

SHARED DECISION MAKING

Shared decision making in de eerstelijns fysiotherapie:
bevorderende en belemmerende factoren.

KWALITATIEF ONDERZOEK

Student: Adrienne Vlieg
Studentnummer: 326129
Scriptiebegeleider: Sandra Jorna-Lakke
Datum: 10 juni 2019



HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN | OPLEIDING FYSIOTHERAPIE

***Shared decision making* in de eerstelijns fysiotherapie: een kwalitatief onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren.**

Bachelor thesis door Adrianne Vlieg
10 juni 2019

Naam auteur:	Adrianne Vlieg
Studentnummer:	326129
Plaats van uitgave:	Groningen
Datum van voltooiing	10 juni 2019
Uitgevende instantie:	Hanzehogeschool Groningen, opleiding fysiotherapie
Begeleider:	Sandra Jorna-Lakke
Opdrachtgever:	Sandra Jorna-Lakke

Bron afbeelding omslag: <https://btsg.nl/communicatie-kent-drie-niveaus/>

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek: 'De waargenomen bevorderende en belemmerende factoren van de toepassing van *shared decision making* bij eerstelijns fysiotherapeuten: een kwalitatief onderzoek.' Dit afstudeeronderzoek is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding tot fysiotherapeut aan de Hanzehogeschool in Groningen in opdracht van Sandra Jorna-Lakke.

Goede communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt is naar mijn mening zeer belangrijk voor een goed behandelresultaat. Een effectieve manier van communiceren met de patiënt kan mede worden bereikt door middel van het toepassen van *shared decision making* (SDM). De eerste keer dat ik in aanraking kwam met dit onderwerp was aan het begin van mijn afstudeerstage op de pijnrevalidatie van het UMCG Centrum voor Revalidatie Beatrixoord in Haren. SDM wordt hier toegepast om de patiëntgerichte zorg te waarborgen en behandeluitkomsten te verbeteren. Dit maakt dat ik niet alleen mijn afstudeeronderzoek heb geschreven over SDM, maar dat ik dit model ook direct heb kunnen toepassen in de praktijk. Dit is de kwaliteit van dit afstudeeronderzoek ten goede gekomen.

Mijn dank gaat uit naar Sandra Jorna-Lakke voor de ondersteuning en begeleiding tijdens de uitvoering en totstandkoming van mijn afstudeeronderzoek. Daarnaast wil ik Bert Hofstra bedanken voor de intervisie uren en behulpzame woorden tijdens mijn stage in het pijnteam. Dit alles heeft geholpen dit afstudeeronderzoek tot een goed einde te brengen.

Adrianne Vlieg

Groningen, juni 2019

Samenvatting

Aanleiding In de huidige gezondheidszorg vindt een verschuiving plaats van paternalistische besluitvorming naar gezamenlijke besluitvorming, oftewel *shared decision making* (SDM). Bij SDM werken zorgverlener en patiënt samen om tot een gezondheidsbesluit te komen, gebaseerd op het beste klinische bewijs en de voorkeuren van de patiënt. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat SDM weinig wordt toegepast door fysiotherapeuten, ondanks dat SDM kan leiden tot verbeterde patiëntenuitkomsten en mogelijk tot verlaging van de gezondheidskosten. Een eerste stap in de implementatie van SDM in de fysiotherapeutische setting is het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren voor de toepassing van SDM vanuit het perspectief van fysiotherapeuten om de patiëntgerichte besluitvorming te verbeteren.

Methoden In deze studie werden zes semigestructureerde diepte-interviews uitgevoerd met eerstelijns fysiotherapeuten. De diepte-interviews werden afgenomen door de onderzoeker en opgenomen met behulp van audioapparatuur. De interviews werden getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd door middel van een directe inhoudsanalyse. Geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren werden geclassificeerd volgens het raamwerk van Grol en Wensing dat bestaat uit zes levels: innovatie, individuele professional, patiënt, sociale context, organisatorische context en omgevingscontext.

Resultaten In totaal waren vier bevorderende en vijf belemmerende factoren geïdentificeerd in het level innovatie. In het level individuele professional waren drie bevorderende factoren geïdentificeerd en tien belemmerende factoren. Verder rapporteerden participanten twee bevorderende en tien belemmerende factoren in het level patiënt. In het level sociale context waren twee belemmerende factoren gevonden, in het level organisatorische context drie en in het level omgevingscontext één. In deze levels waren geen bevorderende factoren geïdentificeerd. De factoren konden worden onderverdeeld in negentien thema's.

Conclusies Deze studie heeft bevorderende en belemmerende factoren van SDM in de fysiotherapie geïdentificeerd. De meeste bevorderende factoren zijn geïdentificeerd in het level innovatie. De meeste belemmerende factoren zijn geïdentificeerd in de levels individuele professional en patiënt. Participanten hebben een positieve houding tegenover de toepassing van SDM, wat een positieve invloed kan hebben op de implementatie. Echter rust de vraag of patiënten toe zijn aan deze vorm van autonomie en of fysiotherapeuten voldoende vaardigheden bezitten om SDM te kunnen laten plaatsvinden. Een effectieve implementatiestrategie dient zich te richten op deze geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren.

Abstract

Background In current health care there is a shift from paternalistic decision making to shared decision making (SDM). SDM is a model that can increase patient involvement in the decision-making process. During this process, a healthcare provider and patient work together to reach a health-related decision based on clinical evidence and patient preferences. Previous research shows that physiotherapists rarely use SDM during a physiotherapy consultation, despite the possibility that SDM leads to improved patient outcomes and reduction in health care costs. The first step to implement SDM in physical therapy is to describe barriers and facilitators from the point of view of physical therapist in order to optimize patient-oriented care.

Methods In this study, six semi-structured in-depth interviews were conducted with primary care physiotherapists. In-depth interviews were conducted by the researcher and recorded using voice recorders. The interviews were transcribed and then analysed by direct content analysis. Identified barriers and facilitators were classified according to the framework of *Grol and Wensing*, which consists of six levels: innovation, individual professional, patient, social context, organisational context and environmental factors.

Results In total, four facilitators and five barriers were identified at the innovation level. At the individual professional level, three facilitators and ten barriers were found. Also, participants reported two facilitators and ten barriers at the patient level. At the level of social context two barriers were found, at the level of organisational context three and at the level of environmental context one. In these levels, no facilitators were found. The factors could be subdivided into nineteen themes.

Conclusion This study has identified barriers and facilitators of SDM in primary care physical therapy. Most barriers are identified at the individual professional and patient level. Most facilitators are identified at the innovation level. Participants have a positive attitude towards the application of SDM, which has a positive influence on the implementation. However, the question remains whether patients are ready for this form of autonomy and whether physiotherapists have the skills for SDM to take place effectively. An effective implementation strategy for SDM should focus on these barriers and facilitators.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract	5
1. Inleiding.....	7
2. Methode.....	9
<i>2.1 Onderzoeksopzet</i>	<i>9</i>
<i>2.2 Onderzoekspopulatie met in- en exclusiecriteria</i>	<i>9</i>
<i>2.3 Meetinstrumenten en uitkomstmaten</i>	<i>10</i>
3. Resultaten.....	12
<i>3.1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie</i>	<i>12</i>
<i>3.2 Schriftelijke en/of grafische weergave van de resultaten</i>	<i>12</i>
4. Discussie	22
5. Conclusie	27
6. Literatuurlijst	28
Bijlagen.....	31
Bijlage I Informed Consent	31
Bijlage II Interview guide.....	34
Bijlage III Codeboek	38

1. Inleiding

In de huidige gezondheidszorg wordt *shared decision making*, ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd, aanbevolen als model om de betrokkenheid van patiënten bij de besluitvorming over gezondheidsbeslissingen te vergroten (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). SDM is een model dat disbalans in macht tussen zorgverlener en patiënt vermindert. Het model bestaat uit drie stappen, namelijk: *choice talk*, *option talk* en *decision talk*, waarbij de zorgverlener het proces ondersteunt (Elwyn, et al., 2014). *Choice talk* verwijst naar de stap om ervoor te zorgen dat de patiënt op de hoogte is van verschillende opties op het gebied van diagnostiek of behandeling. Tijdens *option talk* wordt de patiënt geïnformeerd over meer gedetailleerde informatie en tijdens *decision talk* wordt de patiënt door de zorgverlener ondersteund in het maken van het beste besluit door middel van het overwegen van de verschillende opties en door de voorkeuren van de patiënt in acht te nemen (Elwyn, et al., 2014). Dierckx *et al.* (2013) heeft vijf karakteristieken geïdentificeerd om SDM te definiëren, weergegeven in tabel 1.

Onder invloed van wetenschappelijke ontwikkelingen verandert de patiëntenzorg continu. Zo ook in de Nederlandse gezondheidszorg waar paternalistische besluitvorming plaatsmaakt voor SDM. SDM staat in contrast met paternalistische besluitvorming, waarbij de patiënt een gezondheidsbeslissing aan de zorgverlener delegeert (van der Weijden, van Veenendaal, & Timmermans, 2007). Het gezondheidssysteem in Nederland wordt op deze manier patiënt georiënteerd. De rol van de zorgverlener is essentieel, maar het perspectief van de patiënt dient eveneens bij te dragen aan het bepalen van diagnostiek of behandeling. Gezien deze verschuiving binnen de gezondheidszorg naar gezamenlijke besluitvorming is het essentieel dat zorgverleners in staat zijn mee te verschuiven met deze verandering (van der Weijden, van Veenendaal, & Timmermans, 2007). Deze patiëntgerichte besluitvorming wordt geassocieerd met verbeterde patiëntuitkomsten zoals verhoogde tevredenheid, therapietrouwheid, zelfmanagement en klinische uitkomsten (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). Tevens kan SDM leiden tot verlaging van gezondheidskosten. Wanneer patiënten correct zijn geïnformeerd, geven zij vaker de voorkeur aan een conservatieve behandelingsmethode in plaats van een operatieve methode, wat leidt tot verlaging van gezondheidskosten (Walsh, et al., 2014). De positieve effecten van SDM zijn niet universeel. In een studie waarbij 75 patiënten zijn geconfronteerd met beslissingen over de behandeling van kanker, blijkt deze vorm van communicatie negatief te correleren met de tevredenheid over de beslissing (Politi, Clark, Ombao, Dizon, & Elwyn, 2011). Ook de studie van Stenner *et al.* (2016) toont aan dat patiënten met specifieke chronische lage rugpijn meer behoefte hebben aan informatie over hun aandoening en een individueel behandelplan dan aan SDM. Ondanks

deze bevindingen blijkt het merendeel van de patiënten actief te willen deelnemen tijdens het maken van gezondheidsbeslissingen (Legare, Ratte, Gravel, & Graham, 2008). SDM vindt echter niet tot weinig plaats in de fysiotherapeutische setting, blijkt uit observationeel onderzoek van Dierckx *et al.* (2013) naar de implementatie van SDM in de fysiotherapie. Dit onderzoek toont eveneens aan dat het merendeel van de patiënten de voorkeur geeft aan actieve participatie in de besluitvorming (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). SDM wordt dus weinig toegepast in de fysiotherapeutische setting ondanks de voordelen voor zowel de patiënt, zorgverlener en maatschappij en ondanks de voorkeur van het merendeel van de patiënten om actief betrokken te zijn bij het besluitvormingsproces.

Om SDM effectief te implementeren in de fysiotherapeutische setting dient een gedegen analyse te worden gedaan van de doelgroep (Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg, 2006). Deze studie is daarom gericht op het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren. De hoofdvraag luidt als volgt: ‘Wat zijn de waargenomen bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de toepassing van *shared decision making* bij eerstelijns fysiotherapeuten?’ Inzicht krijgen in bevorderende en belemmerende factoren kan duidelijkheid scheppen over de richting van de implementatiestrategie en kan het de effectiviteit van de strategie verhogen (Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg, 2006).

Het uiteindelijke doel van deze kwalitatieve studie is om de kloof tussen wetenschappelijk bewijs en patiëntenzorg te overbruggen en een eerste stap te zetten in de implementatie van SDM in de fysiotherapie. Op deze manier wordt getracht de patiëntgerichte besluitvorming te optimaliseren (Grol & Wensing, 2004).

Tabel 1 SDM-karakteristieken (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013).

