



Medisch
Spectrum
Twente

Bachelor Thesis

Bevorderen patiëntenregie en gezamenlijke besluitvorming

1e begeleider: Job van der Palen
2e begeleider: Marjolein Brusse-Keizer
Externe begeleider: Mariska Bos-Burgmeijer
Tweede externe begeleider: Sanne Bentum



KOEN TIMMER
S1498886

Voorwoord

Beste lezer,

Met genoegen presenteer ik mijn bachelor thesis getiteld "Bevorderen patiëntenregie en gezamenlijke besluitvorming". Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede, als afronding van mijn bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. De onderzoeksperiode besloeg de maanden september 2023 tot en met februari 2024.

Mijn oprechte dank gaat uit naar diverse personen die een essentiële rol hebben gespeeld gedurende mijn afstudeerfase. In het bijzonder wil ik mijn begeleiders, Job van der Palen en Marjolein Brusse Keizer van de Universiteit Twente, bedanken voor hun onschatbare feedback en begeleiding.

Ik ben ook Mariska Bos-Burgmeijer en Sanne Bentum MST dankbaar, voor hun toewijding, constructieve feedback, en waardevolle adviezen.

Mijn dank gaat tevens uit naar Anne van der Kolk voor de goede samenwerking en gezelligheid. Samen met Julia Reus vormden wij een afstudeer kring en gaven we elkaar waardevolle feedback.

Een speciale vermelding verdient de waardering voor de zorgprofessionals van het Wond Expertise Centrum, de medewerkers van de planningsafdeling, en de patiënten van het MST die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Zonder hun toewijding zou het verzamelen van de benodigde gegevens voor de interventieanalyse niet mogelijk zijn geweest.

Veel leesplezier

Met vriendelijke groet,

Koen Timmer

Hengelo, 1 februari 2024

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1 Inleiding.....	5
2 Theoretisch Raamwerk	7
2.1 Bestaande Interventies	8
2.2 Compacte Evaluatie Kaart.....	8
3 Methode.....	9
3.1 Design/Setting.....	9
3.2 Onderzoekspopulatie/inclusiecriteria.....	9
3.3 Huidige situatie	10
3.4 Toegepaste Interventies vervolgmeting	10
3.5 Data-analyse	11
3.6 Datacollectie/onderzoek verloop	12
4 Resultaten	13
5 Discussie.....	17
5.1 Conclusie	17
5.2 Vergelijking met literatuur	17
5.3 Sterke punten en beperkingen	18
6 Aanbevelingen	20
7 Overig.....	20
8 Bronnenlijst.....	21
9 Bijlages	23
Bijlage 1 PIF Patiënt nulmeting	23
Bijlage 2 PIF Patiënt Vervolgmeting.....	26
Bijlage 3 Compacte Evaluatie Kaart Patiënt.....	29
Bijlage 4 Additionele vragen Patiënt.....	31
Bijlage 5 Folder uit het patiënten portaal.....	33
Bijlage 6 De staander/Uitgegeven Flyer.....	35
Bijlage 7 Autoanamnese	36
Bijlage 8 Digitale Extra samen beslis vragen.....	36
Bijlage 9: Boxplots voormeting en Vervolgmeting CEK som.....	37
Bijlage 10 Data uit R.....	38

Samenvatting

Inleiding In de dynamische wereld van de gezondheidszorg is er een verschuiving gaande van een traditioneel paternalistisch model naar een meer participatieve benadering van de relatie tussen zorgprofessionals en patiënten. Deze evolutie wordt weerspiegeld in het concept van "samen beslissen", waarbij zorgverleners en patiënten gezamenlijk de behandelplannen en zorgtrajecten bepalen. Het erkennen van de unieke kennis en ervaring van zowel zorgprofessionals als patiënten wordt beschouwd als cruciaal voor het bereiken van doeltreffende, persoonsgerichte zorg. Uit onderzoek blijkt dat samen beslissen in de zorg kan zorgen voor een betere kwaliteit van zorg. Het zorgt voor empowerment bij de patiënt waardoor er meer therapietrouw ontstaat. Als gevolg kan het samen beslis proces zorgen voor tijdsbesparing, kostenbesparing en een verbetering van kwaliteit van leven.

Methode Dit prospectief pilot onderzoek, bestaande uit twee fasen, spitst zich toe op de implementatie van samen beslissen op het wondexpertise centrum van het MST. Specifiek onderzoekt dit onderzoek het effect van het implementeren van interventies op de mate van samen beslissen. Tijdens de nulmeting werd de huidige stand van zaken rondom samen beslissen op de wondpoli onderzocht. Na deze meting werden zorgverleners getraind in het proces samen beslissen en werden er interventies geïmplementeerd. De interventies bestonden uit het activeren van een digitale autoanamnese, een staander met 3 samen beslis vragen, een uitgegeven flyer in de wachtkamer, een digitale folder en samen beslis vragen in het patiënten portaal. Na het invoeren van deze interventies werd er een vervolg meting gedaan de mate van samen beslissen tijdens een consult bij het Wond Expertise Centrum (WEC). Het effect van de set interventies werd getoetst met behulp van de Compacte Evaluatie Kaart (CEK). De CEK meet de mate van samen beslissen door middel van een vragenlijst.

Resultaten Na evaluatie van de resultaten bleek dat er bij de vervolgmeting een significante achteruitgang van de mate van samen beslissen was waargenomen. De CEK-score ging van 89 naar 85. Wat betekende dat na implementatie van de interventies er geen positief maar een negatief effect werd gemeten. Daarnaast werd er een lichte daling in de mate van voorbereiding op een consult gemeten bij de vervolgmeting in vergelijking met de nulmeting, hoewel deze niet significant was.

Conclusie De onderzoeksresultaten gingen in tegen de algemene tendens in de literatuur dat interventies gericht op samen beslissen zorgen voor een verbetering van het samen beslis proces. Ondanks het implementeren van interventies in de vervolg meting is er afname in het samen beslis proces waargenomen en bereidde de patiënt zich in zijn eigen ogen ook minder voor op het consult. Door het niet herkennen van het samen beslismoment door de patiënt en het soms blanco laten van CEK vragen door de patiënt was er geen duidelijk significant resultaat. Deze en andere beperkingen dienen te worden opgelost in een groter meer omvangrijk onderzoek over dit onderwerp.

1 Inleiding

In de voortdurende zoektocht naar het optimaliseren van de gezondheidszorg, verschuift de aandacht steeds meer naar een benadering waarin zorgprofessionals en patiënten gezamenlijk beslissingen nemen over de behandelingsplannen en zorgtrajecten. Deze overgang van een traditioneel paternalistisch model naar een meer participatieve aanpak wordt het proces "samen beslissen" genoemd. Het erkent de waarde van zowel de professionele expertise van zorgverleners als de unieke ervaringen en voorkeuren van de patiënt, met als doel het leveren van doeltreffende, persoonsgerichte zorg.[1][2]

Maar in het Samen Beslissen proces is nog veel ruimte voor verbetering. Uit onderzoek van de Patiënten Federatie blijkt dat 90% van de respondenten graag samen met hun zorgverlener beslissingen wil nemen. Desondanks krijgt slechts 51% van hen daadwerkelijk een keuze voorgelegd en dus de mogelijkheid om gezamenlijk te beslissen. Bovendien is het opmerkelijk dat minstens een kwart van de respondenten het lastig vond om samen te beslissen, terwijl zorgverleners de mate waarin zij gezamenlijke besluitvorming inschatten, lijken te overschatten.[3]

Op dit moment bestaan er diverse interventies die specifiek gericht zijn op het perspectief van patiënten. Sommige van deze interventies zijn gebaseerd op communicatie, zoals educatieve video's, advertenties en folders. Een ander type interventie is een beslissingsondersteunend instrument. Deze interventies zijn beter gestructureerd om de risico's en voordelen van een behandeling duidelijk te maken. Ze helpen patiënten nadenken over alternatieve behandelopties en zijn specifiek ontworpen om hen voor te bereiden op hun rol bij het gezamenlijk nemen van beslissingen.[4][5]

Uit onderzoek blijkt dat samen beslissen zorgt voor een patiëntgerichte benadering van de gezondheidszorg, waarbij de unieke behoeften, waarden en voorkeuren van de patiënt centraal staan.[6] Het stelt patiënten in staat een actieve rol te spelen in hun eigen zorgtraject en vergroot de kans op een behandeling die beter aansluit op hun persoonlijke situatie, resulterend in meer therapietrouw en uiteindelijk een betere kwaliteit van leven.[7]

Daarnaast vergroot Samen beslissen de betrokkenheid van zorgverleners bij het welzijn van hun patiënten. Het moedigt een partnerschap aan waarin zorgverleners niet alleen expertadviezen verstrekken, maar ook luisteren naar en leren van de ervaringen van de patiënt. Wat in combinatie met een betere participatie van de patiënt bijdraagt aan een betere algemene kwaliteit van de gezondheidszorg. Het moedigt reflectie aan binnen het zorgsysteem en stimuleert verbeteringen op basis van de specifieke behoefte en verwachtingen van patiënten.

Tot slot kan samen beslissen ook zorgen voor een besparing in kosten. Door meer therapietrouw en het effectiever en sneller tot stand komen van een behandeling bespaar je niet alleen geld maar vooral ook tijd.[8] Kortom de relevantie van samen beslissen in de zorg ligt in het streven naar een meer gepersonaliseerde, effectieve, en ethische gezondheidszorgpraktijk die zowel de belangen van zorgverleners als patiënten dient. Het legt de basis voor een gezamenlijk partnerschap dat de gezondheidsresultaten en ervaringen van alle betrokkenen kan verbeteren.

