maken deel uit van het vierde onderdeel van de Option5 (zie 8.1 Option5 observatielijst). Tijdens de baseline meting bleef het vaker bij twee van deze aspecten. Het bespreken van de opties is in de follow-up meting ook vaker uitgevoerd. Eén zorgprofessional heeft tijdens de follow-up meting gevraagd of de patiënt informatie kan herhalen. De andere zorgprofessionals zijn wat dieper op de voor- en nadelen van de optie(s) ingegaan dan bij de baseline meting. Eén zorgprofessional had dezelfde score bij beide metingen, terwijl andere zorgprofessionals juist een lagere score had tijdens de follow-up meting.

4.3 Tijdsindeling

Bij de relatieve scores van de tijdsindeling is de tijd gerapporteerd die werd besteed aan gezamenlijke besluitvorming. Wederom is op basis van visuele inspectie niet uitgegaan van een normale verdeling. De uitkomst van de gepaarde Wilcoxon signed-rank toets ($P = 0.156$) bleek niet significant. De gebruikte percentages per respondent zijn zichtbaar in Tabel 2 – Percentages tijdsindeling per respondent tijdens de baseline en follow-up meting.

De mediaanwaarde tijdens de baseline meting is 64.1% ($IQR = 52.4\% - 73.5\%$) aan (gezamenlijke) besluitvorming gedaan. Voor de follow-up meting is de mediaanwaarde 66.2% ($IQR = 63.6\% - 82.1\%$).

Tabel 2 – Percentages tijdsindeling per respondent tijdens de baseline en follow-up meting

Respondentnummer	Baseline	Follow-up
2	59.3%	48.2%
3	68.8%	87.2%
6	75.0%	97.1%

10	75.6%	66.7%
12	50.1%	62.9%
13	46.8%	65.6%

Voor de relatieve scores bij alle onderdelen wordt verwezen naar bijlage 8.3.1 Tijdsindeling consulten baseline meting en 8.3.2 Tijdsindeling consulten follow-up meting.

4.4 Waarnemingen tijdens het feitelijke gesprek

Tijdens het bijwonen van consulten is geobserveerd dat zorgprofessionals soms hun eigen mening lieten doorschemeren in plaats van een objectieve benadering te hanteren bij het bespreken van behandelingsopties. Zorgprofessionals deelden al snel hun visie op de behandeling door aan te geven dat “*behandeling X*” hun voorkeur had. Daarnaast achterhaalden zorgprofessionals niet altijd wat voor de patiënt belangrijk was tijdens het consult.

Een ander aspect dat naar voren kwam tijdens de observaties was de persoonlijke benadering van de zorgprofessionals naar patiënten toe. Patiënten voelden zich op hun gemak tijdens de consulten en zorgprofessionals deden hun best om dit te bewerkstelligen. Hierdoor kregen patiënten de mogelijkheid om vragen te stellen, die vervolgens adequaat werden beantwoord door de zorgprofessionals. Ter ondersteuning is een evaluatierapport gecreëerd om de zorgprofessionals te voorzien van feedback. Hierin zijn ook de consulten van de geëxcludeerde zorgprofessionals beoordeeld. Dit evaluatierapport is te vinden in 8.7 Evaluatierapport bijwonen consulten.

5. Discussie

5.1 Antwoord op de onderzoeksvragen

Aan de hand van de scores die zijn verkregen uit de observaties middels de Option5, blijkt dat de interventies die door MST zijn ingezet geen effect hebben op een verandering in de gezamenlijke besluitvorming tijdens de consultvoering. Daarnaast is er door de interventies ook geen effect aangetoond van een toename in de tijd die wordt besteed aan gezamenlijke besluitvorming.

De bevindingen van de Option5 die horen bij de scores per onderdeel laten een aantal dingen zien. Tijdens de beoordeling van de follow-up meting hebben zorgprofessionals in mindere mate benoemd dat er sprake was van een gezamenlijk besluit in vergelijking met de baseline meting. Bij onderdeel vier van de Option5 (bijlage 8.1 Option5 observatielijst) is een lichte vooruitgang in het bespreken van de voorkeuren van patiënten. Het bespreken van de opties is verbeterd, waarbij zorgprofessionals meer aandacht hebben besteed aan het uitgebreider bespreken van de voor- en nadelen van de optie(s).

5.2 Literatuurvergelijkingen

Gelijkenissen werden gevonden bij de aanleiding van het onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming door Stubenrouch et al. uit 2022. Zij startten hun onderzoek nadat is gebleken dat de uitkomsten van gezamenlijke besluitvorming op de poliklinieken van de afdeling vaatchirurgie nog te laag waren. Om dit te verbeteren werden interventies ontwikkeld. Zo werden keuzekaarten ingezet en konden patiënten online gebruik maken van keuzehulpen. De Option5 is hierbij ingezet om het verschil tussen een controlegroep en interventiegroep te identificeren. Er werd gemeten tijdens een baseline en follow-up meting. Als voorwaarde

moest het mogelijk zijn om patiënten één of meerdere behandelopties aan te kunnen bieden. [21] Echter waren er nog wat verschillen, zo werden de interventies van Stubenrouch et al. ingezet bij elf Nederlandse ziekenhuizen. Hier zijn in totaal 151 respondenten tijdens de baseline meting geïnccludeerd en 191 tijdens de follow-up meting. [21] Dit aantal is veel hoger dan bij dit onderzoek waar respectievelijk zes respondenten tijdens de baseline meting zijn geobserveerd en zes tijdens de follow-up meting die gepaard waren. Ook vond dit onderzoek maar in één ziekenhuis plaats. Het onderzoek van Stubenrouch et al. vond een klein significant effect van 9% bij de Option5 scores. Echter is deze vergelijking niet realistisch vanwege het lage aantal respondenten bij dit onderzoek. [21]

Wanneer de scores van de Option5 worden vergeleken met een ander onderzoek doet zich iets opvallends voor. Bij een onderzoek in Nederland naar de patiënttevredenheid onder psoriasispatiënten door van Huizen et al. uit 2023 werd er gemiddeld voor 37.0% tijdens de baseline meting aan gezamenlijke besluitvorming gedaan. Dit percentage was 34.3% tijdens de follow-up meting. [22] De gemiddelde scores van dit onderzoek liggen echter veel hoger (zie 7.2 Scores Option5 per onderdeel). In dit onderzoek waren deze percentages respectievelijk 51.7% tijdens de baseline meting en 52.1% tijdens de follow-up meting.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek bevat een aantal beperkingen. Zo is al eerder genoemd dat uiteindelijk maar zes respondenten zijn geïnccludeerd in het onderzoek. Dit beperkte aantal respondenten maakt de onderzoekspopulatie minder representatief, wat resulteert in een verminderde externe validiteit.

Een andere factor die mogelijk invloed heeft gehad op de externe validiteit is de exclusie van patiënten die niet beschikten over digitale vaardigheden. Aangezien de interventies gericht waren op het invullen van digitale vragenlijsten, werden patiënten die niet bekwaam waren in het gebruik van digitale technologieën uitgesloten van deelname. Dit kan een vertekening in de onderzoeksresultaten hebben veroorzaakt, aangezien deze groep patiënten mogelijk andere kenmerken en behoeften heeft die van invloed kunnen zijn op de gezamenlijke besluitvorming. Hiermee wordt de externe validiteit beperkt en betekent een verminderde representativiteit voor de bredere populatie van patiënten die met dezelfde gezondheidsuitdagingen te maken hebben.

Zeven zorgprofessionals zijn voor de follow-up meting geëxcludeerd. Om verlies van gegevens te voorkomen, kunnen deze zeven zorgprofessionals toch worden meegenomen in de analyses. Hierdoor worden respectievelijk dertien zorgprofessionals van de baseline meting en zes van de follow-up meting geanalyseerd met een mixed model repeated measurements analyse. Het is echter onzeker of dit resulteert in een significant effect. De mediaan van alle dertien zorgprofessionals die deelnamen aan de baseline meting is namelijk precies hetzelfde als de mediaan van de zes zorgprofessionals die nu zijn berekend voor de baseline meting. Ook is de gebruikte interkwartielafstand (IQR) geen betrouwbare maatstaf voor het veronderstellen van significantie. Daarom is besloten om uit te gaan van de resultaten die nu in dit onderzoek zijn opgenomen.

Overigens waren zorgprofessionals op de hoogte van dit onderzoek en wisten zij wat hun deelname inhield. Dit maakt dat zij wisten dat het onderzoek over gezamenlijke besluitvorming ging en zij beoordeeld werden. Het is mogelijk dat zij hun gedragingen hebben aangepast in reactie op dit bewustzijn. Dit kan een verklaring zijn voor de hoge gemiddelde scores ten opzichte van het onderzoek door van Huizen et al., zoals hierboven bij

de literatuurvergelijkingen is besproken. Om dit te voorkomen zouden zorgprofessionals niet ingelicht moeten worden over het specifieke onderzoek en de beoordeling ervan.

5.4 Sterke punten van het onderzoek

Naast de beperkingen bevat het onderzoek ook een sterk punt. Tijdens het beoordelen van de audio-opnames hebben betrokken onderzoekers onafhankelijk het consult gescoord met de Option5. Deze scores zijn vergeleken met elkaar en waar nodig afgestemd om een definitieve score vast te stellen. Dit vergrootte de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

5.5 Implicaties van het onderzoek

Door dit onderzoek is een begin gecreëerd om verder onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van interventies ten aanzien van de gezamenlijke besluitvorming. Hoewel er geen significant effect is gevonden, is het van belang om te benadrukken dat dit niet betekent dat de interventies helemaal geen effect hebben gehad.

Daarom is er verder onderzoek nodig om de effectiviteit van de interventies te meten. De huidige bevindingen benadrukken het belang van deze evaluatie om de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming te verbeteren. Zo kunnen de beste benaderingen worden gevonden zodat deze aansluiten bij de behoeften en voorkeuren van zowel patiënten als zorgprofessionals.

