

2014

Praktijkonderzoek afstuderen Shared Decision Making

Auteurs:

Maud Wilborts, 2163298

Inge Faessen, 2169711

Projectbegeleider:

Shaun Cardiff

Examinator:

Miranda Snoeren

Opdrachtgevers DOH:

Nathalie Eikelenboom

Maarten Klomp

Praktijkonderzoek afstuderen HBO-verpleegkunde

Fontys Hogescholen Eindhoven

Eindhoven, 16 Juni 2014



Voorwoord

Dit product is een schriftelijke verantwoording van afstudeergroep 44 van Fontys Hogeschool verpleegkunde Eindhoven. De afstudeergroep doet verslag van het project en de resultaten hiervan tijdens het afstudeerproject.

In opdracht van De Ondernemende Huisarts (DOH), een innovatieve organisatie van ondernemende huisartsenpraktijken die in samenwerking met ketenpartners kwalitatief hoogwaardige eerstelijnszorg biedt aan patiënten, heeft de afstudeergroep een Shared Decision Making (SDM) model geïmplementeerd dat door een voorgaande afstudeergroep ontwikkeld is dat geschikt is voor de praktijken van DOH in de eerstelijnszorg. Met behulp van het SDM model kunnen hulpverleners patiënten ondersteunen tijdens besluitvormingsprocessen.

De afstudeergroep wil iedereen bedanken die een bijdrage geleverd heeft aan het tot stand komen van het praktijkonderzoek afstuderen. Om te beginnen bedankt de projectgroep de opdrachtgeefster Nathalie Eikelenboom voor de opdracht en de gelegenheid om het onderzoek uit te voeren. Ook de praktijkondersteuners, huisartsen en patiënten die betrokken zijn geweest en deelgenomen hebben aan het onderzoek. De referentiegroep willen wij bedanken voor de kritische feedback en de uitwisseling van de ervaringen. Tevens wil de projectgroep de projectbegeleider, Shaun Cardiff bedanken voor alle begeleiding, hulp en medewerking gedurende het proces van het praktijkonderzoek afstuderen. Als laatste wil de projectgroep de examiner, Miranda Snoeren, bedanken voor het geven van de feedback en kritisch beoordelen van dit afstudeerproject.

Samenvatting

Het afstudeerproject 'Shared Decision Making' is ontstaan vanuit de samenwerking tussen Fontys Hogeschool Verpleegkunde in Eindhoven en De Ondernemende Huisarts in Eindhoven. Het verslag is gebaseerd op het afstudeerproject van I. Faessen en M. Wilborts. Hierbij is onderzoek gedaan naar de toepassing van gedeelde besluitvorming in consulten met patiënten. Om dit te verbeteren is er een instrument samengesteld, namelijk het SDM model, gebaseerd op het model van Elwyn. De taak van de huidige projectgroep was om dit model te implementeren binnen twee praktijken van De Ondernemende Huisarts.

De afstudeergroep is hierbij gestart met het opzoeken van informatie over gedeelde besluitvorming, waarom dat het belangrijk is voor zowel patiënten als praktijkondersteuners. Verder is er nagedacht over een mogelijk implementatieplan om voor te leggen aan de opdrachtgever. In deze beginfase van het afstudeerproject is er een hoofdvraag geformuleerd: "Hoe kan het bewust werken met het SDM model bevorderd worden onder POH's aangesloten bij DOH?"

Voor deze implementatie heeft de projectgroep een workshop georganiseerd voor praktijkondersteuners. De taak van de projectgroep was om de praktijkondersteuners te laten werken met het model in de consulten met patiënten. Het ontworpen model is uitgedeeld aan de deelnemers van de workshop in de vorm van een reminderkaartje, om het te gaan gebruiken in de praktijk. Vervolgens hebben de praktijkondersteuners onderling de werking met het model geobserveerd.

Gedurende het afstudeertraject is er een literatuurstudie gedaan. Hierbij is gezocht naar een antwoord op de zoekvraag: *"Waarom is gedeelde besluitvorming zo belangrijk en hoe kan dit het beste worden geïmplementeerd in de eerstelijns zorg?"* Uit de zoekstrategieën die zijn uitgevoerd, is gebleken dat gedeelde besluitvorming meer is dan een stappenplan volgen in een consult. De context van een patiënt moet duidelijk zijn bij de praktijkondersteuner om aan goede gedeelde besluitvorming te kunnen doen.

Om de implementatie te evalueren zijn er verschillende onderzoeken gedaan. Er is onderscheid gemaakt tussen de ervaringen van patiënten en praktijkondersteuners om ieder lid van de projectgroep haar eigen onderzoek te geven. Dit is gedaan door semigestructureerde interviews af te nemen bij patiënten en consulten te observeren van praktijkondersteuners. Uit de observaties bleek dat de praktijkondersteuners die deelgenomen hadden aan de pilot het SDM model beter gebruiken dan de controlegroep. Dit sloot aan bij de resultaten van de interviews. Patiënten gaven aan gedeelde besluitvorming positief te ervaren in een consult met hun praktijkondersteuner en hierdoor achter gemaakte behandelkeuzes te staan. Ze voelde zich meer gehoord en beter ondersteund.

Ter afsluiting van de evaluatiefase is er een focusgroep georganiseerd, met de deelnemers van de workshop. Uit de groepsdiscussie zijn tips, tops en aanbevelingen gedaan die meegenomen worden voor de implementatie van de overige praktijken van De Ondernemende Huisarts. Er werd als tip gegeven meer kleur te geven aan de reminder kaartjes en ze te voorzien van een korte handleiding waardoor het ook voor praktijkondersteuners buiten de pilot bruikbaar is. Daarbij werd een betere communicatie tussen huisarts en praktijkondersteuner als tip benoemd.

De huidige projectgroep heeft gemerkt dat het ontwikkelde SDM model wel degelijk positieve invloed heeft op de gedeelde besluitvorming in een consult tussen patiënt en praktijkondersteuner. Het gebruik van het SDM model is bevorderend voor de praktijkondersteuner met de gevolgen dat het ook bevorderend werkt voor de patiënten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
Hoofdstuk 1: Aanleiding	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Ontstaan project.....	6
1.2.1 Voorgaande onderzoeken	7
1.2.2 Resultaten onderzoeken	7
1.3 Implementeren van veranderingen	8
1.3.1. GPS model in relatie met het voorgaande project.....	9
1.3.2. Voorwaarden voor implementatie	9
1.4 Probleemstelling.....	10
1.5 Doelstelling.....	10
1.6 Leeswijze	10
Hoofdstuk 2: Literatuurstudie	11
2.1 Zoekstrategie	11
2.2 Zoekresultaten.....	12
2.3 Conclusie	16
Hoofdstuk 3: Het implementatieplan.....	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Het GPS model.....	17
Hoofdstuk 4: Evaluatie	20
4.1 Observaties praktijkvoering (Inge)	21
4.1.1. Inleiding	21
4.1.2. Databronnen	22
4.1.3. Dataverzameling en onderzoeksinstrument	22
4.1.4. Data analyse	23
4.1.5. Kwaliteit waarborgen	23
4.2 Proces en product evaluatie (Maud)	25
4.2.1. Inleiding	25
4.2.2. Databronnen	25
4.2.3. Dataverzameling en onderzoeksinstrument	26
4.2.4 Data analyse	26
4.2.5 Kwaliteit waarborgen	27
4.3 Focusgroep interview met praktijkondersteuners.....	28
4.3.1. Inleiding	28

4.3.2. Databronnen	28
4.3.3 Dataverzameling.....	28
4.3.4. Data analyse	29
4.3.5. Kwaliteit waarborgen	29
Hoofdstuk 5. Resultaten	30
5.1 Resultaten observaties	30
5.2 Resultaten interviews	33
5.3 Resultaten focusgroep.....	37
5.4 Conclusie	40
Hoofdstuk 6: Conclusie.....	41
6.1 Eindconclusie	41
6.2 Discussie	41
Nawoord	44
Bronnenlijst	45
Bijlage 1. SDM model ontwikkeld door De Groot en Günes	49
Bijlage 2: Draaiboek en werkwijze workshop.....	50
Bijlage 3: Shared Decision Making model observatie formulier	54
Bijlage 4: Toestemmingsformulier patiënten.....	56
Bijlage 5: Topic lijst semigestructureerde interviews patiënten.....	57
Bijlage 6: Draaiboek en werkwijze focusgroep.....	58
Bijlage 7: Code boom; interviews patiënten	60

Hoofdstuk 1: Aanleiding

1.1 Inleiding

Shared Decision Making (SDM) is een actueel onderwerp waar de laatste jaren steeds meer aandacht voor komt. SDM staat voor gedeelde besluitvorming tussen praktijkondersteuners en de patiënt. Uit onderzoek is gebleken dat zorg de laatste jaren geleverd wordt op basis van bekwaamheid en ervaringen door de hulpverleners en niet op basis van voorkeuren en kennis van patiënten (Veenendaal, 2013). Zorgverleners onderschatten daarin de mate waarin patiënten geïnformeerd willen worden over hun gezondheid en behandelingen. Er is duidelijk geworden dat de rol van de patiënt in de besluitvorming te klein is. In Nederland is er nadrukkelijk aandacht voor SDM vanuit bijvoorbeeld het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ). Internationaal gezien is er een Salzburg Statement opgesteld door achttien landen die deelnemen aan het Salzburg Global Seminar. Dit statement roept patiënten en zorgverleners op om samen te werken in de besluitvorming over medische beslissingen (Salzburg, 2014).

Uit onderzoek van Veenendaal (2013) is naar voren gekomen dat het ondersteunen van de besluitvorming met SDM en goede keuzehulp, patiënten kan helpen. Patiënten worden besluitvaardiger, ze kunnen en willen zelf kiezen. Ook zijn de patiënten beter geïnformeerd en hierdoor zijn ze beter op de hoogte van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes. Bovendien twijfelen patiënten minder over de genomen beslissing en voelen ze zich tevreden over het besluit (Veenendaal, 2013). Mogelijk wordt de therapietrouwheid verhoogd door het toepassen van SDM en zullen de patiënten vaker voor de mogelijkheden kiezen waarbij kwaliteit van leven centraal staat. Patiënten hebben een positieve houding ten aanzien van gezamenlijke besluitvorming. Ze voelen zich hierdoor serieus genomen en willen graag volgens deze positieve werkwijze ondersteund worden (Veenendaal, 2013).

1.2 Ontstaan project

Afgelopen half jaar heeft binnen de praktijken van De Ondernemende Huisarts (DOH) een afstudeerprojectgroep, de Groot en Günes, van Fontys Hogeschool Verpleegkunde zich gebogen over Shared Decision Making (SDM) in de praktijkvoering van de praktijkondersteuners (POH). DOH is een coöperatieve vereniging waar huisartsenpraktijken lid van zijn. Dit betekent dat de werknemers binnen de praktijken niet in dienst zijn van DOH maar aangesloten zijn bij een vereniging. Bij deze praktijken zijn praktijkondersteuners in dienst van de huisarts werkzaam. De praktijkondersteuners werken zelfstandig en overleggen waar nodig met de huisarts.

Bij DOH zijn zestien praktijken aangesloten. Van deze zestien praktijken doen er twee mee aan de pilot voor de implementatie van SDM. Er werken in totaal drie praktijkondersteuners mee aan de pilot. De praktijkondersteuners ondersteunen de huisarts door patiënten te zien met chronische aandoeningen en zijn gespecialiseerd in een bepaalde patiëntengroep, bijvoorbeeld diabetes of COPD. Hierdoor kan een goede kwaliteit van zorg geleverd worden wanneer er taken overgenomen worden van de huisarts. Omdat de Groot en Günes in twee praktijken die aangesloten zijn bij DOH onderzoek hebben gedaan gaat de huidige projectgroep met deze twee praktijken verder aan de slag. Dit is in overleg gegaan met de opdrachtgever die werkzaam is bij DOH. Het is niet duidelijk of de twee praktijken verschillen in de context. In de resultaten van het onderzoek van voorgaande afstudeergroep, is geen onderscheid gemaakt tussen de twee praktijken. Het is onduidelijk of er verschil is tussen de twee praktijken met betrekking tot het gebruik van het SDM model. In het afstudeerproject hebben N. De Groot en A. Günes onderzoek gedaan naar welke SDM methode het meest geschikt is voor praktijkondersteuners en patiënten in de twee deelnemende praktijken aangesloten bij DOH. Het doel hiervan is dat praktijkondersteuners patiënten meer betrekken bij een besluitvorming, om uiteindelijk samen tot een keuze te komen die het beste bij de patiënt past. Uit de resultaten bleek dat SDM wisselend toegepast wordt, maar niet systematisch. Dit betekent dat de praktijkondersteuners van de deelnemende praktijken SDM waarschijnlijk onbewust toepassen en geen gebruik maken van een bepaalde richtlijn/model (Klomp, 2013).

Dit afstudeerproject is ontstaan nadat een vorige projectgroep onderzoek gedaan heeft naar welke SDM methode het meest geschikt is voor de praktijkondersteuners binnen DOH.

1.2.1 Voorgaande onderzoeken

Binnen de twee praktijken hebben De Groot en Günes (2014) verschillende onderzoeken gedaan. Doordat in de praktijken van DOH het nog onbekend was welke SDM methode toegepast kan worden, hebben ze antwoord gezocht op de vraag: *“Welke SDM methode is volgens praktijkondersteuners en patiënten van DOH geschikt voor in de praktijken van DOH, waarbij de patiënt meer betrokken wordt door de zorgverleners bij de besluitvorming, om uiteindelijk samen tot een keuze te komen, die het beste bij de patiënt past?”*.

Nadat de probleembeschrijving en probleemstelling is vastgelegd, is gestart met onderzoek. Er is een gesprek gevoerd met een expert op het gebied van SDM. In dit gesprek is veel informatie gedeeld met betrekking tot het ontstaan van SDM en ook over de bruikbaarheid van SDM modellen. Vervolgens hebben er semigestructureerde observaties bij consulten van praktijkondersteuners plaatsgevonden om de huidige situatie in kaart te brengen. Daarnaast zijn semigestructureerde interviews afgenomen met praktijkondersteuners en patiënten. De praktijkondersteuners en patiënten zijn gevraagd wat ze weten van SDM en hoe ze hierover denken. Tot slot heeft de projectgroep een heterogene focusgroep georganiseerd voor alle praktijkondersteuners van de deelnemende praktijken van het onderzoek en leden van de patiëntenraad. In deze focusgroep is het door de projectgroep ontwikkelde SDM model besproken en aangevuld door middel van een claims, concerns en issues workshop.

1.2.2 Resultaten onderzoeken

Uit het gesprek met een expert op het gebied van SDM kwam naar voren dat SDM een startende beweging is in Nederland die pas op gang is, hoewel Nederland een van de voorlopers is. Dit is ook de reden dat er nog geen uitgekristalliseerd model bestaat dat in de eerstelijnszorg gebruikt kan worden. Ook is duidelijk geworden dat voor gedeelde besluitvorming wetenschappelijke literatuur, eigen klinisch expertise en de patiënt van belang zijn, want uiteindelijk moet er samen met de patiënt een besluit genomen worden.

Praktijkondersteuners van de meewerkende praktijken hebben aandacht voor het verloop van de gezondheid van de patiënt. Dit bleek uit de observaties waar eerst de gezondheid van de patiënt geïnventariseerd werd, voordat informatie werd uitgewisseld en mogelijke (behandel) opties werden voorgelegd. De praktijkondersteuner biedt ruimte aan de patiënt om zijn verhaal te vertellen en zo wordt de patiënt ondersteund in het verhelderen van de gehele situatie op dat moment. Omdat dit een onderdeel is van het SDM model, werd er geconcludeerd dat praktijkondersteuners gedeelde besluitvorming onbewust toepassen.

Uit de interviews met praktijkondersteuners wilde De Groot en Günes te weten komen wat praktijkondersteuners verstaan onder SDM en welke behoefte zij hebben om volgens deze werkwijze te werken. Praktijkondersteuners verstaan onder gedeelde besluitvorming dat ze samen met de patiënt beslissingen maken bij keuzemomenten en ervaren zelf dat SDM wel wordt toegepast maar niet systematisch. Ze hebben wel de indruk dat ze werken volgens de werkwijze van gedeelde besluitvorming, maar de term ‘SDM’ is onbekend. De praktijkondersteuners gaven ook aan behoefte te hebben om te werken met een individueel zorgplan, wat ze ervaren als een handig hulpmiddel dat samen wordt opgesteld met de patiënt.

Keuzehulpmiddelen, een aandachtspunt in het SDM model, wordt door POH's gezien als foldertjes en internetsites, terwijl er meerdere hulpmiddelen bestaan. Ze worden patiëntgebonden aangeboden om patiënten goed te informeren over geschikte mogelijkheden van medische behandelingen. Goede

keuzehulpen laten duidelijk alle mogelijke uitkomsten van de behandeling zien, ook de nadelige effecten, waardoor een patiënt zelf afwegingen kan maken en kan aangeven naar welke behandeling de voorkeur gaat (Van der Weijden, 2007).

De geïnterviewde patiënten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zij zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen over hun eigen gezondheid. Hierbij is de patiënt de ervaringsdeskundige en de hulpverlener de expert. Patiënten gaven aan dat zij het belangrijk vinden om een individueel zorgplan te hebben en dit te mogen inzien zodat ze terug kunnen kijken naar hun opgestelde doelen. Uit de interviews met patiënten en leden van de patiënten raad komt naar voren dat patiënten een individueel zorgplan zien als een soort hulpmiddel om samen met de praktijkondersteuner een behandeling in te gaan en aan een opgesteld doel te werken.

Het door de voorgaande projectgroep aangepaste SDM model is in een georganiseerde focusgroep met praktijkondersteuners en leden van de patiënten raad geëvalueerd aan de hand van claims, concerns en issues. Het SDM model is aangepast gericht op de wensen van de deelnemers van de focusgroep. Zo werd aangekaart dat het een overzichtelijk en bruikbaar model is. Het maken van een gezamenlijke agenda voor een consult werkt bevorderend zodat beide kunnen aangeven wat ze graag willen bespreken. Daarbij moet de mogelijkheid bestaan om van de opgestelde agenda af te wijken om de ruimte te kunnen krijgen om problemen uit te spreken voordat de verdere agenda besproken is. Ook zou een praktijkondersteuner de voor- en nadelen van een situatie moeten weergeven voor een patiënt om tot gedeelde besluitvorming te komen. Daarbij is het gebruik van keuzehulpmiddelen een optie. In de huidige situatie worden folders en internetsites meegegeven aan de patiënten in de deelnemende praktijken. Deze conclusie is getrokken door De Groot en Günes (2014) na interviews met praktijkondersteuners en observaties. De Groot en Günes (2014) geven aan dat er foldertjes en internetsites meegegeven worden aan de patiënten, maar geven ook aan dat keuzehulpmiddelen meer zijn dan alleen foldertjes en internetsites. In de literatuurstudie die zij hebben gedaan staat echter het volgende: "Voorbeelden van keuzehulpen zijn: folders, cd-rom en websites, die tijdens het gesprek of thuis bekeken kunnen worden." Hieruit kan geconcludeerd worden dat de praktijkondersteuners al gebruik maken van keuzehulpmiddelen. Het SDM model is aan de hand van de focusgroep aangepast naar de wensen van de deelnemers van de focusgroep. Na de focusgroep hebben De Groot en Günes een member-check gedaan bij de deelnemers. Deze is goedgekeurd en zo is het aangepaste SDM model (bijlage 1) tot stand gekomen.

Deze resultaten hebben ervoor gezorgd dat de voorgaande projectgroep heeft kunnen concluderen dat er een bruikbaar SDM model ontworpen is dat geïmplementeerd kan worden binnen de praktijken van DOH. Deze implementatie is neergelegd bij de huidige projectgroep als hun afstudeerproject.

1.3 Implementeren van veranderingen

Het implementeren van vernieuwingen in de gezondheidszorg is ingewikkeld. Vaak zijn er verschillende visies op een probleem en ook over de oplossingen verschillen meningen regelmatig. Ondanks dit is het voor professionals een uitdagende taak om vernieuwingen in te voeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Munten, Snoeren, Cardiff, 2011). Wij hebben verschillende definities bekeken en zijn van mening dat de volgende het meest aansluit op onze visie:

"Een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen, een bepaalde verandering op gang te brengen of een blijvende verandering te realiseren (Plas et al. 2007)."