Dit onderzoek vond plaats op het WEC. Het WEC is ontworpen om patiënten met complexe wondproblematiek effectief te behandelen door middel van samenwerking tussen verschillende medische specialismen. Het WEC is uitermate geschikt voor onderzoek naar samen beslissen omdat het een omgeving is waarin samenwerking en gedeelde besluitvorming bijzonder relevant en noodzakelijk is. Het feit dat verschillende specialismen binnen het WEC samenwerken, maakt het

een ideale omgeving om de dynamiek van multidisciplinaire samenwerking en besluitvorming te bestuderen.

In Medisch Spectrum Twente (MST) wordt het belang van gezamenlijke besluitvorming onderstreept, en wordt gezocht naar manieren om dit in de dagelijkse praktijk te bevorderen. Uit twee ronde tafel sessies is gebleken dat er in MST te weinig tijd wordt ervaren voor een diepgaand gesprek en dat patiënten het moment van keuze niet goed herkennen.

MST heeft verschillende interventies ontwikkeld om gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen. Enkele van deze interventies richten zich op het perspectief van de patiënt, waaronder een autoanamnese met algemene vragen over de patiënt, een standaard met drie goede beslissingsvragen die op het bureau staat tijdens het consult, de folder "Had ik het maar gevraagd, had ik het maar gezegd..." in het patiënten portaal, een flyer met de drie goede beslissingsvragen die wordt uitgedeeld in de wachtkamer, en het toevoegen van twee samen-beslisvragen aan het patiëntendossier.

Op dit moment is het nog niet duidelijk of het implementeren van deze interventies daadwerkelijk bijdraagt aan verbetering van het gezamenlijke besluitvormingsproces. Daarom beoogt dit overkoepelende onderzoek te onderzoeken wat het effect is van de geïmplementeerde interventies op de mate van gezamenlijke besluitvorming vanuit het perspectief van de patiënt en de zorgverlener. Dit onderzoek zal specifiek ingaan op het perspectief van de patiënt. Als afdeling is het wond expertisecentrum gekozen. Dit is een gespecialiseerde afdeling die zich richt op de multidisciplinaire aanpak van wondzorg.

Met het oog op dit doel staat de volgende onderzoeksvraag centraal;

Wat is het effect van het implementeren van een uitgegeven flyer, staander met drie goede vragen, digitale auto anamnese, extra samen beslis vragen en digitale folder voorafgaand aan een consult kijkend naar het patiënten perspectief, op de mate van samen beslissen tijdens een consult bij het Wond Expertise Centrum (WEC) van Medisch Spectrum Twente in vergelijking met een consult zonder interventies?

De volgende sub-vragen zijn geformuleerd:

Patiënten perspectief:

1. In hoeverre leiden de ingezette interventies tot een toename van de voorbereiding op het consult en tot een beter samen beslissen proces?
2. In hoeverre hebben patiënten het gevoel dat gezamenlijke besluitvorming heeft plaats gevonden en dat ze actief hebben meegedaan aan het gesprek?

2 Theoretisch Raamwerk

Informed Consent:

Sinds 1 januari 2020 is de informatieplicht in de WGBO aangevuld met de verplichting tijdig overleg te voeren met de patiënt, waarbij de patiënt ook wordt uitgenodigd tot het stellen van vragen. Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat de patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een medische behandeling. Zonder toestemming is er immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de integriteit van een patiënt. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling. De informatieplicht van de arts en het toestemmingsvereiste vormen een tweeenheid. Dit wordt ook wel 'informed consent' genoemd.[15]

Health belief model:

Het Health Belief Model suggereert dat individuen beslissingen nemen op basis van hun percepties van de ernst van een aandoening, de voordelen van bepaalde acties en de barrières voor het nemen van die acties. Hoe patiënten hun eigen gezondheid en de voorgestelde behandeling waarnemen, kan hun betrokkenheid bij het besluitvormingsproces beïnvloeden.[16]

Autonomie en Empowerment:

Eigen kracht ontwikkelen en inzetten, eigen regie voeren, dat is de essentie van empowerment. Deze benadering is gebaseerd op de aanname dat ieder mens mogelijkheden of sterke kanten heeft om op eigen wijze - eventueel samen met anderen – vorm te geven aan het leven, ook als de omstandigheden niet zo gunstig zijn. Zorgverleners stimuleren de patiënten actief tot het meedenken in toekomstige keuzes over de eigen gezondheid.[17]

In essentie bevordert de combinatie van Informed Consent, het Health Belief Model, en Autonomie en Empowerment een holistische benadering van de gezondheidszorg, waarbij de patiënt niet alleen als ontvanger van zorg wordt gezien, maar als een actieve partner in het besluitvormingsproces.

Zoals eerder beschreven is er een tekort aan tijd tijdens het consult. Door een auto anamnese in te voeren in het ziekenhuis is het mogelijk om bij een nieuw consult extra tijd te creëren. Deze auto anamnese wordt digitaal ingevuld via het patiënten portaal, waardoor deze vragen niet meer gesteld hoeven te worden tijdens het consult. Als gevolg zorgt dit voor meer tijd tijdens het consult voor andere meer dringende zaken. Daarnaast zorgt het ervoor dat de patiënt al voor het consult moet nadenken over zijn ziekte en vragen waardoor de patiënt pro actiever kan zijn tijdens het consult.

Dus samen beslissen in de zorg kan gedefinieerd worden als het proces, waarin zorgprofessional en patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past, noemt men 'samen beslissen'. Samen Beslissen is dus geen eenmalige actie, maar een proces. Het is een proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen.[9]

Er bestaan diverse modellen die het proces van samen beslissen tussen de patiënt en de zorgverlener concreet maken. Deze modellen kunnen samen met de hierboven benoemde aspecten van samen beslissen in de kern worden samengevat in 4 essentiële onderdelen: [2][9][10]

1. **Keuze:** De zorgverlener geeft de patiënt aan dat er een beslissing genomen moet worden en benadrukt dat de persoonlijke mening en kennis over het eigen lichaam van groot belang zijn bij het kiezen van een geschikte optie;
2. **Opties:** De zorgverlener legt de verschillende opties voor inclusief de bijbehorende voor- en nadelen;
3. **Voorkeur:** De patiënt en de zorgverlener bespreken de voorkeuren van de patiënt en de zorgverlener ondersteunt en stuurt de patiënt in hun keuze. (Met aandacht voor: wensen en doelen zoals kwaliteit van leven en verwachtingen.);
4. **Beslissen:** Samen wordt er een beslissing genomen gebaseerd op de voorkeuren en voor- en nadelen van de opties.

2.1 Bestaande Interventies

Om samen beslissen te verbeteren, zijn er in de loop van de jaren vele interventies gebruikt en getest. Deze interventies kunnen worden ingedeeld in 2 categorieën. Zo zijn er interventies die inspelen op het zorgverleners perspectief en interventies die inspelen op het patiënten perspectief [4][5]. In dit onderzoek spitsen we ons toe op het patiënten perspectief. Voorbeelden van zulke bestaande interventies zijn;

- De terugvraag methode, waarbij de zorgverlener navraagt of de boodschap goed is overgekomen. Hierdoor krijgen zorgverleners beter inzicht in de gezondheidsvaardigheden van de patiënt waardoor de zorgverleners hun woorden zorgvuldiger kunnen kiezen. Dit resulteert in uiteindelijk een betere gezamenlijke beslissing kan worden genomen.[11]
- De 3 samen beslis vragen; wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voordelen en de nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie?[12] Deze vragen worden gebruikt in een landelijke campagne en getoond op borden en tv's in het MST.[13]
- Option Grids, dit zijn gestructureerde documenten met afbeeldingen die op een begrijpelijke manier verschillende behandelopties weergeven.[14]

2.2 Compacte Evaluatie Kaart

Om het effect van interventies op het samen beslisproces te meten en te evalueren kan de compacte evaluatie kaart (CEK) worden gebruikt. Deze tool gebruikt dezelfde essentiële basisprincipes als het theoretisch model.[19]

De CEK bestaat uit twee onderdelen, een vragenlijst en een observatie lijst. Allebei de onderdelen zijn gevalideerde tools. De CEK zelf is niet gevalideerd, waardoor het geen probleem is om maar 1 van de twee onderdelen te gebruiken. In dit onderzoek werd alleen gebruik gemaakt van de vragenlijst. Wegens een beperking in de beschikbare tijd en het aantal onderzoekers is er gekozen om de observatie lijst niet te gebruiken.

De gesprekken tussen de patiënt en de zorgverlener werden beoordeeld met behulp van de sdm-q9 vragenlijst (Bijlage 3). Deze vragenlijst evalueert op een compacte wijze, de mate van samen beslissen. In dit onderzoek werd de CEK gebruikt om het effect op de mate van samen beslissen van de geïmplementeerde interventies te meten. Naast het leveren van een gevalideerd resultaat, biedt CEK ook praktische relevantie voor de ziekenhuizen die zijn aangesloten bij Santeon.

Santeon is een alliantie van verschillende Nederlandse ziekenhuizen die samenwerken om de kwaliteit en efficiëntie van gezondheidszorg te verbeteren. De deelnemende ziekenhuizen werken samen op verschillende gebieden, waaronder het delen van beste praktijken, optimaliseren van processen en het uitvoeren van gezamenlijke onderzoeksinitiatieven om de patiëntenzorg te verbeteren.