5.6 Conclusie

In dit onderzoek zijn de interventies van MST onderzocht met als doel het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming tijdens geobserveerde consulten. Ondanks de inzet van deze interventies is er geen effect gevonden van de interventies op een verandering in de gezamenlijke besluitvorming. Deze bevinding suggereert dat de onderzochte interventies mogelijk nog niet effectief waren in het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming tijdens de consulten.

De bevindingen van de Option5 scores per onderdeel suggereren een positieve ontwikkeling in het betrekken van patiënten bij het besluitvormingsproces. Uit de waarnemingen blijkt echter dat er nog niet altijd geïdentificeerd wordt wat voor patiënten belangrijk is. Ook gaven zorgprofessionals al vroegtijdig hun mening over de behandeling. Dit maakt dat er ruimte is voor verbetering in het streven naar een meer objectieve benadering bij het nemen van behandelbeslissingen. Het is daarnaast belangrijk om langer onderzoek te doen naar deze interventies ter bevordering van de gezamenlijke besluitvorming.

6. Adviezen en aanbevelingen

6.1 Adviezen

Voor toekomstige onderzoeken wordt geadviseerd om de interventies te implementeren op afdelingen waar gezamenlijke besluitvorming meer van toepassing is. Dit houdt in dat de interventies moeten worden toegepast op situaties van patiënten die het meest geschikt zijn om opties en behandelvoorkeuren af te wegen. Specifieke focus kan liggen op oncologische ingrepen of operaties waarbij meerdere behandelingsopties beschikbaar zijn. Door de interventies te richten op deze afdelingen kan een meer effectieve beoordeling van de interventies op de gezamenlijke besluitvorming worden verkregen, aangezien deze situaties geschikt zijn om patiënten actief te betrekken bij het maken van behandelkeuzes. Dit kan uiteindelijk leiden tot beter geïnformeerde beslissingen die aansluiten bij de voorkeuren en waarden van de individuele patiënt.

Ook is het raadzaam om zorgprofessionals te betrekken bij de interventies ter bevordering van gezamenlijke besluitvorming. Dit kan worden bereikt met trainingen of workshops die gericht zijn op het vergroten van hun kennis, vaardigheden en bewustzijn met betrekking tot het belang en de implementatie van de interventies. Door zorgprofessionals actief te betrekken en te ondersteunen, kan de effectiviteit van de interventies worden vergroot en kunnen zij een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming in de klinische praktijk.

Het is belangrijk dat zorgprofessionals patiënten objectief informeren over de verschillende behandelingsopties en duidelijk maken dat niet behandelen ook een geldige optie is. Hoewel het uiteraard acceptabel is om advies te geven als zorgprofessional, zou het raadzaam zijn om dit pas later in het gesprek te geven. Dit kan wanneer de patiënt om input vraagt en de mening van de zorgprofessional verwacht. Ook is het relevant om als zorgprofessional duidelijk te informeren naar wat van belang is voor patiënten. Dit is namelijk een essentieel thema tijdens de besluitvorming.

6.2 Aanbevelingen

Bij een volgend onderzoek wordt aanbevolen om de volgende punten op te volgen:

- Ontwikkel geprinte versies van de interventies zodat deze verstuurd kunnen worden naar patiënten die niet digitaal vaardig zijn. Zo kunnen zij ook geïncludeerd worden voor deelname aan het onderzoek.
- Zorg ervoor dat zorgprofessionals vóór de start van een follow-up meting al bekend zijn met de interventies en waar de ingevulde vragenlijsten te vinden zijn in het systeem. Hiermee gaat er mogelijk minder tot geen tijd verloren aan het zoeken naar de vragenlijsten tijdens een consult. Dit kan ook mee worden genomen in de trainingen.
- Zorg ervoor dat voldoende respondenten worden geworven voor het onderzoek zodat rekening wordt gehouden met het risico op uitval tijdens het onderzoek.
- Zorg voor feedbacksessies na het plaatsvinden van een follow-up meting met zowel patiënten als zorgprofessionals om hun ervaringen met de interventies op de gezamenlijke besluitvorming te evalueren. Dit biedt de mogelijkheid om eventuele knelpunten, verbeterpunten en succesfactoren te identificeren zodat de interventies verder verbeterd kunnen worden. Hiermee sluiten de interventies beter aan op de behoeften en wensen van zowel patiënten als zorgprofessionals, wat uiteindelijk kan bijdragen aan een verbeterde gezamenlijke besluitvorming.
- Ontwikkel een checklist ten aanzien van gezamenlijke besluitvorming om de meest geschikte consulten te selecteren. Zo kunnen de principes van gezamenlijke besluitvorming op een consistente manier worden toegepast.

7. Referenties

1. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(12):1923-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>.
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. van Veenendaal H, van der Weijden T, Ubbink DT, Stiggelbout AM, van Mierlo LA, Hilders CGJM. Accelerating implementation of shared decision-making in the Netherlands: An exploratory investigation. *Patient Education and Counseling*. 2018;101(12):2097-104. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.021>.
4. Aljaffary A, Alsheddi F, Alzahrani R, Alamoudi S, Aljuwair M, Alrawiai S, et al. Shared Decision-Making: A Cross-Sectional Study Assessing Patients Awareness and Preferences in Saudi Arabia. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:1005-15. doi: 10.2147/ppa.S332638.
5. 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.
6. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997;44(5):681-92. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3).
7. 3 Goede Vragen: Samen beslissen. <https://3goedevragen.nl/de-3-goede-vragen/samen-beslissen/> Accessed 12-09 2022.
8. Dillon EC, Stults CD, Wilson C, Chuang J, Meehan A, Li M, et al. An evaluation of two interventions to enhance patient-physician communication using the observer OPTION5 measure of shared decision making. *Patient Education and Counseling*. 2017;100(10):1910-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.020>.
9. J. Merkus: Een introductie tot kwantitatief onderzoek | Uitleg & voorbeelden. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwantitatief-onderzoek/> (2021). Accessed 14-03 2023.
10. Roodbeen RT, Noordman J, Boland G, van Dulmen S. Shared decision making in practice and the perspectives of health care professionals on video-recorded consultations with patients with low health literacy in the palliative phase of their disease. *MDM Policy & Practice*. 2021;6(1):23814683211023472.
11. Elwyn G, Grande SW, Barr P. Observer OPTION 5 manual. Dartmouth: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. 2016.
12. Siemann I, Bazelmans E, van Weel-Baumgarten E, Prins J, Bergh Evd, Samwel H, et al. Communicatie en consultvoering: een persoonsgerichte benadering. Radboudumc Afdeling Medische Psychologie; 2015.
13. Ubbink DTG, Paul A F; Gosens, Taco; Brand, Paul L P. Meer 'samen beslissen' nodig door aangescherpte Wgbo. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2021;165:D5775.
14. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PL. Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process. *BMJ open*. 2022;12(1):e056471.
15. J. Merkus: Soorten validiteit in je scriptie of onderzoek (voorbeelden). <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-validiteit/> (2022). Accessed 14-03 2023.
16. Sürücü L, MASLAKÇI A. Validity and reliability in quantitative research. *Business & Management Studies: An International Journal*. 2020;8(3):2694-726.
17. Beath A, Jones MP. Guided by the research design: choosing the right statistical test. *Medical Journal of Australia*. 2018;208(4):163-5. doi: <https://doi.org/10.5694/mja17.00422>.

18. Kronthaler F, Zöllner S. Testing Normal Distribution with RStudio. In: Kronthaler F, Zöllner S, editors. *Data Analysis with RStudio: An Easygoing Introduction*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 59-63.
19. Lars van Heijst: T-test begrijpen, uitvoeren (SPSS) en het resultaat interpreteren. <https://www.scribbr.nl/statistiek/t-toets/> (2022). Accessed 19-05 2023.
20. Vetter TR, Mascha EJ. Unadjusted Bivariate Two-Group Comparisons: When Simpler is Better. *Anesthesia & Analgesia*. 2018;126(1):338-42. doi: 10.1213/ane.0000000000002636.
21. Stubenrouch FE, Peters LJ, de Mik SML, Klemm PL, Peppelenbosch AG, Schreurs SCWM, et al. Improving Shared Decision Making in Vascular Surgery: A Stepped Wedge Cluster Randomised Trial. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2022;64(1):73-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2022.04.016>.
22. van Huizen AM, Rietbergen NJ, van der Kraaij GE, Ubbink DT, Spuls PI. Effectiveness and patient satisfaction of a Dutch patient decision aid for psoriasis – a pilot study. *Journal of Dermatological Treatment*. 2023;34(1):2186157. doi: 10.1080/09546634.2023.2186157.
23. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):265-71. doi: 10.1016/j.pec.2013.08.005.

8. Bijlagen

8.1 Option5 observatielijst

In onderstaande is de Option5 geïnccludeerd welke is ingezet tijdens het observeren van consulten. [23]

De *OPTION 5-item observatielijst* (Elwyn e.a, 2013¹) geeft vijf stappen van gezamenlijke besluitvorming weer. Per item werd de mate van gezamenlijke besluitvorming gescoord met een score van 0-4 punten. Een hoge score impliceert een hogere mate van gezamenlijke besluitvorming.