Er bestaan verschillende raamwerken en modellen voor implementatie. Een voorbeeld hiervan is het PARIHS-raamwerk en het implementatiemodel van Grol en Wensing. Wij hebben ervoor gekozen om het GPS model van Munten et al. (2013) te gebruiken. Voor dit model is gekozen omdat het model

zich richt op de stappen van een implementatietraject en op de factoren die de implementatie kan beïnvloeden. Het GPS model is ontwikkeld op basis van het integreren van de voordelen van het PARIHS raamwerk en het model van Grol en Wensing. In het PARIHS-raamwerk wordt aandacht besteed aan cruciale factoren die van belang zijn voor een succesvolle implementatie, terwijl het model van Grol en Wensing een stappenplan biedt dat behulpzaam is bij een systematische aanpak van implementatie (Munten, Snoeren, Cardiff, 2013). De projectgroep wil de stappen doorlopen om tot een implementatie van SDM te komen.

1.3.1. GPS model in relatie met het voorgaande project

Het voorgaande afstudeerproject heeft een aantal stappen doorlopen. Het implementatiemodel begint met een 'trigger': iemand heeft het idee dat er een verandering moet plaatsvinden in een huidige situatie. Dit kan extern maar ook intern zijn. In stap 1 van het GPS model is er een interne trigger vanuit DOH gekomen. De opdrachtgever (DOH) heeft de opdracht voorgedragen voor verandering van de huidige situatie. De aanleiding voor de opdracht was dat het ontworpen SDM model, door de vorige projectgroep, geïmplementeerd moest worden binnen de pilot. Stap 2 van het model geeft aan dat er een goede facilitator aanwezig moet zijn. De opdrachtgever en projectgroep hebben als facilitators gefunctioneerd. De facilitators hebben het project en het proces bewaakt en regie gehouden gedurende het project. In stap 3 komt er een voorstel. Als besloten is om tot implementatie over te gaan, wordt verkend in hoeverre er draagvlak/behoefte is aan verandering en welke randvoorwaarden er ter beschikking zijn. De voorgaande projectgroep heeft in deze stap een plan van aanpak gemaakt. In stap 4 wordt de huidige situatie onderzocht. Het onderzoeken van iedere kennisbron en van de context zorgt voor nieuwe onderzoeksvragen. De data die tijdens de analyse verzameld is, bevordert de bewustwording van de huidige situatie onder belanghebbenden/betrokkenen. Daarbij is het van belang dat dataverzamelingstechnieken worden afgestemd op de vragen. In deze stap heeft de projectgroep de huidige situatie omschreven door literatuuronderzoek, gesprek met een expert, semigestructureerde interviews met praktijkondersteuners en patiënten en observaties. Uit deze situatieanalyse zijn conclusies getrokken en hieruit is een probleem definiëring gekomen. Nadat de data over de huidige situatie verzameld is kan een definitieve probleem/doelstelling opgesteld worden, dit is stap 5 van het GPS model. Op grond van dit probleem wordt een doel opgesteld. Hieruit kunnen implementatiestrategieën en acties/interventies worden bepaald en een evaluatiestrategie ontworpen worden. In deze stap heeft de projectgroep een definitief probleem en doelstelling opgesteld. In stap 6 zal er een nieuw product ontwikkeld worden of een bestaand product zal aangepast worden. Bij het kiezen en ontwerpen van strategieën en producten is het noodzakelijk om rekening te houden met de context waarin geïmplementeerd zal worden. De projectgroep heeft in deze stap een implementatieplan geschreven voor een nieuwe projectgroep, de auteurs van dit project.

1.3.2. Voorwaarden voor implementatie

Tijdens de implementatie dient er rekening gehouden worden met diverse factoren. Er kunnen bevorderende en belemmerende factoren ontstaan in een implementatieproces. Deze factoren worden omschreven door de projectgroep in vier verschillende categorieën: Individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren (Grol & Wensing, 2011). Er zijn individuele factoren aanwezig met betrekking tot de implementatie. De praktijkondersteuners zijn al bekend met het SDM model zoals dat ontworpen is door de voorgaande projectgroep. De Groot en Günes (2014) hebben beschreven dat de praktijkondersteuners gemotiveerd zijn om te werken met het SDM model. De praktijkondersteuners hebben enthousiast meegewerkt aan het project van de Groot en Günes, er is veel interesse in het onderwerp. Een bevorderende sociale factor voor de implementatie is dat de patiëntenraad van DOH erg graag naar een werkwijze met SDM toe wil.

Binnen de organisatorische factoren zouden er knelpunten kunnen ontstaan. De praktijkondersteuners zijn niet in dienst van DOH maar van de huisartsenpraktijk. Om eventuele knelpunten te voorkomen is het belangrijk voor de projectgroep om de praktijkondersteuners te

stimuleren en het belang van SDM duidelijk te maken. Er zal duidelijk en regelmatig gecommuniceerd worden met de opdrachtgever binnen DOH en de praktijkondersteuners.

Maatschappelijke factoren zijn ook beïnvloedbare factoren waar tijdens de implementatie rekening mee gehouden dient te worden. Er is geen andere of meer specifieke wettelijke grondslag vereist dan nu voorhanden is (Raad voor de volksgezondheid & zorg, 2013). Financieel geeft het geen belemmerende factoren. Hulpverleners zijn vaak bezorgd over de tijd die nodig is om deel uit te maken van gedeelde besluitvorming met patiënten. Onderzoek heeft echter aangetoond dat SDM niet meer tijd kost dan de gebruikelijke benaderingen met patiënten (Loh et al, 2007).

1.4 Probleemstelling

Wij, de huidige projectgroep, zijn de scriptie van de voorgaande groep gaan bekijken en hebben de probleem- en doelstelling opgepakt en aangepast. In fase 5 van het GPS model, probleem- en doelstelling, zijn wij ingesprongen. De voorgaande projectgroep heeft geconcludeerd dat er onvoldoende bewust gewerkt wordt met een SDM model. Aan de huidige projectgroep is het om dit te veranderen en het SDM model door praktijkondersteuners binnen DOH bewust toe te laten passen. De projectgroep stelt hiervoor de volgende probleemstelling op:

“Hoe kan het bewust werken met het SDM model bevorderd worden onder POH’s aangesloten bij DOH?”

1.5 Doelstelling

De voorgaande groep heeft zich bezig gehouden met het ontwerpen van het SDM model en de vraag vanuit de opdrachtgever. Om het ontworpen model te implementeren is aan de hand van de probleemstelling, de doelstelling geformuleerd:

“Binnen 18 weken zijn de praktijkondersteuners van twee praktijken binnen De Ondernemende Huisarts op de hoogte van het SDM model, werken ze bewust volgens dit stappenplan, is er geëvalueerd wat het resultaat is van het werken met het SDM model en zijn er aanbevelingen gegeven voor de implementatie van het model binnen de 14 overige DOH praktijken.”

1.6 Leeswijze

In hoofdstuk 2 worden de deelvragen beantwoord aan de hand van literatuurstudie: ‘*Waarom is gedeelde besluitvorming voor praktijkondersteuners en patiënten belangrijk?*’

In hoofdstuk 3 wordt het implementatieplan omschreven. Vervolgens zijn in hoofdstuk 4 de onderzoeksmethode omschreven wat de evaluatie betreft. De resultaten worden in hoofdstuk 5 weergegeven, waarna een discussie hierop volgt met een conclusie in hoofdstuk 6.

Hoofdstuk 2: Literatuurstudie

De voorgaande afstudeergroep heeft een literatuurstudie gedaan over de werkwijze en modellen van het SDM model. Doordat er nog wat informatie gemist wordt, is er een nieuwe deelvraag opgesteld die door middel van een nieuwe literatuurstudie beantwoord kon worden. Het doel was om meer diepgang te verkrijgen in de theorie over SDM om zo een beter beeld te krijgen van het gehele probleem. De literatuurvraag luidt als volgt: *‘Waarom is gedeelde besluitvorming zo belangrijk en hoe kan dit het beste worden geïmplementeerd in de eerstelijns zorg?’*

2.1 Zoekstrategie

Om goede artikelen te vinden voor een antwoord op bovenstaande deelvraag is de volgende zoekstrategie opgesteld: er werd in twee databanken (Pubmed en Cinahl full tekst) naar bruikbare en betrouwbare artikelen gezocht. Er is voor deze databanken gekozen omdat ze werken met Engelse zoektermen en dus zoeken in een breed scala van tijdschriften. De Engelse en Nederlandse zoektermen staan weergegeven in Tabel 1.

Nederlandse zoekterm	Engelse zoekterm
Gedeelde besluitvorming	Shared Decision Making
Praktijkondersteuner	Practice nurse
SDM	SDM
Model/kader	Model/framework
Eerstelijns zorg	Primary care
Elwyn	Elwyn
Consult	consultation
Huisarts	General practitioner
Huisartsenpraktijk	General practice
	Systematic reviews

Tabel 1: Opgestelde zoektermen door projectgroep

Met de combinatie van drie zoektermen is gezocht met ‘AND’ in teksten van het jaar 2004 tot en met 2014. Hier heeft de projectgroep voor gekozen om de actualiteit en volledigheid van het artikel te waarborgen (Cox et al. 2005). De artikelen zijn beoordeeld of ze in full tekst te verkrijgen zijn en aansluiten bij de onderzoeksvraag. Dit leverde een groot hoeveelheid hits op (zie tabel 2).

Zoektermen	Aantal hits Cinahl full text	Aantal hits Pubmed
Shared Decision Making, primary care, practice nurse	2207	375
Shared Decision Making, primary care, practice nurse, (model OR framework)	2066	95

Tabel 2: Eerste zoekstrategie door projectgroep

Omdat er nog te veel hits overbleven om allemaal door te screenen op bruikbaarheid, is de zoekstrategie wat specifieker gemaakt. Dit werd gedaan door eerst de zoektermen ‘Elwyn’ toe te voegen waardoor de het aantal bruikbare artikelen redelijk klein was (n=7) en dus is er gezocht met de zoekterm ‘systematic reviews’ in plaats van ‘Elwyn’ waardoor 13 bruikbare artikelen werden gevonden (zie tabel 3).

Zoektermen	Aantal hits Cinahl full text	Aantal hits Pubmed	Opgevraagde hits*
Shared Decision Making, primary care, practice nurse, Elwyn	64	6	7
Shared Decision Making, primary care, practice nurse, systematic reviews	315	1	13

Tabel 3: Tweede zoekstrategie door projectgroep

* In de opgevraagde hits zijn artikelen die zowel in Cinahl full text als Pubmed gevonden zijn, niet meegerekend.

In deze twee zoek strategieën zaten 4 artikelen die overeen kwamen, en dus zijn uiteindelijk 16 artikelen opgevraagd en bestudeerd. Na het bestuderen van deze artikelen bleek dat ze niet allemaal voldoende aansloten bij de zoekvraag. Na overleg met de projectbegeleider, is er voor gekozen om een nieuwe zoekstrategie uit te voeren (tabel 4), enkel in Cinahl full Text. Hieruit zijn 10 bruikbare artikelen gevonden en opgevraagd.

Zoektermen	Aantal hits Cinahl full text	Opgevraagde hits
Nurse-patiënt relations AND shared decision making AND primary care AND practice nurse	136	10

Tabel 4: Derde zoekstrategie door projectgroep

De 10 artikelen zijn bestudeerd. Met deze resultaten en eerder gevonden bruikbare artikelen, heeft de projectgroep een volledig antwoord kunnen formuleren op de zoekvraag.

2.2 Zoekresultaten

In de totaal 26 bestudeerde artikelen bleek dat Shared Decision Making een begrip is dat erg actueel is en sterk in ontwikkeling is in zowel Nederland als het buitenland. Alle artikelen zijn gebruikt voor het beantwoorden van de zoekvraag. De resultaten zijn in drie verschillende kopjes weergegeven waarin het belang van SDM weergegeven is.

SDM wordt gestimuleerd maar nog niet geborgd

Boaze et al. (2012) deed in Engeland onderzoek naar de perspectieven van praktijkondersteuners in de communicatie tussen patiënt en praktijkondersteuner. In Engeland werd gedeelde besluitvorming nog weinig toegepast. Het gaat vooral om vraag-antwoord procedures waarbij gerichte vragen gesteld worden vanuit de praktijkondersteuner. Hierin wordt geen ruimte gecreëerd voor vragen vanuit patiënten. Boaze et al. (2012) namen 16 semigestructureerde interviews af, geselecteerd door een steekproef. Ook deden zij twee focusgroepen met ieder zes praktijkondersteuners. In deze focusgroep werd aan de hand van open vragen een discussie gestimuleerd over de manier van communicatie in consulten.

Een ander advies dat naar voren kwam uit het onderzoek van Boaze et al. (2012) was dat praktijkondersteuners meer aandacht moeten besteden aan de context van de patiënt. Dit is nodig om de gemaakte keuzes van de patiënten te kunnen begrijpen. De extra gegevens vanuit de context kunnen praktijkondersteuners helpen de patiënten beter te ondersteunen in de keuzemomenten en zullen de gemaakte keuzes beter aansluiten bij de patiënten.

Boaze et al. (2012) presenteerden 5 soorten van gedrag voor de weergaven van betrokkenheid als hulpmiddel voor de communicatie met patiënten (tabel 5).

Soorten gedrag bij betrokkenheid	Toelichting
Gehele betrokkenheid	Gehele betrokkenheid bij een consult. De patiënt wordt betrokken gedurende het consult bij het maken van behandelkeuzes.
Gedeeltelijke betrokkenheid	Gedeeltelijke betrokkenheid bij een consult. De patiënt wordt niet volledig betrokken bij het maken van een behandelkeuze. Dit praktijkondersteuner heeft hier ook invloed op.
Gedwongen betrokkenheid	Gedwongen betrokkenheid bij een consult. De patiënt wordt gedwongen om betrokken te zijn bij het maken van een behandelkeuze door de praktijkondersteuner. Patiënt wordt gedwongen hier in mee te werken.
Covert niet betrekken	Covert niet betrekken bij een consult. De praktijkondersteuner maakt de keuze om een patiënt niet te betrekken bij het maken van een behandelkeuze. Dit ligt in ongewild in de handen van de praktijkondersteuner.
Openlijk niet betrekken	Openlijk niet betrekken bij een consult. De patiënt kiest er zelf voor om niet betrokken te worden bij het maken van een behandelkeuze. Dit ligt nu in handen van de praktijkondersteuner.

Tabel 5: Soorten gedrag bij betrokkenheid. Bron: Boaze et al. (2012)

Deze vijf stappen beschreven ook Larsson et al. (2007) na onderzoek gedaan te hebben naar de patiënten participatie. De literatuur over patiëntenparticipatie was in haar ogen te uitgebreid waardoor ze gericht onderzoek wilde doen naar de communicatie. In 2001 deed ze onderzoek door 22 verpleegkundigen en 107 patiënten te observeren waaruit 137 interacties zijn waargenomen. De mate waarin verpleegkundigen de patiënten betrokken bij de besluitvorming over hun zorg, en de wijze waarop dit werd bereikt, liep sterk uiteen. Door de observaties hebben Larsson et al. (2007) veel nieuwe inzichten ontwikkelt. De bevindingen suggereren dat het belangrijk is voor verpleegkundigen om meer tijd te besteden aan relatieopbouw met patiënten. Zij benadrukken de noodzaak voor verpleegkundigen om aandacht te besteden aan de kwaliteit en de aard van de relaties die zij hebben met hun patiënten en het effect van deze relaties op het niveau van patiënten participatie.

Moser et al. deden in 2009 onderzoek naar de patiënt perspectieven in besluitvormingsprocessen. Er werden vijftien volwassenen gestructureerd geïnterviewd met DM type 2. Uit het onderzoek kwam dat de patiënten besluitvormingsprocessen als een complex geheel ervaren. Dit heeft te maken met drie dimensies waar patiënten mee te maken krijgen; zelfbeschikking, SDM en verwelkomende paternalisme. Moser et al. (2009) concludeerden dat de besluitvormingsbenadering van een patiënt kan veranderen afhankelijk van de organisatie van een consult. Tijdens een consult, kunnen patiënten hun behoefte aan gedeelde besluitvorming verschuiven van een aanpak van het verwelkomende paternalisme naar de gedeelde aanpak met hun praktijkondersteuner. Patiënten ervaren SDM positief, maar het wordt nog te weinig gestimuleerd vanuit de praktijkondersteuners.

SDM als onderdeel van patiënt participatie en partnerschap

Verpleegkundige auteurs; Lee & Lin, 2010; McCormack et al. , 2010; Robinson et al. , 2008; Sidani, 2008 formuleren in het artikel van Lusk & Fater (2013) dat het delen van beslissingen en individualisering van de zorg op basis van de patiënten voorkeuren, waarden en behoeften belangrijke bepalende eigenschappen van patiëntgerichte zorg zijn. Deze afspraak kwam ter sprake na inzien van het belang van patiënten participatie na een vergadering. In het systematische overzicht van de literatuur van 1910 tot 2010 dat 143 inter-professionele artikelen bevat,

benadrukken Jayadevappa en Chatre (2011) in het artikel van Lusk & Fater (2013) het belang van SDM, individualisering, en de integratie van de voorkeuren van patiënten in de planning van de zorg. Larsson et al. (2007) deden eerder onderzoek naar meningen en ervaringen van patiënten over betrekking van praktijkondersteuners bij keuze momenten. Zij deden onderzoek door zes focusgroepen te organiseren van 26 Zweedse patiënten. Dit waren patiënten van een somatische intramurale afdeling en ontslagen patiënten uit dergelijke instellingen die schriftelijk en mondeling aangaven mee te willen werken aan het onderzoek. Uit het onderzoek kwam naar voren dat patiënten de participatie willen verbeteren. Patiënten gaven aan dat actieve participatie bij eigen zorg naar verwachtingen zal bijdragen tot een verhoogde motivatie van hun eigen conditie. Ook zullen de behandelresultaten worden verbeterd en zal het een grotere tevredenheid met zich mee brengen. De kennis over participatie van patiënten is van groot belang voor verpleegkundigen, voor SDM en dus voor de kwaliteit van de zorg. Zo kunnen volgens Larsson et al. (2007) verpleegkundigen beter aan de verwachtingen van de patiënten voldoen. Ook moeten patiënten zelf in staat zijn om de praktijkondersteuners te bevragen en vrij te zijn om zich te uiten. Voor een patiënt is het volgens Larsson et al. (2007) erg belangrijk dat patiënten voelen dat praktijkondersteuners zorgen voor de rechten van de patiënt. Hierdoor kan een patiënt actief deelnemen in de besluitvorming.

Boaze et al. (2012) structureerden na zijn onderzoek de factoren die patiënten participatie beïnvloeden. Hij beschrijft dat het voornamelijk bestaat uit externe factoren die door een instelling of door professionals worden meegegeven of door interne factoren van de patiënt zelf (tabel 6).

Externe factoren	Interne factoren
Wetten	Personeel
Werkdruk	Patiënten
Beschikbare financiën	Instelling

Tabel 6: factoren patiëntenparticipatie Bron: Boaze et al. (2012)

Voor goede patiëntenparticipatie moeten praktijkondersteuners de kennis van patiënten vergroten zodat patiënten medische behandelingen en verpleegkundige zorg beter begrijpen, hun behandeldoelen begrijpen en deze kunnen uitvoeren. Dit geven Larsson et al. (2007) mee als aanbeveling. Hierbij komt terug dat de context van de patiënt ook duidelijk moet zijn voor de verpleegkundigen om de juiste informatie te geven en de doelen aan te kunnen passen op de wensen van de patiënt, wat Boaze et al. (2012) ook bevestigden. De praktijkondersteuner moet goede voorbereidingen treffen om de patiënt te betrekken bij het nemen van beslissingen. Bij voorbereiding aan deelname zijn vertrouwen, begrip, geruststelling en bevestiging voor de patiënt erg van belang. Daarbij zal er gestreefd moeten worden naar een gezamenlijk doel.

Uit onderzoek delen Berryman et al. (2013) dat patiëntgerichte zorg in SDM actieve betrokkenheid moet bevatten van de patiënten bij de besluitvorming. Daarbij vermeldt hij dat het een duidelijke cultuuromslag zal zijn in de medische zorgverlening, die traditioneel patiënten passief betrekken binnen de gezondheidszorg. Eerder deden Laurant et al. (2006) kwalitatief onderzoek naar de invloeden van patiëntenparticipatie in de gezondheidszorg. Hij concludeerde dat de gezondheidsuitkomsten van patiënten in de eerstelijns gezondheidszorg een hogere tevredenheid creëerde wanneer de patiënt het middelpunt van het systeem was. Een gevolg hiervan was dat de patiënt meer achter de gemaakte keuze staat wat leidt tot een tevreden gevoel van zowel patiënt als praktijkondersteuner.