Het gebruik van deze methode binnen Santeon-ziekenhuizen maakt het mogelijk om bij een significant resultaat te onderzoeken of de interventies op vergelijkbare afdelingen in het ziekenhuis kunnen worden toegepast. Bovendien kunnen deze interventies gemakkelijk worden geïntroduceerd in andere Santeon-ziekenhuizen als blijkt dat ze effectief zijn voor het samen beslissen. Om de subvragen te beantwoorden, is er een extra vragenlijst gebruikt met extra vragen. (Bijlage 4) Deze vragen zijn niet toegevoegd aan de CEK om de validiteit van de CEK-vragenlijst te waarborgen. Deze vragen zijn toegevoegd voor extra demografische informatie zoals de leeftijdscategorie en het gender.

3 Methode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zal een prospectief pilotonderzoek worden uitgevoerd. In deze studie wordt het effect op de mate van samen beslissen van een set interventies gemeten op twee verschillende momenten, de nulmeting en de vervolgmeting.

3.1 Design/Setting

Het onderzoek werd uitgevoerd bij het Wond Expertise Centrum van Medisch Spectrum Twente te Enschede in de periode oktober tot december 2023. Het onderzoek is geaccordeerd door de nWMO commissie van MST. Dit onderzoek betreft een prospectief pilotonderzoek. De resultaten van de voormeting en de vervolgmeting zijn niet gepaard. Gezien het tijdsbestek waarin de nul en vervolgmeting plaatsvonden, was de kans te klein om dezelfde patiënten bij de nul en vervolgmeting te zien. Daarom werden de metingen gedaan met verschillende patiënten tijdens de nul en vervolgmeting. De patiënten werden voorgeselecteerd door het secretariaat van het WEC op het hebben van een grote kans op een gezamenlijk beslismoment.

In de week voor de start van het onderzoek hebben de onderzoekers een korte presentatie gegeven met minimale uitleg over het onderzoek tijdens het Multidisciplinair overleg (MDO) van het WEC. Daarnaast ontvingen ze een e-mail met dezelfde informatie en de vraag of ze geïnteresseerd waren in deelname. Voorafgaand aan de nulmetingen werden de zorgverleners niet volledig geïnformeerd over het onderzoek, zodat ze niet wisten welk consult geschikt was. Hierdoor worden zij onverwacht gevraagd de vragenlijst in te vullen. Dit werd gedaan om het Hawthorne-effect, waarbij deelnemers beter presteren als ze weten dat ze deelnemen aan een onderzoek, zo klein mogelijk te houden.[18]

3.2 Onderzoekspopulatie/inclusiecriteria

Voor dit onderzoek zijn voor patiënten de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld:

1. De patiënten moeten minimaal 18 jaar zijn;
2. Er moet een mogelijkheid tot een samen-beslis moment aanwezig zijn tijdens het consult;
3. De patiënt heeft voldoende kennis van de Nederlandse taal.

Patiënten werden geselecteerd via het secretariaat van de afdeling op basis van de inclusiecriteria. Het secretariaat beoordeelde of er een grote kans was op gezamenlijke beslismomenten en selecteerde geschikte consulten. Bij een consult met een uitslag, een nieuw consult en een consult met meerdere specialisten was er een grotere kans op samen beslissen, waardoor deze werden geselecteerd. In enkele zeldzame gevallen werd een patiënt niet geselecteerd omdat deze niet wilsbekwaam was of niet in staat was om mee te doen aan het onderzoek.

Een follow-up van dezelfde patiënten tijdens als tijdens de nulmeting is niet mogelijk binnen de korte onderzoeksperiode en werd daarom uitgesloten. Het streven was om zowel bij de nulmeting als bij de vervolgmeting 20 patiënten te includeren.

3.3 Huidige situatie

Bij de start van het onderzoek was de folder "Had ik het maar gevraagd, had ik het maar gezegd..." beschikbaar in het patiënten portaal. In de uitnodigingsbrief voor de afspraak werd hier niet naar verwezen en er werd ook geen mail over verstuurd. Er werden geen folders uitgegeven bij het aanmelden voor de afspraak en er stond geen staander in de wacht of spreekkamer. In de centrale gangen van het ziekenhuis stonden wel "stoepreclameborden" met hierin de poster "begin een goed gesprek" vanuit een campagne van de overheid. Dit was tevens te zien op de tv schermen in de wachtkamers.

3.4 Toegepaste Interventies vervolgmeting

Gebaseerd op het theoretisch model zijn verschillende interventies gekozen. Deze interventies zijn samen met de afdeling kwaliteit en veiligheid van het MST zorgvuldig gekozen. De gekozen interventies bestaat uit vijf onderdelen die gelijktijdig worden toegepast:

- Activering van de autoanamnese in het patiënten portaal. Dit zorgt voor extra tijd tijdens het consult welke kan worden besteed aan de patiënt. Daarnaast kan het ervoor zorgen dat de patiënt zich beter voorbereid en nadenkt over het aankomende consult. (Bijlage 7)
- De "Had ik het maar gevraagd, had ik het maar gezegd..." folder in het patiënten portaal met praktische tips en voorbeeldvragen. Deze folder zorgt voor een betere voorbereiding op het consult. (Bijlage 5)
- Toevoeging van twee samen beslis-vragen aan het patiënten portaal: "Wat zou u met uw behandelaar willen bespreken?" en "Wat is voor u belangrijk?" (Bijlage 8)
- Bij aanmelding ontvangen patiënten in de wachtkamer een uitgeprinte flyer die overeenkomt met de staander (Bijlage 6). Hierdoor wordt de patiënt herinnert aan goede vragen die het kan stellen tijdens het consult.
- Plaatsing van een staander met drie goede samen beslisvragen in de wacht- en spreekkamer om de patiënt te herinneren aan de vragen tijdens en voor het consult. (Bijlage 6)
Dit wordt gebruikt als laatste herinnering voor de patiënt.

Daarnaast werd er twee weken voor de vervolgmeting een training gegeven aan de zorgverleners. Tijdens deze sessie ontvingen ze informatie over het belang van gedeelde besluitvorming, het gebruik van de CEK en uitleg over de 3 goede beslisvragen. Ze kregen ook praktische tips om het proces van gedeelde besluitvorming te verbeteren, waaronder een demonstratie van hoe de staander in de behandelruimte gebruikt kon worden. Bovendien werd tijdens deze sessie besproken welke interventies gericht op de patiënt actief waren gedurende de onderzoeksperiode.

Na het eerste consult in de opvolgfase vond een tweede scholing plaats tijdens het Multidisciplinair Overleg (MDO). Dit was om duidelijkheid te verschaffen over waar de ingevulde autoanamnese kon worden geraadpleegd, aangezien dit eerder niet helder was gebleken. In figuur 1 is te zien op welk moment van het onderzoek bovenstaande processen plaatsvonden.

3.5 Data-analyse

De verkregen data van de CEK werd gescoord aan de hand van een likert schaal. Hoe hoger de score, hoe beter het resultaat. Er waren elf vragen die elk een score van 0 t/m 5 konden krijgen. De som van alle vragen gaf de mate van samen beslissen aan. De maximale som van alle vragen was dus 55. Ook de additionele vragen werden gescoord doormiddel van de likert schaal. De verzamelde data werden gecodeerd met behulp van cijfers en letters: zorgverleners in de nulmeting worden bijvoorbeeld gecodeerd als ZV01, en patiënten in de nulmeting als PV01. In de vervolg metingen worden zorgverleners gecodeerd als ZN01, en patiënten als PN01, waarbij het belangrijk is op te merken dat ZV01 en PV01 betrekking hebben op hetzelfde consult, evenals ZN01 en PN01.

Bij het verwerken van de verzamelde data bleek dat bij de resultaten van de CEK een aantal gegevens ontbraken omdat sommige vragen volgens de patiënt niet relevant bleken te zijn. Deze data punten zijn op n/a gezet in R. Deze missende datapunten zijn vragen die niet beantwoord zijn. Tijdens de onderzoeksperiode gaven zowel patiënten als zorgverleners aan bij de onderzoekers dat de desbetreffende vragen niet van toepassing waren op de situatie. Daarom werd de keuze gemaakt om deze vragen open te laten.

Er is gekozen om de data te corrigeren doormiddel van percentages. Vanuit de bekende opgegeven beoordelingen is een percentuele eindscore gemaakt om te voorkomen dat sommige eindscores erg laag zouden uitvallen terwijl de algemene tendens uit hoge scores bestond. Wanneer alle elf vragen waren beantwoord en de som van alle vragen 40 was, kreeg je de volgende formule $40/55*100$. Wanneer er bijvoorbeeld maar 8 vragen waren ingevuld en de som van alle vragen 28 was, kreeg je de formule $28/40*100$. De formule die is gebruikt is dus $y=a/b*100$ waarbij Y de score van de CEK is, a de som van alle CEK-vragen is en b het aantal vragen wat is ingevuld * 5 (maximale score per vraag)

Om te meten of een patiënt zich had voorbereid en op welke manier deze patiënt zich had voorbereid werden er extra vragen gesteld buiten de CEK om. (Bijlage 4) Naast deze vragen werd er ook gevraagd naar de leeftijdscategorie van de patiënt en het geslacht van de patiënt.

De data van de CEK-vragenlijst en de extra vragenlijst werd verwerkt in Microsoft Excel, waarna de data-analyses werden uitgevoerd met het programma R.