OPTION 5-item observatielijst	Scores
1. De zorgverlener vestigt de aandacht op of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan waarover een besluit genomen moet worden.	0. niet waargenomen 1. bestaan van opties genoemd 2. verschillende opties benoemd 3. gelijkwaardigheid van opties genoemd 4. verschillende opties genoemd, uitgelegd en kijken waar mogelijke voorkeuren liggen
2. De zorgverlener verzekert de patiënt of bevestigt dat de zorgverlener de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en de mogelijkheden af te wegen.	0. niet waargenomen 1. zorgverlener geeft aan dat er een gezamenlijk besluit zal worden genomen 2. zorgverlener geeft aan dat het een (lastige) keuze is waarbij hij de patiënt zal helpen 3. zorgverlener geeft aan dat hij de patiënt zal steunen onafhankelijk van welke keuze hij/zij maakt 4. zorgverlener geeft aan dat opties gelijkwaardig zijn en afhankelijk zijn van de keuze van de patiënt
3. De zorgverlener geeft informatie over, of controleert het begrip van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk zijn (inclusief 'niets doen'), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven.	0. niet waargenomen 1. zorgverlener legt de opties minimaal uit 2. zorgverlener legt de medisch-technische behandelopties en voor- en nadelen van behandelopties uit 3. zorgverlener legt de medisch-technische behandelopties en voor- en nadelen van behandeloptie uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt 4. zorgverlener legt de medisch-technische behandelopties en voor- en nadelen van behandelopties uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt. En vraagt de patiënt de informatie te herhalen (<i>teach back</i>)
4. De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.	0. niet waargenomen 1. 1 van de items 'zorgen', 'voorkeuren', 'verwachtingen' besproken 2. 2 van de bovenstaande items besproken 3. 3 van de bovenstaande items besproken 4. de zorgverlener herhaalt bovendien de voorkeur. zorg en verwachting van de patiënt
5. De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit.	0. niet waargenomen 1. zorgverlener geeft het besluit aan 2. zorgverlener geeft aan dat het besluit op basis van de voorkeur van de patiënt wordt gemaakt 3. zorgverlener vraagt of de patiënt het eens is met het besluit 4. zorgverlener geeft bovendien aan dat de patiënt op het besluit kan terugkomen ("4 overruled 3")

¹Elwyn, G., Tsulukidze, M., Edwards, A., Légaré, F., Newcombe, R. (2013). Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Education & Counseling*, 93 (2): 265-71. doi: 10.1016/j.pec.2013.08.005.

8.2 Scores Option5 per onderdeel

8.2.1 Scores Option5 observaties baseline meting

Tabel 3 - Scores per onderdeel Option5 baseline meting

Respondentnummer	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
2	2	1	1.5	1.5	1	7	35
3	4	2	2	2.5	1	11.5	57.5
6	1.5	3	1	2	2	9.5	47.5
10	2	2	2	2	3	11	55
12	2	2	2	2	3	11	55
13	2	1	2	4	3	12	60
Gemiddelde	2.3	1.8	1.8	2.3	2.2	10.3	51.7

8.2.2 Scores Option5 observaties follow-up meting

Tabel 4 - Scores per onderdeel Option5 follow-up meting

Respondentnummer	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
2	2	2	3	3	2	12	60
3	2	0	2	3	4	11	55
6	2	2	2	3	3	12	60
10	2	2	4	2	1	11	55
12	2	0	1	2	3	8	40
13	2	0	2.5	3	1	8.5	42.5
Gemiddelde	2.0	1.0	2.4	2.7	2.3	10.4	52.1

8.3 Scores tijdsindeling

8.3.1 Tijdsindeling consulten baseline meting

Tabel 5 - Scores per onderdeel tijdsindeling baseline meting

Respondentnummer	(Gezamenlijke) besluitvorming	Overige
2	59.3%	40.7%
3	68.8%	31.2%
6	75.0%	25.0%
10	75.6%	24.4%
12	50.1%	49.9%
13	46.8%	53.2%
Gemiddelde	62.6%	37.4%

8.3.2 Tijdsindeling consulten follow-up meting

Tabel 6 - Scores per onderdeel tijdsindeling follow-up meting

Respondentnummer	(Gezamenlijke) besluitvorming	Overige
2	48.2%	51.8%
3	87.2%	12.8%
6	97.1%	2.9%
10	66.7%	33.3%
12	62.9%	37.1%
13	65.6%	34.4%
Gemiddelde	71.3%	28.7%

8.4 Proefpersoneninformatieformulier (PIF)

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 artsen 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. 06 XX XX XX XX

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

8.5 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: __ / __ / __

8.6 Interventies MST

8.6.1 Informatiebrief



Medisch Spectrum Twente
een santeon ziekenhuis

▶ 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?

8.6.2 Auto-anamnese

Voor welke klacht heeft u een afspraak?

Wat is uw gewicht (in kg)?

Wat is uw lengte (in cm)?

Leef- /woonsituatie

Beroep/werkzaamheden

Hoe zou u uw levensstijl beoordelen?

Bent u hulp behoevend?

Kunt u goed lopen?

Gebruikt u medicatie op het moment?

Roken

Alcohol

Drugs

Bent u ergens allergisch of overgevoelig voor?

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

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

Bent u eerder geopereerd?

Waarom bent u geopereerd en wanneer?

Welke van de volgende ziektes komen voor in uw familie?

Toelichting en/of aanvulling medische voorgeschiedenis

Mocht u in het ziekenhuis iets overkomen waar u voor gereanimeerd dient te worden, wilt u dan gereanimeerd worden?

Wat voor wensen t.a.v. een behandelbeperking heeft u?

Heeft u een wilsverklaring?

Wie is uw contactpersoon bij eventuele problemen?

Wat is uw relatie tot de contactpersoon?

Wat is het telefoonnummer van de contactpersoon?

Op welke vragen zou u een antwoord willen krijgen van uw zorgverlener?

8.6.3 Samen-beslis vragen

Wat zou u met uw behandelaar willen bespreken?

Dat ik minder last heb van:

Dat ik (weer) kan:

Ik hoop dat:

Anders:

8.7 Evaluatierapport bijwonen consulten



EVALUATIERAPPORT

observaties consulten

**UNIVERSITY
OF TWENTE. | TECHMED
CENTRE**

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het evaluatierapport van de bijgewoonde consulten ter beoordeling van de gezamenlijke besluitvorming. In dit evaluatierapport vindt u algemene feedback gevolgd door persoonlijke feedback. Het algemene onderdeel focust op generieke bevindingen tijdens de beoordeling van de audio-opnames. Daarna volgt persoonlijke feedback waarin onder andere sterke punten en opvallende punten van uw consult(en) worden samengevat. Ter ondersteuning zijn de bijbehorende audio-opnames bijgevoegd en vindt u de scores die zijn verkregen met de Option5 observatielijst.

Tot slot wil ik u hartelijk danken voor uw deelname en wens ik u veel leesplezier!

Met vriendelijke groet,
Emma Joostens

Algemene feedback

In dit onderdeel worden algemene aspecten van de observaties genoemd. Hierin worden generieke punten genoemd die bij alle dertien deelnemende zorgprofessionals opvielen. Ook worden positieve aspecten genoemd.

Bij sommige consulten kwam de gezamenlijke besluitvorming minder goed tot zijn recht. Bijvoorbeeld wanneer de patiënt een ziektebeeld had waarvoor weinig opties waren. Het viel op dat hier niet altijd de optie ‘niets doen’ werd genoemd als optie. Bij enkele consulten was het zelfs geheel onduidelijk dat er op een bepaald moment (behandel)mogelijkheden werden besproken.

Daarnaast belemmerden sommige patiëntkenmerken (bijvoorbeeld een slecht geheugen of behandelingsweerstand) de gezamenlijke besluitvorming. In het kader van gezamenlijke besluitvorming is het consult afhankelijk van de mate waarin de patiënt wil of kan participeren in de besluitvorming. Is dit niet het geval, dan gaat dit al snel ten koste van de gezamenlijke besluitvorming.

Wat de artsen heel goed doen is duidelijk, begrijpelijk en herhaaldelijk communiceren. Wanneer een patiënt moeite heeft met het maken van complexe beslissingen, kan de arts de opties vereenvoudigen en prioriteren. Het beperken van keuzes tot de meest essentiële en relevante kan het voor deze patiënten gemakkelijker maken om deel te nemen aan het besluitvormingsproces. Artsen kunnen gebruikmaken van beslissingsondersteunende hulpmiddelen (bijvoorbeeld keuzehulpen) om de patiënt te helpen bij het begrijpen van de voor- en nadelen van verschillende behandelingsopties. Dit werd nu nog weinig gedaan.

Bovendien is bij slechts één consult door de zorgprofessional aan de patiënt gevraagd om de besproken informatie te herhalen of in eigen woorden te omschrijven, wat bekend staat als de "teach back" methode. De toepassing van de "teach back" methode is een waardevol aspect tijdens de consultvoering, aangezien het een effectieve communicatiestrategie is die de patiëntbetrokkenheid en begrip kan bevorderen.

Tot slot viel het op dat de vraag “*Wat is belangrijk voor u?*” (Of synoniemen hiervan) kan helpen bij het vormen van een visie op de behandelmogelijkheden vanuit de patiënt. Wanneer de patiënt het moeilijk vond om een keuze te maken, schakelden zij al snel de hulp in van de arts. Dit is op zich een goed teken en het zou mooi zijn als de arts vervolgens uitgebreider

uitvraag doet naar de belangrijkste uitkomsten voor de patiënt (bijvoorbeeld kwaliteit van leven behouden of minder pijn ervaren). Wat artsen nu voornamelijk deden was hun eigen visie delen op de behandeling. Het zou hierbij vollediger zijn als de arts weet wat voor degene belangrijk is om deze keuze te maken. Hierdoor vond het uitvragen van de voorkeuren in mindere mate plaats. Dit vormt de derde stap binnen gezamenlijke besluitvorming (zie Bijlage 2: theorie gezamenlijke besluitvorming). Daarnaast stelden artsen ook vaak vragen in de trant van “*De vraag is nu, wat gaan we doen...*”. Dit geeft al enigszins een stap richting een behandelkeuze, terwijl dat niet altijd noodzakelijk is. Met bijvoorbeeld de vraag: “*Wat kan ik voor u doen?*” wordt al een beter inzicht verkregen in de behoeften van de patiënt. Hierdoor wordt de nadruk minder gelegd op het maken van een specifieke behandelkeuze en ontstaat er ruimte voor andere mogelijkheden.

Alle dertien deelnemende artsen communiceerden op een patiëntgerichte manier. Ze slaagden erin om de vooruitzichten van de patiënten op een goede manier te schetsen, waarbij ze op een persoonlijke en empathische manier met de patiënten communiceerden. In de persoonlijke feedback wordt dan ook specifiek ingegaan op de sterke punten per arts.