Na kwalitatief onderzoek gedaan te hebben naar het zelfvermogen van patiënten om keuzes te maken zegt Hack (2006) dat patiënten moeten worden geïnformeerd door zorgverleners en dat zij hun persoonlijke waarden en prioriteiten, gevormd door hun sociale omstandigheden, moeten delen met de zorgverlener. Patiënten die actief betrokken zijn bij het nemen van beslissingen tonen op langere termijn betere gezondheidsresultaten, zowel lichamelijk als geestelijk. Patiënten ervaren

steun nodig te hebben bij het nemen van gevoelige beslissingen. Bij de ene patiënt moet veel steun geboden worden terwijl een ander met minder begeleiding tot keuzes komt.

Voor goede patiëntenparticipatie is het belangrijk dat de praktijkondersteuner dus ingaat op de context van een patiënt. Wanneer dit gedaan wordt, zal een gemaakte behandelkeuze van de patiënten beter begrepen worden en kan er vanuit de praktijkondersteuners ondersteuning gegeven worden.

SDM is meer dan een stappenplan volgen

Uit het eerdere genoemde onderzoek van Boaze et al. (2012), waarin gekeken werd naar de perspectieven van praktijkondersteuners in de communicatie bij gedeelde besluitvorming met patiënten, bleek dat een eerste keuze, betreft de behandelkeuzes, al gemaakt wordt door de praktijkondersteuner. Ook wanneer een patiënt aangeeft zelf mee te willen beslissen in behandelkeuzes. Hieruit werd geconcludeerd dat er dus nog geen klanten perspectief was, maar een verpleegkundig perspectief. Praktijkondersteuners zouden te veel in de zeer gestructureerde dataverzamelingstechniek blijven zitten en hierdoor de patiënten minder regie geven.

Praktijkondersteuners uit de studie van Boaze et al. (2012) gaven hier bij aan bewust te zijn van het feit dat het verzamelen van gegevens niet altijd op de directe belangen van de patiënt aansluit. Ook werd herkend dat verkennen van de context helpt bij het afwegen van een goede keuze, maar ook dat dit nog niet voldoende werd toegepast.

Upton et al. (2010) deden onderzoek met eerstelijnszorg verpleegkundigen over partnerschap in consulten met patiënten. Zij deden onderzoek door verpleegkundigen te interviewen. De verpleegkundigen in dit onderzoek vinden in principe dat besluiten moeten worden genomen samen met hun patiënten. De mate van gedeelde besluitvorming was tot op het heden erg beperkt. Partnerschap was volgens Upton et al. (2010) nog niet gelijk, verpleegkundigen hielden de macht op grond van klinische kennis en ervaringen. Verpleegkundigen moeten SDM als een instrument gaan gebruiken om de patiënt de resultaten te laten verbeteren. Dit doordat SDM de therapietrouwheid vergroot aldus Upton et al. (2010).

Uit het onderzoek van Upton et al. (2010) werd tijdsdruk genoemd als valkuil door verpleegkundigen. Er werd door een van de geïnterviewde verpleegkundigen aangegeven dat tijd geen belemmering was voor SDM. In de huisartsenpraktijk kunnen patiënten gemakkelijk uitgenodigd worden om eventueel een extra afspraak te maken wanneer niet alles in een consult besproken kan worden. Loh et al. (2007) deden onderzoek naar de mogelijkheden voor het toepassen van gedeelde besluitvorming in een consult tussen patiënt en praktijkondersteuner. Uit dit onderzoek bleek ook dat praktijkondersteuners vaak bezorgd zijn om de tijd die nodig is om een patiënt actief deel te laten nemen aan gedeelde besluitvorming. Loh et al. (2007) toonden echter, na onderzoek met controlegroep, aan dat dit niet het geval is, SDM kost niet meer tijd dan de gebruikelijke benadering. De tijd voor verpleegkundigen om het besluit te verstrekken en dus mogelijke behandelkeuzes toe te lichten is niet noodzakelijkerwijs langer dan wanneer verpleegkundige uitsluitend informatie geven over beslissingen.

Praktijkondersteuners houden zich te veel aan een stappenplan, maar SDM is meer dan een stappenplan. SDM is geen protocol volgen, het gaat om het persoon zien en begrijpen, het begrijpen wat belangrijk voor hen is, waar de waarden en opvattingen liggen, zodat je openlijk kunt betrekken bij besluitvorming, aldus Boaze et al. (2012). Zij voegen hier aan toe dat je als verpleegkundigen steeds weer bewust moet zijn over het feit dat het niet gaat om het behalen van je agenda maar het maken en behalen van een patiënten agenda.

2.3 Conclusie

Uit de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat het werken met SDM niet gaat om het volgen van een protocol maar om het werken met een raamwerk. Uit de bestudeerde onderzoeken komt naar voren dat dit nog te weinig gedaan wordt. Praktijkondersteuners zien het als een stappenplan wat gevolgd moet worden. Wanneer SDM als een raamwerk wordt toegepast in een consult, wordt er ruimte gecreëerd voor de inbreng van de patiënt en draait het niet alleen om dat wat een praktijkondersteuner besproken wil hebben. Patiënten hebben hierdoor meer invloed op een consult. Daarbij is het bewezen dat het belangrijk is om de context van de patiënt in kaart te brengen om als praktijkondersteuner de gemaakte keuzes te kunnen begrijpen. De context van een patiënt kan gemaakte behandelkeuzes beargumenteren. Dat wat een patiënt mee heeft gemaakt of hoe een patiënt in het leven staat kan invloed hebben op een keuze die gemaakt wordt. Hierdoor zal een praktijkondersteuner zich beter kunnen vinden in de argumentatie daarvan. De betrokkenheid bij een consult kan hierdoor ook verschillen. Er zijn patiënten die graag invloed hebben in keuzes, maar ook patiënten die keuzes bij de praktijkondersteuner neer leggen en daar meer vertrouwen in hebben. Om deze betrokkenheid weer te geven zijn er vijf stappen ontwikkeld van niet betrekken tot volledig betrekken. Door middel van deze stappen kan een praktijkondersteuner weergeven of een patiënt graag mee wil beslissen of liever de doorslag bij de praktijkondersteuner neerlegt. Wanneer je dat van een patiënt weet, kan er meer rekening gehouden worden met de wensen van een patiënt in een consult. Dit zal de patiëntenparticipatie bevorderen.

Hoofdstuk 3: Het implementatieplan

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk plaatst de projectgroep het implementatieplan voor implementatie van het SDM model binnen DOH. De projectgroep geeft een stappenplan wat opgebouwd is uit wat, wie, en wanneer (tabel 1). Dit implementatieplan heeft de projectgroep gevolgd gedurende implementatie om het goed te laten verlopen.

3.2 Het GPS model

Bij de implementatie van het SDM model is gebruik gemaakt van het GPS model. Dit model is een geschreven combinatie tussen het PARIHS raamwerk en het model van Grol en Wensing. Het nieuwe model, het Grol en Wensing, PARIHS, Synthese-model (GPS), is tot stand gekomen door het integreren van beide modellen, waarbij gebruik gemaakt is van eigen ervaringen bij het implementeren van veranderingen in de gezondheidszorg (G. Munten, 2013).

Om zich te verdiepen in het SDM model en het werken hiermee heeft de projectgroep consulten geobserveerd. Met behulp van deze kennisvergaring heeft de projectgroep kennis gemaakt met consultvoering van huisartsen, praktijkondersteuners en verpleegkundig specialisten in een praktijk van DOH. De projectgroep heeft vanuit het verslag van de voorgaande projectgroep veel informatie gekregen over de werkelijke situatie en heeft op deze manier de werkelijke manier van consultvoering zelf gezien. De projectgroep was in het begin van het project nog niet bekend met SDM. Dit is bestudeerd in de literatuur en door voorgaande afstudeerproject. Door consulten te gaan observeren heeft de projectgroep zich bekend gemaakt met SDM in de praktijk.

De voorgaande projectgroep is al met dit probleem aan de slag gegaan. Zij hebben stap 1 t/m 6 van het GPS model doorlopen, deze stappen zijn al omschreven in hoofdstuk 1.3.1. De huidige projectgroep gaat verder met stap 5 van het GPS model. Uit de probleem en doelstelling worden implementatiestrategieën en acties ontworpen, waaruit een evaluatiestrategie bepaald zal worden. Na het lezen van het voorgaande afstudeerverslag en hier kritisch naar te kijken heeft de projectgroep een probleem en doelstelling opgesteld voor het implementeren en evalueren van het proces. De probleem- en doelstelling staan beschreven in hoofdstuk 1.4 en 1.5. De voorgaande projectgroep heeft een voorstel gedaan voor implementatie in stap 6 van het GPS model. De huidige projectgroep heeft dit implementatieplan aangepast naar hun eigen inzichten. In stap 7 van het GPS model is het product geïmplementeerd om de huidige situatie naar de wenselijke situatie te bewerkstelligen. In het onderstaand model is beschreven welke acties de projectgroep gaat ondernemen voor implementatie. Stap 8 bevat de evaluatie van de implementatie, dit is beschreven in hoofdstuk 4. De vraag die de projectgroep gesteld heeft is: *“Hoe kan het bewust werken met het SDM model bevorderd worden onder POH's aangesloten bij DOH?”*

Actie	Fase GPS	Wat	Wie	Wanneer
A 1.	7	Workshop en willekeurige opnames van een consult tussen POH en patiënt	Projectgroep, opdrachtgever, POH's	7 april
A 2.	7	Reminder kaartjes met het SDM model	Projectgroep, opdrachtgever, POH's	9 april
A 3.	7	Onderlinge observaties tussen de praktijkondersteuners	Opdrachtgever, POH's	Vanaf 9 april
A 4.	7	Een interne facilitator aanstellen die de implementatie en ontwikkeling verder gaat faciliteren	Projectgroep, opdrachtgever	In de tweede week van mei

Tabel 1: Het implementatieplan

Binnen stap 7 zal het product daadwerkelijk geïmplementeerd worden om de huidige situatie naar de wenselijke situatie te bewerkstellen.

De implementatie zal worden uitgevoerd binnen de context. Hierbij zullen de facilitators het proces bewaken.

Actie 1. Workshop en willekeurige opnames van een consult tussen POH en patiënt.

De projectgroep heeft gekozen voor een educatieve strategie binnen de implementatie van het SDM model door een workshop te organiseren voor praktijkondersteuners. Er is gekozen voor een educatieve strategie om praktijkondersteuners actief te betrekken bij de workshop met als gevolg dat er makkelijker geleerd wordt. Het feit dat praktijkondersteuners actief participeren in plaats van passief luisteren verhoogt het leerrendement (Grol & Wensing, 2011). Ook geeft de workshop creativiteit. Een workshop is een plaats om geïnspireerd te raken door andere praktijkondersteuners. De deelnemers van de workshop kunnen elkaar stimuleren. Een workshop is een creatieve werkvorm, op die manier kunnen de deelnemers anders tegen zaken aan gaan kijken en hier anders mee omgaan. Dit kan tot een positieve energie leiden en beleven de deelnemers plezier in de workshop (Highmore Sims, 2009). Voor de workshop is een draaiboek en een onderbouwde werkwijze geschreven (bijlage 2). Binnen de workshop is het gebruik van het SDM model gereflecteerd aan de hand van opgenomen consulten van praktijkondersteuners. De projectgroep heeft via de opdrachtgever de praktijkondersteuners gevraagd een opname te maken van een willekeurig consult met een patiënt om op de huidige werkwijze van de praktijkondersteuners te kunnen reflecteren. Het reflecteren gaat aan de hand van het SDM model. Video reflectie is een nuttig instrument voor zelfreflectie en peerfeedback (McCurry, 2000). Door te reflecteren op de huidige werkwijze en hierbij gebruik te maken van opnames van deelnemers van de workshop, hebben de praktijkondersteuners gereflecteerd op hun eigen werkwijze. Het doel van de workshop is dat praktijkondersteuners door naar eigen werkwijze te kijken en te reflecteren hierop zullen zien hoe gewerkt moet worden met het SDM model. Na het zien van eigen opnames zal sneller aangenomen worden te gaan werken met het SDM model (Grol & Wensing, 2011). Deze strategie sluit aan bij de implementatie omdat een actieve zelfreflectie een belangrijke invloed heeft op het slagen van een implementatie (McCurry, 2000). Tevens is de workshop ook voor de bewustwording van het gebruik van SDM. Dit heeft plaats gevonden op 7 april (17.30-19.30 uur)

Actie 2. Reminderkaartjes met het SDM model. Gemaakt door projectgroep in samenwerking ontwikkeld met de deelnemers van de workshop, uitgedeeld door opdrachtgever aan praktijkondersteuners.

Om praktijkondersteuners te motiveren en draagvlak te creëren voor het bewust werken volgens het SDM model, is er voor gekozen om een workshop te organiseren en reminderkaartjes te maken in samenspraak met praktijkondersteuners. Voorafgaand aan de workshop werden de participerende praktijkondersteuners gevraagd een video opname te maken van een consult, die de projectgroep een week voor de workshop kon ophalen.

De bedoeling van deze strategie is dat duidelijk wordt waarom de verandering nodig is en wat het belang van de patiënt hierbij is (Grol & Wensing, 2011). Reminderkaartjes zijn een professionalgerichte interventie. Ze zijn bedoeld als een herinnering en hulpmiddel voor de praktijkondersteuner om tijdens hun praktijkvoering te werken met het SDM model (Grol & Wensing, 2011). Tijdens de workshop is gediscussieerd met de praktijkondersteuners over hoe de reminder kaartjes er uit komen te zien. Verschillende vormen en versies van de kaartjes werden getoond en besproken als vorm van emanciperende facilitering om participatie binnen het project te kunnen borgen. De projectgroep wilde samen met de praktijkondersteuners kijken en een beslissing nemen over het reminderkaartje. De praktijkondersteuners gaven hun voorkeur aan de projectgroep. De projectgroep heeft deze feedback meegenomen om reminderkaartjes te maken en heeft ze naar de praktijkondersteuners opgestuurd. De reminderkaartjes zijn 9 april opgestuurd naar de praktijken.

Actie 3. Onderlinge observaties tussen de praktijkondersteuners.

Door elkaar te observeren en feedback te geven op het gebruik van SDM blijven de praktijkondersteuners actief bezig met het onderwerp en blijft er een ontwikkeling bij de praktijkondersteuners. Het meekijken van consulten van collega's en het geven van feedback zorgt voor beide voor leermomenten. Door observaties zal van te voren worden vastgelegd welk gedrag geobserveerd zal worden en welke aspecten van het gedrag (Migchelbrink, 2009). Gedurende de observatie zal de observator aan de hand van een observatie lijst het consult beoordelen aan de hand van de stappen van het SDM model. Deze lijst zal de projectgroep afgeven bij deelnemende praktijken zodat deze gebruikt kunnen worden voor de observaties. Er zal per stap van dit model gekeken worden wat wel en niet gedaan wordt binnen het consult. Deze observatielijst bevat ruimte waar opmerkingen of opvallende punten geschreven kunnen worden die gezien zijn in het consult. Na het consult wordt de observatielijst besproken en zal feedback worden gegeven. Door elkaar te observeren kan er van elkaars feedback geleerd (Migchelbrink, 2009). Dit heeft plaats gevonden vanaf 9 april.

Actie 4. De projectgroep gaat in overleg met de opdrachtgever een interne facilitator aanstellen binnen DOH en een praktijkondersteuner per praktijk die de implementatie en ontwikkeling verder gaan faciliteren wanneer de projectgroep weg is.

Om het implementatieproces te laten slagen is het belangrijk om regelmatig het proces te analyseren en evalueren. Dit heeft de projectgroep gedaan door een faciliterende strategie toe te passen, namelijk door het aanstellen van een interne facilitator binnen DOH (Grol & Wensing, 2011). Dit is gedaan om de implementatie van het SDM model voort te zetten in de 14 overige praktijken. Ook zullen hierbij scholingen gegeven moeten worden om het SDM model actief te houden bij praktijkondersteuners. Er wordt ook gekeken of er knelpunten zijn gedurende de aanwezigheid van de projectgroep en in de toekomst. Een facilitator zal de richting bepalen, een visie hebben en deze ook kunnen verwoorden en kan mensen motiveren. Wanneer een product geïmplementeerd is, is het belangrijk dat de praktijkondersteuners het ook blijven doen. De facilitator zal ook de verdere ontwikkelingen van SDM faciliteren (Wagenaar, 2011).

De rol van interne facilitator zal gedurende de implementatie verder worden ontworpen en ingevuld worden. Dit zal in overleg gaan met de opdrachtgever die daarin de wensen en voorkeuren kan uiten. De projectgroep gaat het gesprek aan met de opdrachtgever om te bepalen wie de rol van interne facilitator kan gaan invullen. Deze facilitator gaat na vertrek van de projectgroep de implementatie van SDM model verder coördineren binnen alle praktijken. Dit heeft plaats gevonden in de tweede week van mei.

Binnen stap 8 zal het implementatieproces geëvalueerd worden aan de hand van een ontworpen evaluatiestrategie.

Voor de evaluatie is een evaluatiestrategie ontworpen waarmee de resultaten en uitkomsten van de implementatie in kaart zullen worden gebracht die betekenis hebben voor de belanghebbenden. Deze evaluatiestrategieën zijn uitgewerkt en te vinden in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 4: Evaluatie

Tijdens de evaluatie van een implementatie traject wordt er gekeken naar het proces en de uitkomsten/resultaten. Tijdens de evaluatie is er gekeken naar veranderingen in consultvoering en de ervaringen en meningen van participerende praktijkondersteuners en hun patiënten. Dit is gedaan aan de hand van het observeren van consulten tussen praktijkondersteuners en patiënten, interviews met patiënten en een focusgroep met de praktijkondersteuners (tabel 1). Deze gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd om antwoorden te geven op de volgende deelvragen:

- *“In welke mate is er verschil in het gebruik van de stappen van het SDM model tussen praktijkondersteuners die deelgenomen hebben aan de pilot en praktijkondersteuners die niet deelgenomen hebben aan de pilot?” (Inge)*
- *“Hoe ervaren de patiënten de ondersteuning van praktijkondersteuners in de besluitvorming in consulten?” (Maud)*
- *“Hoe ervaren praktijkondersteuners de implementatie van het SDM model in consulten?” (samen)*

Actie	Fase GPS	Wat
A 1.	8	Observeren van 3 praktijkondersteuners die wel hebben deelgenomen aan de pilot en 3 praktijkondersteuners die niet hebben deelgenomen aan de pilot. Per praktijkondersteuner worden 3 consulten geobserveerd.
A 2.	8	Interviews met 8 patiënten
A 3.	8	Focusgroep met de 3 praktijkondersteuners en opdrachtgever

Tabel 7: Evaluatie plan

4.1 Observaties praktijkvoering (Inge)

4.1.1. Inleiding

Er is getracht, door middel van een observatie onderzoek, een beeld te krijgen of de implementatie geresulteerd heeft in veranderingen in de consultvoering van participerende praktijkondersteuners. Hierbij werd er tijdens consulten van praktijkondersteuners binnen de praktijken van DOH geobserveerd in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van het SDM model. Hierbij is de volgende vraagstelling opgesteld: *“In welke mate is er verschil in het gebruik van de stappen van het SDM model tussen praktijkondersteuners die deelgenomen hebben aan de pilot en praktijkondersteuners die niet deelgenomen hebben aan de pilot?”*

Voorafgaand aan het onderzoek zijn nulhypotheses geformuleerd door de onderzoeker:

- Er is geen verschil in de gemiddelde totale en fase SDM scores tussen interventiegroep en controlegroep.
- Er is geen verschil in de gemiddelde totale en fase SDM scores binnen de interventiegroep.
- Er is geen verschil in de gemiddelde totale en fase SDM scores binnen de controlegroep.

Het doel van deze observatie studie is te weten komen of er een significant verschil is in de mate van het SDM model gebruik tussen praktijkondersteuners die wel hebben deelgenomen aan de pilot en die niet hebben deelgenomen aan de pilot.

Er is gekozen voor een kwantitatieve benadering van observatie onderzoek waarin er een gestructureerde observatie heeft plaatsgevonden aan de hand van de stappen van het SDM model. Er is voor observaties in de vorm van kwantitatief onderzoek gekozen omdat het een zorgvuldige en aandachtige methode is waarbij de gedragingen van de doelgroep kunnen worden geobserveerd. Deze gedragingen kunnen geobserveerd worden aan de hand van het SDM model. Bij een kwantitatieve benadering verzamelt de onderzoeker cijfermatige gegevens.

Door de onderzoeker is er onderzoek gedaan naar welke statistische toets het meest van toepassing was. De meest geschikte toets is de ongepaarde t-toets. Bij een ongepaarde t-toets kijkt de onderzoeker naar het verschil in de scores tussen groepen van individuen. Er sprake is van een ongepaarde toets omdat de individuen op veel vlakken met elkaar verschillen. Echter is de ongepaarde t-toets toch niet van belang omdat de onderzoekspopulatie hiervoor te klein is.