Voor de patiënten scores zijn metingen verricht vóór en na de implementatie van de interventie. Omdat het steeds verschillende patiënten betreft, vond er geen data-paring plaats. Er is gekozen voor een visuele inspectie van de data om te bepalen of deze normaal verdeeld is doormiddel van boxplots, vervolgens is er ook nog een **Shapiro test** uitgevoerd om dit te bevestigen. Deze boxplots zijn te zien in bijlage 9. Deze data werd daarna geanalyseerd in het statistische programma R. Bij de patiënten vertoonde de uitslag van de CEK en de mate van voorbereiding een niet normale verdeling, reden waarom er een Exact Wilcoxon rank sum test werd toegepast. Dit gebeurde ook vanwege een kleine steekproefgrootte bij de nul- en vervolg meting.

3.6 Datacollectie/onderzoek verloop

Er werden elke week meerdere keren consulten geselecteerd in samenspraak met het secretariaat van het WEC. Het secretariaat selecteerde consulten aan de hand van de planning van de aankomende dagen, op basis van een hoge kans op de aanwezigheid van samen beslissen en eerdergenoemde criteria. Bij de nulmeting werden de patiënten bij aanmelding gevraagd door de onderzoekers om mee te doen aan het onderzoek. Omdat er bij de nulmeting nog geen interventie werd toegepast, was er weinig bedenktijd nodig voor de patiënt. Het ontvangen van de proefpersoneninformatie (PIF) en het ondertekenen van de informed consent verklaring (Bijlage 1) gebeurde na het consult en voor het invullen van de vragenlijst.

Voor de vervolgmeting werd dezelfde selectieprocedure toegepast. Patiënten die geschikt waren voor het onderzoek, werden enkele dagen voor het consult telefonisch benaderd door de onderzoekers. Zij kregen voldoende bedenktijd en de aanvullende informatie werd aan de telefoon uitgelegd. Per mail kregen de patiënten een uitnodiging voor de vragenlijsten in het patiënten portaal. Deze informatie bevatte uitleg over hoe je moet inloggen op mijn MST en de vragenlijsten moest invullen. Daarnaast werd er tijdens het telefoongesprek ook duidelijk gemaakt waar men de vragenlijsten kon vinden en wat er verwacht werd van de patiënt. Als laatste werd er verteld over de PIF en dat de patiënt zich te allen tijde kon terugtrekken uit het onderzoek. Bij binnenkomst in de wachtkamer werd ook bij de vervolgmeting, de patiënt gevraagd een informed consent verklaring (bijlage 2) te ondertekenen en kregen de patiënten een PIF.



Figuur 1 tijdlijn van het onderzoek

In figuur 1 is te zien dat de nulmeting 3 weken in beslag nam en de vervolgmeting 2 weken. Het invullen van de vragenlijst door de patiënt kostte ongeveer 5 minuten. Elke week vonden er meerdere selectie rondes plaats. Dit werd gedaan om zo weinig mogelijk patiënten te missen omdat er regelmatig afspraken werden ingepland voor de dag erna.

Bij zowel de nulmeting als bij de vervolgmeting diende er achteraf door de patiënt een vragenlijst te worden ingevuld. Bij voorkeur diende de vragenlijst direct na het consult te worden ingevuld door zowel de patiënt als de zorgverlener, elk in afzonderlijke ruimtes, zoals de consultruimte en de wachtkamer. Een snelle invulling was van belang om te voorkomen dat er informatie werd vergeten. De onderzoekers assisteerden bij het invullen van de vragenlijst wanneer de patiënt hier om vroeg. Dit hield in dat de onderzoeker de vraag oplos en het antwoord voor de patiënt opschreef. Na de implementatie van de interventies is er opnieuw gemeten om het effect van de interventies op de mate van gezamenlijke besluitvorming te beoordelen. Het verschil tussen de twee CEK-scores geeft aan hoeveel invloed de interventies hebben op de ervaren mate van gezamenlijke besluitvorming wanneer er een keuzemoment is voor de patiënt.

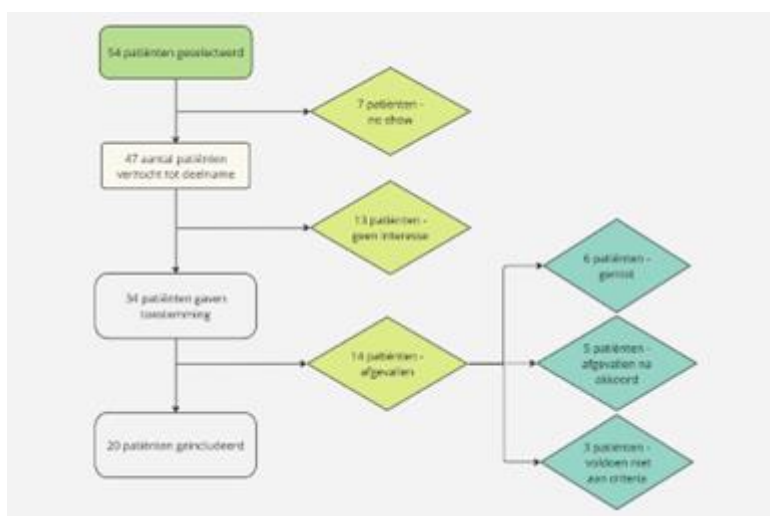
4 Resultaten

Bij zowel de nulmeting als de vervolgmeting was het streven om 20 consulten op te nemen. Tijdens de nulmeting werden 54 consulten geïdentificeerd met een hoge kans op een samen beslismoment. Uiteindelijk werden er 20 consulten geselecteerd en opgenomen in het onderzoek. Het selecteren van consulten ging door totdat het streefgetal van 20 was bereikt.

Bij de nulmeting werd 37% van de geselecteerde consulten uiteindelijk geïnccludeerd in het onderzoek.

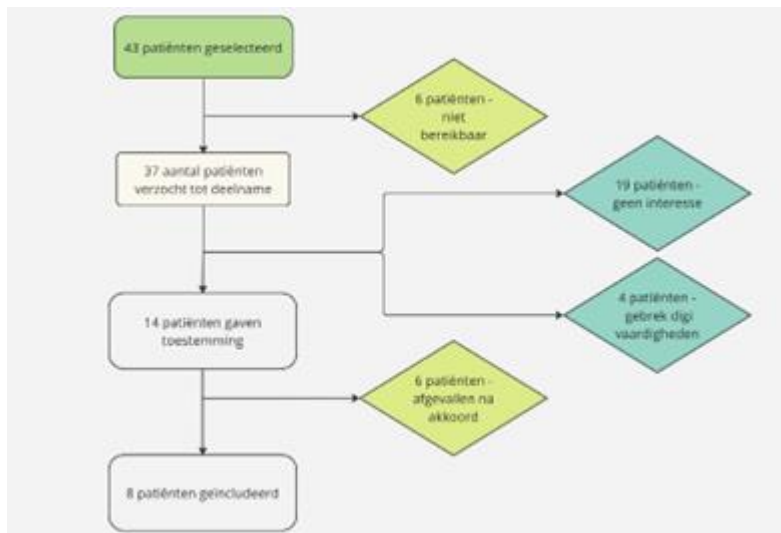
In figuur 2 is te zien om welke redenen de patiënten niet meededen en word duidelijk wanneer deze patiënten afvielen.

De categorie "afgevallen na akkoord" betekent dat sommige patiënten, nadat ze oorspronkelijk akkoord waren gegaan om deel te nemen aan het onderzoek, later besloten om niet langer mee te doen. Redenen voor het afvallen waren tijdgebrek, acute opname in het ziekenhuis, of overbelasting.



Figuur 2 Patiënten inclusie nulmeting

In figuur 3 is te zien dat bij de vervolg meting er in totaal 43 consulten werden geselecteerd door het secretariaat. Omdat de patiënten bij de vervolg meting een digitale autoanamnese en digitale samen beslis vragen moesten invullen werden de patiënten van tevoren gebeld. Uit deze geselecteerde consulten werden er uiteindelijk 8 geïnccludeerd in het onderzoek. Bij de vervolg meting werd er van de geselecteerde consulten uiteindelijk 18.6% geïnccludeerd. De voornaamste reden van het includeren van 8 consulten was tijdgebrek, maar ook de lage deelname door het telefonisch benaderen lag hieraan ten grondslag.



Figuur 3 Patiënten inclusie vervolgmeting

Bij de vervolgmeting was een groter deel van de patiënten niet geïnteresseerd in het onderzoek. Ook waren er patiënten digitaal niet vaardig, wat niet voorkwam bij de nulmeting.

Twee vragen die werden gesteld in de extra vragen gingen over het geslacht en de leeftijd. Hieruit blijkt dat zowel in de nulmeting als in de vervolgmeting het percentage vrouwen en mannen hetzelfde is. (Tabel 1)

	Man	Vrouw	Totaal
Nulmeting	10x (50%)	10x (50%)	20 (100%)
Vervolgmeting	4x (50%)	4x (50%)	8 (100%)

Tabel 1 Geslacht patiënten

Wanneer er wordt gekeken naar de leeftijd kan er worden vastgesteld dat er relatief veel oudere patiënten zijn geïncludeerd in het onderzoek. Bij de nulmeting was 85% van patiënten 60 jaar of ouder. Bij de vervolgmeting was 50% van de patiënten 60 jaar of ouder.