SDM-karakteristieken	
1	Ten minste twee personen zijn betrokken;
2	Beide partijen participeren actief tijdens het proces van besluitvorming;
3	Het delen van informatie is een voorwaarde voor SDM;
4	Deliberatie moet plaatsvinden door het bespreken van de behandelingsvoorkeur van beide partijen;
5	Besluitvorming vindt plaats wanneer beide partijen het eens zijn.

2. Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Middels een kwalitatieve studie werd getracht antwoord te geven op de hoofdvraag. Er was gekozen voor een kwalitatieve studie aangezien dit een geschikte methode is om meningen en overtuigingen vanuit het perspectief van de participanten te begrijpen (Qualitative Research Methods, 2011). Datacollectie vond plaats door middel van semigestructureerde, individuele diepte-interviews met de participanten. Er was gekozen voor diepte-interviews, aangezien dit type van datacollectie rijke en diepgaande informatie biedt over cognities, motivaties en ervaringen van individuen (Dicicco-Bloom & Crabtree, 2006), dat paste bij dit type onderzoek. Er had kunnen worden gekozen voor een focusgroep, maar aangezien groepsprocessen bij deze vorm van datacollectie een grote rol spelen en de onderzoeker onervaren was, was gekozen voor diepte-interviews (Baarda, 2014). De interviews waren opgenomen met behulp van audioapparatuur. Participanten waren niet aan handelingen onderworpen en hadden geen gedragswijze opgelegd gekregen. Dit onderzoek was daarom niet WMO-plichtig. Voorafgaande aan de interviews hadden participanten een *Informed Consent* (bijlage I) ondertekend waarmee toestemming werd gegeven voor deelname aan het onderzoek.

2.2 Onderzoekspopulatie met in- en exclusiecriteria

De onderzoekspopulatie bestond uit zes eerstelijns fysiotherapeuten uit Noord-Nederland. Zij waren direct door de onderzoeker benaderd. De methode die hiervoor was gebruikt was *convenience sampling*, waarbij participanten waren benaderd via e-mail. De *Informed Consent* was direct meegestuurd. Er was gekozen voor een gevarieerde groep eerstelijns fysiotherapeuten met verschillende specialisaties en aantal jaren werkervaring om de ervaringen van uiteenlopende fysiotherapeuten te kunnen onderzoeken. Kinderfysiotherapeuten waren geëxcludeerd uit het onderzoek, aangezien communicatie met kinderen op een andere wijze plaatsvindt dan met volwassenen (Tates & Ludwien, 2001). In- en exclusiecriteria staan beschreven in tabel 2.

Tabel 2 In- en exclusiecriteria participanten.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Nederlandssprekend	Kinderfysiotherapeut
Eerstelijns fysiotherapeut	
BIG-geregistreerd	

2.3 Meetinstrumenten en uitkomstmaten

Tijdens de diepte-interviews was gebruik gemaakt van een *interview guide* (bijlage II). De *interview guide* was gebaseerd op het raamwerk van Grol en Wensing. Het raamwerk, weergegeven in tabel 3, is gebaseerd op een aantal theoretische beschouwingen over gedragsverandering. Het raamwerk beschrijft hoe bevorderende en belemmerende factoren kunnen worden geïdentificeerd, gecategoriseerd en gebruikt kunnen worden voor de ontwikkeling van een strategie om de gewenste verandering te faciliteren. In het geval van deze studie: het toepassen van SDM in de fysiotherapeutische setting. Het raamwerk categoriseert bevorderende en belemmerende factoren in zes levels: innovatie, individuele professional, patiënt, sociale context, organisatorische context en de omgevingscontext (economische en politieke factoren) (Grol & Wensing, 2004).

Tabel 3 Bevorderende en belemmerende factoren voor verandering op verschillende niveaus van de gezondheidszorg (Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg, 2006).

Level	Bevorderende/belemmerende factoren
Innovatie	Voordelen in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid en aantrekkelijkheid;
Individuele professional	Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen en gedragsroutines;
Patiënt	Kennis, vaardigheden, houding en compliantie;
Sociale context	Advies van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking en leiderschap;
Organisatorische context	Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen en structuren;
Economische en politieke context	Financiële regelingen, voorschriften en beleid.

Bij aanvang van de interviews was een uitleg gegeven door de onderzoeker over SDM, die luidt als volgt: 'Tijdens SDM nemen zorgverleners en patiënten gezamenlijk beslissingen en wegen zij het bewijsmateriaal met betrekking tot verschillende behandelopties af.' (Elwyn, et al., 2010). Tevens was uitleg gegeven over de criteria van SDM waaraan participanten moesten voldoen. Verder waren de participanten gevraagd een voorbeeld te geven van hoe zij SDM hadden toegepast in de praktijk. Interviews waren afgenomen tot datasaturatie was bereikt. Datasaturatie was bereikt wanneer er geen nieuwe informatie meer ter sprake kwam tijdens drie opeenvolgende interviews (Francis, et al., 2010).

2.4 Uitleg van de analysetechnieken

Directe inhoudsanalyse was gebruikt ter analyse van de tekstuele data verkregen uit de transcripties van de diepte-interviews. Een directe inhoudsanalyse wordt gedefinieerd als een onderzoeksmethode ter subjectieve interpretatie van de inhoud van tekstuele data door het systematische classificatieproces of coderen in het identificeren van thema's of patronen. Er was gekozen voor directe inhoudsanalyse, aangezien deze methode geschikt is ter uitbreiding van een theoretisch raamwerk (Hsieh & Shannon, 2005), in het geval van deze studie het raamwerk van Grol en Wensing.

Allereerst werd de tekstuele data getranscribeerd. Vervolgens werden codes gemaakt gebaseerd op citaten benoemd door de participanten. Vergelijkbare codes werden daarna geïdentificeerd in thema's en vervolgens geclassificeerd volgens het raamwerk van Grol en Wensing. Tot slot werd een codeboek gemaakt, dat het systematische analyseproces weergeeft (bijlage III).

3. Resultaten

3.1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie

Binnen het onderzoek waren elf eerstelijns fysiotherapiepraktijken benaderd. Hiervan hadden zes participanten (N = 6) toestemming gegeven om deel te nemen aan het onderzoek middels het ondertekenen van een *Informed Consent*. De gemiddelde werkervaring van de participanten was negen jaar (range = 2 – 28). Twee participanten volgden op het moment van de interviews de Master Manuele therapie, één had de Master Psychosomatische therapie afgerond en de overige participanten waren algemeen fysiotherapeut. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 34 jaar oud (range = 25 – 51). Kenmerken van de participanten staan beschreven in tabel 4.

Tabel 4 Demografische data participanten.

Participant	Geslacht	Leeftijd (j)	Werkervaring (j)	Specialisaties
1	Vrouwelijk	25	3,5	Manuele therapeut i.o.
2	Mannelijk	28	4,5	Manuele therapeut i.o.
3	Vrouwelijk	27	2	Algemeen fysiotherapeut
4	Vrouwelijk	42	15	Algemeen fysiotherapeut
5	Mannelijk	31	3	Algemeen fysiotherapeut
6	Vrouwelijk	51	28	Psychosomatische therapeut

* j = jaren, i.o. = in opleiding.

3.2 Schriftelijke en/of grafische weergave van de resultaten

De interviews waren afgenomen tussen 10/04/2019 en 15/05/2019 op een locatie naar keuze van de participant. Alle interviews waren afgenomen door dezelfde onderzoeker. De interviews hadden een tijdsduur van 35:25 tot en met 1:06:02. Participanten rapporteerden negen bevorderende en 31 belemmerende factoren. In het level innovatie waren vier bevorderende en vijf belemmerende factoren geïdentificeerd. In het level individuele professional waren drie bevorderende en tien belemmerende factoren gevonden. Verder rapporteerden participanten twee bevorderende factoren en tien belemmerende factoren in het level patiënt. In het level sociale context zijn twee belemmerende factoren gevonden, in het level organisatorische

context drie en in het level omgevingscontext één. In deze levels zijn geen bevorderende factoren geïdentificeerd. De factoren konden worden onderverdeeld in negentien thema's. Tabel 5 geeft een weergave van negentien thema's die waren ontstaan na het coderingsproces, onderverdeeld in de levels van het raamwerk van Grol en Wensing.

Tabel 5 Bevorderende en belemmerende factoren volgens Grol en Wensing.

Level	Belemmerende factor	Bevorderende factor
Innovatie	Onbekendheid Het concept leeft niet onder fysiotherapeuten	Voordelen Verhoogde motivatie patiënt Verhoogde therapietrouwheid patiënt
	Onduidelijke definitie Twijfel over de definitie en criteria	Lange termijneffecten Visie
	Mogelijkheden tot leren Cursussen	
	Nadelen Eigen regie patiënt Bezuinigingen	
Individuele professional	Negatieve houding naar SDM Belang van het uitdrukken van eigen inzicht Niet nodig bij iedere patiënt	Positieve houding naar SDM SDM is een goed concept SDM is een belangrijk concept SDM respecteert de patiënt
	Gebrek aan kennis over SDM Gebrek aan behandelopties Gebrek aan educatie	
	Gebrek aan vaardigheden Communiceren Betrekken bij besluitvorming Informatie overbrengen Gebrek aan zelfvertrouwen	
	Gedragsroutine Positieve werking van huidige routine Inschatting maken	

Patiënt	Negatieve houding naar SDM	Positieve houding naar SDM
	Geen behoefte aan gespreksvorming	Openstaan voor (gedrags-)verandering
	Geen behoefte aan eigen verantwoordelijkheid	Belang van inbreng hebben in de besluitvorming
	Verwachting passieve rol	
	Gebrek aan vaardigheden	
	Taalbarrière	
	Gebrek aan communicatieve vaardigheden	
	Weinig inzicht in eigen gezondheidsvaardigheden	
	Laag opleidingsniveau	
	Onvermogen besluiten te maken	
	Kennis	
	Gebrek aan kennis over eigen gezondheid	
	Tevredenheid	
	Verlaagde tevredenheid door SDM	
Sociale context	Sociale invloeden	
	Collega's die SDM niet toepassen	
	Overige zorgverleners die SDM niet toepassen	
Organisatorische context	Gebrek aan handvaten	
	Gebrek aan handvaten om SDM te faciliteren	
	Situationele factoren	
	Gebrek aan tijd	
	Financiële belemmering	
Omgevingscontext	Zorgverzekering	
	Beperkt aantal vergoede behandelingen	

Innovatie

Participanten noemden vijf thema's op het gebied van innovatie, waarbij drie nieuwe thema's waren geïdentificeerd, namelijk: onbekendheid SDM, onduidelijke definitie SDM en weinig

mogelijkheden tot het leren over SDM. Verder werden voor- en nadelen benoemd als thema's. Uit de interviews bleek dat participanten weinig bekend waren met het concept SDM. Ook bleek dat participanten niet wisten wat het concept precies inhield en wat de criteria waren. Een participant vertelde het volgende:

“Nu ik dit teruglees denk ik: ‘O ja, dit heb ik gehad.’ En toch leeft het niet zo. Een deel doe je wel onbewust maar of dat nou echt SDM is wat ik doe, dat weet ik niet. Omdat het voor mij niet zo leeft (participant 4, 42 jaar).”

Het merendeel van de participanten gaf aan dat zij deels aan SDM deden, nadat uitleg was gegeven over de definitie van SDM en de criteria waaraan moet worden voldaan. Het benoemen van de voor- en nadelen van therapieën werd nagenoeg niet gedaan. Uit de interviews bleek dat uitleg werd gegeven waarom iets werd gedaan en dat toestemming werd gevraagd aan de patiënt om de behandeling uit te voeren. Vervolgens stuurden fysiotherapeuten de patiënten aan in een richting van een behandeling waarvan zij de evidentie kenden of de beste ervaringen mee hadden. Hierbij werd dus niet standaard rekening gehouden met de individuele voorkeuren van de patiënt.

Als derde thema werd benoemd dat een deel van de participanten weinig interesse had in het volgen van een cursus over SDM, bleek uit het volgende resultaat: *‘Ik geloof niet dat ik mijzelf in zou schrijven voor zo 'n cursus.’* Participanten gaven aan dat zij het concept graag geïmplementeerd zouden zien in een cursus die niet specifiek gericht is op SDM, maar in een cursus over een ander (willekeurig) onderwerp. Dit zou de drempel om te leren over SDM verlagen.