De uitkomsten worden ingevoerd in een gegevensbestand, om ze vervolgens te analyseren met behulp van descriptief statistieken (Verhoeven, 2007). Dit zal voor overzichtelijke resultaten zorgen. Een andere mogelijkheid was om vragen te stellen aan de praktijkondersteuners, maar mensen zijn zich lang niet altijd bewust van hun gedrag, zoals aangetoond bij het vorige afstudeerproject (De Groot & Günes 2014). Een nadeel van observeren zou kunnen zijn dat sommige vormen van gedrag maar heel sporadisch voorkomen. Om dit te voorkomen zijn er vooraf criteria gesteld voor de geobserveerde consulten. Nog een methode om deze valkuil te voorkomen is dat er drie keer per praktijkondersteuner geobserveerd is. Observeren vermijdt een gevaar van interviewen: sociaal wenselijke antwoorden, doordat het gedrag wordt waargenomen (Baarda, et al. 2012), maar er is ook een gevaar van wenselijk gedrag bij observeren. Zo kunnen de praktijkondersteuners wanneer ze geobserveerd worden dit gedrag tonen juist omdat ze door de observatie geëvalueerd worden. Ook dit willen wij voorkomen door drie maal per praktijkondersteuner te observeren. De praktijkondersteuner zal wennen dat er geobserveerd wordt en kan zo terugvallen in het oude gedrag. Zo voorkomt er het ontstaan van een bias (vertekening op basis van toeval) ten gevolge van een eenmalige meting.

4.1.2. Databronnen

Dit onderzoek is gedaan aan de hand van een gestructureerde observatie bij consulten van praktijkondersteuners. De observaties zijn uitgevoerd binnen twee groepen praktijkondersteuners. De eerste groep, de interventiegroep, bestaat uit praktijkondersteuners die aan de pilot van deze en de voorgaande afstudeergroep hebben deelgenomen. Deze groep bestaat uit drie praktijkondersteuners. De tweede groep, de controlegroep, bestaat uit praktijkondersteuners die niet deelgenomen hebben aan de pilot van dit en het vorige afstudeerproject. De controle groep bestaat uit praktijkondersteuners die geworven zijn via de opdrachtgever. Zij zijn werkzaam als praktijkondersteuner in een praktijk van DOH en zijn niet bekend met de pilot van SDM.

Naast bovenstaande inclusiecriteria voor de participerende POH's worden ook criteria gesteld voor de patiënten bij wie de consultatie wordt geobserveerd (tabel 1). Dit maakt dat er een selecte steekproef is uitgevoerd. De inclusiecriteria is de aanwezigheid van iets waar het onderzoek over gaat. Een exclusiecriteria kan bijvoorbeeld de leeftijd zijn of personen die de voertaal niet goed beheersen (Infoteur, 2012).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Tijdens het consult is er sprake van gedeelde besluitvorming - Patiënten zijn minimaal 18 jaar - De patiënt heeft toestemming gegeven dat de onderzoeker aanwezig is bij een consult	- Patiënten spreken niet de Nederlandse taal - Patiënten bij wie een bijzondere benadering behoeft voor gedeelde besluitvorming bijvoorbeeld mensen met dementie of het syndroom van Down

Tabel 1: Patiënten inclusie- en exclusiecriteria

4.1.3. Dataverzameling en onderzoeksinstrument

Een onafhankelijke variabele is een variabele die door de onderzoeker wordt gecontroleerd en niet door het onderzoekssubject. De gegeven workshop door de projectgroep is de onafhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is een variabele die afhangt van het onderzoekssubject en dus niet van de onderzoeker (Baarda, et al. 2012 ; Baarda B., 2014). De uitkomst van de meting van het SDM model tijdens de observaties kunnen variëren. Dit kan doordat de interventiegroep de workshop heeft gevolgd en dus daardoor meer kennis heeft van het werken met het SDM model. Het gebruik van het SDM model is de afhankelijke variabele.

De observatie was niet participierend, de onderzoeker zat wel bij de consulten maar maakte zelf niet onderdeel uit van de consultvoering (Baarda, et al., 2012). Het is een directe en dus open observatie waarbij het voor de geobserveerde persoon duidelijk is dat er geobserveerd wordt (Verhoeven, 2007). Er is voorafgaand bekend waarop geobserveerd zou worden, dit maakt het een gestructureerde observatie (Migchelbrink, 2009).

Bij kwantitatief onderzoek komt alleen maar een gestructureerde observatie voor. Gestructureerd betekent dat er met observatieformulieren gewerkt wordt (Baarda, et al., 2012). De onderzoeker observeert aan de hand van de vijf stappen van het SDM model dat door de Groot en Günes (2014) ontwikkeld en gebruikt is in de workshop bij de interventiegroep. Aan de hand van de stappen van het SDM model is een observatieformulier ontwikkeld (bijlage 3). Bij iedere praktijkondersteuner zijn drie observaties gedaan, wat in totaal 18 observatie scores opleverde, negen voor de interventiegroep en negen voor de controlegroep. De onderzoeker heeft zo aan kunnen vinken wat er wel en niet gebeurd is. Het meetniveau waar de totale SDM score en subschalen zitten is een rationiveau. Een ratiovariabele heeft een natuurlijk nulpunt. Er kan namelijk niet negatief gescoord worden, de minimumscore van de observatie is 0. Er kan ook iets gezegd worden in de analyse over de grootte van de verschillen tussen de scores (Baarda, et al., 2012). De totale SDM score is een optelsom van alle items met een minimum van 0 en een maximum van 23 punten. Per stap van het

SDM model is ook een score berekend. In tabel 2 zijn de stappen met de minimale en maximale scores weergegeven.

Stap van het SDM model	Minimale en maximale score
Stap 1	0-4
Stap 2	0-4
Stap 3	0-6
Stap 4	0-3
Stap 5	0-5

Tabel 2: minimale en maximale scores van de stappen in het SDM model

Onder elke stap is ruimte voor andere observaties die aanvullend zijn. Dit is dan aanvullende kwalitatieve data omdat dit geen cijfermatige gegevens bevat. Deze gegevens kunnen helpen bij de interpretatie van de gegevens die uit de analyse naar voren komen. Behalve het SDM model is ook het reminderkaartje geïmplementeerd, dit is als observatiepunt aan het observatieformulier toegevoegd. Voor het gebruik van het reminderkaartje was een dichotoom antwoord mogelijk, wel of niet. De score die uit het reminderkaartje gekomen is telt niet mee in de totale SDM score.

4.1.4. Data analyse

De uitkomsten van de observaties werden ingevoerd in een Excel bestand en vervolgens geanalyseerd. De uitkomst van de resultaten werden in tabel verwerkt. Vanuit hier is af te lezen in welke mate praktijkondersteuners gebruik maken van het SDM model. De resultaten worden zowel per stap binnen het SDM model als het gehele SDM model met elkaar vergeleken.

De analyse gaat op verschillende manieren plaatsvinden. Dit gaat zowel intergroep plaatsvinden als intragroep. Hiervoor is gekozen omdat er zo breed mogelijk geanalyseerd gaat worden en er vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep gemaakt worden. Binnen een intergroep zijn de controle- en interventiegroep scores met elkaar vergeleken. Dit is op verschillende manieren uitgevoerd. Eerst wordt de gemiddelde SDM (sub) schaal score berekend per individu, door de waardes per consult op te tellen en door drie te delen. Ook worden de gemiddelde scores per groep per subschaal en totaal berekend. Er is per stap geanalyseerd en de geanalyseerde stap is vergeleken tussen de controle- en interventiegroep. Dit gebeurt met alle vijf stappen van het SDM model. De totale observatie van de vijf stappen van het SDM model is ook vergeleken. Binnen een intragroep zijn de resultaten binnen de interventie/controlegroep leden met elkaar vergeleken. Dit is ook weer gebeurd volgens dezelfde methode als binnen de intergroep. In de tabel worden zowel de gemiddelden als de uiterste meetwaarden weergegeven.

4.1.5. Kwaliteit waarborgen

Tijdens een onderzoek kunnen verschillende fouten worden gemaakt. Daarom zijn er een aantal acties om de kwaliteit van dit deelonderzoek te waarborgen.

Het onderzoek moet valide zijn, oftewel geldig. Dit betekent dat er bij het onderzoek geen systematische fouten zijn gemaakt en dat er gemeten is wat er gemeten moest worden (Verhoeven, 2011). Bij interne validiteit staat de vraag centraal of het resultaat van het onderzoek wel de juiste weergave is van de werkelijkheid, of dat deze weergave vertekend is door verstorende factoren (Baarda, et al., 2012). Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen, moet vertekening van het resultaat worden voorkomen (Cox K., Louw, et al., 2010). Het zou kunnen gebeuren dat de controlegroep beter zal scoren dan de interventiegroep. Een oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat de POH's uit de controlegroep zelfstudie hebben gedaan naar het SDM model en daardoor al gebruik maken van de stappen. Bij het informeren van de praktijkondersteuners van de observaties is er niet bij verteld wat er geobserveerd gaat worden. Zo heeft de onderzoeker kunnen voorkomen dat de praktijkondersteuners zelfstudie uitvoerden. Dit voorkomt een eventuele vertekening.

Onderzoek wordt vaak beoordeeld op de betrouwbaarheid van de resultaten. De onderzoeker die het onderzoek uitvoert is bekend met het SDM model. Er hebben observaties plaatsgevonden voor de implementatie, er is literatuuronderzoek gedaan en de onderzoeker heeft de workshop gegeven over het SDM model. Daarom is de onderzoeker van mening betrouwbaar te zijn voor het observeren zodat er een kwalitatief goede observatie uitkomt.

Ethische aspecten komen in dit deelonderzoek ook aan bod. De onderzoeker heeft geobserveerd in een consult tussen praktijkondersteuner en patiënt. Hierin is vertrouwelijke informatie gedeeld, hier moet zorgvuldig mee omgegaan worden. Voorafgaand aan een consult zijn de patiënten kort ingelicht over de functie van het observeren en dat het niet gaat over de inhoud van het consult. De patiënt moest toestemming geven hebben om te observeren. De praktijkondersteuners zullen mondeling toestemming geven dat er geobserveerd gaat worden. Dit heeft voorafgaand aan de observaties plaatsgevonden. De controlegroep krijgt vooraf niet te weten waarop geobserveerd wordt, dit kan erg vervelend zijn voor de betreffende praktijkondersteuners waar wij ons bewust van zijn. Voorafgaand aan de observaties verteld de onderzoeker dat dit niet verteld kan worden in verband met de kwaliteit van het onderzoek. Na de observaties is verteld wat er geobserveerd is en waar wij mee bezig zijn.

Er is een peer-review waarbij de onderzoeksresultaten nagelezen zijn door mede projectleden, referentiegroep en projectbegeleider. Er is feedback gegeven waarmee de onderzoeker de observatiepunten nog aan heeft kunnen passen voorafgaand aan de observaties. Het is van belang dat de verslagen van de onderzoeker nagelezen worden. Dit vergroot de kans dat de resultaten op een juiste manier worden weergegeven wat de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede komt (Verhoeven, 2007; Baarda, 2005).

4.2 Proces en product evaluatie (Maud)

4.2.1. Inleiding

Binnen de proces en product evaluatie wordt het antwoord gezocht op de vraag: 'Hoe ervaren patiënten de ondersteuning van de praktijkondersteuners in besluitvorming?'. Deze vraag zal beantwoord worden door interviews af te nemen bij patiënten. Patiënten zijn in vorig afstudeerproject geïnterviewd over de verwachtingen van gedeelde besluitvorming. De acht patiënten zijn patiënten bij praktijkondersteuners bij DOH. Er is gekozen voor acht interviews om voldoende data te ontvangen om een reëel beeld te krijgen van de ervaringen van patiënten. Door de beperkte beschikbare tijd voor het kunnen uitvoeren en afronden van het onderzoek binnen het afstudeer periode is er gekozen voor acht interviews. Er is gekozen voor beschrijvend kwalitatieve onderzoeksmethode. Bij kwalitatief onderzoek gaat het niet om het in kaart brengen van cijfers, maar om het verkennen en inzichtelijk maken van een onderwerp of vraag (Verhoeven, 2011 ; Baarda B. 2013). Het gaat hier om de ervaringen, meningen en gedachtes van patiënten. Het is niet belangrijk welke aantallen patiënten zich ondersteund voelt met het SDM model. Het uiteindelijk doel van deze deelvraag is een algemene indruk te krijgen hoe patiënten een consult, na de implementatie van het SDM model, ervaren.

4.2.2. Databronnen

Voor het onderzoek zijn acht patiënten geïnterviewd die een consult hebben gehad met een praktijkondersteuner die deelgenomen heeft aan de workshop. De interviews zijn twee weken na de workshop en uitsenden van het reminderkaartje afgenomen, zodat de praktijkondersteuners de kans hadden het geleerde toe te passen. De onderzoekspopulatie bestaat uit de patiënten van alle POH die deelgenomen hebben aan de workshop. Door deze selectie, naar patiënten van deelgenomen praktijkondersteuners, kan er gericht gevraagd worden naar de ervaringen van de implementatie van het SDM model. Hierdoor kan er gericht antwoord gegeven worden op de deelvraag (Baarda, Hulst, et al., 2012).

Er werd een brief meegegeven aan 3 patiënten door iedere participerende POH. Er zijn in totaal negen patiënten benaderd. De praktijkondersteuners bepalen dus welke patiënten een uitnodiging krijgen, want zij hebben zicht op welke patiënten meerdere malen een consult hebben per jaar. Hierdoor vind er geen aselechte steekproef plaats, maar ligt dit in de handen van de praktijkondersteuner. Dit wordt meegenomen als discussiepunt, later in dit verslag.

De brieven werden uitgedeeld tot twee weken na de workshop. In deze brief werd kort het project geïntroduceerd, wat verwacht werd bij deelname aan het project en werd toestemming vereist voor het verkrijgen van persoonlijke gegevens, zoals telefoonnummer. Daarbij is vermeld dat de interviews opgenomen werden. De praktijkondersteuners vroegen de patiënten de ingevulde brief na consult in te leveren bij de doktersassistente, waar deze opgehaald zijn door de onderzoeker. De extra informatie die op het formulier ingevuld is, is verwerkt en hieruit is een gemiddelde leeftijd, de meest voorkomende klachten en het gemiddeld aantal consulten per jaar berekend.

Voor de interviews zijn inclusie en exclusie criteria gesteld (tabel 3). Inclusiecriteria gaan over de aanwezigheid van een bepaalde stoornis of aandoening waarover het onderzoek gaat. Exclusiecriteria kunnen zijn de leeftijd of co morbiditeit (Infoteur, 2012).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
-Patiënten maken zich duidelijk verstaanbaar via de telefoon	- Patiënten spreken niet de Nederlandse taal
-Patiënten geven goedkeuring voor het gebruik van verkregen data	- Patiënten zijn niet in staat telefonisch contact te hebben.
-Patiënten zijn ouder dan 18 jaar	

-Patiënten hebben meer dan 2 consulten per jaar
 -Patiënten moeten voor de implementatie van SDM model, een consult gehad hebben bij POH

Tabel 3: Inclusie, exclusiecriteria

4.2.3. Dataverzameling en onderzoeksinstrument

De onderzoeksmethode die gebruikt is, is een semigestructureerd interview. De interviews zijn telefonisch afgenomen en opgenomen zodat ze terug geluisterd konden worden. Hier is voor gekozen om geen tijd te verliezen met reizen naar patiënten toe en de interviews kunnen afgenomen worden op tijdstippen dat het de patiënten het beste uit komt. Hierdoor kost het minder tijd om een interview af te nemen en kunnen ze sneller gepland worden (Baarda B., 2013).

Wel moet er bij telefonisch interviewen aandacht zijn voor de manier van communicatie. Via de telefoon beschik je alleen over audio en is non verbale communicatie niet zichtbaar. Goede communicatie is hierdoor erg van belang om de respondent goed te kunnen betrekken bij het interview (Baarda B., 2013). Dit is gedaan door actief door te vragen op de gevoelens en ervaringen van de patiënten om diepgang te krijgen in de gesprekken. Ook is dit gedaan door in stiltes die vielen, patiënten de tijd te geven na te denken en hun gevoel te uiten. Hierdoor kan maximale data verzameld worden.

Voor het semigestructureerd interview liggen de onderwerpen (topics) vast maar ligt de volgorde waarop dat ze besproken worden niet vast (Baarda B., 2013). Deze topics zijn gebaseerd op de literatuurstudie die gedaan is en op het SDM model en zijn te vinden in bijlage 5. De topics beginnen eenvoudig waarna moeilijke begrippen voor diepgang zullen zorgen. Hierdoor kan de patiënt wennen aan de termen rondom SDM, maar zorgen de moeilijkere topics ervoor dat de patiënt dieper in gaat op zijn ervaringen (Baarda B., 2013). Tijdens de semigestructureerde interviews is er voor gekozen te beginnen met het stellen van de hoofdvraag: "Hoe ervaart u de ondersteuning van uw praktijkondersteuner in een consult?". Hierop zullen patiënten hun ervaringen vertellen. Door hier op door te vragen aan de hand van de opgestelde topiclijst kan diepgang gecreëerd worden in het interview. Dit is bij kwalitatief onderzoek erg van belang om zo veel mogelijk data te kunnen verzamelen (Baarda B., 2013). Het kan zijn dat een patiënt over een onderwerp begint terwijl het niet een volgende vraag is. Door deze stijl aan te passen wordt er meer aangesloten bij het verhaal van de patiënt (Baarda, Hulst, et al., 2012). Er werden open vragen gesteld aan de patiënten in plaats van gesloten zodat er meer diepgang kon komen in de antwoorden. Het nadeel bij open vragen is wel dat alle antwoorden mogelijk zijn en zo sturing nodig kan zijn in het interview. Dit omdat anders het interview een andere richting in kan gaan en de data die verzameld wordt niet het antwoord op de vraag kan geven (Baarda B., 2013 ; Cox K., Louw, de, et al. 2005).

4.2.4 Data analyse

De methode die gebruikt is voor de analyse van de verzamelde data is de thematische analyse aan de hand van de zes stappen van Braun en Clarke (2006). Met deze stappen is in de verschillende interviews data gezocht naar terugkerende patronen van betekenis. De interviews werden eerst letterlijk getranscribeerd.

- Fase 1. Verkennen van de data.
De uitgeschreven interviews werden gelezen, herlezen en ideeën/wat opviel is genoteerd.
- Fase 2. Eerste codes maken.
Coderen van interessante delen van de data werden toegewezen. Codes zijn belangrijke woorden of citaten uit de verkregen data. Gelijkwaardige codes werden met elkaar geclusterd. De geclusterde codes kregen een korte naam voor het overzicht (Baarda B., 2013).
- Fase 3. Thema's zoeken.
Een thema is een overkoepeld woord waarin de codes onderverdeeld worden. Clusteren van

codes door alle data die relevant is voor een thema bij een te brengen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van mindmap of tabel.

- Fase 4. Herziening van thema's.
De thema's worden opnieuw geclusterd aan de hand van de combinatie met gevonden data. Er vormt een duidelijk onderscheid tussen de thema's.
- Fase 5. Benoemen en definiëren van thema's.
De thema's krijgen ieder een duidelijke omschrijving waarmee het thema wordt gedefinieerd. Ook krijgen alle thema's een betekenisvolle naam.
- Fase 6. Rapporteren.
Er worden citaten geselecteerd die het thema het beste illustreren. De citaten worden nogmaals geanalyseerd en wordt er een relatie gelegd tussen thema's en onderzoeksvraag. De resultaten worden gerapporteerd (Braun en Clarke 2006).