Persoonlijke feedback

In dit onderdeel zijn specifieke punten van uw consult samengevat. Soms wordt er verwezen naar een moment in de audio-opname waarbij de minuten tussen haakjes staan.

Zorgprofessional 1

Baseline: Tijdens de anamnese werd er goed doorgevraagd. Er is ook op een patiëntgerichte manier gecommuniceerd. In dit geval heeft de arts zich aangepast aan het kennisniveau van de patiënt en daarmee passende uitleg gegeven. Dit was te horen op meerdere momenten tijdens het consult. Vooral de uitleg (14:50) over het autonome zenuwstelsel laat goed zien dat de arts zich aanpast aan het kennisniveau van de patiënt.

“*Wat kan ik voor je doen?*” (08:25) was een mooie vraag! Hiermee werd meteen duidelijk wat de wensen van de patiënt waren. De vervolgvraag “*Wat heb je allemaal al gedaan?*” (08:38) sloot hier perfect op aan en maakte dat er een volledig beeld werd geschetst van de huidige situatie. De arts deed daarna zijn best om te identificeren wat de wensen van de patiënt waren en wat hij hierin kon betekenen.

Opvallend is, dat de gezamenlijke besluitvorming in dit consult niet helemaal doorschemert. De veronderstelde oorzaak van het probleem wordt genoemd maar daarna nam de arts de lead. Zo werd gezegd: “*Ik denk dat het belangrijk is ...*” (17:14). Hierna zijn meerdere opties genoemd, maar de arts heeft deze beperkt uitgelegd omdat het lastig is om te identificeren wat bij de patiënt past. In de meest ideale situatie had de arts deze opties uitgelegd en bijbehorende voor- en nadelen genoemd. Echter, was de patiënt vrij sceptisch over bepaalde behandelingen en vertoonde afkeur bij genoemde opties. Dit kan het nemen van een (geïnformeerd) gezamenlijk besluit hinderen.

Tijdens het laatste gedeelte van het consult herhaalt de arts het plan en vraagt of de patiënt het eens is met dit plan. Hier doet hij opnieuw zijn best om een optie te noemen die past bij de wensen van de patiënt. Hij legt de werking van deze optie uit en de patiënt gaat akkoord. De patiënt verlaat uiteindelijk tevreden de spreekkamer.

Zorgprofessional 2

Baseline: De besproken zaken van het vorige consult worden herhaald en uitslagen zijn uitgelegd. De arts handelt hier adequaat in omdat de kenmerken van de patiënt enige

aanpassing vergen. Hierbij biedt de arts ook structuur. Te bespreken zaken worden één voor één rustig uitgelegd.

Op het moment van *“Dan is de vraag, bent u hiermee geholpen?”* (03:32) vindt een kantelpunt in het gesprek plaats. Door deze gesloten vraag krijgt de arts namelijk niet het verwachte antwoord waardoor zij zelf op zoek gaat naar iets waarbij zij kan helpen. Even later wordt wel een hele mooie vraag gesteld *“Welk pad moeten we nou op gaan, waar zou ik u verder mee kunnen helpen?”* (05:52). Deze had in eerste instantie prima gesteld kunnen worden aan de patiënt om degene aan het denken te zetten en de arts te voorzien van de informatie die zij nodig had om de patiënt te helpen.

Hierna gebeuren er mooie dingen met betrekking tot de gezamenlijke besluitvorming. De arts geeft aan dat ze twee opties voor de patiënt heeft en legt deze uit. De patiënt wordt betrokken bij deze uitleg doordat de arts daarna vraagt wat de patiënt hiervan vindt. Toch belemmeren de kenmerken van de patiënt de mate waarin gezamenlijke besluitvorming kan plaatsvinden. Op een bepaald moment wordt bijvoorbeeld door een familielid van de patiënt aangegeven dat de patiënt de raad moet aannemen van de arts (07:32). Op zichzelf is dit niet slecht, maar binnen het kader van gezamenlijk besluitvorming is dit niet ideaal. Echter kan de arts hier niets aan doen. Toch doet de arts haar best om een plan te formuleren, waarbij zij het nemen van een gezamenlijk besluit benoemt.

Follow-up: De zorgprofessional legt wederom zaken rustig uit. Ze vertelt dat het de eerste keer is dat ze werkt met het gebruik van de interventies. De patiënt vond het lastig om de interventies in te vullen omdat degene liever zaken ter plekke wil bespreken. Dit is het enige consult van de follow-up waarbij de zorgprofessional informeert naar de ervaring van de patiënt met het invullen van de interventies.

Hierna volgt een periode waarin de zorgprofessional vraagt wat er allemaal is gebeurd sinds het vorige gesprek. De patiënt legt dit uit en de zorgprofessional gaat hierop in.

De arts past de interventies toe (08:35) door in het gesprek te verwijzen naar een vraag die de patiënt had ingevuld. Daarna maakt de arts gebruik van additionele vragen om een antwoord te formuleren op de vraag van de patiënt. Dit is uitstekend toegepast! Rond het einde van het consult verwijst de arts nog een keer naar de vragen van de patiënt (25:30). Dit doet zij door te vragen of de patiënt het antwoord op de vraag begrijpt. De arts geeft op een adequate manier antwoord op de vraag door de elementen samen te vatten. Het leek een uitdaging om dit over te brengen omdat de patiënt vastberadenheid vertoonde maar uiteindelijk genoegen nam met het antwoord van de arts. Dit was ook een mooi aspect van het consult. De arts maakt ook duidelijk dat zij alleen een adviserende rol heeft in de besluitvorming en de keuze uiteindelijk bij de patiënt ligt.

Opgemerkt wordt dat het bij deze consulten soms lastig is om gezamenlijke besluitvorming toe te passen. De mate waarin men hieraan kan doen is namelijk afhankelijk van de geestelijke toestand van patiënten. Tijdens het consult van de baseline meting was de patiënt heel stil wat maakte dat de arts veel moeite moest doen om informatie te verkrijgen en een besluit te nemen met deze patiënt. Bij de follow-up meting was de patiënt veel mondiger wat resulteerde in een hogere mate van gezamenlijke besluitvorming. Ook wist de patiënt veel beter wat degene wel en niet wilde. Dit bevorderde de kwaliteit van het gesprek en maakte dat de score van de Option5 ten opzichte van de baseline meting is verhoogd met 25% (35% tijdens de baseline en 60% tijdens de follow-up). De arts maakte bij beide consulten een positieve indruk.

Zorgprofessional 3

Baseline: De uitslag wordt besproken met de patiënt. De patiënt meldt dat degene op deze manier niet verder kan. Vragen worden adequaat beantwoord en de arts voert een anamnese uit. De arts trekt een conclusie uit de gegeven antwoorden van de patiënt (05:30) en vat dit samen. Dit biedt overzicht in het verloop van het consult. De arts geeft hierbij ook duidelijk aan wat de kansen van de patiënt zijn.

Binnen de gezamenlijke besluitvorming worden twee opties (06:57) gegeven. Deze worden uitgebreid uitgelegd, hierbij wordt er precies ingegaan op de inhoud van deze opties. De vraag *“En aan u is nu een beetje de vraag van... welke kant wilt u op?”* (08:05) was een mooie kans geweest om het woord meteen over te dragen aan de patiënt. Echter kiest de arts om deze vraag zelf te beantwoorden door het perspectief van de patiënt in te nemen. Hierbij worden de implicaties van de opties genoemd. Na wat vragen vanuit de patiënt worden de voor- en nadelen van de opties besproken, dit is bevorderlijk binnen het kader van gezamenlijk besluitvorming.

Dezelfde vraag wordt daarna op een iets andere manier gesteld in de vorm van: *“Mijn vraag aan u is, welke kant wilt u op?”* (12:59) maar de patiënt geeft aan dit heel moeilijk te vinden. De arts noemt dat de patiënt mag overleggen, aangezien een familielid aanwezig is. Hierna doet de arts iets heel moois, met de vraag *“Maar wat wilt u?”* (13:14) verkrijgt hij bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. De arts gaat hier ook op in door realistisch te blijven met betrekking tot de uitzichten voor de patiënt. Dan doet de arts een passend voorstel (14:51).

Hierna informeert de arts opnieuw naar een af te wegen optie. De patiënt vraagt de raad van de arts. De arts beantwoordt dit keurig. Hij weegt het wel of niet doen af met een belang voor de patiënt. Na een paar nieuwe vragen lijkt dit de patiënt te helpen bij het afwegen van deze optie. Uiteindelijk ziet het familielid het voordeel van deze optie niet in.

Dan gebeurt er iets opvallends met betrekking tot de gezamenlijke besluitvorming (25:05), nadat de patiënt opnieuw om raad vraagt zegt de arts opeens dat de optie wél wordt ingezet. De arts neemt hier ineens zelf de beslissing terwijl dit niet logisch is wanneer het vorige deel van het consult in beschouwing wordt genomen. Hiermee wordt het perspectief van de patiënt beïnvloedt, omdat het familielid ineens toch het voordeel inziet van deze optie. Tot het einde blijft de patiënt twijfelen. Bovendien noemt de arts dat de patiënt te allen tijde terug kan komen op het besluit (31:50), maar uiteraard niet te kortdag.

Follow-up: Naar aanleiding van een medisch voorval wordt bij de patiënt één (geldige) optie gegeven binnen het behandeltraject. De patiënt vindt de optie spannend maar de arts verzekert de patiënt dat dit zelden misgaat. Het is goed dat de arts daarbij ook noemt dat niets doen een optie is. Dit werkt bevorderlijk voor de gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast noemt hij duidelijk dat er verder geen alternatieven zijn dan de optie en niets doen.

De arts neemt nog wat verdere zorgen weg van de patiënt en geeft uitleg over de optie. Ook bij dit consult noemt de arts dat de patiënt mag terugkomen op dit besluit (06:17). De patiënt wil nog even nadenken over de optie en de arts respecteert dit. De arts maakt gebruik van de interventies (15:07) door de vragen die de patiënt had genoteerd nog even door te nemen. De vragen worden dan één voor één kort beantwoord, waarna de patiënt tevreden de spreekkamer verlaat.