	18-20	21-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 en ouder	Totaal
Nulmeting	0x	0x	0x	1x	2x	5x	7x	5x	20 (100%)
Vervolgmeting	0x	0x	2x	1x	0x	2x	2x	1x	8 (100%)

Tabel 2 Leeftijdscategorie patiënten

Om de impact van de interventies vast te stellen, werd het verschil in scores op de vragen van de CEK geanalyseerd met behulp van het statistische programma R. (bijlage 10)

Bij de patiënten vertoonde deze data een niet normale verdeling met varianties van 7.42 bij de nulmeting en 9.18 bij de vervolgmeting. De mediaan was gedaald van 89 naar 85.8 wat betekend dat de CEK-score omlaag is gegaan bij de vervolgmeting. Deze daling in CEK-score bleek significant te zijn($P=0.017$)

	<i>Nulmeting</i>	<i>Vervolgmeting</i>
<i>Mediaan</i>	89	85.8
<i>IQR</i>	7.42	9.18
<i>25% variantie</i>	87.12	78.10
<i>75% variantie</i>	94.54	87.28

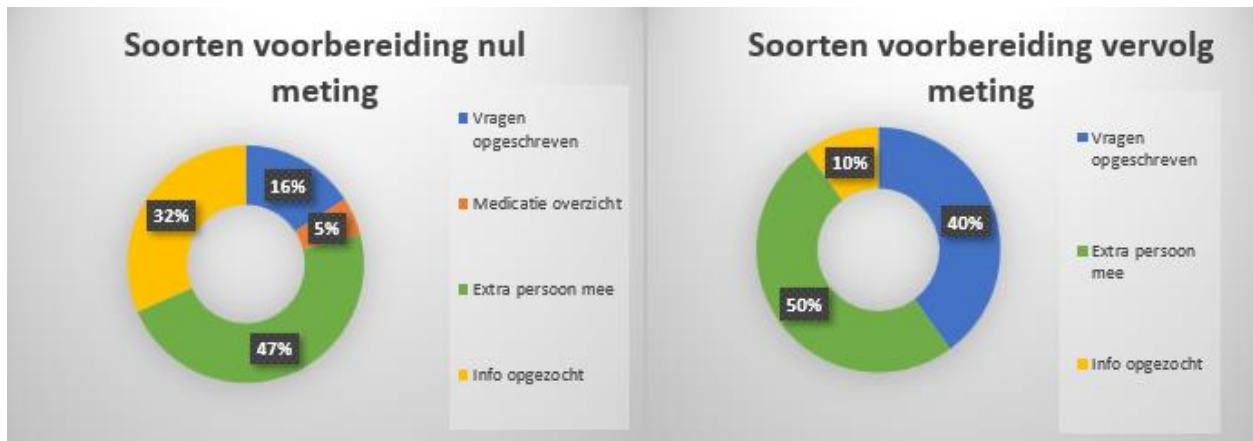
Tabel 3 Mate van samen beslissen (CEK)

Ook is er gekeken naar de mate van voorbereiding van de patiënt op een consult bij de nulmeting en de vervolgmeting. Ook deze data was niet normaal verdeeld en dus werd er een exact wilcoxon rank sum test uitgevoerd. Er werd een daling waargenomen in de mate van voorbereiding op een consult (Figuur 6). Deze daling in voorbereiding op het consult was niet significant($P=0.71$). Patiënten vonden dat ze minder goed voorbereid waren tijdens de vervolg meting.

	<i>Nulmeting</i>	<i>Vervolgmeting</i>
<i>Mediaan</i>	3	2
<i>IQR</i>	3.25	2
<i>25% variantie</i>	0.75	1
<i>75% variantie</i>	4	3

Tabel 4 Mate van voorbereiding op het consult door de patiënt

Vraag 5 van de additionele vragen (bijlage 4) vraagt naar, op welke manier de patiënt zich heeft voorbereid. Hier waren meerdere antwoorden mogelijk. Wanneer je specifiek kijkt naar de soort voorbereiding bij de voormeting en de vervolgmeting, zie je in figuur 3 dat patiënten bij de vervolgmeting veel meer vragen hebben voor de zorgverlener dan bij de nulmeting. Wanneer wordt gekeken naar het totale aantal soorten voorbereiding blijkt dat er bij de vervolgmeting percentueel gezien meer voorbereid is. Dit wil zeggen dat deze patiënten meerdere soorten voorbereiding troffen voor een consult ten opzichte van de nulmeting. Een voorbeeld hiervan is dat er in de vervolgmeting een patiënt was die vragen had opgeschreven, een extra persoon meenam en van tevoren informatie had opgezocht. Deze persoon deed dus aan 3 voorbereidingen.



Figuur 3 Soorten voorbereiding nul en vervolgmeting

	Vorbereiding	Nulmeting	Vervolgmeting
Totaal aantal patiënten		20	8
Totaal aantal voorbereidingen		19	10
Percentage		95%	125%

Figuur 8

Ook herkenden veel patiënten het beslismoment niet waardoor ze niet konden goed konden verwoorden of er gezamenlijke besluitvorming had plaats gevonden. Dit bleek uit observaties en gesprekken met de patiënten. Dit zorgde ervoor dat het moeilijk is om te bepalen of patiënten in de vervolgmeting meer het gevoel hadden dat er gezamenlijke besluitvorming had plaats gevonden. Uit de gesprekken met de patiënten en vraag 1 van de additionele vragen (Bijlage 4) blijkt dus ook dat er geen eenduidig beeld is.

Daarnaast was er onduidelijkheid over sommige vragen van de CEK. Deze vonden de patiënten soms niet relevant of te veel op elkaar lijken waardoor deze een onjuist beeld gaven van de werkelijkheid. Ook de extra beslisvragen in patiënten portaal bij de vervolgmeting waren verwarrend. Patiënten gaven aan ze niet goed wisten wat ze moesten invullen omdat er geen extra informatie over samen beslissen werd gegeven.

Een laatste bevinding was dat patiënten het invullen van vragenlijsten voorafgaand aan het onderzoek zoals werd gedaan tijdens de vervolgmeting, niet als extra voorbereiding zagen.

5 Discussie

5.1 Conclusie

Uit de resultaten blijkt dat er een significant daling was, in de mate van samen beslissen tussen de nulmeting en de vervolgmeting. Na implementatie van interventies bleek dat de mate van samen beslissen was gedaald en suggereert dat de interventies een negatief effect hadden. Terwijl uit de literatuur blijkt dat de interventies de mate van samen beslissen zou kunnen verbeteren.

Ten tweede is er een niet significante daling in de voorbereiding op een consult bij de patiënt waargenomen tussen de nulmeting en vervolgmeting. Uit de resultaten blijkt dat patiënten ervaren dat ze zich minder hadden voorbereid voor de vervolgmeting. Patiënten zagen het vooraf beantwoorden van de vragenlijst niet als extra voorbereiding en veranderden hun gedrag na het beantwoorden van de vragenlijsten niet. Wel werden er meer vragen opgeschreven in voorbereiding op het consult bij de vervolgmeting en lijkt er een lichte toename in de totale voorbereiding op het consult na de vervolgmeting. Dit kan deels verklaard worden omdat sommige patiënten meerdere voorbereidingen treffen in vergelijking met patiënten in de nulmeting.

Ten derde herkenden veel patiënten het beslismoment niet, waardoor ze niet goed konden verwoorden of er gezamenlijke besluitvorming had plaats gevonden. Dit zorgde ervoor dat het moeilijk was om te bepalen of patiënten in de vervolgmeting meer het gevoel hadden dat er gezamenlijke besluitvorming had plaats gevonden in vergelijking met de nulmeting. Uit de gesprekken met de patiënten en vraag 1 van de additionele vragen (Bijlage 4) blijkt dus ook dat er geen eenduidig beeld is. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden moet eerst duidelijk worden voor de patiënten hoe ze een samen beslismoment kunnen herkennen voordat ze kunnen aangeven of er gezamenlijke besluitvorming heeft plaatsgevonden.

5.2 Vergelijking met literatuur

Uit de literatuur blijkt dat er veel systematische reviews gedaan zijn naar wat samen beslissen betekend in de zorg. Hoe het proces precies in zijn werk gaat en hoe de ideale uitkomst bereikt kan worden.[20] Daarnaast zijn er veel interventies ontwikkeld op patiënten en zorgverlener perspectief welke nog niet uitvoerig getest zijn.[21] Het is nog onduidelijk of interventies gericht op samen beslissen effectief zijn.[22] Om deze reden worden deze interventies op dit moment nog nauwelijks gebruikt in de praktijk.[23] De algemene consensus is dat het proces samen beslissen zorgt voor een verbeterde zorg en speciaal daarvoor ontwikkelde interventies kunnen helpen. . Toch blijkt dat dit nog niet uitgebreid onderzocht is.[24]

Veelal zijn interventies die samen beslissen bevorderen en het samen beslis proces onderzocht op kleine schaal. Door onder andere het tekort aan financiering niet alleen voor onderzoeken naar samen beslissen, maar ook voor de implementatie van interventies die zouden kunnen helpen bij het samen beslissen zorgen voor een vertraagde vooruitgang.[25] Dus leg je dit onderzoek naast de bestaande studies over het onderwerp samen beslissen zie je een rode draad. Het is moeilijk om een significante verbetering van de zorg doormiddel van samen beslissen aan te tonen. Helemaal wanneer het onderzoek op een kleine schaal in een korte tijd wordt uitgevoerd met meerdere interventies tegelijk.