4.2.5 Kwaliteit waarborgen

Bij kwalitatief onderzoek moet de kwaliteit gewaarborgd worden om vertekening van de resultaten te voorkomen. Hierbij zijn alle interviews anoniem verwerkt en zijn namen van praktijkondersteuners weg gelaten. Ook is daarbij van belang dat alle respondenten vrijwillig deel hebben genomen aan het onderzoek. Vertekening is voorkomen door volgende vier criteria toe te passen (Cox K. , Louw, de, et al. 2005):

- Geloofwaardigheid. Hierbij gaat het erom in hoeverre de resultaten van het onderzoek en de deelvraag een realistisch beeld geven van de verzamelde data. De gegevens mogen niet gebaseerd zijn op de verwachtingen van de onderzoeker maar werkelijk op de ervaringen van de patiënten. Dit is gedaan door aan het einde van het interview data te herhalen en samen te vatten wat patiënten hebben gezegd. Op deze manier wordt gecontroleerd of dat wat ze verteld hebben ook werkelijk klopt en goed begrepen is (Cox K. , Louw, de, et al. 2005).
- Generaliseerbaarheid. Kunnen de resultaten toegepast worden in een andere setting. Dit is geborgd doordat er onderzoek gedaan is in twee praktijken van de DOH. Wanneer uit het onderzoek komt dat de implementatie succesvol is, zal het ook bij de andere praktijken in van DOH ingevoerd kunnen worden. De implementatie is zo geschreven dat het ook toegepast kan worden in de andere praktijken van DOH. Dit is mogelijk doordat gebruik gemaakt is van algemene vragen naar ervaringen en het begrip van het SDM model.
- Plausibiliteit. In welke mate zijn de data in overeenstemming met de bevindingen uit de analyse. De plausibiliteit kan aangetoond worden doordat de interviews zijn opgenomen, uitgeschreven en geanalyseerd.
- Verifieerbaarheid. In hoeverre zijn de resultaten gebaseerd op de bijdragen van de ondervraagden en niet op de basis van de onderzoeker. Het is belangrijk dat de resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op de ervaringen van patiënten en niet op het standpunt van de onderzoeker. Om de gevonden data te controleren was het lastig om via de telefoon een member check plaats te laten vinden. Dit zou eventueel kunnen via de post of email, maar omdat de post opsturen en ontvangen te lang duurt en niet gegarandeerd is dat alle cliënten een computer en of email hebben is er voor peer review (collegiale toetsing) gekozen. Ook kon het bij de post en email zo zijn dat de gegevens verloren raken of cliënten vergeten te reageren. De peer review vond plaats door een collega onderzoeker, namelijk Inge Faessen, de referentiegroep, Nathalie Eikelenboom (opdrachtgever) en Shaun Cardiff (projectbegeleider). Er werd gekeken naar de gevonden data, de analyse en de resultaten. Hier werd waar nodig feedback op gegeven (Verhoeven, 2007).

4.3 Focusgroep interview met praktijkondersteuners

4.3.1. Inleiding

De afstudeergroep wil door middel van een focusgroep met praktijkondersteuners een antwoord krijgen op de volgende vraagstelling: *“Hoe ervaren POH’s de implementatie van het SDM model in consulten?”*

Om de bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden is gekozen voor een kwalitatieve benadering in het onderzoek. Er is gekozen voor een focusgroep omdat het bij deze deelvraag niet van belang was welke aantallen praktijkondersteuners gebruik maken van SDM in de consulten maar hoe de ervaringen zijn en waarom er wel of niet gebruik werd gemaakt van SDM. Deze deelvraag is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens (Verhoeven, 2007). Een focusgroep is een speciaal type groepsinterview over een specifiek onderwerp, in dit geval de implementatie van gedeelde besluitvorming in consulten. Het doel van een kwalitatief onderzoek is betekenissen en gedragingen van mensen beschrijven en ze zo mogelijk begrijpen en verklaren (Boeije, 't Hart, et al. 2009). De onderzoeksbenadering is gelijk aan de hierboven beschreven onderzoeksbenadering (zie hoofdstuk 4.2), namelijk kwalitatief onderzoek. Voorafgaand aan de focusgroep is er een werkwijze geschreven (bijlage 6).

4.3.2. Databronnen

Voor de focusgroep zijn praktijkondersteuners geworven die aanwezig zijn geweest bij de workshop. Deze selectie heeft de projectgroep gemaakt omdat die praktijkondersteuners op de hoogte zijn van het project en deelgenomen hebben bij de implementatie van het SDM model. Ook was hierbij de opdrachtgever, Nathalie aanwezig. Van deze populatie deed iedereen mee.

Inclusie en exclusie criteria hebben bepaald welke praktijkondersteuners wel (inclusie) of niet (exclusie) mee deden aan het onderzoek. Voor dit onderzoek zijn geen exclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

- praktijkondersteuners werken op een van de deelnemende DOH praktijken
- praktijkondersteuners hebben deelgenomen aan de workshop

4.3.3 Dataverzameling

Er is gekozen voor een speciaal type groepsinterview, de focusgroep. In een focusgroep wordt met een groep mensen een interview gehouden over een specifiek onderwerp (Baarda, et al., 2013). De focusgroep heeft plaatsgevonden na werktijden van de POH's. De tijdsinvestering voor de focusgroep is 50 minuten. Er is gekozen om binnen de focusgroep de praktijkondersteuners van beide praktijken samen te krijgen. Als er individuele interviews worden afgenomen is er veel tijd nodig om aan het aantal interviews te komen en om deze zo betrouwbaar mogelijk te houden. Een ander voordeel van groepsinterview is dat sommige mensen door wat anderen zeggen, reacties geven die ze anders (individueel interview) niet gegeven zouden hebben (Baarda, et al., 2013). Een nadeel van een groepsinterview is dat deelnemers hun mening kunnen laten beïnvloeden door een ander. Ze kunnen meegaan in een mening terwijl ze, wanneer er individueel geïnterviewd zouden worden, een andere mening zouden kunnen geven. Hier is rekening mee gehouden door deelnemers apart een antwoord of mening te laten geven. Ook is er bij ieder punt een andere deelnemer aangewezen te beginnen met het geven van haar mening om zo alle drie de aanwezigen actief te betrekken. De gesprekken zijn op audio opgenomen zodat het uitgeschreven en goed geanalyseerd kon worden. Het interview is alleen op audio opgenomen om zo de anonimiteit te behouden van de respondenten. De interviews zijn anoniem uitgewerkt. Het doel van de focusgroep is dat er een discussie ontstaat over aangedragen onderwerpen (Baarda, et al., 2013).

In de focusgroep is gebruik gemaakt van drie vragen. Deze vragen zijn uitgewerkt in de geschreven werkwijze (bijlage 6). Deze vragen zijn gericht op wat goed ging en minder goed ging gedurende de implementatie van SDM en wat verbeteradviezen/aanbevelingen zijn voor een vervolg traject in

andere praktijken van DOH. De vragen zijn niet in detail uitgewerkt (Migchelbrink, 2009). Hier is voor gekozen om het interview open te houden voor invulling van deelnemers. De projectgroep heeft de focusgroep gefaciliteerd, de tijd bewaakt en alle deelnemers betrokken bij het interview. De drie vragen zijn een voor een besproken in de focusgroep. Per vraag was er ruimte voor de praktijkondersteuners om te reageren op de vraag. Op deze manier ontstaat er een discussie. Door goed door te vragen op reacties van aanwezigen kan er veel data verworven worden wat kan helpen bij het geven van een goed antwoord op de deelvraag (Baarda B., 2014).

4.3.4. Data analyse

De verzamelde data is vastgelegd door de focusgroep op te nemen. Deze opnames zijn beluisterd, volledig uitgeschreven en hieruit zijn belangrijke citaten gehaald die gerelateerd zijn aan de drie gestelde vragen. Deze gegevens zijn vervolgens gekoppeld aan de resultaten van de observaties en patiënten interviews waar relevant. Hieruit zijn conclusies getrokken en is gekeken of de hoofdvraag beantwoord is. Verder zijn de aanbevelingen, geworven door de aanwezigen, toegevoegd bij de resultaten. Deze zullen worden meegenomen bij de implementatie in overige praktijken van DOH.

4.3.5. Kwaliteit waarborgen

Kwalitatieve dataverzamelingstechnieken als het open interview en de focusgroep zijn interactief van aard. Bij deze technieken is er sprake van persoonlijk contact, een persoonlijke benadering en onderlinge communicatie. De werkelijkheid wordt door deze technieken zo min mogelijk gereduceerd (Migchelbrink, 2009). De verzamelde data worden gecontroleerd door een member-check. De medewerkers geven een goedkeuring van de verkregen data uit de focusgroep. Deelnemers krijgen de data ter controle te lezen en de onderzoekers verwerken eventuele aanvullingen (Cox, Louw de, et al., 2005). De opzet van dit deelonderzoek is nagelezen door de referentiegroep, projectbegeleider en examiner. Zij hebben, los van elkaar, feedback gegeven op de onderzoeksopzet en op de werkwijze van de focusgroep. Deze feedback is verwerkt. Dit vergroot de kans op een betrouwbaar onderzoek (Baarda, et al., 2013).

Hoofdstuk 5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de evaluatiefase. In deze fase hebben drie onderzoeken plaats gevonden om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag.

5.1 Resultaten observaties

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de eerste deelvraag: *“In welke mate is er verschil in het gebruik van de stappen van het SDM model tussen praktijkondersteuners die deelgenomen hebben aan de pilot en praktijkondersteuners die niet deelgenomen hebben aan de pilot?”*

5.1.1. Werving van de praktijkondersteuners

Er is contact gezocht met de opdrachtgever om in contact te komen met de praktijkondersteuners in de controlegroep. De opdrachtgever heeft drie namen aangeleverd en zijn er afspraken gemaakt voor de observaties. De onderzoeker heeft zelf contact opgenomen met de praktijkondersteuners uit de interventiegroep en hiermee afspraken gemaakt.

5.1.2. Karakteristieken van onderzoekspopulatie

In totaal zijn er zes praktijkondersteuners geobserveerd, drie die deelgenomen hebben aan de pilot en drie die niet hebben deelgenomen aan de pilot. In de interventiegroep zijn er twee praktijkondersteuners van de praktijk Gestel midden en een praktijkondersteuner van praktijk Parklaan geobserveerd. In de controlegroep zijn er twee praktijkondersteuners van de praktijk de Coevering en een praktijkondersteuner van de praktijk gezondheidscentrum Achtse Barrier geobserveerd. Er is geen duidelijk verschil in werkervaring, de praktijkondersteuners van de controlegroep werken gemiddeld 5,3 jaar als praktijkondersteuner en de praktijkondersteuners van de interventiegroep werken gemiddeld 5,6 jaar als praktijkondersteuner. POH1 is 9 jaren werkzaam, POH2 is 6 jaar werkzaam en POH3 is 2 jaren werkzaam als praktijkondersteuner. De patiëntenpopulatie bestond uit verschillende categorieën: Cardiovasculair risico, astma/COPD, diabetes en longfuncties. In alle geobserveerde consulten is er sprake geweest van een besluitvorming. De gemiddelde consulttijd was 28 minuten.

5.1.3. Resultaten

Na de observaties zijn er 18 observatieformulieren verzameld. Per praktijkondersteuner is er drie keer geobserveerd, van deze drie uitkomsten is het gemiddelde berekend. Tussen haakjes zijn de uiterste waarden weergegeven. Tabel 1 laat de resultaten zien van de observaties van de interventiegroep.

	POH A Gemiddelde score (range)	POH B Gemiddelde score (range)	POH C Gemiddelde score (range)	Gemiddelde voor interventie groep (range)
Stap 1: Noodzaak	3,3 (3-4)	3,7 (3-4)	3 (2-4)	3,3 (2-4)
Stap 2: Ondersteuning	3,7 (3-4)	4 (4)	3,7 (3-4)	3,8 (3-4)
Stap 3: Opties	4,3 (4-5)	4 (4)	5 (5)	4,4 (4-5)
Stap 4: Voorkeur/belangen	3 (3)	3 (3)	2,7 (2-3)	2,9 (2-3)
Stap 5: Besluit	3,7 (3-4)	4 (3-5)	3,3 (3-4)	3,8 (3-5)
Totaal	18 (17-19)	18,7 (18-20)	17,7 (17-19)	18,3 (17-20)

Tabel 1: Interventiegroep

In tabel 1 is te zien dat de praktijkondersteuners van de interventiegroep zowel per stap als het gehele SDM model redelijk overeen komen. Tijdens de observaties is het de onderzoeker opgevallen dat er een aantal observatiepunten vaak niet of helemaal niet werden uitgevoerd. Deze observatiepunten zijn onderdeel van de stappen van het SDM model:

- Benadrukt dat er samen een besluit genomen wordt
- Het zelfmanagement van de patiënt is benadrukt
- Individueel zorgplan is meegegeven

In tabel 1 is ook te zien dat de praktijkondersteuner die het kortste werkzaam is het laagste scoort en de praktijkondersteuner die het langste werkzaam is het hoogste scoort. Mogelijk is de mate van SDM niet alleen gekoppeld aan kennis en training, maar ook professionele ervaring.

De praktijkondersteuners hebben als onderdeel van de implementatie een reminderkaartje ontvangen waarop de stappen van het SDM model omschreven zijn. Een van de observatiepunten was om te kijken of deze daadwerkelijk in de praktijk gebruikt is. In tabel 2 staat weergegeven welke praktijkondersteuner wanneer gebruik maakte van het kaartje.

	POH A	POH B	POH C
Gebruik reminderkaartje	3	0	3

Tabel 2: Gebruik reminderkaartje door de interventiegroep

Uit de tabel is af te lezen dat twee van de drie praktijkondersteuners bij alle geobserveerde consulten het kaartje gebruikte. Het kaartje gebruiken betekent dat ze het voor zich hadden liggen tijdens het consult en er regelmatig op keken. Er is geen verklaring waarom POH B het nooit gebruikte terwijl A en C het altijd gebruikte. POH B heeft de hoogst gescoorde SDM score (zie tabel 1). Mogelijk heeft de implementatie van het reminderkaartje niet geleid tot een verbetering in het gebruik van SDM.

	POH A1 Gemiddelde score (range)	POH B1 Gemiddelde score (range)	POH C1 Gemiddelde score (range)	Gemiddelde voor controlegroep (range)
Stap 1: Noodzaak	2,3 (2-3)	2 (2)	2 (2)	2,1 (2-3)
Stap 2: Ondersteuning	2,7 (2-4)	3 (3)	2,3 (2-3)	2,7 (2-4)
Stap 3: Opties	3 (3)	3 (3)	3 (3)	3 (3)
Stap 4: Voorkeur/belangen	2 (2)	2,3 (2-3)	2,3 (2-3)	2,2 (2-3)
Stap 5: Besluit	3,3 (3-4)	3 (3)	2,7 (2-3)	3 (2-4)
Totaal	13,3 (12-15)	13,3 (12-14)	12,3 (11-13)	13 (11-15)

Tabel 3: Controlegroep

In tabel 3 is te zien dat de resultaten over het totale SDM model redelijk met elkaar overeen komen. De praktijkondersteuners vertelden na het observeren wel over SDM gehoord te hebben maar kende hier geen model van. Het principe is duidelijk maar hoe het tot stand moet komen was nog niet duidelijk. In de gehele tabel is te zien dat de praktijkondersteuners, zowel per stap als in totaal, nooit meer dan 1 punt van elkaar verschillen. Praktijkondersteuner C1 heeft 7 jaar werkervaring. Dit betekent dat degene hier met de meeste werkervaring het laagste scoort.

De controlegroep heeft geen gebruik gemaakt van het reminderkaartje. Omdat de controlegroep niet heeft deelgenomen aan de pilot zijn ze niet in het bezit van het kaartje en kunnen er dus ook geen gebruik van maken.

5.1.4. conclusie

De vraag die voorafgaand aan de observaties werd gesteld is weergegeven in paragraaf 5.1. Er is wel degelijk een verschil te zien in de resultaten tussen de interventie- en controlegroep.

	Controlegroep gemiddelde score (range)	Interventiegroep gemiddelde score (range)	Vershil
Stap 1: Noodzaak	2,1 (2-3)	3,3 (2-4)	1,2
Stap 2: Ondersteuning	2,7 (2-4)	3,8 (3-4)	1,1
Stap 3: Opties	3 (3)	4,4 (4-5)	1,4
Stap 4: Voorkeur/belangen	2,2 (2-3)	2,9 (2-3)	0,7
Stap 5: Besluit	3 (2-4)	3,8 (3-5)	0,8
Totaal	13 (11-15)	18,3 (17-20)	5,3

Tabel 4: Gemiddelden controle- en interventiegroep met de berekende verschillen

In tabel 4 is te zien dat de interventiegroep in elke stap beter scoort, en dus ook in het totale SDM model. Per stap is er gemiddeld een verschil van 1,0. De gemiddelde jaren werkervaring is ongeveer gelijk dus dat lijkt geen invloed te hebben. Doordat de interventiegroep meegedaan heeft aan de pilot en gebruik kan maken van de reminderkaartjes, maakt ze meer gebruik van het SDM model.

De observatieformulieren van beide groepen zijn nogmaals bestudeerd. Er is te zien dat er verschillen zijn tussen de groepen. Er zijn een aantal observatiepunten die de interventiegroep bijna altijd terug laat zien in het consult en de controlegroep nauwelijks terug laat zien:

- Gezamenlijk agenda maken
- Mogelijkheid tot afwijken agenda
- Voor- en nadelen bespreken (specifiek voor de patiënt)
- Voorkeuren uit laten spreken
- Bemiddelen in behandelkeuze/doel

Zoals eerder beschreven scoort POH B van de interventiegroep het beste maar maakte geen gebruik van het reminderkaartje. De interventiegroep scoort echter wel beter dan de controlegroep, in de interventiegroep maken 2 praktijkondersteuners wel gebruik van het reminderkaartje. Het is dus niet te zeggen of het reminderkaartje bij heeft gedragen aan de verbetering van het gebruik van SDM.

5.2 Resultaten interviews

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de tweede deelvraag. Deze luidt: *“Hoe ervaren patiënten de ondersteuning van de praktijkondersteuners in besluitvorming?”*. Het proces, de werving van patiënten, wordt eerst kort beschreven. Daarna worden de karakteristieken van de respondenten omschreven. Tot slot is er aan de hand van de thematische analyse van Braun en Clarke (2006) met zes stappen geanalyseerd en is er gezocht naar terugkerende patronen.

5.2.1. Werving van de patiënten

Er is contact gezocht met patiënten binnen de twee deelnemende praktijken. Deze patiënten zijn benaderd met een brief waarin patiënten zich zelf konden aanmelden voor een interview. Deze brieven werden meegegeven door praktijkondersteuners die deelgenomen hadden aan de workshop. De drie praktijkondersteuners, die bij de workshop aanwezig waren, hebben ieder drie brieven meegegeven waaruit 8 aanmeldingen zijn gekomen. Dit aantal had de onderzoeker als minimum opgesteld. De acht aanmeldingen zijn telefonisch benaderd en geïnterviewd op de aangegeven tijden, die de patiënten konden vermelden op het aanmeldingsstrookje.

5.2.2. Karakteristieken van respondenten

Er zijn in totaal acht patiënten telefonisch geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 67 jaar. Er zijn vijf patiënten geïnterviewd van de praktijk Gestel-midden te Eindhoven en drie patiënten geïnterviewd van Parklaan te Eindhoven. De patiënten woonden allemaal in Eindhoven en in de buurt van de praktijk. Zes van de acht patiënten kwamen voor controle bij de praktijkondersteuners eens in de drie maanden. De andere twee kwamen voor een jaarcontrole bij de praktijkondersteuner. De patiënten waren allen goed verstaanbaar aan de telefoon en waren allemaal bekend met de term “gedeelde besluitvorming”.

5.2.3. Resultaten

In de semigestructureerde interviews zijn veel verschillende codes naar voren gekomen die geclusterd werden in thema's. Per thema werd beschreven hoe de patiënten hier over dachten. Hierin zijn alle codes verwerkt vanuit de interviews en zijn belangrijke citaten toegevoegd. Deze zijn verkregen na het uittypen van de interviews. De topiclijst, die gebruikt is gedurende de interviews, is te vinden in bijlage 5. In bijlage 7 is de codeboom te vinden waarin de gehele analyse van de data in wordt weergegeven.

Open houding naar elkaar

Alle geïnterviewde patiënten gaven aan te ervaren dat ze centraal stonden in een consult met hun praktijkondersteuner. Ze ervaren dit doordat praktijkondersteuners hen actief betrokken in het gesprek. Er werd naar hun gezondheidsstatus gevraagd en er werd rekening gehouden met hun meningen en/of persoonlijke ervaringen. Twee patiënten gaven daarbij aan dat ze zelf regie hadden over de inhoud van een consult, dat ze dit zelf konden sturen en hieruit ervaren centraal te staan. Praktijkondersteuners staan open voor dat wat een patiënt graag wil bespreken in een consult. Patiënten geven aan hier zelf de regie over te hebben.

“ Ik kan een gesprek met mijn praktijkondersteuner zelf een beetje sturen.”

Verder vragen de praktijkondersteuners naar de mening van de patiënt wanneer dit van belang is en wanneer een patiënt hier niet zelf mee komt. Hierbij werd aangegeven dat er een sprake was van een open houding van zowel praktijkondersteuner als patiënten zelf.