Het vierde thema ging over de nadelen van SDM. In de huidige gezondheidszorg komt de autonomie van de patiënt steeds meer centraal te staan. Participanten verwachtten dat dit concept niet geschikt en niet nodig is voor iedere patiënt. Eén participant vertelde het volgende:

‘Waar ik wel moeite mee heb is dat tegenwoordig iedere patiënt regie moet hebben over zijn eigen gezondheid. Maar niet iedere patiënt is daar geschikt voor. Op het moment dat je ziek bent, ben je niet op de best. Dus ik vind dat het een valkuil is dat er een beetje misbruik wordt gemaakt vanwege bezuinigingen zo van ‘nou en iedereen zoekt het maar uit’. En dat is niet de bedoeling van de regie in eigen hand nemen (participant 6, 51 jaar).’

Het laatste thema had te maken met de voordelen van de toepassing van SDM. Dit was volgens de participanten een belangrijke bevorderende factor. Zo werd verwacht dat patiënten

gemotiveerder zouden zijn en dat de therapietrouwheid zou verhogen. Verder werd verwacht dat de therapie beter zou aanslaan en dat daarmee grotere effecten kunnen worden bereikt, met name op de lange termijn. Tevens werd benoemd dat zij verwachtten dat dit een prettige manier kan zijn om met de patiënt samen te werken en dat dit een concept is waar zij als fysiotherapeut, maar ook als praktijk, achter konden staan. De volgende citaten werden door twee participanten genoemd:

“Ik denk dat de therapietrouwheid van de patiënt veel hoger is. Op het moment dat iemand zelf goed begrijpt wat er aan de hand is en daar zelf zijn keuzes over kan maken, dan is de therapietrouwheid ook gelijk hoger (participant 2, 28 jaar).”

“Ik vind het een heel goed concept waarvan ik zeker vind dat dit meer gedaan moet worden. Wat ik zeker ook zelf meer moet doen om het echt goed te krijgen (participant 3, 27 jaar).”

Individuele professional

Op het gebied van individuele professional waren vijf thema's benoemd: positieve/negatieve houding naar SDM, gebrek aan kennis over SDM en de huidige gedragsroutine. Een nieuw thema was geïdentificeerd: gebrek aan vaardigheden. Het eerste thema had betrekking tot de houding van de participanten tegenover SDM. Uit de meeste interviews bleek dat de participanten een positieve houding hadden ten aanzien van de implementatie van SDM in de fysiotherapie. Zij gaven aan dat zij het een belangrijk model vinden dat de patiëntgerichte gezondheidszorg kan verbeteren. De belangen van SDM werden ingezien en zoals eerder benoemd werd verwacht dat SDM zou leiden tot positieve patiëntuitkomsten, zoals hogere therapietrouwheid en een grotere motivatie voor het volbrengen van de behandeling. Participanten vertelden echter dat zij verwachtten dat SDM niet geschikt is voor iedere patiënt en dat SDM de tevredenheid over de behandeling kan verlagen. Tevens vertelden de participanten dat zij vaak een eigen voorkeur hebben voor een bepaalde behandeling. Een behandeling waar zij goede ervaringen mee hadden of een *evidence based* behandeling, bleek uit het volgende citaat:

“Er zijn een paar dingen waarvan we weten dat die het beste werken, dus ik moet eerlijk zeggen, weet je, bewust of onbewust denk ik dat ik toch altijd wel een beetje aan het sturen ben (participant 2, 28 jaar oud).”

Het vierde thema ging over gebrek aan kennis over de toepassing van SDM. Zo hadden niet alle participanten direct verschillende behandelingsmogelijkheden paraat om aan de criteria van SDM te kunnen voldoen. Aangegeven werd dat collega's werden ingeschakeld wanneer zij hierin vastliepen. Volgens de participanten speelde gebrek aan SDM in de opleiding tot fysiotherapeut hierin een belangrijke rol. Zij verwachtten dat SDM een andere aanpak zou vereisen dan dat zij gewend waren, namelijk een aanpak waar meer psychologie en coaching aan te pas komt. Aangegeven werd dat zij hier tegenaan liepen en dit graag meer op de opleiding hadden geleerd. Zij voelden zich namelijk niet zeker met deze aanpak en lieten SDM daarom achterwege.

“En naar mijn idee wordt het in de opleiding ons ook totaal niet aangeleerd. In mijn opleiding een paar jaar geleden vind ik dat het te weinig aan bod kwam, achteraf gezien. Als je aan het werk bent dan loop je daar best wel tegenaan. SDM is wel genoemd, dat wel, maar het is niet uitgebreid aan bod gekomen. Het is een beetje tussen neus en lippen door genoemd. Dat was kort en bondig. Dus het wordt totaal niet aangeleerd op de opleiding (participant 2, 28 jaar).”

Gebrek aan vaardigheden werd benoemd als vijfde thema. Participanten vertelden dat zij het communiceren met de patiënt en het op een effectieve wijze overbrengen van informatie naar een patiënt lastig vonden: *“Dit is natuurlijk een tekortkoming van de therapeut. Dat ik de patiënt er niet bij kan betrekken. Dat ik het niet op hun niveau op een goede manier kan uitleggen (participant 1, 25 jaar).”* Dit zorgde ervoor dat participanten de patiënten weinig betrokken bij de besluitvorming. Tevens speelde onzekerheid van de participant hierin een rol, bleek uit het volgende citaat:

“Ik kan me er zelf wel in vinden, maar misschien moet ik er nog meer van overtuigd zijn om het duidelijk uit te kunnen dragen zodat het geaccepteerd wordt door de patiënt. Hoe meer het voor jezelf een vanzelfsprekendheid is, hoe duidelijker dat naar de patiënt is (participant 6, 51 jaar).”

Het laatste thema had betrekking tot de huidige gedragsroutine binnen de fysiotherapie. Participanten vertelden dat zij snel geneigd waren antwoorden in te vullen voor patiënten wanneer zij het gevoel hadden dat de patiënten er niet uitkwamen. Deze routine kwam tevens voort uit de opleiding, die zich naar zeggen van de participanten focust op het oplossen van het probleem. Participanten vertelden meer bezig te zijn met de klacht of aandoening dan met de patiënt zelf. Deze routine werkte volgens de participanten prettig, aangezien het veilig is, bleek

uit de volgende opmerking: *“Precies, waardoor je dan weer vervalt in je oude rol want die voelt prettig aan. Dan je denkt ‘nou we gaan dan maar zo door’. Dat gaat automatisch waarschijnlijk, hè, dat gaat meestal onbewust. Maar dat komt doordat dat moeilijk is, denk ik (participant 4, 42 jaar).”* Participanten stonden echter open voor de toepassing van SDM, ondanks dat de huidige gedragsroutine daardoor zou dienen te worden aangepast.

Patiënt

Op het gebied van de patiënt waren vijf thema's aan bod gekomen. Het eerste thema had betrekking tot de houding van de patiënt ten opzichte van SDM. Dit werd gezien als bevorderende en belemmerende factor. Participanten hadden als verwachting dat patiënten het altijd zullen waarderen wanneer zij zeggenschap hebben over het behandelingstraject en daarmee over hun gezondheid. Echter merkten participanten ook dat een deel van de patiënten geneigd waren de volledige verantwoordelijkheid van de behandeling neer te leggen bij de fysiotherapeut en niet open stonden voor een gesprek. Deze patiëntengroep leek naar zeggen van de participanten geen positieve houding te hebben tegenover SDM. Een participant vertelde het volgende:

“Ik denk dat de patiënt het altijd fijn vindt om het eigen heft in handen te hebben, maar dat ze vaak niet zo goed weten wat voor hun zou kunnen functioneren. En dat ze daarom ook de keuze bij jou laten. Ik kom met pijn bij jou omdat jij mijn pijn weg gaat nemen. ‘Doe er wat aan’. En als jij dan gaat vertellen ‘ja, nou wat vind jij er zelf van?’, ‘wat zou voor jou werken?’. Dat is ja... dat is dan weer niet helemaal de goede tactiek denk ik (participant 2, 28 jaar).”

Het tweede thema ging over de vaardigheden van de patiënt om mee te delen in het besluitvormingsproces. Participanten vonden het belangrijk dat de patiënt de Nederlandse taal sprak, of eventueel de Engelse, om tot gezamenlijke besluitvorming te komen. Wanneer dit niet het geval was, was SDM zo goed als niet mogelijk, bleek uit het volgende citaat:

“Op het moment dat ik met buitenlandse patiënten aan het werk ben dan, wordt dat best wel een probleem. Maar dat heeft meer te maken met een communicatiebarrière dan. Zelfs al heb je er een vertaler bij, wordt het erg lastig. Het is altijd maar afwachten of het zo overkomt als je zelf wil en dat lees je niet af uit de reactie van je patiënt. Dat tolken is best wel een kunstje en krijg je niet voor elkaar met ‘de kinderen van’ (participant 2, 28 jaar).”

Ook werd benoemd dat participanten verwachtten dat patiënten met een laag opleidingsniveau minder in staat zijn deel te nemen aan gezamenlijke besluitvorming. Zo gaven participanten aan dat wanneer patiënten laag waren opgeleid, SDM werd bemoeilijkt door bijvoorbeeld gebrek aan zelfvertrouwen van de patiënt om zijn inbreng te geven, door gebrek aan kennis of door het hebben van (te) weinig inzicht in de eigen gezondheid. De participanten maakten een inschatting van het vermogen van de patiënt om bij te dragen aan de besluitvorming. Patiënten werden niet gevraagd of zij deel zouden willen nemen aan de besluitvorming. Wanneer de participanten merkten dat iemand onzekerheid vertoonde en laagopgeleid is, waren zij snel geneigd de verantwoordelijkheid van de beslissing op zich te nemen om het ongemak van een gesprek uit de weg te gaan. Wanneer patiënten hoger zijn opgeleid werd het SDM-proces gemakkelijker geacht.

Het laatste (nieuwe) thema dat werd genoemd is tevredenheid. Participanten vertelden dat het mogelijk is dat de tevredenheid van patiënten over de behandeling kan dalen door SDM. Participanten gaven aan veel druk te ervaren vanuit patiënten om snel te moeten handelen. Verwacht werd, door deze druk, dat patiënten het niet zouden waarderen wanneer een gehele intake zou bestaan uit gespreksvoering. Om deze reden werd er vaak voor gekozen om een gesprek uit de weg te gaan. Volgens de participanten had niet elke patiënt behoefte aan een gesprek. Wanneer dit toch gebeurde, leidde dit tot ontevredenheid bij de patiënt, bleek uit onderstaande citaten:

“Niet vanuit therapeuten standpunt, maar meer om de patiënt tevreden te houden. Dus niet zo zeer voor de klacht, maar meer voor de patiënt. Ik denk wel dat het soms beter is om met patiënten te praten, vooral als het om chronische pijnklachten gaat, maar ik verwacht dat de patiënt daardoor niet tevreden is met de therapie. Dat maakt het lastig (participant 1, 25 jaar).”

“En je wilt toch een tevreden patiënt. Je wordt er soms ook weer op afgerekend. Patiënten tevredenheidsonderzoeken worden voor de zorgverzekering steeds belangrijker en bij gespreksvoering voelen sommige mensen zich juist niet gehoord, gek genoeg (participant 6, 51 jaar).”

Sociale context

Met betrekking tot de sociale context van de participanten waren twee thema's naar voren gekomen: collega's en andere zorgverleners. Een aantal participanten hadden het gevoel dat SDM niet of weinig werd toegepast door collega-fysiotherapeuten. Dit had naar hun zeggen ook invloed op het feit dat zij zelf SDM ook weinig toepasten. Ook werd benoemd dat zij

merkten dat andere zorgverleners SDM ook weinig toepasten. Het uitvoeren van SDM door alle zorgverleners werd belangrijk geacht om SDM te kunnen implementeren in de gezondheidszorg.

“Ik zou aanbevelen dat het binnen het gehele team wordt toegepast, dat je allemaal op één lijn zit en dat iedereen het doet. Samen op een cursus of kennis met elkaar delen (participant 1, 25 jaar).”

“Dus daarom is het ook erg prettig als alle zorgverleners het op dezelfde manier aanpakken. Dat het gewoon een vanzelfsprekendheid is (participant 6, 51 jaar).”