Zoals eerder benoemd laat de literatuur zien dat interventies speciaal gericht op het verbeteren van het samen beslis proces kunnen werken. Echter laat dit onderzoek zien dat in deze setting de mate van samen beslissen achteruit is gegaan na implementatie van deze interventies. Wat betekend dat dit ingaat tegen de literatuur. Dit kan mogelijk komen door de volgende problemen die zijn geïdentificeerd bij deze studie.

5.3 Sterke punten en beperkingen

In dit onderzoek bleek dat veel patiënten het samen beslismoment niet herkende. Zelfs de patiënten in de vervolgmeting die meer informatie hadden over samen beslissen en interventies tot hun beschikking hadden, konden het moment niet herkennen. Wat betekent dat er meer voorlichting nodig naar samen beslissen voor patiënten in het algemeen. In dit onderzoek en ook in het MST is hier geen aandacht aan besteed, wat kan worden gezien als een tekortkoming. Doordat patiënten dit moment niet herkende konden ze dit niet duidelijk doorgeven op de vragenlijsten waardoor deze mogelijk een incompleet beeld gaven. Dit kan opgelost worden door voorlichting te geven over het samen beslis proces bij de patiënt. Ook zou dit ondervangen kunnen worden door de zorgverlener. Wanneer deze expliciet zegt dat er een samen beslismoment is kan de patiënt hier beter aan meedoen.

Een andere beperking van het onderzoek was een recall probleem. Sommige patiënten kwamen alleen naar het consult of waren al op een oudere leeftijd en kregen zoveel informatie van de zorgverlener waardoor ze niet goed konden verwoorden of uitleggen wat er allemaal was gezegd en gedaan tijdens het consult. Hierdoor ging er informatie verloren die wel relevant voor het onderzoek zou geweest zijn.

Ook liep dit onderzoek aan tegen een gebrek aan tijd waardoor de onderzoekspopulatie te klein was om uitspraken te doen over een bredere populatie. De consulten die wel geschikt waren voor het onderzoek vielen gedeeltelijk af om meerdere uiteenlopende redenen. De kleine steekproefgrootte verlaagde de wetenschappelijke waarde en impact van het onderzoek op het onderwerp samen beslissen. Hierdoor werd de generaliseerbaarheid en de betrouwbaarheid van het onderzoek ondermijnd.

Daarnaast kunnen de resultaten sterk afhangen van de onderzoekspopulatie.

Op het wondexpertise centrum komen veel mensen die lage gezondheidsvaardigheden hebben. Daarnaast werd aangegeven tijdens het MDO dat er relatief veel laaggeletterde patiënten op de afdeling komen. Hier is relatief weinig rekening mee gehouden omdat het niet mogelijk was om eigen interventies en vragenlijsten te maken in het korte tijdsbestek. Ook was de leeftijd van de onderzoekspopulatie relatief hoog in vergelijking met de gemiddelde leeftijd van Nederland.[26] Uit de literatuur blijkt dat 55-plussers minder digitaal vaardig zijn dan mensen onder de 55.[27] De vraag is dus of de onderzoekspopulatie in dit onderzoek de gehele populatie met complexe wonden weerspiegelt.

Een ander zwak punt van het onderzoek was dat patiënten het gevoel hadden dat ze de zorgverlener aan het beoordelen waren. Ondanks dat de onderzoeker gedurende het onderzoek benoemde dat de zorgverlener niet beoordeeld werd, was dit toch een fenomeen. Veel patiënten op het WEC komen meerdere keren in een korte periode naar de afdelingen waardoor ze een goede band opbouwen met hun zorgverlener.

Hierdoor vullen ze mogelijk bewust of onbewust hogere scores in bij de CEK wat zorgt voor een vertekend beeld. Voor het vergelijken van de nulmeting en de vervolgmeting heeft dit overigens weinig invloed omdat het bij beide metingen voortkomt. Daarnaast vulde de onderzoeker vaak de vragenlijst in op verzoek van de patiënt. Dit werd gedaan omdat de patiënt hiernaar vroeg. Dit kan zorgen voor een overschatting of onderschatting van de score.

Een andere valkuil van dit onderzoek was de digitale vaardigheid van de patiënten. Door de hogere leeftijd van de onderzoekspopulatie was deze lager dan gemiddeld in Nederland. Hierdoor vielen er

relatief veel patiënten af. Dit zorgde ervoor dat de groep met lagere digitale vaardigheden geheel werd uitgesloten van het onderzoek.

Naast de onderzoeksvraag die in deze paper wordt beantwoord, was er gelijktijdig een ander onderzoek gaande dat het zorgverlenersperspectief onderzocht. Beide onderzoeken maakten gebruik van dezelfde onderzoeksopzet en werden parallel uitgevoerd. Dit zorgde niet alleen voor directe feedback vanuit beide perspectieven, maar stelde ook in staat het onderzoek minimaal te verbeteren. Doordat beide onderzoeken gelijktijdig verliepen was het mogelijk om met de ervaringen opgedaan door de andere onderzoeker, het onderzoek over het patiënten perspectief bij te sturen. Een concreet voorbeeld hiervan was dat tijdens het onderzoek bleek dat sommige patiënten de zorgverleners inlichtten dat ze meededen aan het onderzoek. Dit was niet de bedoeling en later is er bij elke patiënt duidelijk gemaakt dat ze tijdens het consult niets mochten zeggen over het onderzoek.

Ook werd duidelijk dat niet alle vragen van de CEK even logisch waren voor de patiënten. De vragen waren te lastig, volgens de patiënten dubbelop of gewoon niet relevant voor het consult waar ze waren geweest. Hierdoor bleek in de data-analyse een aantal vragen blanco waren gelaten. Dit is opgelost door procentuele scores te gebruiken. Dit zorgde voor meer vergelijkbare scores. Echter heeft dit als invloed dat sommige vragen uit de CEK zwaarder wogen dan andere. Dit zou een vertekend resultaat kunnen opleveren en dus het eindresultaat beïnvloeden. Daarnaast waren de extra samen beslis vragen in het patiënten portaal niet duidelijk genoeg. Er was geen extra informatie aanwezig over wat samen beslissen inhield waardoor deze vragen niet goed beantwoord konden worden.

Een onderdeel van dit onderzoek was dat zorgverleners niet wisten dat een bepaalde patiënt deelnam aan het onderzoek om het Hawthorne effect te voorkomen. Omdat de onderzoekers in de wachtkamer zaten en herkend werden, was het voor de zorgverlener redelijk eenvoudig om in te schatten welke patiënt wel en niet meedeed aan het onderzoek. Hierdoor konden de zorgverleners zich bewust of onbewust beter voordoen dan dat ze bij een consult zonder onderzoek zouden doen.

Dus de toegepaste interventies zullen voor een langere onderzoeksperiode met meer deelnemers onderzocht moeten worden om betere uitspraken over het effect van de interventies te kunnen doen. Een groot deel van het onderzoek had geen significante resultaten en het deel wat wel significante resultaten had, ging in tegen de bestaande literatuur.

Ondanks deze uitslagen zijn er tijdens dit onderzoek wel relevante vragen, verbeterpunten en goede op- of aanmerkingen naar voren gekomen die van belang zijn voor het verder integreren van samen beslissen op deze afdeling en uiteindelijk op het hele MST.

Als laatste was er een tegenstrijdigheid in de resultaten bij de mate van voorbereiding op het consult van de patiënt. De resultaten laten zien dat er een lichte afname is in de mate van voorbereiding bij patiënten bij de vervolgmeting. Dit is een gevoel van de patiënt zelf, de patiënt vond dat gemiddeld gezien hij of zij zich minder had voorbereid bij de vervolgmeting. Toch blijkt er wel een absolute toename te zijn in de voorbereiding wanneer er gekeken wordt naar welke soorten voorbereiding iemand heeft getroffen. Dus ondanks dat er relatief meer voorbereidingen werden getroffen in de vervolgmeting wordt dat niet als zodanig ervaren door de patiënt.

6 Aanbevelingen

Aan de hand van dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan.

De interventies die gebruikt zijn in dit onderzoek zouden in meerdere talen moeten worden uitgegeven, daarnaast heeft de folder ‘Had ik het maar gevraagd, had ik het maar gezegd’ een te hoog leesniveau en geen duidelijke afbeeldingen. Het taalniveau zou maximaal B1 mogen zijn.

Om het Hawthorne effect in zijn geheel te ontwijken dienen de onderzoekers buiten de wachtkamer te wachten. Hierdoor worden ze niet gezien door de zorgverleners. Daarnaast moet de onderzoeker direct bij de patiënt aangeven dat ze niet aan de zorgverlener mogen vertellen dat ze meedoen aan een onderzoek.

Tijdens de onderzoeksfase waren er patiënten die de vragen in de CEK niet relevant vonden en dus niet invulden. Ook leken een paar vragen in de CEK te veel op elkaar waardoor ze bij meerdere vragen hetzelfde invulden. De vragen in de CEK moeten dus worden herzien. Naast de CEK-vragen moeten ook de digitale extra beslis vragen in het patiënten portaal moeten worden herzien omdat deze alleen maar vragen opriepen.

De patiënt moet de CEK zoveel mogelijk zelf invullen zodat de onderzoeker geen inschatting hoeft te maken waar het antwoord van de patiënt precies past op de likert schaal. Alleen wanneer dit niet mogelijk is, mag en kan de onderzoeker helpen. Bijvoorbeeld als de patiënt niet kan lezen. Ook deze patiënten zijn een deel van de totale populatie die naar het WEC komt en dus relevant.