“ We zijn altijd persoonlijk bezig naar mij gericht. Ik heb de kans om zelf te praten en vragen te stellen. Dit ervaar ik heel positief.”

Patiënten gaven aan dat er altijd ruimte is om van de agenda af te wijken, door tussendoor vragen te stellen of met andere punten te komen die de patiënt graag besproken wil hebben. Hierbij is ook oor naar andere zaken.

“Ik vind het prima zoals het nu gaat. Ik ben open naar haar toe en zij is open naar mij toe. Daarbij sta ik centraal. Ik kan makkelijk met haar over dingen praten. Ook over privé gelegenheden en dat is heel fijn hoor.”

Begrip en ondersteuning

Alle geïnterviewde patiënten gaven aan veel begrip en goede ondersteuning te krijgen van de praktijkondersteuner bij de besluitvorming. De patiënten ervaren dit door de aandacht die er was en het aandachtig luisteren naar klachten, geven van de mening of geven van behandelwensen. Ook kwam er vanuit twee patiënten naar voren dat ze met alles bij de praktijkondersteuner terecht kunnen. Niet alleen voor eigen klachten maar ook voor andere persoonlijke punten. Er is altijd een luisterend oor. Er wordt tijd voor gemaakt om daar dan over te praten.

“Ik ken mijn praktijkondersteuner, ze kent mij en ik kan alles tegen haar zeggen. Ik heb steun aan haar, wanneer ik dit nodig heb. Ze heeft altijd een luisterend oor.”

Betrokken bij keuze momenten

Op de hoofdvraag of ze gedeelde besluitvorming herkenden in een consult met praktijkondersteuner gaven zeven van de acht patiënten aan dit te herkennen. Deze zeven patiënten begrepen goed wat er verstaan werd onder dit begrip en herkenden dit in een consult. De betrokkenheid bij keuzemomenten werd omschreven als zeer positief. De patiënten gaven aan dat ze duidelijk invloed hebben op de besluiten die er gemaakt worden in een consult. Dit doordat er genoeg ruimte is voor het uiten van wensen en geven van de mening. Door de betrokkenheid gaven patiënten aan dat ze zich ondersteund voelen en achter de behandeling staan.

“Er wordt geluisterd naar wat ik graag wil zien. En daar wordt rekening mee gehouden in een besluit. Daar heb ik zeker invloed op.”

“Ze legt me veel dingen uit en vraagt daarbij naar mijn mening. Ik kan dan meebeslissen.”

In deze zeven interviews ging het om het nemen van een behandelbesluit, zoals medicatie gebruik of suiker prikken. Ook werd er gesproken over het opstellen van een gezamenlijk doel. Hierbij werd gesproken over het verliezen van gewicht en het eet- en drink patroon.

Deze betrokkenheid bij keuzemomenten werd als zeer positief ervaren. Patiënten ervaren het als prettig mee te kunnen beslissen over hun eigen gezondheid. Ze vonden het een prettige manier binnen een consult om tot een goed besluit te komen waar beide partijen achter staan.

Alles aannemen?

Een overige patiënt herkende de gedeelde besluitvorming niet. Dit ging om een oudere patiënt, die het maken van een behandelkeuze bij de praktijkondersteuner neer legde. De patiënt gaf aan dat hij het prettig vond dat een behandelkeuze gemaakt werd door de praktijkondersteuner. Hij wenste hier geen invloed op te hebben. De praktijkondersteuner was de persoon met de ervaring en de deskundigheid waar hij het volle vertrouwen in had.

“Ik laat het aan haar over. Zij is degene met de meeste ervaringen hè en heb daar het volste vertrouwen in. Ik ben niet meer zo’n vechter.”

Tevredenheid

De acht patiënten gaven aan geen ervaring te hebben met beslissingsconflicten. Door afwegen van voor en nadelen van behandelmogelijkheden wordt een goede behandeling gekozen. Ook doelen worden gesteld door samenspraak. De zeven patiënten die aangaven inspraak te hebben op de behandelmogelijkheden gaven aan dat ze, doordat er gevraagd werd naar mening of wens, altijd tevreden zijn over een besluit dat genomen wordt. Hier staan ze achter en volgen dit op. Hierin worden beide meningen meegenomen en wordt afgewogen wat een beste keuze is.

“We zijn samen persoonlijk bezig met een behandelkeuze, ik heb de kans om zelf te praten en vragen te stellen.”

Daarbij wordt ook aangegeven dat de gemaakte afspraken of doelen worden nagestreefd. In een volgend consult wordt hier weer op teruggekomen en wordt het doorgenomen hoe het verlopen is. Patiënten ervaren de plaats in het consult positief. Ze voelden zich allen gehoord en geholpen door de aandacht van de praktijkondersteuners.

“Ik vind het er beter op worden, ook persoonlijker.”

Voldoende en duidelijke informatie

Praktijkondersteuners verwoorden hun adviezen in duidelijk taal naar patiënten toe. Door deze goede uitleg geven patiënten aan hun adviezen te kunnen volgen wat tevens ook wordt ervaren als ondersteuning bij het nemen van een goede beslissing. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een opsomming van voor- en nadelen van een behandeling.

“Mijn praktijkondersteuner weet van wanten. Ze weet waar dat ze over praat. Ik kan haar daar goed in volgen. Ik voel me ondersteund.”

Ook wordt er veel informatie gedeeld over behandelingen of klachten wat voor de patiënten zorgt voor duidelijkheid. Deze informatie wordt door de respondenten opgepikt en meegenomen. Zeven patiënten geven aan niet altijd te weten hoe alles in elkaar steekt. Ze vertrouwen en nemen veel informatie aan van de praktijkondersteuner. Patiënten erkennen dat hun kennis over eigen klachten of behandelingen hierdoor wordt vergroot. Twee patiënten geven aan hun eigen lichaam het beste te kennen en te weten wat er speelt. Ook zij weten waar over gesproken wordt.

“Ik kan goed volgen wat mijn praktijkondersteuner me verteld. Ik snap wat ze bedoelt en neem dit van haar aan.”

Samenspraak tot juiste keuze

Ook het krijgen van steun in het maken van een goede keuze wordt benoemd. Patiënten geven aan het prettig te ervaren dat ze gesteund worden in het maken van een keuze. De wensen die ze uitspreken met betrekking tot de juiste behandeling wordt geaccepteerd en daar wordt wat mee gedaan. Hierdoor ervaren ze dat ze een goede keuze maken en hier ook achter staan. Ze ervaren voor het goede te kiezen.

“Keuzes zijn nooit eenzijdig. Ik sta altijd achter de gemaakte keuzes. Anders besluiten we het ook niet.”

5.2.4. Resultaten blending

Bij de productevaluatie van het SDM model zijn er twee deelvragen ontwikkeld.

- In welke mate is er verschil in het gebruik van de stappen van het SDM model tussen praktijkondersteuners die deelgenomen hebben aan de pilot en praktijkondersteuners die niet deelgenomen hebben aan de pilot?
- Hoe ervaren patiënten de ondersteuning van de praktijkondersteuners in besluitvorming?

De vragen zijn beantwoord door telefonische interviews af te nemen met patiënten die onder behandeling zijn van praktijkondersteuners die deelgenomen hebben aan de pilot en de praktijkondersteuners die mee hebben gedaan aan de pilot zijn tijdens consulten geobserveerd. Uit de observaties blijkt dat de interventiegroep grotendeels gebruik maken van het SDM, dat ontwikkeld is door de voorgaande projectgroep. De interventiegroep maakt meer gebruik van SDM dan de controlegroep. Uit de patiënten interviews blijkt dat er sprake is van een open houding, er begrip en ondersteuning is, dat patiënten zich betrokken voelen bij keuze momenten, tevreden zijn en voldoende en duidelijke informatie krijgen. Ook was er samenspraak om tot de juiste keuze te komen. Een van de patiënten gaf echter aan zelf geen keuze te willen maken.

Uit de observaties blijkt dus dat de praktijkondersteuners SDM meer toepassen. Uit de tabel 4 blijkt dat de interventiegroep 5,3 punten meer scoort dan de controlegroep. Patiënten geven ook aan dat ze betrokken worden bij het maken van een keuze. Dit leidt tot tevredenheid bij de patiënten en dat er voldoende en duidelijke informatie gegeven is door de praktijkondersteuners. De patiënten hebben gemerkt dat er samenspraak is om tot de juiste keuze te komen en dat er begrip en ondersteuning is vanuit de praktijkondersteuner. De patiënten ervaren de ondersteuning van de praktijkondersteuners in besluitvorming positief en hebben het gevoel ondersteund te worden in hun keuze. De praktijkondersteuners maken vergeleken met de controlegroep meer gebruik van SDM en de patiënten van de praktijkondersteuners zijn tevreden over hen.

5.3 Resultaten focusgroep

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de derde deelvraag: “Hoe ervaren POH’s de implementatie van het SDM model in consulten?” Er wordt eerst kort het proces beschreven van werving van de praktijkondersteuners. Daarna worden de karakteristieken van de deelnemers omschreven. Tot slot is er een analyse gemaakt van de focusgroep met de daar uitgekomen aanbevelingen.

5.3.1. Werving van de praktijkondersteuners

De afstudeergroep heeft in overleg met de opdrachtgever een aantal data voor de focusgroep geprikt. Deze data zijn aan de praktijkondersteuners voorgelegd en zo is de focusgroep waarbij de praktijkondersteuners, opdrachtgever en projectgroep aanwezig kunnen zijn gepland. De locatie en catering zijn door de opdrachtgever verzorgd.

5.3.2. Karakteristieken van deelnemers

Er zijn in totaal drie praktijkondersteuners aanwezig bij de focusgroep. De praktijkondersteuners hebben meegedaan aan de volledige pilot. Dit houdt in dat ze hebben deelgenomen aan de workshop, onderling hebben geobserveerd, reminderkaartjes hebben ontvangen en ze geobserveerd zijn in de evaluatiefase. Deze praktijkondersteuners hebben ook deelgenomen aan het voorgaande afstudeerproject. De opdrachtgever werkt voor DOH en heeft dit en het voorgaande afstudeerproject begeleid. Zij is aanwezig geweest bij de workshop. Een van de drie praktijkondersteuners was verhinderd en sloot daarom later aan bij de focusgroep. Er is besloten om alvast te beginnen gezien de tijd.

5.3.3. Resultaten

De resultaten zullen beschreven worden aan de hand van drie onderwerpen die aan bod zijn gekomen. De volgende onderwerpen zijn aan bod gekomen:

- Wat ging goed gedurende de implementatie van het SDM model?
- Wat ging niet goed gedurende de implementatie van het SDM model?
- Wat kan beter/geven jullie advies voor de implementatie van het SDM model bij de andere DOH praktijken?

Wat goed ging gedurende de implementatie van het SDM model

De praktijkondersteuners hebben bij de implementatie een reminderkaartje gekregen met daarop de stappen van het SDM model. Alle praktijkondersteuners gaven aan dat het reminderkaartje handzaam en goed van formaat is.

“Het is een heel handig modelletje wat je ook gemakkelijk mee kan nemen. Ik heb wat meer spreekuren op verschillende locaties. Dus tas in, en meenemen. Dat is gewoon ideaal.”

Ook gaven de praktijkondersteuners aan dat ze door het reminderkaartje bewuster zijn dat de keuze bij de patiënt moet liggen. Dus door met het SDM model bezig te zijn, zijn de praktijkondersteuners zich meer bewust van de autonomie van de patiënt.

“Je bent je bewuster de keuze bij de patiënt laten, je bent er toch meer mee bezig als je hieraan mee doet. Ik weet niet of dat zo blijft maar deze periode was dat zeker zo. Je laat de patiënt zo veel mogelijk zelf kiezen.”

Over het implementatieproces zelf waren de praktijkondersteuners positief. Er is aangegeven dat er een duidelijke organisatie was, dat afspraken nagekomen werden en er een goede betrokkenheid was.

“Het organiseren van de bijeenkomsten dat dat allemaal erg goed ging, dat doen jullie goed. De mails waren allemaal helder en jullie waren goed op de hoogte. Van wat wanneer en waar.”

In de focusgroep heeft de projectgroep gevraagd naar de ervaringen van de gegeven workshop. De praktijkondersteuners gaven aan dat er meer bewustwording kwam met betrekking tot de stappen van het SDM model.

“Nu nog meer vanuit de patiënt denken en echt de keuze bij de patiënt laten. Dus bijvoorbeeld bloedsuitslagen, je vraagt aan de patiënt of hij deze wil zien of zal ik het alleen vertellen? Vaak laat je het automatisch zien terwijl niet iedereen daar behoefte aan heeft. Je gaat van je standaard rijtje af.”

De praktijkondersteuners gaven aan dat het goed is om het in andere praktijken te gaan implementeren. Een van de praktijkondersteuners gaf aan dat het vooral voor praktijkondersteuners die langer werken zinvol is. Zo kunnen de praktijkondersteuners uit hun vast stramien gehaald worden. Een andere praktijkondersteuner gaf juist aan dat het voor iemand die net start als praktijkondersteuner, perfect is. Dit is echter niet te achterhalen uit de observaties die gedaan zijn.

“Dus dat is zeker zinvol voor andere praktijken. Met name bij mensen die al langer werken om ze uit hun stramien te halen.”

“En vooral iemand die net start als praktijkondersteuner die nog eigenlijk weinig ervaring heeft met spreekuren dat het perfect is. Want dan heb je een handzaam blaadje wat je gewoon naast je neer kan leggen. En dat je aan de hand daarvan je spreekuur kan voeren. Ja ik denk dat het goed is om in de praktijken te implementeren.”

De praktijkondersteuners gaven aan dat ze graag zouden willen reflecteren op het gebruik van het SDM model. Zij gaven aan het fijn te vinden om onderling te observeren en dat dit zeker een toegevoegde waarde heeft.

“Als iemand meekijkt wel want als iemand meekijkt dan doe je gewoon je spreekuur op dat moment. Iemand observeert je dan om te kijken of je het model goed kan gebruiken. Ja en daar feedback op krijgen en dan zou het goed moeten lukken.”

Wat minder goed ging gedurende de implementatie van het SDM model

Een van de praktijkondersteuners gaf aan dat zij zich niet bewust was dat het project toch nog best tijdrovend was. Er werd door de huisarts van de desbetreffende praktijk aan de praktijkondersteuners gevraagd of zij mee wilden doen aan een pilot. Hierbij had de huisarts vermeld dat het alleen om een keer observeren zou gaan, dit was echter meer dan dat. De praktijkondersteuners waren zich niet bewust dat het ging om twee projecten.

“We waren ons er niet bewust van dat het toch wel tijdrovend was. Want de huisarts vroeg of wij mee wilden doen met een pilot en het kwam zo over dat het een keer was dat jullie mee gingen kijken maar het was veel meer. Huisartsen zijn niet zo uitgebreid in hun informatie en wij hadden misschien ons meer erin moeten verdiepen. Het is vooral dat je aan dingen moet denken. Dus het is niet echt tijdrovend maar je moet eraan denken.”

Wat beter kan en adviezen voor de implementatie van het SDM model bij de andere DOH praktijken
De praktijkondersteuners gaven al aan bij de dingen die goed gingen dat ze het reminderkaartje erg fijn vonden. Wel waren er verbeterpunten aan het kaartje. Er werd aangegeven dat het niet echt opviel en dat het meer kleur zou mogen bevatten.

“Maar ik zou er meer kleur aan geven, aan het modelletje. Het is een saai modelletje, wit, zwarte letters en een plasticje omheen. Ja maak hem even iets sprekender. Zo van he dit is iets wat opvalt. Want nu zit het tussen je papieren en denk je oh waar is dat ding. Een leuke kleur bijvoorbeeld die aanspreekt. En dan de belangrijke punten, de hoofdpunten iets dikker met een andere kleur en dan onderverdeeld in een andere kleur, dan valt het meer op.”

De praktijkondersteuners gaven aan dat een handleiding voor het kaartje handig zou zijn. Deze groep praktijkondersteuners is lang bezig geweest met het project en weten dus precies wat het inhoud. Door wat definities op de achterkant van het reminderkaartje te omschrijven zal het bij een implementatie bij andere praktijken ook duidelijk zijn voor de desbetreffende praktijkondersteuners.

“En misschien een handleiding hoe je het gebruikt. Ja kijk wij weten wat het is maar anderen weten misschien niet wat SDM is. Weer iets nieuws is dan het eerste wat je hoort. Dus ik denk als je er een korte handleiding bij doet en uitlegt wat de bedoeling is, bijvoorbeeld op de achterkant van het reminderkaartje.”

In het implementatieplan, door de projectgroep gemaakt, wordt omschreven dat er een interne facilitator aangesteld moet worden. In overleg met de opdrachtgever gaat DOH deze rol vervullen. De praktijkondersteuners gaven in de focusgroep aan dat een praktijkondersteuner zich verantwoordelijk moet gaan voelen voor SDM en dit gaat trekken. Ook werd aangegeven dat de huisartsen hier ook in betrokken moeten worden, omdat het zeker ook voor hen van toepassing is. Er is uitgelegd dat er bewust gekozen is om huisartsen niet te betrekken in de pilot, dit gaat in de toekomst nog gebeuren.

“En misschien een praktijkondersteuner die zich hiervoor verantwoordelijk gaat voelen en die dit gaat trekken. En dat de huisartsen meegetrokken worden, want de huisartsen moeten er wel achter staan. Zij moeten er wel de lol en de voordelen van zien. Dat het in een overleg geïntroduceerd wordt en dat er een start word gemaakt.”

Er werd gevraagd door de opdrachtgever of de workshops noodzakelijk zijn voor de implementatie bij andere praktijken. Hierop antwoorden de praktijkondersteuners dat dit niet noodzakelijk is. Zij gaven aan dat de uitgave van het SDM kaartje met handleiding voldoende zou zijn. De projectgroep en opdrachtgever vroegen zich af of er dan genoeg motivatie is om ermee aan de slag te gaan. Daarom zou dit bij eventuele scholingen nog aan bod kunnen komen.

“Er zijn ook heel vaak scholingen waar je er even aandacht aan kunt geven en het reminderkaartje aan kunt bieden. En als je er een half jaar later dan op terug komt. Er hoeft geen hele avond aan besteed te worden.”

5.4 Conclusie

In de evaluatiefase heeft de projectgroep gebruik gemaakt van verschillende onderzoekstechnieken, zoals semigestructureerde interviews met patiënten, observaties van praktijkondersteuners en een focusgroep interview met praktijkondersteuners. Er is onderscheid gemaakt in de ervaringen van patiënten en praktijkondersteuners.

Uit de interviews met de patiënten kwam dat alle praktijkondersteuners wisten wat gedeelde besluitvorming inhield. Ook herkende ze het allemaal, op een patiënt na, uit de praktijk. De betrokkenheid bij de behandelkeuzes die gemaakt worden, wordt als zeer positief ervaren. Deze betrokkenheid heeft er voor gezorgd dat er goede afwegingen gemaakt worden en de patiënten uiteindelijk een goede keuze kunnen maken waar ze achter staan. Ook kan er geconcludeerd worden dat er patiënten zijn die zelf geen keuzes willen maken en dit aan de praktijkondersteuner over laten. De observaties van praktijkondersteuners laat zien dat de interventie groep meer gebruik maakt van het SDM model vergeleken met de controlegroep. De interventie groep scoort bij iedere stap van het model meer punten, en dus ook in het geheel. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de implementatie van het SDM model succesvol is. Ook maakte twee van de drie praktijkondersteuners gebruik van het reminderkaartje wat uitgedeeld is na implementatie. Dit kwam ook in de focusgroep naar voren. Hieruit bleek dat de praktijkondersteuners het reminderkaartje erg handig vinden. Ze zijn zich er meer bewust van dat de keuzes bij de patiënt moet liggen. Patiënten die geïnterviewd zijn erkende dit.

Hoofdstuk 6: Conclusie

Aan het begin van het afstudeerverslag heeft de projectgroep de volgende hoofdvraag geformuleerd: *'Hoe kan het bewust werken met het SDM model bevorderd worden onder POH's aangesloten bij DOH?'* In de eindconclusie en discussie is er antwoord gegeven op de hoofdvraag.

6.1 Eindconclusie

De aanbevelingen en instrumenten van de voorgaande afstudeergroep zijn meegenomen in de huidige implementatie. Het instrument, het ontwikkelde SDM model, is na overleg met de opdrachtgever binnen twee praktijken van DOH geïmplementeerd. Hier is voor gekozen omdat deze praktijken al eerder deelgenomen hadden aan de pilot en hierdoor bekend waren met het model.