Organisatorische context

Gebrek aan tijd werd als belemmerende factor genoemd door alle participanten. In totaal staat een half uur ingepland voor de patiënt. Wanneer dit een intake is, vindt er in de regel een anamnese, een onderzoek, een stuk behandeling en rapportage plaats. Participanten gaven aan dat het erg lastig is om alle nodige informatie te geven aan een patiënt en tijd over te hebben voor de rest. De factor tijd ging hand in hand met de druk van de patiënten naar de participanten om snel te handelen. Participanten vertelden bereid te zijn om meer tijd uit te trekken voor SDM, maar zij verwachtten dat dit kan leiden tot het wegblijven van patiënten. Ook geld werd benoemd als belemmerende factor. Participanten noemden dat zij het gevoel hadden patiënten te kunnen verliezen wanneer zij SDM toe zouden passen en daardoor inkomsten kunnen missen.

“Ik word vooral beperkt in tijd en daardoor in geld. Het heeft tijd nodig om met de patiënt te praten en dat praten kost ook weer geld. En op het moment dat jij maar een half uur hebt om je hele intake te doen, dan is het lastig daarbij iets effectiefs voor elkaar te krijgen en daarbij ook nog een stuk behandeling te doen (participant 2, 28 jaar).”

“Dat is vooral heel lastig. Want wanneer ga ik dat met de patiënt doen? Ga ik er eerst met de patiënt voor zitten of doe ik het tijdens een behandeling naar zijn of haar keuze. Maar dat lijkt me niet helemaal de meest handige vorm van communicatie (participant 3, 27 jaar).”

Eén participant gaf aan dat tijd niet een belemmerende factor hoefde te zijn: *“Doordat wij veel met oudere mensen werken is dat ook lastiger. Zij willen graag hun verhalen kwijt. Dus daarvoor nemen wij meer tijd. Het is bij ons niet zo zwart-wit dat je één behandeling hebt voor een intake en de rest voor behandelingen (participant 4, 42 jaar).”* Dit maakte dat deze

participant meer ruimte ervaarde om te praten, in tegenstelling tot de participanten die in een half uur een anamnese, onderzoek, behandeling en rapportage wilden laten plaatsvinden.

Verder meldden de participanten dat er weinig faciliterende handvaten beschikbaar zijn om SDM toe te kunnen passen, bleek uit het volgende citaat: *“Ik denk dat het haalbaar is. Ik denk alleen dat we daarvoor meer tools nodig hebben. Dus daar meer in opgeleid moeten worden, hoe we dat het beste kunnen doen. Daar mist een stukje kennis en coaching. Om dat echt goed toe te passen bij elke patiënt en niet alleen op de ‘gemakkelijke patiënten’ (participant 1, 25 jaar).”*

Economische en politieke context

Mensen uit Nederland hebben een basisverzekering en de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren voor extra zorg. Afhankelijk van de leeftijd en de reden voor fysiotherapie wordt bepaald hoeveel behandelingen patiënten vergoed krijgen. Wanneer behandelingen niet vergoed worden, of niet meer vergoed worden, is dit voor veel mensen een reden om te stoppen met fysiotherapie. Dit maakte dat participanten geen patiënten wilden verliezen, door veel van deze tijd te besteden aan SDM.

“Het moet wel kunnen passen in de behandeling. En ik kan me voorstellen dat je voor SDM soms wel twee of drie therapieën nodig hebt. En één of twee van de negen die ze hier in Nederland hebben, en om daar dan de eerste drie van te gebruiken voor SDM, dan heb je voor het gevoel van de patiënt nog niks veranderd (participant 2, 28 jaar)”

4. Discussie

Door middel van diepte-interviews met eerstelijns fysiotherapeuten is getracht de bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van SDM in de eerstelijns fysiotherapie in kaart te brengen, met als doel het kunnen ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie om de patiëntgerichte besluitvorming te verbeteren. In totaal zijn negen bevorderende en 31 belemmerende factoren geïdentificeerd. De meeste bevorderende factoren zijn gevonden in het level innovatie (4). De meeste belemmerende factoren zijn waargenomen in de levels individuele professional (10) en patiënt (10). Er zijn geen bevorderende factoren geïdentificeerd in de levels sociale-, organisatorische- en omgevingscontext. De minste belemmerende factoren zijn gevonden in het level omgevingscontext (1) (zie tabel 5).

Onderbouwing resultaten met literatuur

Deze studie bevestigt het onderzoek van Dierckx *et al.* (2013) waarbij observationeel onderzoek is uitgevoerd naar het gebruik van SDM tijdens een fysiotherapeutisch consult met behulp van de Observer OPTION⁵ Manual. Dit meetinstrument beoordeelt in welke mate een zorgverlener de patiënt betreft in het besluitvormingsproces door middel van observatie (Elwyn, et al., 2005). De gemiddelde OPTION-score was 5.2 (SD = 6,8), uit een totaalscore van 100. Uit die studie blijkt dus dat SDM niet wordt toegepast tijdens een fysiotherapeutisch consult (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). Ook uit de resultaten van deze studie komt naar voren dat het zelf gerapporteerde gebruik van SDM laag is. Participanten geven aan niet of weinig bekend te zijn met de definitie en criteria van SDM, wat maakt dat zij er niet zeker van zijn of zij SDM toepassen. Dit resultaat wordt bevestigd door de systematische review van Makoul & Claymann (2016). Deze review citeerde 61 definities, waarbij gebruik is gemaakt van 31 concepten. Tevens toonde deze review aan dat zowel zorgverleners als patiënten verschillende betekenissen toeschrijven aan SDM (Makoul & Clayman, 2006). Dit kan een mogelijke verklaring zijn waarom participanten in deze studie eveneens aangeven verschillende betekenissen toeschrijven aan SDM en twijfelen of zij SDM toepassen. Ook uit de studie van Topp et al (2018) komt naar voren dat fysiotherapeuten weinig bekend zijn met het concept SDM (Topp, Westenhöfer, Scholl, & Hahlweg, 2018), wat overeenkomst met de bevindingen uit deze studie.

Een gevonden bevorderende factor van deze studie is de positieve houding van de participanten ten opzichte van SDM. Participanten vinden SDM een belangrijk model en verwachten dat de therapietrouwheid en de motivatie van de patiënten zullen verhogen wanneer SDM heeft plaatsgevonden. Dat deze bevindingen zijn zeer aannemelijk zijn, blijkt uit de systematische review van Legare *et al.* (2008). Deze review heeft de vier meest benoemde

bevorderende factoren voor de toepassing van SDM geïdentificeerd, namelijk: positieve motivatie van de zorgverlener, de perceptie dat SDM zal leiden tot hogere therapietrouwheid, de perceptie dat SDM zal leiden tot verbeterde patiëntenuitkomsten en de perceptie dat SDM een nuttig concept is (Legare, Ratte, Gravel, & Graham, 2008). Deze bevindingen komen overeen met de gevonden bevindingen uit deze studie en zijn dus aannemelijk. Het is van groot belang dat zorgverleners positieve verwachtingen hebben over het gebruik van SDM in de praktijk. Dit heeft positieve invloed op de daadwerkelijke implementatie (Legare, Ratte, Gravel, & Graham, 2008).

Gebrek aan voldoende tijd wordt beschouwd als belemmerende factor voor het implementeren van SDM in de fysiotherapeutische setting. Evidentie die aantoonde dat SDM meer tijd in beslag neemt dan paternalistische besluitvorming is er echter tegenstrijdig (Stacey, O'Connor, Graham, & Pomey, 2006). Ondanks deze onduidelijkheid wordt de factor tijd ook in de huidige literatuur frequent beschouwd als belemmerende factor voor de implementatie van SDM (Legare, Ratte, Gravel, & Graham, 2008). Dat participanten tijdsgebrek ervaren kan verklaard worden door de druk die wordt gelegd op zorgverleners door de patiënten en maatschappij (Legare, Ratte, Gravel, & Graham, 2008). Het is daarom essentieel dat toekomstige studies onderzoeken of SDM daadwerkelijk meer tijd kost dan de gebruikelijke besluitvorming of dat deze barrière potentieel kan worden verklaard door druk op de zorgverleners.

Een ander thema dat naar voren komt uit deze studie is dat participanten verwachten dat de tevredenheid van patiënten kan dalen wanneer SDM wordt toegepast. Dit is opvallend om verschillende redenen. Tevredenheid wordt veroorzaakt door verschillende factoren, waaronder het in acht nemen van de voorkeuren van de patiënt (Conway & Willcocks, 1997) en informatie-uitwisseling (Naidu, 2009). SDM voldoet aan bovengenoemde factoren, men mag daarom verwachten dat SDM leidt tot verhoogde patiënten tevredenheid. Onderzoek toont eveneens aan dat SDM zelf leidt tot een verhoogde patiënten tevredenheid (Shay & Lafata, 2015). Participanten vertelden dat zij ontevredenheid met name ervaren bij de oudere generatie patiënten en bij de laagopgeleide patiënten. Onderzoek wijst uit dat deze patiëntencategorieën vaker de voorkeur geven aan paternalistische besluitvorming en minder de behoefte hebben aan gezamenlijke besluitvorming (Deber, Kraetschmer, & Irvine, 1996). De ontevredenheid kan wellicht worden verklaard doordat SDM niet de voorkeur geniet voor iedere patiënt, wat kan leiden tot ontevredenheid onder patiënten.

Participanten vertelden dat zij, door bovenstaande reden, SDM in mindere mate uitvoeren bij patiënten met een laag opleidingsniveau en daarom zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de keuze van de behandeling. Participanten maken een inschatting van de mentale

vermogens van de patiënt, waarop zij baseren of zij de patiënt in staat achten betrokken te zijn in het besluitvormingsproces. Deze bevinding komt overeen met het beleidsperspectief dat ervan uit gaat dat juiste kennis leidt tot juiste daden (Rademakers, Nijman, Brabers, De Jong, & Hendriks, 2014). Realistisch is dit echter niet. Er bestaat namelijk een groot verschil in wat van patiënten wordt verwacht en waar zij toe in staat zijn. Ook in deze studie wordt ervan uit gegaan dat patiënten met een laag opleidingsniveau in mindere mate in staat zijn bij te dragen aan het besluitvormingsproces. De groep voor wie SDM mogelijk niet geschikt is, is wellicht niet beperkt tot mensen met een laag opleidingsniveau. Ook voor hoogopgeleide patiënten kan betrokkenheid in de besluitvorming problematisch zijn. Dat staat los van het tekortschieten aan intelligentie of kennis, maar heeft ermee te maken dat er een beroep wordt gedaan op allerlei andere mentale vermogens, zoals onder andere het vermogen om in actie te komen (Rademakers, Nijman, Brabers, De Jong, & Hendriks, 2014). De vraag of patiënten willen participeren in de besluitvorming wordt nagenoeg niet gesteld, maar besloten door de fysiotherapeut gebaseerd op een inschatting. Dit is mogelijk een belangrijke reden waarom SDM bij een groot deel van de patiëntenpopulatie niet plaatsvindt. Dat zorgverleners een inschatting maken of de patiënt deel kan nemen aan de besluitvorming, blijkt ook uit het onderzoek van Bruera *et al.* (2002). Dit is een belemmerende factor dat de implementatie van SDM in de weg kan staan, aangezien zorgverleners patiënten verkeerd zouden kunnen inschatten. Om verdere ongelijkheid in de zorg niet te vergroten, lijkt het daarom belangrijk deze factor mee te nemen bij het implementeren van SDM in de fysiotherapie. Patiëntgerichte besluitvorming kan mogelijk worden verbeterd en ongelijkheid in de zorg kan mogelijk worden voorkomen, wanneer zorgverleners vaststellen welk deel van de patiënten betrokken wil zijn in het besluitvormingsproces (Stenner, Swinkels, Mitchell, & Palmer, 2016).

De resultaten van deze studie komen grotendeels overeen met de gevonden bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van SDM in de multidisciplinaire zorg (Hofstede, et al., 2013). Deze studie heeft 53 belemmerende en vijf bevorderende factoren geïdentificeerd door zorgverleners. Verschillen in bevorderende en belemmerende factoren met deze studie werden veroorzaakt door de context. Factoren als houding, gebrek aan kennis over SDM en gebrek aan faciliterende handvaten, werden eveneens in deze studie benoemd als belemmerende factoren (Hofstede, et al., 2013). Dit komt overeen met de gevonden resultaten in deze studie.