Zowel het consult van de baseline meting als die van de follow-up meting waren erg geschikt voor gezamenlijke besluitvorming. De consulten van de arts zijn uitstekende casussen geweest voor het afwegen van opties. De patiënten van beide metingen participeerden in de gezamenlijke besluitvorming waardoor de arts in staat was om zijn expertise in te zetten bij dit concept. Toch heeft dit echter geleid tot een lichte daling van 2,5% tussen de metingen (57,5% tijdens de baseline en 55% tijdens de follow-up). Het bijwonen van de consulten bij deze arts doet vermoeden dat deze afdeling erg passend is voor het verder implementeren van de interventies. De arts maakte bij beide metingen een goede indruk waarbij hij voornamelijk veel informatie heeft gegeven en hierbij waar nodig de rol van adviseur heeft toegepast.

Zorgprofessional 4

Baseline: Het consult begint meteen met de vraag: *“Eerste vraag, wat kan ik voor u doen?”* (0:04). Hiermee krijgt de arts een compleet beeld van het ziektebeeld van de patiënt. Hij vraagt daarna nog door middels open en gesloten vragen. Deze helpen bij het verkrijgen van een compleet beeld van hoe de patiënt er nu aan toe is. Hiermee komt ook een mooi aspect naar boven. Door deze bevraging wordt verondersteld dat de patiënt zich gehoord voelt en de arts waardevolle informatie heeft verkregen om een plan van aanpak te schetsen. Er volgt nog een lichamelijk onderzoek om dit ziektebeeld te examineren.

De arts hanteert de volgende fase in het consult uitstekend. Hij begint met het benoemen van de diagnose (07:15) waarna hij deze diagnose verder toelicht. De arts schetst een compleet beeld van de opties die de patiënt heeft. Bij het bespreken van de opties (09:24) maakt de arts gebruik van tekeningen op papier. Wederom is dit uitstekend omdat de patiënt volledig wordt meegenomen in de besluitvorming. De arts noemt ook de voor- en nadelen van de opties en benoemt bovendien dat de opties gelijk aan elkaar zijn. Dit is een erg wenselijke situatie binnen de gezamenlijke besluitvorming. De arts heeft hier op voorbeeldige wijze zijn rol als informateur en adviseur toegepast.

Daarna geeft hij het woord aan de patiënt door te zeggen: *“Dan is het eigenlijk zo’n beetje aan u, heb ik verteld wat ik moet vertellen ... en dan mag u, of moeten wij eigenlijk samen, maar is het aan u om te beslissen waar uw voorkeur naar uit gaat.”* (13:20). De patiënt geeft vrijwel gelijk aan dat degene een voorkeur heeft voor een optie en de arts geeft aan dat ze er hierdoor snel uit zijn gekomen. De patiënt vertelde dat zijn keuze is gebaseerd op de uitleg van de arts en dat degene zelf meer voordeel inziet van de ene optie ten opzichte van de andere optie. De arts geeft aan dat de gekozen optie tegenwoordig veel vaker wordt gekozen. Hij geeft hierbij wel aan dat de opties nog steeds gelijkwaardig zijn. Na de keuze zet de arts nog dingen in gang voor de optie en geeft hij uitleg. Ook geeft hij nog een tip indien de patiënt pijn heeft omdat er wachttijden zijn en de patiënt nog niet meteen geholpen kan worden aan zijn ziektebeeld. Voor de patiënt is alles duidelijk en degene verlaat tevreden de spreekkamer.

Zorgprofessional 5

Baseline: De arts start met het bespreken van de uitslag van de patiënt. De patiënt geeft aan dat degene bijkomstige pijn heeft en de arts doet hierbij moeite om naar de patiënt te luisteren. Ook stelt zij voor om de plaats van deze pijn te examineren. De patiënt heeft al meerdere consulten bij de arts gehad, dit maakt dat de arts bekend is met de toestand van de patiënt. De arts handelt adequaat in de anamnese door in te gaan op hetgeen wat de patiënt verteld en verkregen informatie uit vorige consulten hierin te mengen. Dit is mooie

eigenschap van de arts omdat zij hiermee laat zien dat zij persoonlijke aandacht voor de patiënt heeft.

Hierna volgt de examinering waarna de arts nog verder informeert naar de toestand van de patiënt. De arts zegt: *“Ja... wat... uhm... het is natuurlijk lastig hè?”* (07:54). De arts probeert vervolgens te identificeren wat er aan de hand is met de patiënt waarbij zij de uitslagen van de medische beeldvorming noemt. Daarna wil de arts een vervolgvraag formuleren maar de patiënt komt zelf al met een idee. De arts noemt haar zorgen met betrekking tot het plan van aanpak. Gedurende het consult maakt de arts een zorgzame indruk door te vragen of de patiënt bijvoorbeeld al hulp heeft (11:13) en keurt de acties die de patiënt heeft ondernomen goed.

De gezamenlijke besluitvorming is in dit consult wat moeilijker te vinden. Wel noemt de patiënt acties die degene heeft ondernomen en de arts formuleert deze daarna als een soort plan van aanpak. Ook noemt de arts hierbij zelf nog een actie om te ondernemen waarna zij de patiënt nog informeert over bepaalde aanpassingen. De arts schetst dit plan nog wat verder en maakt afspraken met de patiënt indien de pijn niet verdwijnt. De arts neemt op vriendelijke wijze afscheid van de patiënt.

Zorgprofessional 6

Baseline: De arts start met het vragen hoe het met de patiënt gaat. Na deze anamnese suggereert de arts om een (kleine) ingreep te doen waarbij hij de patiënt voorziet van uitleg. Daarna gaat het om behandelvoorkeuren betreffende medicatie waarbij de patiënt aangeeft dat degene verder wil gaan met de huidige behandeling. De arts steunt dit door te zeggen: *“Kijk, het is mij om het even... ik hoef je niet per se op behandeling X te hebben. Het is puur wat jij prettig vindt.”* (02:19). Dit is een mooi aspect van het consult omdat de arts hierbij laat zien dat hij de patiënt steunt ongeacht de keuze. De arts denkt ook mee over de behandeling. Hiermee wordt bedoeld dat wanneer de patiënt een bijwerking noemt, de arts dit uitgebreid bespreekt door het behandelverleden van de patiënt te noemen en bevindingen van onderzoeken (betreffende deze bijwerkingen) weet te betrekken in deze bespreking.

Gedurende het hele consult toont de arts interesse in de patiënt. Voor de gezamenlijke besluitvorming is vertonen van steun ongeacht de keuze van de patiënt erg bevorderlijk. Dit heeft de arts goed uitgevoerd binnen dit concept. De keuzes worden het gehele consult dan ook gebaseerd op de voorkeuren van de patiënt.

Follow-up: De uitslag van een scan wordt besproken. De patiënt heeft een complex ziektebeeld en de arts maakt gebruik van een tekening om uit te leggen wat er aan de hand is. Dit leek te helpen bij het verkrijgen van een impressie van de huidige stand van zaken.

Er doet zich iets bevorderlijks voor wanneer de arts zegt: *“Ik vraag me af of je hier niet wat mee moet, eerlijk gezegd. Ik... uhm... mijn gevoel is dat het wachten is op een keer dat het echt (gevolgen genoemd). En de vraag is of je dat niet kunt voorkomen.”* (04:10). Hij noemt daarna namelijk behandelopties waarbij hij noemt dat niets doen ook een optie is. Dit is heel wenselijk binnen de gezamenlijke besluitvorming. Ook noemt hij hierbij de voor- en nadelen. Na de uitleg te hebben gegeven krijgt de patiënt de kans om vragen te stellen. Degene is zeer goed voorbereid naar het consult gekomen en heeft een lijstje met vragen meegenomen. De arts beantwoordt deze vragen uitgebreid.

De patiënt verteld daarna over diens behandelhistorie en geeft hierbij kenmerken aan (niet therapietrouw). Dit helpt de patiënt om te onderbouwen dat degene nog huiverig is in het wisselen van behandeling. Met de vraag “*Wat gaat die medicatie doen, als ik een medicatieverandering ga doen... wat zou dat mij bieden?*” (09:31). Hierna beschrijft de patiënt dat degene zich nu fit voelt. De arts geeft aan dat het een lastige situatie is omdat de patiënt niet per se ziekte gerelateerde klachten heeft. Uiteindelijk vindt de patiënt het te kortzichtig om nu te wisselen van behandeling. Hierna komt de arts nog met een paar suggesties waarbij combinaties worden voorgelegd. De arts geeft hierbij aan dat hij dit de patiënt niet wil opdringen maar dit wel zijn visie op de behandeling is.

Na veel overleg wil de patiënt toch nog even door met de huidige behandeling. De arts steunt dit. Hierna bespreken ze opnieuw wat de medische situatie is van de patiënt. De arts geeft ook aan welke behandeling hij in gedachten had voor de patiënt maar beide willen dit voor nu even laten bezinken. Wel worden afspraken gemaakt voor een paar onderzoeken, hierbij geeft de arts nog wat uitleg. De uitslagen hiervan kunnen dan bij een volgend consulten worden besproken. Tot het einde worden nog wat zaken besproken met betrekking tot medicatieverandering.

Wanneer de consulten van de baseline meting en follow-up meting met elkaar worden vergeleken is er een mooie progressie geregistreerd met betrekking tot de gezamenlijke besluitvorming. Er is een toename van 12,5% geregistreerd (47,5% tijdens de baseline en 60% tijdens de follow-up). Ondanks deze toename is er in de audio-opname niets gehoord over het gebruik van de interventies. Het vermoeden is dat er tijdens het consult van de follow-up meting meer te bespreken was en de arts hier meer de kans kreeg om de voor- en nadelen van de opties uit te leggen. Door de kenmerken van de patiënt is automatisch ook meer rekening gehouden met de zorgen, voorkeuren en verwachtingen die degene had.