De huidige projectgroep heeft gemerkt dat het ontwikkelde SDM model wel degelijk positieve invloed heeft op de gedeelde besluitvorming in een consult tussen patiënt en praktijkondersteuner. Het gebruik van het SDM model is bevorderend voor de praktijkondersteuner met de gevolgen dat het ook bevordert werkt voor de patiënten. Uit de literatuurstudie die gedaan is kan geconcludeerd worden dat het werken met SDM niet gaat om het volgen van een protocol maar om het werken met een raamwerk. Praktijkondersteuners zien het als een stappenplan wat gevolgd moet worden. Het is bewezen dat het belangrijk is om de context van de patiënt in kaart te brengen om als praktijkondersteuner de gemaakte keuzes te kunnen begrijpen. Er zijn patiënten die graag invloed hebben in keuzes, maar ook patiënten die keuzes bij de praktijkondersteuner neer leggen en daar meer vertrouwen in hebben. Wanneer je dat van een patiënt weet, kan er meer rekening gehouden worden met de wensen van een patiënt in een consult. Dit zal de patiëntenparticipatie bevorderen.

Uit de patiënteninterviews kwam naar voren dat bovenstaande punten ook wel degelijk zo worden ervaren door patiënten die een consult hebben gehad met een praktijkondersteuner die deelgenomen heeft aan de pilot.

Uit de observaties die gedaan zijn bij praktijkondersteuners was een duidelijk significant verschil te zien wat betreft het toepassen van SDM in de controlegroep en de interventiegroep. Hieruit kan geconcludeerd worden, dat de implementatie succesvol is geweest.

Vanuit de verzamelde data en analyses zijn er aanbevelingen geformuleerd voor de eventuele implementatie van het SDM model in de overige praktijken van DOH. Deze aanbevelingen zijn door de opdrachtgever opgepikt en zullen worden meegenomen in volgende implementaties. Dit zal de slagingskansen van de implementatie waarschijnlijk vergroten. De aanbevelingen die de projectgroep geeft aan DOH zijn: Meer kleur in het reminderkaartje, een handleiding achterop het reminderkaartje (hoe deze gebruikt moet worden), de huisartsen betrekken bij het werken met SDM en eens per half jaar het onderwerp SDM terug laten komen bij scholingen.

Gedurende de focusgroep gaven de praktijkondersteuners aan dat er gesproken kon worden van een prima samenwerking tussen projectgroep, praktijkondersteuners en opdrachtgever. Door middel van goede communicatie via mail of post, konden er duidelijk afspraken gemaakt worden en wist iedereen wat er verwacht werd rondom het project. Door deze goede communicatie kon het implementatieproces met daarop volgend het evaluatieproces goed en spoedig worden uitgevoerd. Ook kwam er hierdoor snel en voldoende respons vanuit deelnemers voor de onderzoeken, wat heeft geleid tot goede onderzoeksmethodes.

6.2 Discussie

Gedurende het afstudeerproces heeft de projectgroep geïmplementeerd en veel onderzoek gedaan naar de ervaringen hiervan. Gedurende de implementatie- en evaluatiefase is de projectgroep tegen drempels aangelopen en zijn de onderzoeken niet altijd even voorspoedig verlopen. Door goede

inzet van afstudeergroep, projectbegeleider, opdrachtgever en overige deelnemers hebben de onderzoeken uiteindelijk een gewenst resultaat opgeleverd. Hieruit zijn aandachtspunten meegenomen voor volgende implementatieprocessen binnen overige praktijken, maar zijn ook de goede punten niet vergeten.

Literatuurstudie

De projectgroep is begonnen met een oriëntatie op voorgaand afstudeerproject van A. Günes en L. De Groot (2014). Om meer bekend te raken met het onderwerp gedeelde besluitvorming, die hieruit naar voren kwam, is literatuur gezocht en uitgewerkt. Deze literatuurstudie heeft de projectgroep veel tijd en moeite gekost. Het vinden van goede wetenschappelijke artikelen die bruikbaar waren was erg lastig. Er was veel literatuur te vinden over gedeelde besluitvorming, maar minder over de eerstelijnszorg wat betrekking heeft op het product. Hiervoor heeft de projectgroep verschillende zoekstrategieën toe moeten passen om uiteindelijk tot bruikbare artikelen te komen waarmee een antwoord op de zoekvraag geformuleerd kon worden. Met hulp van projectbegeleider zijn deze zoekstrategieën uiteindelijk goed verlopen wat heeft gezorgd voor goede onderbouwing.

Er heeft vervolgens een gesprek plaats gevonden met projectbegeleider en opdrachtgever waarin duidelijk wensen van beide partijen uit zijn gesproken met betrekking tot het proces en probleem en doelstelling. Dit gesprek verliep erg rommelig. De opdrachtgever had niet veel tijd waardoor het gesprek veel ingekort moest worden. Hierdoor stond de projectgroep niet zeker in het gesprek waardoor er nog geen concrete afspraken gemaakt werden. Na mailcontact en een nieuw afspraak zijn er duidelijk afspraken gemaakt, problemen erkend en doelen opgesteld waarmee de projectgroep verder kon. Met deze informatie is de projectgroep willekeurig consulten van praktijkondersteuners gaan observeren binnen een praktijk. De huidige situatie was gelezen in het voorgaande afstudeerverslag maar hierdoor heeft de projectgroep een beeld gekregen van de huidige situatie.

Implementatiefase

Hierna is door gegaan met het opstellen van een implementatieplan voor de twee deelnemende praktijken. Binnen deze implementatie is er begonnen met het organiseren van een workshop waarin deelnemende praktijkondersteuners kennis maakte met het SDM model wat ontworpen was door voorgaande projectgroep. De gebruikte methode, het uitdelen van de reminder kaartjes en het reflecteren op video-opnames van consulten, zijn goede manieren voor implementatie van een instrument binnen de praktijken, wat bleek uit ervaringen.

Een aandachtspunt vanuit de praktijkondersteuners was dat de reminderkaart die besproken is in de workshop en daarna is rond gedeeld meer op zou kunnen vallen, door de kaart een meer opvallende kleur te geven en met verschillende kleuren te werken zodat de kaart opvalt tussen de overige kaarten die gebruikt worden door de praktijkondersteuners.

Ook gaven praktijkondersteuners aan het moeilijk te vinden op eigen beeldmateriaal te moeten reflecteren, wat gedaan is aan de hand van eigen opgenomen consulten. Ondanks de spanning om naar eigen beeldmateriaal te kijken, bleek uit reacties van praktijkondersteuners dat de workshop toch leerzaam was. Toch werd aangegeven, ondanks de leermomenten, dat de georganiseerde workshop niet nodig was om kennis te maken met het SDM model en er vervolgens mee te gaan werken. Dit zou makkelijker gekund hebben door een korte handleiding achter op het SDM kaartje met daarop uitleg over het gebruik. Hierdoor zou een workshop overbodig worden en praktijkondersteuners toch weten hoe er mee gewerkt moet worden. De workshop kost de praktijkondersteuners ook extra tijd die hierdoor gewonnen kan worden.

De onderlinge observaties sluiten hier wel goed bij aan, waardoor van elkaar geleerd wordt om te werken met het model. De projectgroep vindt dat de videoreflecties een leuk effect hadden en

hebben dit als nuttig ervaren. Er kwam veel enthousiasme tijdens de workshop. Deze praktijkondersteuners van de pilot waren al bekend met het onderwerp SDM en was het bij deze groep minder noodzakelijk geweest. Daarom vindt de projectgroep dat er toch een workshop gegeven moet worden om over het SDM model uitleg te geven. Een methode hiervoor is om een videoworkshop te organiseren.

Evaluatiefase

Na de implementatie is er begonnen met de evaluatie, hiervoor zijn onderzoeken samengesteld gedurende de implementatie. Er is een splitsing gemaakt tussen procesevaluatie bij patiënten en praktijkondersteuners en productevaluatie bij enkel alleen praktijkondersteuners. Door Inge Faessen is het SDM model geobserveerd in consulten door middel van een observatielijst. Dit is gedaan in de twee deelnemende praktijken en in twee niet-deelnemende praktijken (controlegroep). Hierdoor kon de implementatie van het SDM model en het resultaat hiervan nauwkeurig geobserveerd worden aan de hand van een observatielijst gebaseerd op het model van Elwyn.

Met de patiënten is, door Maud Wilborts, aan de hand van semigestructureerde interviews geëvalueerd op de ervaringen van gedeelde besluitvorming in consulten. Deze interviews zijn afgenomen met patiënten die geworven zijn door de deelnemende praktijkondersteuners. Iedere praktijkondersteuner heeft drie patiënten geworven waarvan acht patiënten zijn geïnterviewd. Om het onderzoek helemaal betrouwbaar en kloppend te houden had hier gekozen kunnen worden voor het interviewen van patiënten, waarvan ook een consult is geobserveerd voor ander deelonderzoek. Door de beperkte tijd voor het onderzoek, is dit nu niet gedaan. Na afname van de eerste interviews bleek dat het lastig was om voldoende diepgang te krijgen in de interviews. Dit werd mede veroorzaakt door ooit gesloten vragen te stellen, maar ook door niet diep genoeg in te gaan op dat wat een patiënt terug gaf. Deze punten werden snel opgepikt waardoor het tweede deel van de interviews beter verliep en hier dan ook meer informatie uit gewonnen is.

Tenslotte heeft er een gezamenlijke focusgroep plaats gevonden met de praktijkondersteuners ter evaluatie van het proces. Praktijkondersteuners gaven aan dat het proces prima in elkaar stak. Ze wisten wat er van hen verwacht werd en kregen daarbij duidelijke uitleg via de mail of via de post. Daarbij werd wel vernoemd dat het implementatieproces erg uitgebreid was. Over deze punten heeft de projectgroep met de opdrachtgever gesproken. De punten zijn genoteerd en zullen meegenomen worden in volgende implementaties. Hierdoor zal de implementatie van het SDM model voor de praktijkondersteuners bevorderd worden in overige praktijken van DOH. Om de gevonden data op waarheid te controleren heeft er een member-check plaats gevonden met praktijkondersteuners na de focusgroep. De verkregen data uit de focusgroep is geanalyseerd met codes en thema's en ter controle opgestuurd en bevestigd.

Nawoord

De afgelopen 18 weken is door de projectgroep intensief gewerkt aan het project “Shared Decision Making”. Dit project is een vervolg van het afstudeerproject van De Groot en Günes. In deze periode is veel kennis opgedaan over SDM bij consulten van praktijkondersteuners. Er is veel aandacht besteed aan de opbouw van het verslag, spelling en taalgebruik. De afstudeergroep heeft de opbouw van het verslag als lastig ervaren. Het maken van een goede indeling van de hoofdstukken verliep niet vlot, maar werd goed ondersteund door projectbegeleider.

Tijdens dit project is de projectgroep begonnen met een implementatie die wat later plaats vond dan gepland. Dit kwam doordat zij te maken hadden met een strakke planning van praktijkondersteuners. In de onderzoeksfase heeft de projectgroep snel respons gekregen van deelnemers, zowel praktijkondersteuners als patiënten. Doordat deze planning soepel verliep, vonden de onderzoeken snel plaats. Dit verliep goed en sloot vlot aan na de implementatiefase. Met deze goede medewerking van de respondenten is er informatie verzameld over de ervaringen van het gebruik van het SDM model.

Het is duidelijk geworden wat de invloed van het SDM model is in een consult voor zowel de praktijkondersteuner als de patiënt. Door de interviews met patiënten en de observaties van praktijkondersteuners werd dit duidelijk waargenomen.

In dit project is er gebruik gemaakt van de competenties zorg op maat, kwaliteitsbevordering en deskundigheidsbevordering. Deze zijn goed van pas gekomen bij de implementatie van het SDM model. Het SDM model is ontwikkeld om de patiënt meer te betrekken bij de keuze momenten en om zo zorg op maat te leveren en de kwaliteit te bevorderen.

De samenwerking binnen de projectgroep is goed verlopen. Afspraken werden goed nagekomen en er werd nauw met elkaar samengewerkt. Wanneer een van de projectleden vanwege omstandigheden niet aanwezig kon zijn werd dit goed opgevangen door de ander. Beide afstudeerleden zijn het erover eens dat de samenwerking geleid heeft tot een mooi verslag en een leerzame tijd.

Het opstarten van het project en de implementatie duurde langer dan verwacht. Dit in verband met het bestuderen van het voorgaande afstudeerproject wat enkele weken na de start van ons project nog werd aangepast. De samenwerking met onze projectbegeleider Shaun Cardiff verliep goed vanaf het begin. Shaun Cardiff bood een fijne begeleiding, feedback en hielp de projectgroep bij moeilijkheden.

De projectgroep is blij om te horen dat DOH met dit onderwerp verder gaat en dat het landelijke ambities heeft. DOH neemt dit project mee in de landelijke ontwikkelingen en heeft daarmee al een voorsprong in vergelijking met de rest van Nederland. Ook heeft de projectgroep zelf veel geleerd over het implementeren van veranderingen in de praktijk en het doen van onderzoek. Dit is eerder behandeld in voorgaande jaren, maar nu was het allemaal in eigen handen. Vooral het totale proces is erg leerzaam geweest. De implementatie en onderzoeken moesten nu ook daadwerkelijk uitgevoerd worden. Hierdoor sta je midden in een project en leer je veel. De volgorde van activiteiten en vooral de initiatieven die je daar zelf in moet nemen hebben er voor gezorgd dat het een leerzaam proces is geweest.

Dankzij de medewerking van de betrokkenen is er een mooi verslag ontstaan waar de afstudeergroep tevreden over is.

Bronnenlijst

- Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, v. d., et al. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baarda, B., Bakker, E., van der Hulst, M., Fischer, T., Julsing, M., van Vianen, R., et al. (2012). Basisboek methoden en technieken. Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers .
- Baarda, B., Hulst, v. d., & Goede, d. M. (2012). Basisboek interviewen. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Berryman, S., Palmer, S., Kohl, J., & Parham, J. (2013). Medical Home Model of Patient-Centered Health Care. *Medsurg Nursing* , 166-196.
- Boase, S., Manson, D., Sutton, S., & Cohn, S. (2012). tinkering and tailoring individual consultation: how practice nurses try to make cardiovascular risk communication meaningful. *Journal of clinical nursing* , 2590-2598.
- Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek . Utrecht : Boom Lemma .
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). Onderzoeksmethoden. Purmerend: H&R communicatieve vormgeving.
- Cardiff, S. (2012, september). Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006). Opgeroepen op maart 25, 2014, van Natschool.
- Charles, A. G.C. (2000). Shared Decision-making in the medical encounter: what does it mean? Opgeroepen op 2014
- Clancy, C. (2012). Patient-centered outcomes research and nurse practitioners' role in shared decision making. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 59-61.
- Cox, K., Louw, d. D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2005). Evidence Based Practice voor verpleegkundigen. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
- Cox, K., Louw, D. d., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2010). Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing (2e druk ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- De Ondernemende Huisarts. (2013). DOH. Opgehaald van https://dohnet.nl/De_Zorggroep/Missie
- Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013, april 19). Implementation of Shared Decision Making in Physical therapy: osberved level of involvement and patient preference. Opgeroepen op maart 19, 2014, van <https://elo.fontys.nl/Pages/AnnotationViewer/AnnotationViewer.aspx?cpsysid=25ac203c-facc-434e-a4a2-15aa1ca1442e>

Elwyn G., E. A. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competencies of involving patients in healthcare choices. Opgeroepen op 2014, van British journal general practice.

Elwyn G., O. A.-R.-T. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international delphi consensus proces. Opgeroepen op 2014, van British medical journal.

Fontys Hogeschool. (2014). Fontys mediatheek. Opgeroepen op februari 2014, van Fontys mediatheek:
http://www.fontysmediatheek.nl/wiki/home/Beoordelen_van_wetenschappelijke_artikelen

Gravel, F. L.G. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision making in clinical practice: A systematic review of health professionals perceptions. Opgeroepen op 2014, van Implementation science IS.

Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business.

Hack, E. D. T. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Opgeroepen op 2014

Highmore Sims, N. (2009). Workshops: de complete handleiding voor geweldige workshops. Amsterdam : Pearson education benelux.

Informa Healthcare UK. (2011). Journal of interprofessional care. Opgeroepen op februari 2014, van <https://elo.fontys.nl/Pages/AnnotationViewer/AnnotationViewer.aspx?cpsysid=a037ef65-7639-46bc-9551-fdc508c64505>

infoteur . (2012, Maart 27). Wetenschap. Opgeroepen op Maart 25, 2014, van <http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/95184-keuzes-in-het-opzetten-van-onderzoek.html>

Kristjan Kristjansson, U. o. (2013). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. Opgeroepen op 2014, van <https://elo.fontys.nl/Pages/AnnotationViewer/AnnotationViewer.aspx?cpsysid=c12c3d01-9e75-424c-8b0d-bc4eae9ce90f>

Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C., & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care from a patiënt perspective: A grounded theory study . *Scandinavian Journal of Caring Science* , 313-320.

Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F., Desroches, S., Kryworuchko, J., et al. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of interprofessional care*, 18-25.

Linde, J. V. (2005). Met videobeelden leren van de praktijk. Hengelo, Nederland : Hogeschool Edith Stein .

Loh, A., Simon, D., wils, C., Kriston, L., Niebling, W., & Harter, M. (2007). The effects of a shared decision making intervention in primary care of depression; a clusterrandomized controlled trial. *patient education and counseling* , 324-332.

Lucassen, P., & Olde Hartman, T. (2007). Kwalitatief onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Lusk, J., & Fater, K. (2013). A concept analysis of patiënt-centered care. *Nursing forum* , 89-98.
- McCurry, D. S. (2000). Technology for critical pedagogy: Beyond Self Reflection with video. San Diego, California.
- Migchelbrink, F. (2009). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Moser, A., Houtepen, R., Bruggen van der, H., Spreeuwenberg, C., & Widdershoven, G. (2009). Autonomus Decision Making and Moral Capacities. *Nursing Ethics* , 203-217.
- Munten, G., Snoeren, M., & Cardiff, S. (2011). Systematisch implementeren van vernieuwingen. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 8-11.
- Munten, G., Snoeren, M., & Cardiff, S. (2013). Als implementeren navigeren is, is een GPS wel handig. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 16-20.
- O'Connor, A., Bennett, C., Stacey, D., Barry, M., Col, N., Eden, K., et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Plas, M., Fleuren, M., Friele, R., Haaijer-Ruskamp, F., Keijsers, J., Ravensbergen, J., et al. (2007). Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' in patiëntenzorg en preventie bij implementatie van vernieuwingen. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 32-38.
- Raad voor de volksgezondheid & zorg . (2013). De participerende patiënt. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Salzburg . (2014, februari 17). De Salzburg-NL Verklaring over Gedeelde Besluitvorming. Opgeroepen op maart 12, 2014, van Salzburg Global Seminar.
- Sande van de, J. (2003). Gedragsobservatie. Inleiding tot systematisch observeren. Groningen: Martinus Nijhoff.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2007). methoden en technieken van onderzoek . Amsterdam : Pearson Education Benelux.
- Simon, D., Wills, C., & Härter, M. (2009). Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patiënt choice. In A. Edwards, & G. Elwyn, *Shared decision-making in mental health* (pp. 269-276). New York: Oxford University Press .
- Sims, N. H. (2007). Workshops, de complete handleiding voor geweldige workshops. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Studenten HBO-V. (2014). Afstudeerverslag SDM . Eindhoven.
- Sumsion T., L. M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. Opgeroepen op 2014, van Can I occupy Ther.
- Thompson, A. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations; a taxonomy. Opgeroepen op 2014
- Sun, U. O. Q. (2004). Predicting downstream effect of high decisional conflict: Meta analysis of the decisional conflict scale. Opgeroepen op 2014

Ton, J., Fletcher, M., Madoc-Sutton, H., Sheikh, A., Caress, A., & Walker, S. (2010). Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses' views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. *Health expectations* , 374-382.

Veenendaal, H. v. (2013). Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. Opgeroepen op 2014, van Shared Decision Making.

Verhoeven, N. (2007). Wat is onderzoek? praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Amsterdam: BuroLamp.

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Vilans. (2013, Oktober). Vilans. Opgeroepen op 2014, van <http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Producten/Producten-Factsheet-Gezamenlijke-Besluitvorming.html>

Wagenaar, B. (2011). Organisatie van binnenuit. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Wills, C. (2010). Sharing Decisions with patiënts: Moving beyond patiënt-centred care. *journal of psychosocial nursing*.