Kritische noten bij methode en resultaten

Dit is de eerste studie die bevorderende en belemmerende factoren waargenomen door eerstelijns fysiotherapeuten voor het toepassen van SDM heeft geïdentificeerd. Deze studie

biedt daarmee een basis voor een implementatiestrategie voor de implementatie van SDM bij eerstelijns fysiotherapeuten.

De keuze voor het uitvoeren van diepte-interviews maakte dat deelnemers op een natuurlijke wijze vrijuit over hun eigen ervaringen hebben kunnen praten. Dit leidde tot gedetailleerde informatie over hun persoonlijke ervaringen en gaf de mogelijkheid door te vragen naar achterliggende gedachtes en motivaties (Qualitative Research Methods, 2011). Ook kon de onderzoeker invloed uitoefenen op het beantwoordingsproces, bijvoorbeeld wanneer de participant de vraag niet begreep.

De diepte-interviews waren opgenomen door middel van audio-opnames. Dit is de kwaliteit van de studie ten goede gekomen, omdat de onderzoeker zich tijdens de diepte-interviews heeft kunnen concentreren op het afnemen van de interviews en niet op het maken van aantekeningen. Verder heeft het meer inzicht gegeven in het onderwerp, omdat terug konden worden geleid wie naar aanleiding van welke vraag over een bepaald onderwerp had gesproken (Analyseren in kwalitatief onderzoek, 2016).

Een limitatie van deze studie is dat participanten slechts één keer zijn geïnterviewd. Participanten hadden tijdens de interviews weinig bedenktijd. Attitudes en begrippen kunnen zich in de loop van de tijd ontwikkelen. De kwaliteit van de gegevens zou groter zijn geweest, wanneer participanten twee of drie keer waren geïnterviewd zodat nieuwe inzichten mee konden worden genomen in het onderzoek (Stenner, Swinkels, Mitchell, & Palmer, 2016). Vanwege gebrek aan tijd was besloten slechts één interview per participant te houden.

Een andere limitatie is de beïnvloeding van participanten door de onderzoeker tijdens de diepte-interviews. Dit heeft tevens te maken met het feit dat de onderzoeker onervaren was met het uitvoeren van diepte-interviews. Niet alleen verbaal, maar ook op non-verbale wijze kan de participant beïnvloed worden door de onderzoeker (Baarda, 2018). Dit en het hebben van geen anonimiteit kan eveneens leiden tot sociaal wenselijke antwoorden van de participanten. Voor participanten kan het vaak lastig zijn te bekennen dat zij fouten maken, waardoor sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven (Baarda, 2018).

Ook het analyseproces kan zijn beïnvloed door achterliggende gedachtes van de onderzoeker. Er bestond namelijk twijfel over het coderen van een aantal citaten. Het thema tevredenheid, welke staat onderverdeeld in het level patiënt, had ook kunnen worden onderverdeeld in het level individuele professional, aangezien het een verwachting is van de participanten dat de tevredenheid van patiënten kan dalen door het toepassen van SDM. Wellicht dat andere onderzoekers dit anders zouden hebben ingedeeld en daarmee tot andere resultaten zouden zijn gekomen.

Verder heeft deze studie zich gericht op de waargenomen bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van de eerstelijns fysiotherapeut. Veel van de geïdentificeerde factoren zijn gebaseerd op aannames van de participanten, bijvoorbeeld of de patiënt behoefte heeft aan inbreng in de besluitvorming en of de patiënt voldoende vaardigheden heeft om betrokken te zijn in het besluitvormingsproces. SDM bestaat uit twee partijen. Het identificeren van de waargenomen bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van SDM vanuit het perspectief van de patiënten, is van belang om vast te stellen of deze aannames correct zijn en kan bijdragen aan een beter begrip van attitudes en overtuigingen. Vanwege gebrek aan tijd, waren patiënten niet geïncludeerd in deze studie. Het wordt dan ook aanbevolen om ditzelfde onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren uit te voeren bij patiënten.

Een ander punt dat genoemd moet worden is het gebruik van kwantitatieve tellingen binnen deze kwalitatieve studie. Alle geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren zijn weergegeven in tabel 5 en de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren zijn verder in deze studie uitgewerkt. Dit suggereert echter niet welke bevorderende en belemmerende factoren het meest of minst van belang zijn. Een vervolgstudie dient vast te stellen welke bevorderende en belemmerende factoren het meest van belang zijn, om richting te geven aan de implementatie strategie (Hofstede, et al., 2013).

5. Conclusie

Deze studie biedt nieuwe inzichten in bevorderende en belemmerende factoren voor de toepassing van SDM waargenomen door eerstelijns fysiotherapeuten. Het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren is van belang voor het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie. Een effectieve implementatiestrategie dient zich te richten op deze geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren. De meeste bevorderende factoren zijn geïdentificeerd in het level innovatie (4). Participanten verwachten dat het toepassen van SDM voordelen kan opleveren (hogere therapietrouwheid, lange termijneffect etc.) en ook de houding van de participanten tegenover SDM is positief, wat een positieve invloed heeft op de daadwerkelijke implementatie. De meeste belemmerende factoren zijn gevonden in de levels individuele professional (10) en patiënt (10). Participanten stellen zichzelf voor een deel verantwoordelijk voor het inefficiënt uitvoeren van SDM (gebrek aan kennis/vaardigheden). Echter rust onder de participanten ook de vraag of patiënten toe zijn aan deze vorm van autonomie. De resultaten van deze studie kunnen van belang zijn voor onderzoekers, docenten en (para)medici die geïnteresseerd zijn in SDM, aangezien deze studie aantoont welke factoren aangepakt dienen te worden voor het effectief implementeren van SDM in de praktijk.

Ter vervolgonderzoek wordt aanbevolen bevorderende en belemmerende factoren te onderzoeken vanuit het perspectief van de patiënten. Het identificeren en in kaart brengen van overeenkomsten en verschillen in bevorderende en belemmerende factoren tussen fysiotherapeut en patiënt kunnen bijdragen aan een beter begrip van attitudes en overtuigingen. Volgens Hofstede *et al.* (2013) is dit een belangrijke voorspeller of fysiotherapeuten SDM gaan gebruiken en het stelt men in staat een implementatiestrategie te ontwikkelen. Tevens wordt aanbevolen onderzoek uit te voeren om aan te tonen welke bevorderende en belemmerende factoren het meest van belang zijn met betrekking tot de implementatie van SDM in de fysiotherapie. Aan de hand van deze studie zou men kunnen zeggen dat er een groot aantal factoren van invloed zijn op de implementatie van SDM in de fysiotherapeutische setting. Een brede implementatiestrategie wordt daarom aanbevolen.

6. Literatuurlijst

- (2006). In R. Grol, & M. Wensing, *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (pp. 213-214). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- (2011). In M. Hennink, I. Hutter, & A. Bailey, *Qualitative Research Methods*. London: SAGE Publications .
- (2014). In B. Baarda, *Dit is onderzoek: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers .
- (2016). In H. Boeijs, *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.
- Bruera, E., Willey, J. S., & Rosales, M. (2002). Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions. *Cancer*, 2076-2080.
- Conway, T., & Willcocks, S. (1997). The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model. *International Journal of Health Care Quality*, 131-140.
- Deber, R. B., Kraetschmer, N., & Irvine, N. (1996). What role do patient wish to play in treatment decision making? *Archives of Internal Medicine*, 1414-1420.
- Dicicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education Journal*, 314–321.
- Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of Shared Decision Making in Physical Therapy: Observed Level of Involvement and Patient Preference. *Physical Therapy*, 1321-1330.
- Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R. M., Marrin, K., White, J., & Frosch, D. L. (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of Family Medicine*, 270-275.
- Elwyn, G., Edwards, A., & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice* , 477-482.
- Elwyn, G., Hutchings, H., Edwards, A., Rapport, F., Wensing, M., Cheung, W. Y., & Grol, R. (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicals involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 34-42.

- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *British Medical Journal*, 341.
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., & Eccles, M. P. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & Health*, 1229-1245.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal*, 180.
- Hofstede, S. N., Marang-van de Mheen, P. J., Wentink, M. M., Stiggelbout, A. M., Vleggeert-Lankamp, C. L., Vliet Vlieland, T. P., & van Bodegom, L. (2013). Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implementation Science*, doi: 10.1186/1748-5908-8-95.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis . *Qualitative Health Research*, 1277-1288.
- Legare, F., Ratte, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 526-535.
- Makoul , G., & Clayman , M. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education Counseling*, 301-312.
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 366-381.
- Politi, M. C., Clark, M. A., Ombao, H., Dizon, D., & Elwyn, G. (2011). Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect*, 84-91.
- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A., De Jong, J., & Hendriks, N. (2014). The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in The Netherlands. *Health Policy*, 200-206.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 114-131.
- Stacey, A., O'Connor, A., Graham, I., & Pomey, M. (2006). Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support into a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telcare*, 410-415.

- Stenner, R., Swinkels, A., Mitchell, T., & Palmer, S. (2016). Exercise prescription for non-specific chronic low back pain (NSCLBP): a qualitative study of patients' experiences of involvement in decision making . *Physiotherapy*, 339-344.
- Tates, K., & Ludwien, M. (2001). Doctor-patient-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 839-851.
- Topp, J., Westenhöfer, J., Scholl, I., & Hahlweg, P. (2018). Shared decision-making in physical therapy: A cross-sectional study on physiotherapists's knowledge, attitudes and self-reporter use. *Patient Education and Counseling*, 346-351.
- van der Weijden, T., van Veenendaal, H., & Timmermans, D. (2007). Shared decision-making in the Netherlands – current state and future perspectives. *German Journal for Quality in Health Care* , 241-246.
- Walsh, T., Barr, P. J., Thompson, R., Ozanne, E., O'Neill, C., & Elwyn, G. (2014). Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. *British Medical Journal*, 348.

Bijlagen

Bijlage I Informed Consent

INFORMED CONSENT



Titel onderzoek: Implementatie van *shared decision making* in de fysiotherapie

Onderzoeksvraag: ‘Wat zijn de waargenomen bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de toepassing van *shared decision making* bij eerstelijns fysiotherapeuten?’

Onderzoeker: Adrianne Vlieg, studente Fysiotherapie

Toezicht: Sandra Jorna-Lakke

Geachte heer/mevrouw,

Voor mijn afstudeeronderzoek aan de Hanzehogeschool in Groningen voor de opleiding tot fysiotherapeut doe ik onderzoek naar beïnvloedende factoren die de implementatie van *shared decision making* in de fysiotherapie kunnen bevorderen of belemmeren. Hieronder staat verdere informatie over het afstudeeronderzoek beschreven.

Wat is shared decision making?

Shared decision making (SDM), ook wel gezamenlijke besluitvorming, is een proces waarbij de zorgverlener en patiënt samenwerken om tot een gezondheidsbesluit te komen, gebaseerd op het beste klinische bewijs en de voorkeuren van de patiënt. SDM kent vele voordelen. Zo verandert het de relatie tussen zorgverlener en patiënt door het toelaten van “tweerichtingsverkeer”, wat de machtsverhouding tussen beide partijen vermindert. Dit verhoogt het zelfvertrouwen van de patiënt en vermindert angst. Teven verhoogt inzicht in hun gezondheidsstatus en verbetert het gezondheidssuitkomsten.

Doel van de afstudeeropdracht

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat SDM een meerwaarde kan zijn in de patiëntgerichte gezondheidszorg. Gezien de vele voordelen van SDM kan het van belang zijn dit model te implementeren in de fysiotherapeutische context. Een eerste stap in de implementatie is het onderzoeken en beschrijven van bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van SDM in de fysiotherapie. Het doel van dit afstudeeronderzoek is dan ook door middel van diepte-interviews antwoord te geven op deze vraag.

Wat betekent dit voor u als fysiotherapeut?

Deelname aan het onderzoek houdt voor u in dat de onderzoeker eenmalig een gesprek met u voert over SDM, ook wel een diepte-interview genoemd. Dit gesprek zal worden opgenomen met behulp van audioapparatuur en duurt ongeveer 30/45 minuten.