Zorgprofessional 7

Baseline: De arts begint met het bespreken van de uitslag van een scan. De patiënt noemt zorgen die degene heeft met betrekking tot de pijn. Vervolgens examineert de arts de plaats waar de patiënt pijn heeft.

Doordat de patiënt noemt dat degene van plan is om iets aan te schaffen voor het verminderen van de pijn, gaat de arts over naar de volgende fase in het gesprek (03:13). Er worden verschillende opties genoemd waarbij de arts een korte uitleg geeft. Dit is een bevorderlijke situatie binnen de gezamenlijke besluitvorming. Door de vraag “*Ik weet niet hoe u daar zelf in staat.*” (04:08) geeft de arts het woord aan de patiënt, zodat degene een beschrijving kon geven met al (eventuele) voorkeuren. Ondanks de gelegenheid die dit moment bood, heeft de arts nagelaten te benoemen dat het om een gezamenlijk besluit ging.

De arts verkreeg echter wel een impressie van de behandelingen die de patiënt al heeft gehad. Hierdoor kon zij een conclusie trekken en haar expertise toepassen. De patiënt haakte daar weer op in door aan te geven dat degene zelf toch wat dingen wil ondernemen. De arts leek dit te steunen door hier een uitleg over te geven, vervolgens formuleert zij deze keuze (05:57). Ook komt de arts met een plan van aanpak wanneer de keuze niet helpt bij de pijn van de patiënt. Gedurende het hele consult maakt de arts een belangstellende en vriendelijke indruk. Ook denkt ze oplossingsgericht en probeert goed te luisteren naar de patiënt. De laatste vragen vanuit de patiënt worden dan ook adequaat beantwoord.

Zorgprofessional 8

Baseline: Voor aanvang van de audio-opname heeft de arts een lichamelijk onderzoek verricht. De arts besprak daarna wat hij heeft waargenomen en stelt de diagnose. Hierna vertelt de arts dat de patiënt één optie (02:47) heeft en informeert hij de patiënt hier volledig over. De arts weet op een hele goede manier zijn expertise in te zetten wanneer de patiënt vraagt naar de oorzaak van zijn pijn. Ook is de arts hier heel realistisch in.

Iets later in het consult noemt de arts nog een optie (06:02) maar dit was niet heel duidelijk als een geldige optie voor de patiënt gedefinieerd. De arts vermeldde hier ook bij dat de eerdere optie zijn voorkeur had, omdat deze optie de beste uitkomsten had voor de patiënt. Even later gebeurt iets opvallends, doordat de arts zegt: *“Het alternatief is niets doen.”* (07:50) en hiervan noemt hij voor- en nadelen. Dit is een wenselijk aspect binnen de gezamenlijke besluitvorming. Hiermee verzekert de arts de patiënt van het feit dat de patiënt daadwerkelijk wel een keuze heeft. Het was voor de gezamenlijke besluitvorming beter geweest als alle opties inclusief niets doen tegelijk worden voorgelegd, zodat de patiënt een overzicht van de opties krijgt. Tijdens de laatste fase van het consult neemt de arts nog wat zorgen van de patiënt weg door de vragen van degene te beantwoorden en de patiënt te verzekeren van een goed verloop. Uiteindelijk verlaat de patiënt de spreekkamer tevreden.

Zorgprofessional 9

Baseline: De arts begint met het bespreken van de uitslag van de tests. Hierna vraagt hij of de patiënt wil uitleggen waar degene allemaal last van heeft. De arts doet moeite om te identificeren wat er aan de hand is met de patiënt. Ook vraagt hij wat de patiënt allemaal al heeft gedaan. Doordat dit een nieuwe patiënt is, neemt de anamnese enige tijd in. Na deze anamnese zegt de arts: *“Want de vraag is een beetje... uh... je kan eigenlijk twee kanten op, denk ik.”* (07:58). Hij noemt eerst de (waarschijnlijke) diagnose welke wordt gevolgd door een uitleg hierover. Hier handelt de arts ook naar, omdat hij de behandeling die bij deze diagnose hoort suggereert bij de patiënt. Na een gesprekje over de opties geeft de arts aan dat dit is wat hij de patiënt kan bieden, bovendien benoemt hij dat de opties gelijkwaardig zijn. Hij informeert daarna ook kort naar de voorkeur van de patiënt (15:43), degene laat weten zich te verdiepen in één gegeven behandeling. Tijdens het laatste gedeelte van het gesprek schrijft de arts nog wat zaken op voor de patiënt en geeft hij uitleg hierover.

De arts communiceert op een prettige manier met de patiënt. Er vindt een geïnformeerd gesprek plaats en de arts neemt de patiënt ook mee in de besluitvorming. Hierbij adviseert hij de patiënt.

Zorgprofessional 10

Baseline: De arts vraagt direct hoe het met de patiënt gaat, hij stelt hierbij nog wat verdere vragen. Daarna voerde de arts een uitgebreide analyse uit van twee manieren waarop een behandeling uitgevoerd kan worden waarbij hij de voor- en nadelen benoemde. Wanneer de arts zegt: *“Dan zit je dus een beetje met het probleem, tussen aanhalingstekens, hoe moeten we dit behandelen?”* (04:20) worden de beschikbare opties voor de patiënt genoemd. Dit is een mooi aspect in het kader van gezamenlijke besluitvorming. De arts streept hierbij ook al een optie af, waarna de patiënt nog twee opties overhoudt. Hierna doet de arts ook iets bevorderlijks. Omdat de patiënt al ervaring had met één van de opties vraagt de arts wat de patiënt hiervan vond. Dit was namelijk de opening voor een gesprek waarbij de arts de patiënt duidelijk includeert in de besluitvorming.

De arts vraagt heel gericht om de mening van de patiënt. Daarnaast doet de arts ook een uitgebreide analyse van deze opties. Hij informeert de patiënt over de implicaties en risico's

die horen bij de opties. Ook noemt de arts dat dit een lastige kwestie is (06:58) en hij geen eenduidig advies heeft voor de patiënt. Het valt op dat deze arts echt de voorkeuren van de patiënt boven tafel probeert te halen. Hierna informeert de arts nog over een andere optie omdat de patiënt mogelijk geïnteresseerd is in een ingreep.

Follow-up: Dit was een telefonisch consult. Opnieuw vraagt de arts hoe het met de patiënt gaat. Hieruit volgt de anamnese. De arts zegt: *“Dan zit je een beetje met het feit van wat moeten we nu gaan doen en wat kunnen we nu gaan doen hè, want we hebben een aantal opties.”* (01:45). Hij geeft hierna al meteen aan dat één optie geen optie meer is en legt uit waarom deze niet meer geldt.

De arts doet bij één van de opties iets heel goeds, nadat hij de optie benoemt vraagt hij de patiënt of degene nog bijwerkingen kon noemen (03:03) van een optie. Hoewel deze informatie niet tijdens dit consult is gegeven, is hierbij wel de “teach back” toegepast. Het opvallende is dat de arts als enige de patiënt heeft gevraagd om informatie te herhalen. Dit is een fenomeen wat binnen de gezamenlijke besluitvorming erg gewenst is. De arts sluit hierop aan door verdere nadelen en enkele voordelen te noemen. De patiënt geeft daarna aan dat degene het lastig vindt om een keuze te maken en de arts haakt hierop in door (gezien de omstandigheden) toch voor een bepaalde optie te gaan. De patiënt gaat hierin mee. Dit was wellicht een geschikt moment geweest om belangrijke aspecten in het leven van de patiënt te achterhalen, in plaats van direct over te gaan tot het bespreken van de meest geschikte behandeloptie. Hierna geeft de arts nog verdere uitleg omdat er een paar voorwaarden aan vooraf gaan voordat de optie ingezet kan worden. De arts vraagt daarna of alles duidelijk is voor de patiënt. Wat betreft de interventies is buiten het noemen van het gewicht hier verder geen gebruik van gemaakt.

De score van de Option5 is onveranderd (55% tijdens de baseline en 55% tijdens de follow-up). De arts voert tijdens beide metingen op dezelfde manier zijn consulten. Hij start dan met de vraag hoe het met de patiënt gaat waardoor hij al veel informatie krijgt. Vaak stelt de arts tussendoor vragen om een duidelijker beeld te schetsen van het welzijn van de patiënt. De arts komt zeer betrokken over en zijn denkwijze is heel patiëntgericht. Dat wil zeggen dat wanneer de arts duidelijk maakt dat er opties zijn voor de patiënt, hij heel persoons specifiek handelt en de patiënt meeneemt in het besluitvormingsproces. Bovendien maakt de arts een hele vriendelijke indruk.

Zorgprofessional 11

Baseline: De arts geeft een samenvatting van wat er tot nu toe allemaal is ondernomen bij de patiënt. Dit vormt een opening naar de huidige klachten die de patiënt heeft. Hierbij stelt de arts een aantal vragen om te identificeren welke ingreep er wordt toegepast. Vervolgens zegt de arts: *“En dan is de vraag natuurlijk, is het dat waard?”* (02:17) hierbij vermeldt hij dat er een afweging moet worden gemaakt tussen de ernst en de nadelen van zo’n ingreep. De patiënt vindt dit het allemaal wel waard en wil de ingreep daarom laten plaatsvinden.

De arts legt uit wat er is verkregen uit de medische beeldvorming en noemt de implicaties van de ingreep. Hij gaat wat meer in op de nadelen dan de voordelen van de ingreep. Dit wordt gevolgd door een beschrijving van de ingreep. Hierna geeft de arts nog een beschrijving van andere bevindingen die zijn verkregen uit de resultaten van de medische beeldvorming. Hiervoor wordt de patiënt doorverwezen naar een andere afdeling omdat dit buiten de expertise van de arts valt. De arts geeft nog een samenvatting van alle zaken die in gang zijn gezet. Hierbij zegt de arts iets wat bevorderlijk is binnen de gezamenlijke besluitvorming

(13:44). Hij noemt namelijk dat als de patiënt niet zou kiezen voor de ingreep, dit geen nadelen oplevert. Echter ziet de patiënt toch voordelen in van het uitvoeren van de ingreep. Het noemen van de optie “niets doen” verhoogt de mate van gezamenlijke besluitvorming. Dit is ook zichtbaar in de score van de Option5. De arts heeft voornamelijk rekening gehouden met de voorkeuren van de patiënt. Ondanks dat de arts meerdere keren vermeldde dat er een aantal nadelen waren als de patiënt voor de ingreep zou kiezen, heeft hij toch ingestemd met de voorkeuren van de patiënt. De patiënt zag namelijk enkel en alleen het voordeel in van de ingreep.