Het MST is op dit moment bezig met de campagne ‘MST Digitaal’ waarbij het MST langzaam overstapt naar de digitale wereld. Patiënten wordt gevraagd om voortaan voor informatie in te loggen in het patiënten portaal indien dat mogelijk is. Wanneer deze campagne is afgerond, kan een soort gelijk onderzoek meer opleveren omdat de patiënten dan al gewend zijn aan de online omgeving van het ziekenhuis.

Om de wetenschappelijke en maatschappelijke waarde van dit onderzoek en vervolg onderzoeken over dit onderwerp te vergroten dient er een grotere onderzoekspopulatie te worden gebruikt.

7 Overig

Bij een MDO op het WEC kwam er een vraag over wie er verantwoordelijk is voor de data die uit de auto-anamnese komt. Wanneer de patiënt de autoanamnese invult, gaat deze ervan uit dat de zorgverlener de autoanamnese ook ziet. In de huidige situatie is het voor de zorgverlener niet duidelijk waar de autoanamnese te vinden is en of hij is ingevuld. Daarnaast heeft de zorgverlener niet altijd tijd om de autoanamnese door te lezen. Deze vraag is opgepakt door de afdeling kwaliteit en veiligheid en wordt indien nodig verder behandeld met de jurist van het MST.

Alle originele beantwoorde vragenlijsten zijn op papier aanwezig in MST.

De Excel die gebruikt is voor het data verwerken staat op de harde schijf van het MST.

8 Bronnenlijst

1. Federatie Medisch Specialisten. (2019, 18 juni). Artsen formuleren visie op samen beslissen. Geraadpleegd op 23 oktober 6AD, van <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/artsen-formuleren-visie-op-samen-beslissen>
2. Routekaart samen beslissen. (z.d.). issuu. https://issuu.com/santeon/docs/boekje_routekaart_def_online_6776ff06375f6d?fr=sY2E4ZTI5ODg3MjY
3. Springvloet, L., Bos, N., de Jong, J., Friele, R., & de Boer, d. (2020). Patiënten en artsen ervaren niet dezelfde mate van samen beslissen: De transparantiemonitor 2019-2020. Nivel Kennis voor betere zorg. Geraadpleegd op 23 oktober 6AD, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003926.pdf>
4. Austin, C., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K., & Hanson, L. C. (2015). Tools to promote shared decision making in serious illness. JAMA Internal Medicine, 175(7), 1213. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1679>
5. Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. The Cochrane library, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006732.pub4>
6. Wat is samen beslissen? (2023, 22 februari). NFK. <https://nfk.nl/themas/samen-beslissen/wat-is-samen-beslissen>
7. Patiëntenfederatie Nederland. (2023). Samen beslissen. Patiëntenfederatie. <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen>
8. CVA Nederland. (2017). 1. Wat is samen beslissen? Kennisnetwerk CVA Nederland. Geraadpleegd op 23 oktober 6AD, van <https://www.kennisnetwerkcva.nl/kennisbank/themas/samen-beslissen/wat-is-samen-beslissen/>
9. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 17 augustus). Stappenmodellen proces samen beslissen. Samen Beslissen | uitkomstgerichte zorg. <https://www.uitkomstgerichte zorg.nl/themas/samen-beslissen/definitie-samen-beslissen>
10. Opel, D. J. (2018). A 4-Step Framework for Shared Decision-making in Pediatrics. Pediatrics, 142(Supplement_3), S149–S156. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0516e>
11. Pharos. (2023, August 8). De terugvraagmethode: infosheet | Pharos. <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode>
12. Samen beslissen. (2022, June 30). 3 Goede Vragen. <https://3goedevragen.nl/de-3-goede-vragen/samen-beslissen/>
13. Hallo Patiënt - Begin een goed gesprek. (2021, June 23). Begin Een Goed Gesprek. <https://begineengoedgesprek.nl/hallo-patient>
14. The Health Foundation. (n.d.). A simple tool to facilitate shared decisions. <https://www.health.org.uk/newsletter-feature/a-simple-tool-to-facilitate-shared-decisions#:~:text=Option%20Grids%20are%20one%20page%20evidence-based%20decision%20aids,the%20best%20course%20of%20action%20for%20their%20condition.>
15. Informed consent. (2022, April 22). KNMG. <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/informed-consent>

16. Syed-Abdul, S., Gabarron, E., & Lau, A. (2016). Participatory health through social media. Academic Press.
17. Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
18. McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 267–277. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.015>
19. Compacte Evaluatie Kaart. (2023, Maart 1).Santeon. CEK. [Santeon Strategische Prioriteiten \(experiment-uitkomstindicatoren.nl\)](https://www.santeon.nl/strategische-prioriteiten)
20. Faiman, B., & Tariman, J. D. (2019). Shared Decision Making: Improving Patient Outcomes by Understanding the Benefits of and Barriers to Effective Communication. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(5), 540–542. <https://doi.org/10.1188/19.cjon.540-542>
21. Pieterse, A. H., & Finset, A. (2019). Shared decision making—Much studied, much still unknown. *Patient Education and Counseling*, 102(11), 1946–1948. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.006>
22. Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane Library*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006732.pub4>
23. Tang, C., Wang, A., & Yan, J. (2022). Exploring motivations and resistances for implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review based on a structure–process–outcome model. *Health Expectations*, 25(4), 1254–1268. <https://doi.org/10.1111/hex.13541>
24. Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2014). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114–131. <https://doi.org/10.1177/0272989x14551638>
25. Moumjid, N., Durand, M., Carretier, J., Charuel, E., Daumer, J., Haesebaert, J., Hild, S., Mancini, J., Marsico, G., Rat, C., Zerbib, Y., Vincent, Y., & Blot, F. (2022). Implementation of shared decision-making and patient-centered care in France: Towards a wider uptake in 2022. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 171, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.03.001>
26. Centraal Bureau voor de Statistiek. (n.d.). Leeftijdsverdeling. Centraal Bureau Voor De Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/bevolking>
27. Digitale inclusie onder 55-plussers: Beleidsrichtingen. (n.d.). Universiteit Twente. https://www.utwente.nl/nl/centrumdigitaleinclusie/Blog/06-Digitale_Inclusie_Ouderen/

9 Bijlages

Bijlage 1 PIF Patiënt nulmeting

Onderzoek Patiëntregie en Samen Beslissen
Proefpersoneninformatiebrief – Patiënt nulmeting



Onderzoek patiëntregie en samen beslissen

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,
Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek in Medisch Spectrum Twente.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Onderzoek in MST (2021) naar samen beslissen laat zien dat samen beslissen binnen MST momenteel nog te weinig 'samen' is. Artsen geven o.a. aan dat er te weinig tijd is tijdens het consult. Patiënten herkennen het keuzemoment onvoldoende en zijn onvoldoende voorbereid. Er zijn verschillende hulpmiddelen ontwikkeld die zouden kunnen bijdragen aan een beter gesprek tussen de patiënt en zorgprofessional. Het effect van deze hulpmiddelen wordt in dit onderzoek onderzocht. Wij proberen te onderzoeken of deze hulpmiddelen van meerwaarde zijn in de ondersteuning van Samen Beslissen tijdens een consult op de polikliniek.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

U doorloopt het consult op de polikliniek zoals u gewend bent. Na afloop van het consult vragen we u om een korte vragenlijst in te vullen. Dit duurt maximaal 5 minuten.

3. Wat wordt er van u verwacht?

U moet een vragenlijst invullen na het geobserveerde consult.

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, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. U krijgt gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen. 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 geslacht en leeftijdscategorie gebruikt om te kunnen onderzoeken of deze van invloed zijn op de mate van samen beslissen. Deze gegevens worden voor het onderzoek opgeslagen en nadien verwijderd. De door u ingevulde vragenlijst wordt voor het onderzoek gebruikt en nadien verwijderd. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

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

Er worden alleen de kosten voor de ziekenhuisbehandeling bij u of uw zorgverzekeraar in rekening gebracht. U maakt geen extra kosten voor het onderzoek. U krijgt geen vergoeding voor deelname aan het onderzoek.

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.
Koen Timmer tel. 06 22277632 of Anne van der Kolk tel. 06 40325731

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,
Anne van der Kolk en Koen Timmer

Bijlage
A: Toestemmingsformulier

Bijlage A Toestemmingsformulier

Patiëntregie en samen beslissen
Versie 1.1 Datum: 30-10-2023

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

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

Ik 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: __ / __ / __

Onderzoek patiëntregie en samen beslissen

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,
Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek in Medisch Spectrum Twente.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Onderzoek in MST (2021) naar samen beslissen laat zien dat samen beslissen binnen MST momenteel nog te weinig 'samen' is. Artsen geven o.a. aan dat er te weinig tijd is tijdens het consult. Patiënten herkennen het keuzemoment onvoldoende en zijn onvoldoende voorbereid. Er zijn verschillende hulpmiddelen ontwikkeld die zouden kunnen bijdragen aan een beter gesprek tussen de patiënt en zorgprofessional. Het effect van deze hulpmiddelen wordt in dit onderzoek onderzocht. Wij proberen te onderzoeken of deze hulpmiddelen van meerwaarde zijn in de ondersteuning van Samen Beslissen tijdens een consult op de polikliniek.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Na het consult vragen we u een korte vragenlijst in te vullen over het consult. Dit duurt maximaal 5 minuten.

3. Wat wordt er van u verwacht?

De onderzoekers nemen voor uw consult telefonisch contact met u op. Zij zullen u vragen om voorafgaand aan het consult in te loggen in uw patiëntenportaal. Er zullen een aantal vragen en folders voor u klaarstaan. Wij vragen aan u om de vragenlijst in te vullen en de folders door te nemen. Daarna zien de onderzoekers u op de polikliniek en zullen zij u vragen om na afloop van het consult een vragenlijst in te vullen.