Gegevens zullen ten alle tijde strikt vertrouwelijk en anoniem worden opgeslagen binnen de beveiligde ICT-omgeving van de Hanzehogeschool Groningen. Tevens zullen de gegevens anoniem worden verwerkt in het onderzoek, zodat het niet kan worden teruggeleid naar een persoon. Deze opnames zullen door de onderzoeker worden geanalyseerd om zo antwoord te geven op te hoofdvraag.

Dus, bent u een Nederlandstalige en BIG-geregistreerde eerstelijns fysiotherapeut zou u dan mee willen doen aan dit onderzoek?

Bij aanvullende vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker: a.vlieg@st.hanze.nl of met een onafhankelijk persoon: t.a.j.boiten@pl.hanze.nl.

Met vriendelijke groet,

Adrianne Vlieg

In te vullen door de participant

Ik verklaar bovenstaande informatie te hebben gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat de gemaakte audio-opnames uitsluitend worden gebruikt voor dit wetenschappelijke onderzoek en alleen zullen worden beluisterd door de directe betrokkenen bij dit onderzoek, namelijk de onderzoeker en begeleider.

Ik stem geheel vrijwillig in met de deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht om op elke moment, zonder opgaaf van reden mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

De audio-opnames zullen uiterlijk 12 augustus 2019 worden verwijderd.

Naam participant:

Datum: Handtekening participant:

INTERVIEW GUIDE

Titel onderzoek: Implementatie van *shared decision making* in de fysiotherapie

Onderzoeksvraag: ‘Wat zijn de waargenomen bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de toepassing van *shared decision making* bij eerstelijns fysiotherapeuten?’

Onderzoeker: Adrianne Vlieg, studente Fysiotherapie

Toezicht: Sandra Jorna-Lakke

INTRODUCTIE

Ik voer dit onderzoek uit naar aanleiding van mijn bachelor afstudeeronderzoek voor de opleiding tot fysiotherapeut in Groningen. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de barrières en facilitators van de implementatie van *shared decision making* (SDM) in de fysiotherapie. Aangezien SDM een meerwaarde kan zijn in de fysiotherapeutische setting, ben ik geïnteresseerd in de meningen van fysiotherapeuten met betrekking tot de toepassing SDM in de praktijk.

Het interview zal worden opgenomen door middel van audioapparatuur. Deze opnames zullen ten alle tijde vertrouwelijk worden behandeld. De data wordt opgeslagen in de beveiligde ICT-omgeving van de Hanzehogeschool in Groningen. Verder zullen uw gegevens anoniem worden verwerkt in de afstudeeropdracht. Gaat u hiermee akkoord en heeft u van tevoren nog vragen?

STARTVRAGEN

1. Zou je, om te beginnen, wat meer kunnen vertellen over jezelf en over je loopbaan?

Probe: leeftijd (j), werkervaring (j), specialisaties.

2. Hoe zien je werkzaamheden er ongeveer uit per dag?

Probe: lengte (u), patiënten, administratie.

DIEPTE-VRAGEN

THEMA: SHARED DECISION MAKING

3. Kan je mij vertellen wat je op dit moment weet over SDM?

- Uitleg van SDM door onderzoeker;
- Uitleg criteria SDM door onderzoeker.

4. Nu je de criteria hoort, heb je dan het gevoel alsof je SDM toepast? Bij ja, door naar vraag 5 anders vraag 6.

5. Kan je een voorbeeld geven hoe jij SDM hebt toegepast in de praktijk?

6. Wat is jouw houding ten opzichte van het gebruik van SDM tijdens behandeling van patiënten?

Probe: houding, persoonlijkheidstrekken, waarden, emoties, intelligentie.

7. Wat kunnen naar jouw mening de voordelen zijn van SDM?

Probe: nadelen, korte en lange termijn.

8. Wat zijn naar uw mening vaardigheden die nodig zijn om tot SDM te kunnen komen, met betrekking tot de fysiotherapeut (en u)?

Probe: comfortabel in het samenwerken met patiënten, empathisch zijn, actief luisteren, in staat zijn tijd te handhaven, kennis van opties, vertaling naar de patiënt.

THEMA: TOEPASSELIJKHEID SDM BIJ PATIËNTEN

9. Wat zijn uw ervaringen met het op deze manier samenwerken met de patiënt?

Probe: wanneer lukt dit wel en wanneer niet.

10. Wat verwacht je van de houding van patiënten tegenover SDM?

Probe: vaardigheden, compliantie.

11. Wat verwacht je ten aanzien van de kennis van de patiënt?

Probe: gezondheidsvaardigheden.

12. Hoe merk je aan patiënten dat zij wel of niet een actieve(re) rol willen spelen in de besluitvorming?

THEMA: OMGEVINGSFACTOREN

13. Verwacht je dat SDM past binnen jouw sociale context binnen de praktijk?

Probe: advies van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap, werkdruk.

14. Zou het ook passen binnen de organisatorische context?

Probe: organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen en structuren.

15. En ten aanzien van de financiën?

Probe: voorschriften, beleid.

EINDVRAGEN

16. Wat zou u ervan vinden SDM toe te passen in de praktijk?

Probe: voor- en nadelen, barrières, facilitators.

17. Wat verwacht u met betrekking tot de haalbaarheid van de implementatie van SDM in de eerstelijns fysiotherapie?

Probe: waar is verandering nodig, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid.

18. Wat maakt, samengevat, dat u SDM wel/niet toepast?

19. Wat zou je aanbevelen met betrekking tot het verbeteren van de implementatie van SDM in de eerstelijns setting?

20. Heeft u nog aanvullende vragen?

Bedanken voor deelname aan het onderzoek.

Bijlage III Codeboek

Level	Thema	Code	Citaat
Innovatie	Onbekendheid	Onbekendheid	P4: "Dat denk ik wel. Tenminste dat merk ik aan mezelf. Nu ik dit teruglees denk ik: 'o ja dit heb ik gehad' en toch leeft het nog niet zo. Een deel doe je wel onbewust maar of dat nou echt SDM is wat ik doe, dat weet ik niet. Omdat het voor mij niet zo leeft."
		Onbekendheid	P4: "Het is nog niet zo heel bekend. Dus die bekendheid en dat het een stukje standaard terugkomt. Zodat je even weer het woord hoort en weet wat het is. Ik denk dat dat wel scheelt."
	Onduidelijke definitie	Begrip	P1: "Ik weet niet precies wat het begrip allemaal inhoudt eigenlijk. In eerste instantie het met je patiënt overleggen wat je behandelopties zijn. Wat jij als beste denkt te passen bij de patiënt. Dat is denk ik wat SDM inhoudt. Maar ik weet niet of dat helemaal klopt."
		Definitie	P2: "Ik ken de term. Maar de volledige definitie ken ik niet. Wat ik onder SDM versta is samen met je patiënt tot een besluit komen voor de therapie."
		Definitie	P3: "Zoals ik het ken, is het vooral dat je samen met de patiënt kijkt van wat voor behandelmethoden zijn er en welke behandelmethode kan ik bij deze patiënt toepassen, waar de patiënt het ook mee eens is. Dat je dan die behandelingsstrategie in gaat. En zoals ik het ook nog heb geleerd met doelen maken van tevoren. Zo heb ik het ook geleerd."

	Mogelijkheden tot leren	Criteria	P3: “Nou ik denk dat ik er wel een paar [criteria] oversla. Vooral het stukje ‘tot het besluit komen’. En vooral eigenlijk op lange termijn. In de eerste twee behandelingen komen we er nog wel uit, maar daarna.”
		Definitie	P5: “Ik ken het niet, maar het woord geeft een beetje aan dat je nou ja samen met je patiënt keuzes maakt over zijn klacht. Denk ik.”
		Criteria	P6: “Uh, dat vind ik eigenlijk al meteen een hele moeilijke vraag. Ik bedoel, ik weet ervan en ik denk dat ik daar ook wel dingen van toepas, maar dat daar ook nog veel meer van te weten valt en wat nu vaak onbewust gaat, dat dat meer bewust zou mogen gaan.”
		Cursus	P1: “Ik zou aanbevelen dat het binnen het gehele team wordt toegepast, dat je allemaal op één lijn zit en dat iedereen het doet. Samen op een cursus of kennis met elkaar delen.”
		Cursus	P3: “Ik geloof niet dat ik mijzelf in zou schrijven voor zo’n cursus.”
		Cursus	P4: “Het is niet zo dat je denkt ‘nu doe ik een cursus: hoe moet ik goed communiceren.’ Dan doe ik liever een cursus hoofdpijn bijvoorbeeld.”
		Investeren	P4: “Je gaat je daar niet zo snel in investeren, om je daarin te bekwamen.”
		Cursus	P4: “Uh, ik vind dat er meer aandacht voor moet zijn binnen uh verschillende cursussen.

			Als jij een cursus doet dat het in ieder geval benoemd wordt.”
	Voordelen	Cursus	P4: “Vooral via het KNGF. Dat je via het KNGF geïnformeerd wordt. En ook via cursussen. Dat stukje informatie naar fysiotherapeuten toe zou denk ik al wel winst opleveren zeg maar.”
		Motivat Therapie- trouwheid	P1: “Ik kan me voorstellen dat de patiënt dan gemotiveerder is, dat je minder aan iemand zou moeten trekken om het voor elkaar te krijgen. Ik verwacht dat de therapie beter aanslaat als de patiënt het heft in eigen handen heeft en dat de therapietrouwheid verhoogt.”
		Therapie- trouwheid	P2: “Denk dat ik dat je [van de patiënt] therapietrouwheid veel hoger is. Op het moment dat iemand zelf goed begrijpt wat er aan de hand is en daar zelf zijn keuzes over kan maken dan is de therapietrouwheid ook gelijk hoger.”
		Visie	P4: “Vooral dat je duidelijk maakt wat jouw ideeën zijn. Dat je, hoe moet je dat zeggen, dat je je visie met ze deelt. Dat mensen weten waar ze aan toe zijn. En dus als praktijk zijnde doe je dingen waar je achter staat.”
		Lange termijneffecten	P4: “Uh, ik pas het wel toe omdat ik, ja denk dat patiënten daar zeker op langere termijn baat bij hebben. Dat het ook voor hunzelf prettig is om mee te werken. Dat het niet alleen uit mijzelf komt.”

	Nadelen	Motivatie Lange termijneffecten Eigen regie Bezuinigingen	P6: “Eh, dan is iemand gemotiveerder en zal het dus sneller en meer resultaat hebben en ook blijvender resultaat hebben.” P6: “Waar ik wel moeite mee heb is dat tegenwoordig iedere patiënt regie moet hebben over zijn eigen gezondheid. Maar niet iedere patiënt is daar geschikt voor. En op het moment dat je ziek bent ben je niet op de best. Dus ik vind dat het een valkuil is dat er een beetje misbruik wordt gemaakt vanwege bezuinigingen zo van nou en iedereen zoekt het maar uit. En dat is niet de bedoeling van de regie in eigen hand nemen (participant 6, 51 jaar).” P6: ‘Dus ik vind dat het een valkuil is dat er een beetje misbruik wordt gemaakt vanwege bezuinigingen zo van nou en iedereen zoekt het maar uit. En dat is niet de bedoeling van de regie in eigen hand nemen.’”
Individuele professional	Houding	Belang eigen visie Concept Goed	P2: “Maar zoals ik al zei, er zijn een paar dingen waarvan we weten dat die het beste werken, dus ik moet eerlijk zeggen weet je bewust of onbewust denk ik dat ik toch altijd wel een beetje aan het sturen ben.” P3: “Ik vind het een heel goed concept waarvan ik zeker vind dat het meer gedaan moet worden. Wat ik zeker ook zelf meer moet doen om het echt goed te krijgen. Om het meer geïntegreerd te krijgen in de routine.” P4: “Ik vind het heel goed. Ik denk dat het ervoor zorgt dat je met mensen in gesprek kunt gaan ook, over jouw ideeën, maar dat je patiënten ook hun verhaal kunt laten doen,

			van waarom zij dingen belangrijk vinden. Dus ik denk dat het heel goed is juist, om dat soort dingen standaard te doen. Het samen te doen.”
		Belangrijk	P5: “Ik vind het altijd belangrijk dat mensen een keuze hebben.”
		Respecteren patiënt	P5: “Ik denk dat het altijd positief is. En niet zozeer om het feit dat je mensen een keuze geeft maar je respecteert mensen ermee. Je neemt mensen serieus.”
	Kennis	Behandelopties	P1: “Ik kan niet zeggen dat ik voor elke klacht meerdere behandelingen paraat heb. Ik kan ook niet alles. Als ik er niet uit kom dan overleg ik met collega’s. Als ik de patiënt niet kan helpen, dan stuur ik hem door. Bij sommige patiënten loop ik daar wel tegenaan. Als ik iemand heb die heel psychosomatisch is, of met longklachten of COPD bijvoorbeeld, dan is mijn boekje redelijk klein qua opties die ik heb. Ik probeer het eerst in het team te bespreken en anders door te sturen naar een specialist.”
		Kennis behandelingen	P2: “Je hebt achtergrondkennis nodig om iemand de best mogelijke behandeling te kunnen bieden en dat heb ik niet altijd. Er zijn nou eenmaal klachten waar ik gewoon slechter in ben dan andere klachten. En eigenlijk zou het dan ook goed zijn om patiënten door te sturen naar iemand die daar beter toe in staat is. Dat is niet altijd mogelijk, dus je doet het met wat je hebt. Maar soms vergt het wat inlezen.”