Zorgprofessional 12

Baseline: De arts begint met het vragen naar de ziektehistorie van de patiënt. Hierna volgt de anamnese wat een groot deel van het consult inname. De arts doet erg zijn best om een beeld te schetsen van de situatie van de patiënt. Hierna volgt een klein lichamelijk onderzoek, wat gevolgd wordt door het bespreken van labwaarden. Hier geeft de arts ook nog advies over wat de patiënt kan doen om de waarden te verhogen.

Wanneer de arts zegt: *“De vraag is, wat ga je dan doen?”* (16:59) probeert de arts twee mogelijke ziektebeelden af te wegen. De arts geeft aan dat hij het lastig vindt om te bepalen in hoeverre er nog onderzoek nodig is om een diagnose te stellen bij de patiënt. Bij het noemen van diagnostiekmethoden vermeldt hij ook nadelen waarna hij opnieuw vermeldt dat hij het lastig vindt om de patiënt hierin te adviseren. Toch weet de arts middels zijn expertise de patiënt wat handvaten te geven bij het afwegen van het al dan niet uitvoeren van aanvullende diagnostiek. Hier vult hij ook op aan: *“Dan is de vraag in hoeverre je daar de zekerheid in wil hè. In hoeverre je daar toch die onderzoeken voor wil laten doen.”* (18:28). De arts is zeer duidelijk in zijn analyse van de methoden. Echter wordt de gezamenlijke besluitvorming hier nog niet toegepast.

Omdat de patiënt complexe klachten heeft, komt de arts later met een suggestie om toch iets te doen (21:31). Hier legt hij zijn suggestie uit waarbij hij ook de optie van de aanvullende diagnostiek noemt. Vervolgens vraagt de arts wat de patiënt wil doen, waarna degene antwoordt om met de suggestie van de arts in te stemmen. Hoewel dit niet volledige gezamenlijke besluitvorming is, is dit een mooi gebaar vanuit de arts om toch een soort uitkomst aan te bieden. De situatie van de patiënt zorgde er namelijk voor dat (volledige) gezamenlijke besluitvorming lastig was om toe te passen. Ook na de keuze noemt de arts nog een paar mogelijke dingen die de patiënt kan toepassen en stelt een familielid van de patiënt nog vragen. Uiteindelijk verlaat de patiënt tevreden de spreekkamer.

Follow-up: Het consult start meteen met de interventies die door de patiënt zijn ingevuld. Hierbij geven zowel de arts als patiënt aan dat de auto-anamnese wellicht niet van toegevoegde waarde is wanneer de patiënt al langer onder behandeling is bij de arts. Hierna vraagt de arts hoe het met de patiënt gaat. De patiënt geeft een update over de lichamelijke toestand, de arts gaat op sommige zaken wat dieper in om een duidelijker beeld te schetsen. De patiënt heeft een bijwerking van medicatiegebruik. Echter heeft de arts geen duidelijkheid over welk medicijn dit als bijwerking heeft veroorzaakt, toch heeft hij hierbij wel een vermoeden wat het kan zijn.

Later worden nog wat zaken besproken waarbij nog geen duidelijke mate van gezamenlijke besluitvorming is te identificeren. Wel zegt de arts: *“De vraag is, in hoeverre je weer opnieuw onderzoeken moet doen hè.”* (08:00) waarbij de patiënt aangeeft dat als het niet nodig is, degene dit liever niet wil. Gedurende het consult wordt er ingegaan op de opties met

betrekking tot het uitvoeren van onderzoeken. De arts komt zelf met een suggestie om medische beeldvorming toe te passen in plaats van een meer invasieve methode.

De arts maakt gebruik van de interventies door te noemen dat hij op de vragen van de patiënt in wil gaan (11:47). Hij verwerkt dit op een goede manier in het gesprek. De arts beantwoordt vervolgens adequaat alle vragen. De vragen lijken al eerder in het consult te zijn gesteld. Door het beantwoorden van de vragen biedt dit toch een mooie samenvatting van de besproken zaken. Daarna vraagt de arts aan de patiënt of alles voldoende is besproken. Alles was duidelijk voor de patiënt.

Bij de vergelijking van de consulten doet zich iets opvallends voor. Tijdens de baseline meting deed de arts voor 55% aan gezamenlijke besluitvorming. Deze score was tijdens de follow-up meting verlaagd met 15% naar 40%. Hoewel de arts op identieke wijze handelt tijdens beide consulten was de mate van gezamenlijke besluitvorming toch verminderd. Het vermoeden is dat het consult tijdens de follow-up meting in mindere mate geschikt was voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming. Het afwegen van opties was bijvoorbeeld enigszins onduidelijk waardoor de score van de Option5 lager was omdat deze aspecten niet aan bod zijn gekomen tijdens het consult. De arts maakte tijdens beide metingen een geïnteresseerde indruk en wil de best mogelijke uitkomst voor zijn patiënten verwezenlijken.

Zorgprofessional 13

Baseline: Dit was een telefonisch consult. De arts voert dit telefonische consult op een zeer georganiseerde manier uit. Hij informeert de patiënt over welke zaken hij met degene wil bespreken. Vervolgens neemt hij de medische historie van de patiënt door en vraagt of alles klopt. Hij vormt hier een mooie overloop naar zijn specialisme voor een anamnese. Hier vraagt de arts of de patiënt wil uitleggen wat er aan de hand is. Om een duidelijker beeld te schetsen vormt de arts een verkorte uitspraak en bevestigt dit bij de patiënt. Ook stelt de arts hierover een paar vragen.

Tijdens het volgende gedeelte van het consult geeft de arts uitleg over de vermoedelijke diagnose van de patiënt. Dit doet hij heel rustig en het lijkt dat de patiënt alles volledig begrijpt.

De gezamenlijke besluitvorming begint wanneer de arts zegt: *“En dan is de volgende vraag, wat kan je daaraan doen?”* (09:07). Hier loopt hij een aantal opties af, inclusief niets doen. Hierbij noemt hij ook gelijk de voor- en nadelen van elke optie. Ook neemt de arts meteen het ziektebeeld van de patiënt in acht en informeert hij over de mogelijke uitkomsten van een optie wanneer de patiënt zou kiezen voor deze optie. De arts laat daarnaast zijn voorkeur doorschemeren waarna hij meteen vraagt: *“Wat vindt u zelf, wat is uw eigen gedachte daarover?”* (10:44). De patiënt vertelt eerst over diens beperking van de kwaliteit van leven en is van mening dat als er een mogelijkheid is om dit weg te nemen, degene dit wel graag zou willen. De arts geeft uitleg over de vervolgstappen en vraagt of de patiënt het eens is met dit plan. De arts vraagt nog of de patiënt wat wil bespreken. Tot slot doet hij iets heel moois, hij geeft een gehele samenvatting van de besproken zaken. Dit doet hij door te herhalen wat de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt zijn. Ook bedankt de arts de patiënt voor het telefonisch consult.

Follow-up: De arts begint met een samenvatting van de gebeurtenissen die voorafgingen aan dit consult. De arts geeft ook aan dat hij E-Zorgprofielen (waar de interventies in staan) een mooi concept vindt maar daar liever een gesprek van maakt omdat hij er dan al gauw niets

van begrijpt. De arts vraagt naar de reden dat de patiënt hier zit, waarna de patiënt een uitleg geeft over de klachten die degene heeft en de anamnese start. De arts stelt ook bij dit consult additionele vragen om een duidelijk beeld te krijgen van de toestand van de patiënt.

De arts wil duidelijkheid krijgen over deze toestand, omdat de patiënt veel pijn heeft. Hij geeft aan dat hij een vorm van medische beeldvorming wil toepassen om te identificeren wat er precies aan de hand is met de patiënt. Dit wordt gevolgd door een mooie en uitgebreide uitleg op papier met de werking van de organen.

Vervolgens zegt de arts: *“Wat is de therapie? De therapie die wij altijd doen zijn een aantal dingen.”* (09:36) wat het begin aanduidt van de gezamenlijke besluitvorming. Hier legt hij de beschikbare opties uit en koppelt dit aan de situatie van de patiënt. Ook noemt de arts de bijbehorende voor- en nadelen. De arts geeft aan dat als hij een plan creëert, hij heel goed moet weten wat er aan de hand is met de patiënt. Hierbij legt hij ook uit wat dit betekent en suggereert hij aanvullende onderzoeken. Dit wordt gevolgd door het plan wat de arts voor ogen heeft bij de patiënt. Hij legt hier heel goed uit waarom hij bepaalde handelingen wil toepassen. De patiënt stelt nog een paar vragen met betrekking tot dit plan. De arts beantwoordt de vragen uitgebreid.

De arts schetst een heel realistisch beeld van de opties die beschikbaar zijn en welke impact dit heeft op de patiënt. De patiënt geeft aan te betwijfelen of degene iets wil doen en de arts steunt dit. De arts komt nog met een aanvullende optie, hij legt hier de werking van uit. De patiënt geeft aan dit eerst te willen proberen in combinatie met de medicatie die degene al had. Na wat overleg wordt er toch een verandering in het behandelplan geïmplementeerd waar zowel arts als patiënt mee instemmen.