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, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. U krijgt gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen. 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 geslacht en leeftijdscategorie gebruikt om te kunnen onderzoeken of deze van invloed zijn op de mate van samen beslissen. Deze gegevens worden voor het onderzoek opgeslagen en nadien verwijderd. De door u ingevulde vragenlijst wordt voor het onderzoek gebruikt en nadien verwijderd. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Uw gegevens worden 5 jaar bewaard op het MST.

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

Er worden alleen de kosten voor de ziekenhuisbehandeling bij u of uw zorgverzekeraar in rekening gebracht. U maakt geen extra kosten voor het onderzoek. U krijgt geen vergoeding voor deelname aan het onderzoek.

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.
Koen Timmer tel. 06 22277632 of Anne van der Kolk tel. 06 40325731

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,
Anne van der Kolk en Koen Timmer

Bijlage
A: Toestemmingsformulier

Bijlage A Toestemmingsformulier

Patiëntregie en samen beslissen
Versie 1.0 Datum: 16-10-2023

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

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

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

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

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

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

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 3 Compacte Evaluatie Kaart Patiënt



Vragenlijst over de besluitvorming voor de patiënt

Dit is een vragenlijst over het consult waarin een beslissing is genomen over een volgende stap in uw behandeling. Over deze beslissing heeft u mogelijk meerdere consulten gehad met uw zorgverlener. Wilt u bij het invullen denken aan al deze consulten?

Vanwege welke reden heeft u uw zorgverlener bezocht?

(bijvoorbeeld met welke klachten, welke diagnose)

Welke beslissing is er genomen?

(bijvoorbeeld welke behandeling, onderzoek of afwachten)

De volgende vragen hebben betrekking op de mate van samenwerking met uw zorgverlener om tot een beslissing te komen over uw behandeling. Kruis bij elke uitspraak het antwoord aan dat het beste past. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw mening. Uw antwoorden blijven anoniem, dus de arts krijgt ze niet te zien. Deze vragenlijst gaat niet om hoe tevreden u bent met uw arts. Het gaat er om wat uw arts gezegd of gedaan heeft tijdens het gesprek.

		helemaal mee oneens	steek mee oneens	ergens mee oneens	ergens mee eens	steek mee eens	helemaal mee eens
1	Mijn arts heeft me duidelijk gemaakt dat er een beslissing genomen moet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mijn arts wilde precies van me weten hoe ik betrokken zou willen worden bij het nemen van de beslissing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mijn arts heeft me verteld dat er voor mijn klachten verschillende opties zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mijn arts heeft me de voor- en nadelen van de mogelijke opties precies uitgelegd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mijn arts heeft me geholpen alle informatie te begrijpen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mijn arts heeft me gevraagd welke optie mijn voorkeur heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mijn arts en ik hebben de verschillende opties grondig afgewogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Compacte evaluatiekaart 'samen beslissen' v2.1



8	Mijn arts en ik hebben samen een optie uitgekozen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mijn arts en ik hebben een afspraak gemaakt over het verdere vervolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ik voelde mij begrepen door mijn arts in het proces van besluitvorming.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	De gemaakte keuze is op dit moment passend bij mijn persoonlijke situatie en voorkeuren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u nog tips over hoe wij de besluitvorming met u kunnen verbeteren?

Additionele vragen voor de patiënt:

1. Is er tijdens het gesprek met uw dokter gesproken over verschillende behandel opties?
 - Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
2. Bent u:
 - Vrouw
 - Man
 - Anders
 - Zeg ik liever niet

Andere betekent voor u: _____

3. Wat is uw leeftijd?
 - 18-20
 - 21-29
 - 30-39
 - 40-49
 - 50-59
 - 60-69
 - 70-79
 - 80 of ouder
4. Heeft u zich voorbereid op het consult?
 - Helemaal mee oneens
 - Sterk mee oneens
 - Enigszins mee oneens
 - Enigszins mee eens
 - Sterk mee eens
 - Helemaal mee eens

5. Op welke manier heeft u zich voorbereid? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Vragen opgeschreven van tevoren
- Symptomen/klachten opgeschreven van tevoren
- Medicatieoverzicht meegenomen
- Familielid, vriend, partner meegenomen naar afspraak
- Informatie opgezocht;
 - Internet
 - Folder
 - Bibliotheek
 - Familie, vrienden, kennissen
- Geen van deze opties
- Anders:

6. Wilt u verder nog iets delen met betrekking tot samen beslissen? (Optioneel)



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

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

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

Wat wil de dokter weten?

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

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

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

Wat wilt u weten?

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

Wat betekent dit voor mij?

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

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

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

Tips voor een goed gesprek

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

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

Schrijf hier uw vragen op

In gesprek met uw zorgverlener

Stel in ieder geval deze 3 vragen

Wat zijn mijn
mogelijkheden?

Wat zijn de voor-
en nadelen van die
mogelijkheden?

Wat betekent dat
in mijn situatie?



Lichaamsfuncties



Emoties en gevoel



Zingeving



Kwaliteit van leven



Meedoen



Dagelijks functioneren

Bijlage 7 Autoanamnese

Niet beschikbaar i.v.m. te laat verkrijgen van de juiste data/gegevens)

Bijlage 8 Digitale Extra samen beslis vragen

Wat zou u met uw behandelaar willen bespreken?

Dat ik minder last heb van:

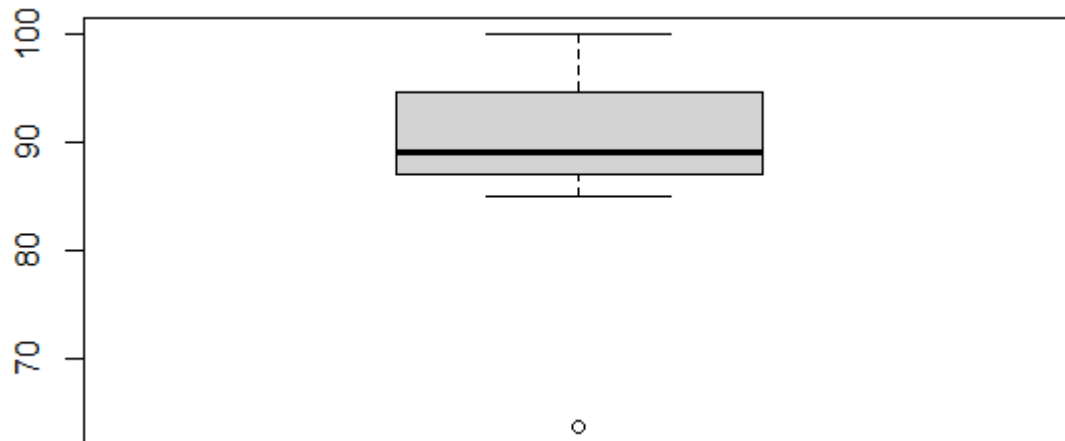
Dat ik (weer) kan:

Ik hoop dat:

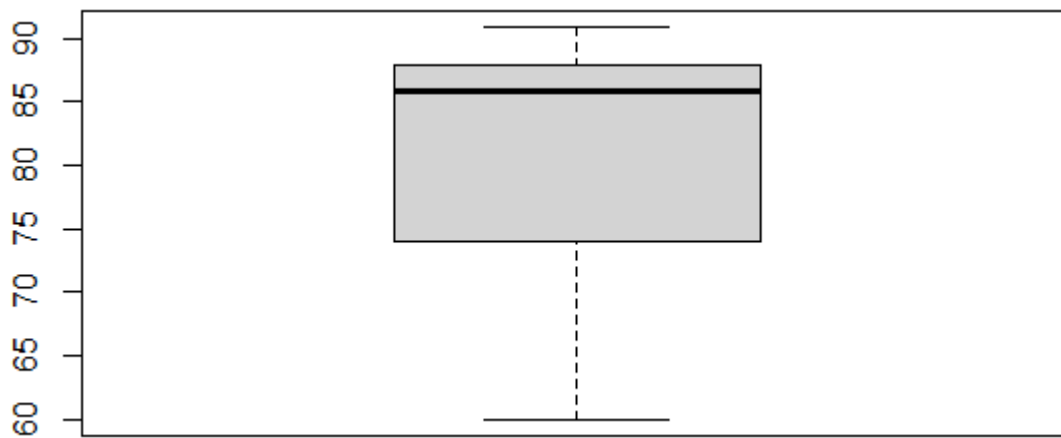
Anders:

Bijlage 9: Boxplots voormeting en Vervolgmeting CEK som

Voormeting:



Vervolgmeting:



Bijlage 10 Data uit R

R script voor het beantwoorden van de hoofdvraag

```
> wilcox.exact(VoormetingPat$SOM, NametingPat$SOM)
```

```
Exact wilcoxon rank sum test
```

```
data: VoormetingPat$SOM and NametingPat$SOM  
W = 126, p-value = 0.01718  
alternative hypothesis: true mu is not equal to 0
```

R script voor het beantwoorden van de deelvraag

```
> wilcox.exact(VoormetingPat$voorb, NametingPat$voorb, paired = FALSE)
```

```
Exact wilcoxon rank sum test
```

```
data: VoormetingPat$voorb and NametingPat$voorb  
W = 88, p-value = 0.7071  
alternative hypothesis: true mu is not equal to 0
```