		Behandelplan	P3: “Ik denk eerder omdat ik het toch eigenlijk wat later doe. Ik stel mijn behandeling bij. Ik heb meestal geen plan vooruit.”
		Behandelplan	P3: “Ik heb niet standaard een behandeling klaar en ik plan dat ook niet helemaal vooruit.”
		Kennis behandelopties	P3: “Hm, ik denk wel dat ik een eind kom. Zo niet dan schakel ik mijn collega’s ook in. Of zij nog andere dingen weten en of dingen die ik over het hoofd zie.”
		Basisopleiding	P1: “Ik denk dat het goed is als dat meer in de basisopleiding voorbijkomt.”
		Opleiding	P1: “Een stukje psychologie en coaching komt daarin voor, en dat schiet te kort op de opleiding.”
		Opleiding	P1: “Maar handiger is nog, dat ik daar beter in opgeleid word, dat ik het ook efficiënter kan doen. Op een manier waarop de patiënt ook nog het gevoel heeft dat er iets gebeurt.”
		Basisopleiding	P1: “Dan zou ik nog een opleiding moeten volgen, denk ik. Ik denk dat dit een heel ander soort therapie vraagt, dan dat wat je in de basisopleiding krijgt. Ik ben daar nog niet efficiënt genoeg in.”
		Opleiding	P2: “En naar mijn idee wordt het in de opleiding ons ook niet aangeleerd. In mijn opleiding een paar jaar geleden vind ik dat het te weinig aan bod kwam. Achteraf gezien als je aan het werken bent dan loop je

			daar best wel tegenaan. SDM is wel genoemd, dat wel, maar het is niet uitgebreid aan bod gekomen. Het is een beetje tussen neus en lippen door genoemd. Dat was kort en bondig. Dus het wordt totaal niet aangeleerd op de opleiding.”
		Opleiding	P2: “Er zou meer aandacht moeten worden besteed in de opleiding op hoe wij met patiënten moeten omgaan op een mentaal vlak. We moeten niet vergeten dat er alleen een menselijk lijf staat, maar dat er ook nog een persoon achter zit.”
		Stage	P3: “Als ik zo terugdenk aan mijn stage heb ik misschien één of twee keer SDM gezien, of punten hebt gehad. En ik heb op mijn stage best wel wat patiënten gezien. Ik denk ook dat een deel van de stagebegeleiders die nu studenten begeleiden, uit een generatie komt waarbij SDM misschien wel helemaal niet aan bod komt.”
	Vaardigheden	Communiceren	P1: “Ik vind het soms ook lastig om te communiceren met de patiënt op hun niveau.”
		Patiënt betrekken	P1: “Dat is natuurlijk een tekortkoming van de therapeut, dat ik de patiënt er niet bij kan betrekken. Dat ik het niet op hun niveau op een goede manier kan uitleggen.”
		Informatie overbrengen	P1: “Ik zou op een andere manier dingen over willen brengen dan dat ik nu doe. Dus toch de patiënt laten inzien dat zij een externe locus of control hebben en waarom en dat laten verandering. Dat vind ik heel

			lastig. Daar ben ik nog niet expert in of zoiets.”
		Communicatie	P4: “Soms merk ik wel dat ik het lastig vind, hoe moet ik dat zeggen, om iemand heel duidelijk de doelen laten te benomen, zo van waar sta je nu en waar wil je naar toe, qua communicatie.”
		Aanvoelen	P5: “Als ik in het contact een beetje aanvoel dat mensen niet die keuze kunnen maken dan betrek ik ze er minder bij.”
		Veiligheid	P6: “Nou, misschien toch de manier van het brengen. Dat dat voor iemand niet duidelijk genoeg is of niet veilig voelt.”
		Overbrengen van informatie	P6: “Of mijn onkunde om het over te brengen.”
		Zelfverzekerdheid	P6: “Ik kan me er zelf wel in vinden, maar misschien moet ik er nog meer van overtuigd zijn om het duidelijk uit te kunnen dragen dat het geaccepteerd wordt door de patiënt. Hoe meer het voor jezelf een vanzelfsprekendheid is, hoe duidelijker dat naar de patiënt is.”
		Inschatting	P6: “Dus je moet proberen een beetje in te schatten wat kan je met iemand wel of niet bespreken.”
		Omgaan met passiviteit	P6: “Ja, de groep waar ik dan moeite mee heb zijn de mensen passief zijn ingesteld.”
	Routine	Druk	P1: “Ik heb zelf ook het gevoel dat ik snel moet handelen.”

		Keuze behandeling	P1: “Misschien wat minder, ik probeer uit te leggen waarom ik iets doe en waarom bepaalde oefeningen of behandelingen goed werken of zinvol zijn, maar ik laat de keuze minder bij de patiënt.”
		Oplossingen aandragen	P2: “Ik ben wel snel geneigd om een oplossing aan te dragen.”
		Meegaan met de patiënt	P3: “Ja ik denk toch meegaan in wat de patiënt zou willen. Dat is denk ik de grootste valkuil.”
		Direct resultaat	P3: “Ik vind dat wanneer iemand voor de eerste keer bij mij komt, wanneer hij de deur uitloopt, moet hij het gevoel hebben dat hij geholpen wordt. Of dat hij geholpen is.”
		Routine	P1: “Tot nu toe heeft deze manier voor mij het beste geholpen en gewerkt. Wanneer een patiënt andere ideeën heeft dan ik, dan kunnen we daarover praten en samen tot een goede behandeling komen.”
		Gewoonte	P3: “Gewoonte. Ik denk echt gewoon gewoonte. Je krijgt wat mee vanuit je opleiding en dan ga je aan het werk. Dan ben je nog zo bezig met alleen de klacht. Dan kom je hier helemaal niet aan toe. Nadat ik langer aan het werk ben merk ik hier wel verschil in. Je krijgt meer ruimte wanneer je bijvoorbeeld meer patroonherkenning hebt. En dan je behandelingsstrategie liggen dan al wel in je achterhoofd. Maar voor mij is dan de volgende stap ook navragen aan de patiënt wat hij of zij daarvan vindt en daarvan denkt. Daar mist nog wel een connectie.”

		Gewoonte	P3: "Ik denk dat bij ons allemaal dat we het niet onze gewoonte erin hebben, en dat we het daarom niet doen."
		Adviesrol	P3: "Ja, ja precies. Dat je het weer over moet nemen. Zo'n patiënt kan dat misschien zelf ook wel aangeven, zo van hey, hier heb ik moeite mee. Dan merk ik dat ik snel verval in 'ik geef wel weer advies want die persoon die komt er zelf niet uit.'"
		Rol van adviseur	P4: "Maar heel vaak ga je toch weer in de rol van adviseur."
		Snel in actie	P4: "Dan ga ik heel snel in de actie over."
		Oude rol	P4: "Precies, waardoor je dan weer vervalt in je oude rol want die voelt prettig aan. Dat je denkt 'nou we gaan dan maar zo door'. Dat gaat automatisch waarschijnlijk, he dat gaat meestal onbewust. Maar dat komt er doordat dat dan, doordat dat moeilijk is, denk ik."
		Oude manier	P4: "Ja, dat blijft een kwestie van volhouden en dat is ook dat geduld wat ik zei, van als je dan dat geduld niet hebt, dat je dan denkt 'nou ik doe het maar weer op de oude manier'. Dan verval je automatisch alweer in de rol van advies geven."
		Oude gedrag	P4: "En waarom ik het niet doe is dat het soms te moeilijk voelt waardoor ik dan terugval in mijn oude gedrag zeg maar. In de adviserende rol."
		Oude patroon	P6: "Je valt toch wel ongemerkt terug in het oude patroon. Zo van nou ja goed dan gaan

			we maar even aanpakken en terwijl je achteraf denkt van verdorie dat wou ik eigenlijk helemaal niet.”
Patiënt	Houding	Direct resultaat	P1: “Ik merk aan mensen dat zij al bij de intake denken van ‘nou er is nog helemaal niks gebeurd’. Patiënten willen graag van hun klachten af en ze hebben het gevoel dat er iets gedaan moet worden.”
		Verantwoordelijkheid	P1: “Verschilt per patiënt. Ik heb ook wel patiënten die zeggen ‘doe maar wat’, want ‘jij komt mij van mijn klachten af helpen’. Dan is het lastig om iets te bespreken.”
		Ongemakkelijkheid	P2: “Een hele boel patiënten vinden het ook makkelijk om de hele boel uit handen te geven.”
		Open voor verandering	P2: “Maar de meeste patiënten, denk ik, staan wel open voor verandering. Anders zouden ze niet naar je toe komen.”
		Bereidheid	P3: “Ik denk het wel, want uiteindelijk gaat het over hun gezondheid.”
		Verwachting	P4: “Ik vind ook dat patiënten vaak dat [adviserende rol] van je verwachten. En dat ze zeggen van ‘nou jij weet het’, dus he. ‘Zeg het maar’. Een beetje de rol jouw opleggen van: ‘jij moet mij maar advies geven.’ Dan word je al soort van gedwongen om advies te gaan geven en wat minder ja samen het behandelplan opstellen.”
		Gedragsverandering	P4: “Uh, ik denk dat ze het wel zouden willen maar dat ze het ook spannend vinden. Dat het voor hun ook nieuw is waardoor ze denken van nou, zij vervallen natuurlijk ook

			snel weer in hun oude rol, dat is toch een gedragsverandering zeg maar, die ook bij hun plaats moet vinden. Ik denk dat zij met hetzelfde te maken hebben als wij als fysiotherapeut. Als het moeilijk gaat, ga je automatisch alweer in je oude rol.”
		Verwachting	P5: “Vaak als ik aan mensen vraag van ‘wat denk je dat je hebt?’ dan zeggen mensen: daarvoor kom ik bij jou, jij bent de expert.”
		Bereid zijn voor gedragsverandering	P6: “Maar als iemand niet gemotiveerd is om zelf iets aan zijn klachten te doen dan wordt het ‘m niet. Iemand moet wel bereid te zijn om iets veranderen.”
	Vaardigheden	Openstaan voor verandering	P1: “Ja, ze hoeven geen specialist te zijn van het bewegingsapparaat, maar ze moeten wel op een reële manier buiten hun patroon kunnen denken om daarin mee te gaan. Of ze moeten openstaan voor verandering.”
		Taalbarrière Laag opgeleid	P1: “Het is lastig om zoiets samen te bespreken wanneer mensen bijvoorbeeld slecht de taal spreken of laag zijn opgeleid, omdat ik dan het gevoel heb dat ze het niet helemaal begrijpen.”
		Commutatieve vaardigheden Taalbarrière	P2: “Ik denk dat het voor een groot deel van mijn patiënten onmogelijk gaat werken omdat ze daarvoor de communicatieve vaardigheden niet hebben, hierbij speelt ook de taal een belangrijke rol. Dus dan wordt dat heel erg lastig. Op het moment dat ik met buitenlandse patiënten aan het werk ben dan wordt dat best wel een probleem. Maar dat heeft meer te maken met een communicatiebarrière dan. Zelfs al heb je er

			een vertaler bij, wordt het erg lastig. Want het is altijd maar afwachten of het zo overkomt als je zelf wil en dat lees je niet af uit de reactie van je patiënt. Dat tolken is best wel een kunstje en krijg je niet voor elkaar met ‘de kinderen van’.”
		Taalbarrière Waarden	P3: “Dat ligt hem vaak aan een spraakgebrek, aangezien er nu ook veel vluchtelingen zijn. Dat de patiënt zich gewoon niet kan uitdrukken en wat hij zou willen. En dat dat echt een probleem is nog. Ten eerste kom je er natuurlijk niet uit puur spraak technisch, maar ook omdat gevoel niet goed kan uiten. En waarden spelen dan ook nog mee.”
		Empathie tonen Inzicht in eigen gedrag	P4: “Uh, ja ook een stukje empathie zeg maar. Ook naar de anderen toe. Dat ze daar wel iets van begrijpen. Ze moeten ook inzicht hebben in hun eigen ziektebeeld en gedrag en al dat soort dingen. Het wordt dan wel heel breed natuurlijk, maar ik denk wel dat dat erg belangrijk is. Ik denk dat wanneer zij daar iets over weten, dat dat wel scheelt. Dat hebben ze niet altijd. Dat hebben lang niet alle patiënten denk ik.”
		Sociaal lagere klasse	P4: “Zo van nou, ik weet het dan wel. Ja dat vind ik lastig. Dus ja echt de sociaal lagere klassen dat je die moeilijker kunt benaderen. De mensen die een beetje op hetzelfde niveau zitten die begrijpen dat wel hè, die kun je het ook heel goed uitleggen, maar ja als dat qua niveau anders is, dan vind ik dat moeilijker.”