Ten opzichte van de baseline meting is de gezamenlijke besluitvorming met 17,5% verminderd (60% tijdens de baseline meting en 42,5% tijdens de follow-up meting). Bij de follow-up meting werd er in mindere mate gevraagd naar de impressie van de patiënt. Echter kennen patiënt en arts elkaar bij het consult van de follow-up al langer. Bij de baseline meting was dit een nieuwe patiënt wat wellicht maakte dat de arts niet bekend was met de voorkeuren en visie van de patiënt. De arts is een amicaal persoon en communiceert hierdoor op een plezierige manier met zijn patiënten. Ook doet hij erg zijn best om de beste opties voor de patiënt te identificeren. Dit doet hij (bij beide metingen) door de beschikbare opties toe te passen op de situatie van de patiënt wat een mooi aspect is van zijn consulten.

Bijlage 1: de Option5

In dit onderdeel worden uw scores van de Option5 observatielijst gepresenteerd. Bij de Option5 wordt een score verkregen welke wordt vertaald naar de mate van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgprofessional en patiënt. [10] Hierbij is een handleiding ontwikkeld welke uiteenzet hoe en wat gescoord kan worden. Zo kan er per onderdeel gescoord worden tussen 0 (= geen moeite) en 4 (= voorbeeldige inzet), waarbij de totaalscore tussen 0 en 20 varieert. De totaalscores worden vervolgens opnieuw geschaald zodat de uiteindelijke score tussen 0 en 100 uitkomt. Hoe hoger de score, des te meer er wordt gedaan aan gezamenlijke besluitvorming. [8, 11]

In onderstaande afbeelding is de Option5 geïncorporeerd welke is gebruikt tijdens het beoordelen van de consulten. [23]

De *OPTION 5-item observatielijst* (Elwyn e.a, 2013¹) geeft vijf stappen van gezamenlijke besluitvorming weer. Per item werd de mate van gezamenlijke besluitvorming gescoord met een score van 0-4 punten. Een hoge score impliceert een hogere mate van gezamenlijke besluitvorming.

OPTION 5-item observatielijst		Scores
1.	De zorgverlener vestigt de aandacht op of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan waarover een besluit genomen moet worden.	0. niet waargenomen 1. bestaan van opties genoemd 2. verschillende opties benoemd 3. gelijkwaardigheid van opties genoemd 4. verschillende opties genoemd, uitgelegd en kijken waar mogelijke voorkeuren liggen
2.	De zorgverlener verzekert de patiënt of bevestigt dat de zorgverlener de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en de mogelijkheden af te wegen.	0. niet waargenomen 1. zorgverlener geeft aan dat er een gezamenlijk besluit zal worden genomen 2. zorgverlener geeft aan dat het een (lastige) keuze is waarbij hij de patiënt zal helpen 3. zorgverlener geeft aan dat hij de patiënt zal steunen onafhankelijk van welke keuze hij/zij maakt 4. zorgverlener geeft aan dat opties gelijkwaardig zijn en afhankelijk zijn van de keuze van de patiënt
3.	De zorgverlener geeft informatie over, of controleert het begrip van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk zijn (inclusief 'niets doen'), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven.	0. niet waargenomen 1. zorgverlener legt de opties minimaal uit 2. zorgverlener legt de medisch-technische behandelopties en voor- en nadelen van behandelopties uit 3. zorgverlener legt de medisch-technische behandelopties en voor- en nadelen van behandeloptie uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt 4. zorgverlener legt de medisch-technische behandelopties en voor- en nadelen van behandelopties uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt. En vraagt de patiënt de informatie te herhalen (<i>teach back</i>)
4.	De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.	0. niet waargenomen 1. 1 van de items 'zorgen', 'voorkeuren', 'verwachtingen' besproken 2. 2 van de bovenstaande items besproken 3. 3 van de bovenstaande items besproken 4. de zorgverlener herhaalt bovendien de voorkeur, zorg en verwachting van de patiënt
5.	De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit.	0. niet waargenomen 1. zorgverlener geeft het besluit aan 2. zorgverlener geeft aan dat het besluit op basis van de voorkeur van de patiënt wordt gemaakt 3. zorgverlener vraagt of de patiënt het eens is met het besluit 4. zorgverlener geeft bovendien aan dat de patiënt op het besluit kan terugkomen ("4 overruled 3")

¹ Elwyn, G., Tsulukidze, M., Edwards, A., Légaré, F., Newcombe, R. (2013). Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Education & Counseling*, 93 (2): 265-71. doi: 10.1016/j.pec.2013.08.005.

De baseline meting en follow-up meting duiden de situaties voor en na het implementeren van de interventies aan.

Zorgprofessional 1

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	2	1	2	1	8	40

Zorgprofessional 2

Uiteindelijke scores in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	1	1,5	1,5	1	7	35
Follow-up	2	2	3	3	2	12	60

Zorgprofessional 3

Uiteindelijke scores in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	4	2	2	2,5	1	11,5	57,5
Follow-up	2	0	2	3	4	11	55

Zorgprofessional 4

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	4	4	2	1	1	12	60

Zorgprofessional 5

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	0	1	2	3	8	40

Zorgprofessional 6

Uiteindelijke scores in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	1,5	3	1	2	2	9,5	47,5
Follow-up	2	2	1	2	1	8	40

Zorgprofessional 7

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	0	2	2	3	8	40

Zorgprofessional 8

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	0	2	2	1	7	35

Zorgprofessional 9

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	3	4	1,5	3	3	14,5	72,5

Zorgprofessional 10

Uiteindelijke scores in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	2	2	4	3	11	55
Follow-up	2	2	4	2	1	11	55

Zorgprofessional 11

Uiteindelijke score in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	1	2	3	3	11	55

Zorgprofessional 12

Uiteindelijke scores in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	2	2	2	3	11	55
Follow-up	2	0	1	2	3	8	40

Zorgprofessional 13

Uiteindelijke scores in tabelvorm

Meting	1.	2.	3.	4.	5.	Totaalscore	Herschaald (100)
Baseline	2	1	2	4	3	12	60
Follow-up	2	0	2,5	3	1	8,5	42,5

Bijlage 2: theorie gezamenlijke besluitvorming

In het onderzoek van Charles et al. uit 1997 werd beschreven dat het concept van gezamenlijke besluitvorming vaag was geformuleerd. Dit leidde uiteindelijk tot veel verwarring over wat dit concept precies betekende en was tevens de aanleiding voor het creëren van de vier stappen. [6] Dit model, waar de vier stappen onder vallen, gaf de voorkeur aan het instemmen met de behandeling vanuit zowel de zorgprofessional als patiënt. [2] In onderstaande zijn de vier stappen uitgewerkt.

Stap 1: De patiënt wordt op de hoogte gesteld van het keuzemoment door de zorgprofessional. Binnen de eerste stap maakt de zorgprofessional aan de patiënt duidelijk dat er een keuze moet worden gemaakt en dat deze afhangt van de voorkeuren van de patiënt. Patiënten hebben hierbij het recht op duidelijke informatievoorziening van zorgprofessionals over de behandelingsopties. In sommige gevallen is er geen beste behandeling omdat er rekening wordt gehouden met persoonlijke voorkeuren of er is onvoldoende (medisch) bewijs. In deze situatie is de keuze afhankelijk van een evenwicht welke grotendeels gebaseerd is op de persoonlijke voorkeuren van de patiënt en niet alleen die van de zorgprofessional. [2]

Stap 2: De zorgprofessional bespreekt de voor- en nadelen met bijbehorende opties van de keuzemogelijkheden.

Tijdens de tweede stap worden de opties neutraal uitgelegd door de zorgprofessional waarbij de voor- en nadelen per optie worden besproken. Hierbij is het van belang om vier vragen in acht te nemen:

1. Welke informatie is relevant?
2. Welke voorkennis heeft de patiënt?
3. Hoe wordt informatie over risico's overgebracht?
4. Begrijpt de patiënt de informatie?

Hier wordt expliciet genoemd dat de zorgprofessional te allen tijde informatie op een neutrale manier presenteert en de patiënt ruimte geeft om te beslissen. [2]

Stap 3: De voorkeuren van de patiënt worden besproken waarbij de zorgprofessional begeleiding biedt.

Omdat patiënten in het begin meestal geen voorkeur hebben, moeten zorgprofessionals hun tijdens de derde stap helpen bij het vormen van de voorkeur(en). De zorgprofessional moet hierbij de relevantie van uitkomsten bespreken en open vragen stellen aan de patiënt. Ook kan de zorgprofessional gebruik maken van middelen welke de voor- en nadelen van de opties verduidelijken. [2]

Stap 4: De wensen van de patiënt rondom het maken van een keuze worden besproken en vervolgens gemaakt. Hierna volgt de follow-up.

Na het verduidelijken van de belangrijkste uitkomsten begint de vierde en laatste stap waarin de patiënt een besluit neemt. De patiënt moet duidelijk maken of degene zelf wil beslissen of (gedeeltelijk) de zorgprofessional laat beslissen. Nadat dit is bepaald kan de uiteindelijke beslissing worden genomen. De zorgprofessional vat alles samen en vraagt de mening van de patiënt. Het kan voorkomen dat de patiënt langer wil nadenken over de keuze, wanneer dit zo is, wordt een tweede afspraak gemaakt. Wanneer er sprake is van een directe beslissing, maken de zorgprofessional en patiënt afspraken over de toekomstige stappen binnen het zorgpad van de patiënt. [2]

Referenties

1. Roodbeen RT, Noordman J, Boland G, van Dulmen S. Shared decision making in practice and the perspectives of health care professionals on video-recorded consultations with patients with low health literacy in the palliative phase of their disease. *MDM Policy & Practice*. 2021;6(1):23814683211023472.
2. Elwyn G, Grande SW, Barr P. *Observer OPTION 5 manual*. Dartmouth: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. 2016.
3. Dillon EC, Stults CD, Wilson C, Chuang J, Meehan A, Li M, et al. An evaluation of two interventions to enhance patient-physician communication using the observer OPTION5 measure of shared decision making. *Patient Education and Counseling*. 2017;100(10):1910-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.020>.
4. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):265-71. doi: 10.1016/j.pec.2013.08.005.
5. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997;44(5):681-92. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3).
6. 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.