	Kennis	Opleidings-niveau	P4: “Maar het is een moeilijke groep, want die weten het zelf ook niet zo goed. Die vallen ook snel in de slachtoffer rol, zo van ‘ik kan het niet alleen’ of ‘ik kan het toch niet, ik heb iemand nodig’. Die blijven zich wel afhankelijk opstellen van je.”
		Slachtofferrol	
		Afhankelijkheid	
		Opleidings-niveau	P5: “Laag opleidingsniveau heeft daarmee te maken verwacht ik. Het klinkt wel heel slecht, maar in principe is het wel een beetje zo.”
	Tevredenheid	Kennis	P3: “Dus ik denk dat het ook een stukje kennis van de patiënt is. Dat ze eigenlijk te weinig kennis hebben om ook, zeg maar, betrokken te zijn in de besluitvorming.”
		Kennis	P4: “Omdat ze het idee hebben dat ze er zelf te weinig van weten. Te weinig kennis. En dat ligt er ook aan hoe ze geïnformeerd zijn door de verwijzer.”
		Kennis	P6: “Dat hangt heel erg van de persoon af. Ook het kennisniveau van de patiënt.”
		Tevredenheid	P1: “Want dan zijn zij niet tevreden, want ze krijgen niet de behandeling die zij willen, en op het moment dat ik dan alleen maar ga masseren dan is de kans groot dat er niets veranderd. Dan vind ik van mezelf dat ik niet op een juiste manier de patiënt aan het helpen ben. Dan ben ik meer aan het <i>pleasen</i> dan dat ik zelf iets behandel.”
		Tevredenheid	P1: “Niet vanuit therapeuten standpunt, maar meer om de patiënt tevreden te houden. Dus niet zo zeer voor de klacht, maar meer voor de patiënt. Ik denk wel dat het soms

			beter is om met patiënten te praten, vooral als het om chronische pijnklachten gaat, maar ik verwacht dat de patiënt daardoor niet tevreden is met de therapie. Dat maakt het lastig.”
		Patiënten kwijtraken	P1: “Ja, ik denk wel dat wij dan enige patiënten kwijtraken door SDM. Omdat bij juist de patiënten waarvan ik het idee heb dat het goed zou zijn, die willen vaak ook dat er echt iets gaat gebeuren tijdens een behandeling.”
		Tevredenheid	P2: “Als je het hebt over patiënttevredenheid, dan is een patiënt meestal niet zo geweldig tevreden op het moment dat je een hele behandeling met hem hebt staan praten.”
		Weggegooide behandelingen	P2: “En ik denk dat SDM voor het gevoel van de patiënt kan worden ervaren als weggegooide behandelingen.”
		Patiënten kwijtraken	P3: “Ja. Het zou ervoor kunnen zorgen dat patiënten wegvallen omdat ze niet krijgen wat ze willen. Terwijl SDM er eigenlijk omgaat dat je samen met de patiënt tot een uitkomst komt. Dus de mening van mij telt ook mee.”
		Patiënten kwijtraken	P4: “Uh, ja dan gaan ze shoppen. Dan gaan ze naar een ander toe. Als je dan inderdaad merkt dat er verder geen mogelijkheid is om te overleggen daarin dan ga je soms toch masseren omdat je weet ‘anders ben je ze kwijt.”

		Ontevredenheid P6: “Veel patiënten vinden gespreksvoering lastig. Ik hoor van mensen die in pluspraktijken geweest zijn en daar niet meer heen willen omdat ze nou ja ook al die vragenlijsten en er wordt niks gedaan en nou die verwachten dat daar ook meteen uh wat gedaan wordt of dan ben je in gespreksvoering bezig geweest en nou ja tot een bepaald punt en verder ga je de volgende afspraak maken en dan zijn er mensen dus ontevreden, want die zeggen ja er is niks gebeurd.” Tevredenheid Zorgverzekering P6: “En je wilt toch een tevreden patiënt. Je wordt er soms ook weer op afgerekend. En patiënten tevredenheidsonderzoek worden voor de zorgverzekering steeds belangrijker. En bij gespreksvoering voelen sommige mensen zich juist niet gehoord, gek genoeg.”	
Sociale context	Collega's	Gebruik SDM P1: “Ik denk dat collega's het proberen, net als ik. Of het altijd lukt is de vraag. Ik heb het gevoel dat het makkelijker werkt als je langer aan het werk bent. Ik kan nu meer op de persoon zelf letten. Maar ik denk dat wij het allemaal wel proberen.” Toepassing gehele team P1: “Ik zou aanbevelen dat het binnen het gehele team wordt toegepast, dat je allemaal op één lijn zit en dat iedereen het doet. Samen op een cursus of kennis met elkaar delen.” Gebruik P3: “Ik denk dat het soms wel een beetje geprobeerd wordt, maar nog niet helemaal naar de criteria die er voor SDM zijn. En ik weet van mijn collega's dat zij wel mogelijkheden aanbieden.”	

		Overleg	P4: “Ja, soms wel ja. Zeker wel. Vooral bij de COPD-patiënten. Je krijgt wel advies, of tips. Dus daar hebben we het wel over. Dus het model zou wel passen in de praktijk.”
		Zorgverleners	P6: “Dus daarom is het ook erg prettig als alle zorgverleners het op dezelfde manier aanpakken. Dat dat gewoon een vanzelfsprekendheid is.”
Organisatorische context	Tijd Geld	Tijdgebrek Geld	P1: “Ik denk dat tijd het grootste probleem is. Er moet ook geld verdiend worden, het is geen vrijwilligerswerk.”
		Tijdgebrek Geld	P1: “Ik word vooral beperkt in tijd, en daardoor in geld. Het heeft tijd nodig om met de patiënt te praten, en dat praten kost ook weer geld. En op het moment dat jij maar een half uur hebt om je hele intake te doen, dan is het lastig daarbij iets effectiefs voor elkaar te krijgen en daarbij ook nog een stuk behandeling te doen. Je hele intake zou dan moeten bestaan uit SDM, daar is niet iedereen even blij mee.”
		Tijdgebrek	P2: “Ja tijd is een grote factor, absoluut. Je hebt 25 minuten de tijd en je moet ergens ook nog tijd vinden voor administratie. En je wil al helemaal op het moment dat je met een intake begint, wil je ook beginnen met kijken naar wat er fysiek met een patiënt aan de hand is. En SDM valt voor mijn onder een soort van coaching.”
		Tijdgebrek	P3: “Ja, en dan vind ik het ook nog best wel lastig qua tijd. Dat is vooral heel lastig. Want wanneer ga ik dat met de patiënt doen. Ga ik er eerst met de patiënt voor zitten of doe ik het tijdens een behandeling naar zijn of haar

			keuze. Maar dat lijkt me niet helemaal de meest handige vorm van communicatie. En dan komt de patiënt met ‘we hebben zoveel gepraat’.”
		Tijdgebrek	P3: “Ja dat zit tegen. Ja ik vind soms een half uur echt wel kort, voor een intake. Moet ik zeggen. Kijk het hoeft ook geen uur te zijn, maar 40 minuten. Maar dat je nog even die 10 minuten hebt om op elkaar af te stemmen.”
		Tijdgebrek	P3: “In de zin van tijd. Om dat te kunnen toepassen zou ik in mijn eerste behandeling iets meer tijd willen hebben. En dan kom je aan het stukje financiën, die zijn er dan niet. Je maakt dan minder patiënten in dezelfde tijd.”
		Tijdgebrek	P4: “Dat is denk ik ook wel een van de dingen. Dat tijdgebrek, of in ieder geval het gevoel van tijd, wel een drempel is. Of wat ervoor kan zorgen dat iemand snel weer in de actiefase komt. Je hebt dan een half uur of drie kwartier, en je weet dat de volgende patiënt klaar zit, dan heb je niet altijd de tijd om het er bijvoorbeeld erover te hebben. Dus ik denk dat dat een praktisch iets is. Dat heb je wel nodig, tijd. Vooral als er erg veel speelt bij de patiënt. Daar loop je tegen aan. Als iemand heel veel verdriet heeft, die wil dat ook aan je kwijt. Dus dan ben je al een half uur bezig daarmee. Dat dringt dat op een gegeven moment wel. Dat je dan in tijdsnood komt.”
		Tijd	P4: “Doordat wij veel met oudere mensen werken is dat ook lastiger. Zij willen graag

		Tijd	hun verhalen kwijt. Dus daarvoor nemen wij meer tijd. Het is bij ons niet zo zwart wit dat je één behandeling hebt voor een intake en de andere voor behandeling.” P4: “Het kan wel zo zijn dat ik op dat moment even niet verder kan, maar dat zou ik de volgende keer wel kunnen oppakken weer.”
		Tijdgebrek	P6: “Het zou heel goed zijn, maar dan loop ik toch tegen dat tijdsaspect aan. Daar zou je meer tijd voor moeten hebben om meer uit te leggen, meer te vertellen, voor en tegens en dat nog en keer te herhalen. Dus daar gaat veel meer tijd in zitten. Dus het zou in feite voor alle patiënten goed zijn, maar praktisch gezien is dat niet altijd haalbaar.”
		Tijd	P6: “Als je het goed wilt doen, als je dus echt alle opties goed wil bespreken en uitleggen en de voor- en de nadelen en weet ik wat. Dat kost gewoon veel tijd.”
		Tijd	P6: “Maar als mensen echt vrij blanco binnenkomen, en je moet echt helemaal van niks beginnen en iemand pikt het niet heel snel op dan kost dat tijd.”
Economische en politieke context	Zorgverzekering	Max. aantal behandelingen	P1: “Je zit ook nog vast aan een maximaal aantal behandelingen vast.”
		Meerdere behandelingen	P2: “Ja, precies ja. Het moet wel kunnen passen in de behandeling. En ik kan me voorstellen dat je voor SDM soms wel twee of drie therapieën nodig hebt. En één of twee van de zes die ze hier in NL hebben, en om daar dan de eerste drie van te gebruiken voor

			SDM, dan heb je voor het gevoel van de patiënt nog niks veranderd.”
		Max. aantal behandelingen	P2: “En je hebt maar negen behandelingen. En in die tijd moet je ervoor zorgen dat je patiënt klachtenvrij is.”
		Max. aantal behandelingen	P4: “Maar de andere groepen wel. Dan loop je aan tegen maar negen keer. Maar zelfs in negen keer zou je wel wat kunnen.”
		Verwachting snel resultaat	P4: “Het [zorgverzekering] maakt wel dat patiënten daardoor snel resultaat willen. Dat ze dan zeggen: ‘nou behandel mij nou maar gewoon.’”
	Handvaten	Tools	P1: “Ik denk dat het haalbaar is. Ik denk alleen dat we daarvoor meer tools nodig hebben.”