Bijlage 1. SDM model ontwikkeld door De Groot en Günes

Shared Decision Making model	
Stappen	Aandachtspunten
1. Noodzaak Manier waarop de zorgverleners de noodzaak om op gelijkwaardige basis te overleggen over de besluitvorming toelichten	- Gezamenlijke agenda opstellen - Gezondheid inventariseren en vergelijken - Probleem bespreken - Benadrukken samen besluit nemen
2. Ondersteuning Manier waarop de zorgverleners de patiënt bij het spreken over verschillende opties ondersteunen	- Mogelijkheid tot afwijking agenda - Aanpassing begripsniveau - Beschikken over motiverende, coachende en meedenkende gespreksvaardigheden - LSD (luisteren, samenvatten doorvragen)
3. Opties Manier waarop de verschillende opties worden besproken	- Benadrukken zelfmanagement patiënt - Opties vragen - Opties bespreken en toelichten - Voor- en nadelen (Specifiek voor individuele patiënt) - Keuzehulpen/ ondersteunende middelen gebruiken - Checken wat patiënt begrepen heeft (de patiënt te laten herhalen wat besproken is) * Eigen voorkeur niet uitspreken
4. Voorkeur/belangen Manier waarop de zorgverleners naar de voorkeuren en de belangen van de patiënt vraagt	- Voorkeuren uit laten spreken - Helpen bij ideevorming (advies/ voorstel) - Bemiddelen in behandel keuze/doel
5. Besluit Manier waarop het besluit naar voorkeur wordt besproken	- Concreet doel opstellen (Wat, hoe, wanneer) - Vragen naar ondersteuning m.b.t. doel - Individueel zorgplan bijhouden - Individueel zorgplan meegeven - Vervolgafspraken maken

Bijlage 2: Draaiboek en werkwijze workshop

Aanwezigen: praktijkondersteuners en projectgroep

Doel:

Het doel van deze interactieve workshop is dat de projectgroep de praktijkondersteuners zich bewust wil laten worden van hun gedrag met betrekking tot Shared Decision Making. De projectgroep wil weten van de praktijkondersteuners welk reminderkaartje de voorkeur heeft.

Vorbereiding:

De projectgroep heeft contact gehad met de opdrachtgever, deze zal met de praktijkondersteuners contact opnemen om een consult op te nemen en deze mee te nemen naar de workshop. Voor de workshop wil de projectgroep minimaal vier praktijkondersteuners aanwezig hebben. De projectgroep zal een toepasselijke ijsbreker maken.

1. Kennismaking

10 min.

De projectgroep zal zich voorstellen en vervolgens zullen de praktijkondersteuners dit ook doen. Er wordt voor wat te drinken gezorgd.

2. Introductie

20 min.

De projectgroep begint met een ijsbreker.

Hierna volgt de introductie van de workshop. Hierbij wordt verteld: Waar de projectgroep mee bezig is, wat het doel van deze workshop is, de agenda voor de workshop wordt doorgenomen, er worden grondregels opgesteld samen met de praktijkondersteuners en verteld de projectgroep waarom Shared Decision Making zo belangrijk is.

3. Videoreflectie

De praktijkondersteuners hebben allemaal een consult opgenomen. Hieruit heeft de projectgroep drie opnames gekozen voor gebruik in de workshop. De praktijkondersteuners gaan, indien meer dan 5 aanwezig, in subgroepjes zitten waarin gereflecteerd gaat worden op de opgenomen consulten. De praktijkondersteuners krijgen een invul reflectie formulier aan de hand van de stappen van het SDM model en krijgen hierover uitleg. De praktijkondersteuners gaan samen aan de hand van het model reflecteren. De projectgroep loopt rond en beantwoordt vragen. De projectgroep heeft de videoreflectie opgedeeld in drie delen

3.1 deel 1

10 min.

Eerst zal er een consult volledig afgespeeld worden zonder daarbij stop te zetten. Hiermee wil de projectgroep de praktijkondersteuners aan het denken zetten over het SDM model.

3.2 deel 2

20 min.

Er zal een andere opname afgespeeld worden maar nu met start stop functie. Aan de hand van het SDM model zal de video stop gezet worden en zal er, in groepjes in dien mogelijk, besproken worden welke stappen van het SDM model terug te zien zijn in de video en welke stappen niet.

(Pauze)

10 min.

3.3 deel 3

20 min.

Als laatste wordt de subgroepjes gevraagd zelf een video te analyseren op het SDM model. Dit zal gedaan worden laptops. Wanneer er geen gebruik wordt gemaakt van subgroepjes zal dit binnen een groep gedaan worden. De projectgroep observeert en beantwoordt vragen.

4. Reminder kaartje voorleggen

20 min.

De projectgroep voor de implementatie een reminder kaartje ontwikkelen voor de praktijkondersteuners. Deze zal in verschillende vormen ontwikkeld worden en voorgelegd worden

aan de praktijkondersteuners. Hierover volgt een discussie om de voorkeur van de praktijkondersteuners duidelijk te krijgen en om samen tot een kaartje te komen die de projectgroep zal gaan maken en uitgeven aan de praktijkondersteuners.

5. Afronding

10 min.

De projectgroep vat samen wat er allemaal gedaan is tijdens de workshop en wat de conclusies zijn. De praktijkondersteuners worden bedankt en het verdere beloop van het project wordt uitgelegd.

Kennismaking	17.30-17.40
Introductie	17.40-18.00
Video reflectie deel 1	18.00-18.10
Video reflectie deel 2	18.10-18.30
Pauze	18.30-18.40
Video reflectie deel 3	18.40-19.00
Reminder kaartjes	19.00-19.20
Afronding	19.20-19.30

Tijdsplanning

Werkwijze

De workshop wordt georganiseerd door de projectgroep. Voorafgaand aan de workshop heeft de opdrachtgever contact gelegd met de deelnemende praktijken. De vraag werd gesteld om opnames van consulten van praktijkondersteuners te maken en deze een week voor de workshop bij projectgroep neer te leggen als voorbereiding voor de workshop. Deze opnames zijn voorafgaand aan de workshop al naar de projectgroep gestuurd. De deelnemende praktijken hebben een informatieve brief gehad van de projectgroep. Hierin staat vermeld wat de projectgroep wil gaan doen en waarom.

Bij de opening zal de projectgroep zich voorstellen evenals de praktijkondersteuners. Dit zal ervoor zorgen dat men van elkaar weet welke functie zij hebben. Het is belangrijk om proactief over te komen, de deelnemers mogen zich niet afvragen of je nu wel of niet de facilitator bent. Het is belangrijk om op tijd aanwezig te zijn en alles voorbereid te hebben zodat er op tijd begonnen kan worden. Het is van belang kort iets van jezelf te vertellen zodat de deelnemers jou functie kennen (Sims, 2007).

De projectgroep begint met een ijsbreker om luchtig te beginnen maar wel direct de aandacht te krijgen. Bij een ijsbreker leggen mensen contact met elkaar. De deelnemers kunnen zich onmiddellijk op een opdracht en het samenwerken richten. Het is een oefening waardoor de deelnemers aan elkaar wennen. De ijsbreker wordt gekoppeld aan het onderwerp en kan zo overgaan in de inleiding van het onderwerp (Sims, 2007). De volgende ijsbreker gaan wij doen in de workshop:

Papier scheuren: Een goede inleiding op communicatie onderwerpen. De ijsbreker laat zien dat communicatie belangrijk is. Na de ijsbreker vraagt de projectgroep wat dit te maken heeft met SDM. Duurt ongeveer vijf minuten.

Benodigdheden: A4tje per deelnemer.

1. Vertel het volgende: We gaan een spel spelen om het belang van communicatie aan te tonen. Pak het velletje papier en hou het voor je. Doe nu je ogen dicht en volg de instructies exact. Niet spieken kijken, en geen vragen stellen.

2. Geef nu de volgende aanwijzingen, doe hetzelfde met je eigen vel papier en geef ruimte na elke aanwijzing om de instructie goed uit te voeren:

"Eerst wil ik dat je het papier dubbel vouwt.

Vouw het nog een keer dubbel en scheur de linker bovenhoek van het papier af.

Vouw het nogmaals dubbel, en scheur nu de rechter onder hoek van het papier af."

3. Nadat het scheuren gebeurt is vraag je iedereen om de ogen open te doen, en het papier uit te vouwen. En kijk wat het resultaat is. Zeg: "Als ik goed gecommuniceerd heb, en jullie hebben goed geluisterd, dan zou het resultaat vergelijkbaar moeten zijn." Hou het vel papier omhoog. Weinig kans dat iemand hetzelfde resultaat heeft.
4. Bekijk de verschillen. Er zal waarschijnlijk gelachen worden, of het eerste gemor is hoorbaar.
5. Vraag de groep waarom niemand zijn papier lijkt op dat van u. U krijgt waarschijnlijk reacties zoals: "Maar we mochten geen vragen stellen" of "Uw aanwijzingen klopten niet".

Hierna volgt de introductie van de workshop. Hierbij wordt de agenda besproken, zal het doel besproken worden en verteld de projectgroep de vordering van het project. Er zullen afspraken opgesteld worden voor tijdens de workshop, dit zal samen gedaan worden. De suggesties van de groep worden door de facilitator op een flip over papier opgeschreven. Vervolgens worden de afspraken vastgesteld en opgehangen om iedereen eraan te herinneren (Sims, 2007). Het belang van Shared Decision Making zal duidelijk gemaakt worden aan de hand van een interactieve methode.

Er zullen groepjes gemaakt worden van 2 of 3 praktijkondersteuners (wanneer er meer dan 5 praktijkondersteuners aanwezig zijn). Binnen deze groepen zal gereflecteerd worden op de opgenomen consulten aan de hand van het SDM model. De reflectie is onderverdeeld in drie delen. Eerste zal er een opname volledig afgespeeld worden om de praktijkondersteuners aan het denken te zetten rondom het SDM model. Hierna zal een tweede opname afgespeeld worden. Deze opname zal met start en stop functie worden stilgezet. Hierbij zullen de stappen van het SDM model aangekaart worden die te zien zijn maar ook die niet te zien zijn in de opname. Dit wordt gedaan aan de hand van een invul reflectie formulier geschreven door de projectgroep aan de hand van het SDM model. Belangrijke hulpmiddelen om zwijgers erbij te betrekken kunnen waren; het herhalen van wat een ander heeft gezegd, iemands mening expliciet vragen en een rondje houden onder alle aanwezigen. Om het vertellen van opvattingen zijn technieken zoals actief luisteren, stimuleren en doorvragen gebruikt. Om standpunten te verhelderen en verdere informatie te verkrijgen is het delen van gemeenschappelijke ervaringen van de deelnemers een belangrijke stimulans geweest (Migchelbrink, 2012).

Na een korte pauze zal er een laatste opname afgespeeld worden waarbij de praktijkondersteuners zelf aan de slag gaan met reflecteren. Er zal, in dien mogelijk, in sub groepjes gewerkt worden. De praktijkondersteuners gaan zelf oordelen welke stappen van het SDM model terug komen in de opname en welke stappen ontbreken. Op deze manier wil de projectgroep laten zien hoe de stappen van het SDM model terug komen in een consult en hoe belangrijk deze stappen zijn voor goede besluitvorming.

Als laatste wil de projectgroep het reminder kaartje introduceren die gebruikt kan gaan worden tijdens de consulten. Er wordt voor verschillende vormen van het reminder kaartje gezorgd waarna de praktijkondersteuners kunnen gaan discussiëren welke zij het meest geschikt vinden voor gebruik in de praktijk. Deze discussie zal geleid worden door de projectgroep. Het gekozen reminderkaartje zal door de projectgroep verder uitgewerkt worden en in de praktijk gebracht worden.

De projectgroep zal met de praktijkondersteuners de workshop evalueren. Dit is van belang om te kijken of de deelnemers het resultaat behaald hebben en leert de projectgroep ervan wat in latere workshops terug kan komen (Sims, 2007). Ook zal er aangegeven worden wat er nu verder gaat gebeuren na de workshop en wat voor invloed dit zal hebben voor de praktijkondersteuners. De deelnemers worden bedankt voor hun aanwezigheid en inzet.

Benodigdheden workshop:

- Twee laptops
- Blanco A'4tjes (10 stuks)
- Beamer (Nathalie)
- Ruimte voor workshop (Nathalie)
- Catering (Nathalie)
- Verschillende reminder kaartjes
- Observatieformulieren
- Evaluatie formulieren
- Opgenomen consulten

Bijlage 3: Shared Decision Making model observatie formulier

Soort consult:

Duur consult:

Huisartsenpraktijk:

Naam praktijkondersteuner:.....

Aantal jaren werkzaam:.....

1. Noodzaak: Manier waarop de zorgverleners de noodzaak om op gelijkwaardige basis te overleggen over de besluitvorming toelichten

Er is een gezamenlijke agenda opgesteld Ja/nee

De gezondheid is geïnventariseerd en vergeleken Ja/nee

Het probleem is besproken Ja/nee

Er is benadrukt dat er samen een besluit genomen word Ja/nee

Opmerkingen:

.....

.....

2. Ondersteuning: Manier waarop de zorgverleners de patiënt bij het spreken over verschillende opties ondersteunen

De mogelijkheid tot afwijking agenda is aan bod gekomen Ja/nee

Het begripsniveau is aangepast Ja/nee

Beschikken over motiverende, coachende en meedenkende gespreksvaardigheden Ja/nee

Er is gebruik gemaakt van LSD (luisteren, samenvatten, doorvragen) Ja/nee

Opmerkingen:

.....

.....

3. Opties: Manier waarop de verschillende opties worden besproken

Het zelfmanagement van de patiënt is benadrukt Ja/nee

Opties zijn bevraagd Ja/nee

Opties zijn besproken en toegelicht Ja/nee

Voor- en nadelen zijn besproken Ja/nee

Keuzehulpen/ondersteunende middelen zijn gebruikt Ja/nee

Checken wat patiënt begrepen heeft (patiënt te laten herhalen wat besproken is) Ja/nee

Opmerkingen:

.....

.....

4. Voorkeuren en belangen: manier waarop de zorgverleners naar de voorkeuren en belangen van de patiënt vraagt

Voorkeuren uit laten spreken	Ja/nee
Er is geholpen bij ideevorming (advies/voorstel)	Ja/nee
Er is bemiddeld in behandel keuze/doel	Ja/nee

Opmerkingen:

.....

.....

5. Besluit: manier waarop het besluit naar voorkeur wordt besproken

Concreet doel is opgesteld (wat, hoe, wanneer)	Ja/nee
Er is gevraagd naar ondersteuning m.b.t. doel	Ja/nee
Individueel zorgplan is bijhouden	Ja/nee
Individueel zorgplan is meegeven	Ja/nee
Vervolgafspraken zijn gemaakt	Ja/nee

Opmerkingen:

.....

.....

Overige observatiepunten:

Er is gebruik gemaakt van het reminder kaartje	Ja/nee
--	--------

Opmerkingen:

.....

.....

.....

Bijlage 4: Toestemmingsformulier patiënten



Toestemmingsverklaring

Voor deelname aan onderzoek:

Shared Decision Making (Gezamenlijke besluitvorming)

Beste patiënt,

Wij, Inge Faessen en Maud Wilborts, zijn studenten van de Fontys Hogeschool Verpleegkunde uit Eindhoven en zijn bezig met een afstudeerscriptie binnen uw De Ondernemende Huisarts praktijk. Zoals uw praktijkondersteuner u verteld heeft zijn we bezig met een onderzoek naar de besluitvorming in een consult tussen praktijkondersteuners en patiënten. We doen onderzoek naar zowel de ervaringen van praktijkondersteuners als patiënten. We zijn op zoek naar patiënten die bereid zijn deel te nemen hier aan. Het interview zal ongeveer 15 minuten duren waarin gevraagd zal worden naar uw ervaringen rondom de besluitvorming in een consult. In deze toestemmingsbrief vragen we u deel te nemen aan ons onderzoek. Voor dit interview zijn geen voorbereidingen nodig. De interviews zullen opgenomen worden zodat we de gegevens kunnen analyseren. Daarbij vermelden we u, dat de gegeven informatie anoniem verwerkt wordt, enkel gebruikt wordt voor dit project en wordt daarna vernietigd.

Gezien de periode waarin de projectgroep onderzoek doet, zullen de interviews afgenomen worden in de periode van **21-04-2014 t/m 5-05-2014**.

Wanneer u bereid bent om mee te werken, vragen we u onderstaand strookje in te vullen en bij doktersassistente af te geven voor boven genoemde datum. Hij/Zij zal er voor zorgen dat dit bij ons terecht komt. U kunt hieronder vermelden wanneer u graag gebeld wilt worden en op welk tijdstip dit u het beste uit komt. We proberen hier rekening mee te houden.

Vriendelijk bedankt!

Contactpersonen:

Inge Faessen, i.faessen@student.fontys.nl

Maud Wilborts m.wilborts@student.fontys.nl

Fontys Hogeschool Eindhoven

Verpleegkunde

Ondergetekende geeft toestemming voor deelname aan het onderzoek en is bereid telefonisch geïnterviewd te worden

Naam:.....

Huisartsenpraktijk:.....

Telefoon nummer (waarop bereikbaar):.....

Gelieve gebeld te worden op: tussen.....uur enuur

Handtekening:

Bijlage 5: Topic lijst semigestructureerde interviews patiënten

Leeftijd patiënt:

Hoe vaak consult:

Duur interview: minuten

Inleiding:

- Toestemming vragen opnemen interview voor data analyse
- Doel onderzoek vertellen
- Interview vragen opgesteld aan de hand van SDM model van Elwyn:

1. Hoofdvraag:

‘Hoe ervaart u gedeelde besluitvorming in consult met uw praktijkondersteuner?’

2. Topics voor doorvragen:

- a. Zelfvermogen tot keuzes maken
- b. Patiënt centraal
- c. Kennis vergroot
- d. Voorkeuren uit spreken
- e. Ervaring met beslissingsconflicten
- f. Ervaring ondersteuning van POH
- g. Tevreden over besluit

3. Herhalen en samenvatten van data

4. Afronding

5. Dankwoord

Bijlage 6: Draaiboek en werkwijze focusgroep

Aanwezigen: praktijkondersteuners, opdrachtgever en projectgroep

Doel:

Aan de hand van de focusgroep wil de projectgroep de praktijkondersteuners gezamenlijk interviewen over de implementatie van het SDM model en het reminder kaartje. Hierbij zijn drie vragen opgesteld die de projectgroep te weten wil komen.

- Wat ging goed gedurende de implementatie van het SDM model?
- Wat ging niet goed gedurende de implementatie van het SDM model?
- Wat kan beter/geven jullie als advies voor de implementatie van het SDM model bij de andere DOH praktijken?

Aan de hand van deze vragen het gesprek in drie stukken delen en diepgang zoeken in het gesprek door goed door te vragen.

1. Introductie

5 min

- doel focusgroep
- praktische zaken: privacy, vertrouwelijkheid, audio opnamen, verslag via mail (member-check).

2. Groepsinterview

40 min

- ieder schrijft de mening op wat betreft de drie bovenstaande punten. Zo hebben de deelnemers aan de focusgroep hier al over na kunnen denken.
- per stap wordt gediscussieerd over de meningen van de praktijkondersteuners en opdrachtgever.

3. Afronding

5 min

- Conclusie: verslag via mail
- Dankwoord

Werkwijze

Deze focusgroep is georganiseerd door de projectgroep. Tijdens deze focusgroep zijn 3 sub vragen gesteld aan de hand van de deelvraag. Met een antwoord op de sub vragen heeft de projectgroep de deelvraag kunnen beantwoorden. De projectgroep heeft tijdens de focusgroep een faciliterende rol aangenomen en dat betekent dat er gericht wordt op het stimuleren van de deelnemers en het bewaken van het proces. Ook heeft de projectgroep er voor gezorgd dat de vragen duidelijk gesteld waren en de deelnemers bij het thema bleven. De projectgroep heeft de volgende eisen gesteld voor de focusgroep: respect voor praktijkondersteuners en gebruik van communicatieve vaardigheden. Het was de taak van de projectgroep om de deelnemers te betrekken bij de focusgroep door ieder hun inbreng te laten doen (Migchelbrink, Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn, 2009). Een belangrijk hulpmiddel hierbij was het herhalen van wat een ander gezegd heeft, iemands mening expliciet vragen of een rondje houden onder alle aanwezigen. Bij de opening van de focusgroep is er geen sprake van kennismaking omdat de praktijkondersteuners al in een eerdere fase van het onderzoek kennis hebben gemaakt met de projectgroep. Er is begonnen met een welkom woord, waarna het doel van de focusgroep verteld is (Baarda, et al., 2013).

Tijdens de focusgroep zijn de opgestelde open vragen gesteld aan de praktijkondersteuners. Binnen de focusgroep is er een vraag gesteld aan alle praktijkondersteuners waarop om de beurt een antwoord gegeven is (Baarda, et al., 2013). Deze vragen zijn gebaseerd op de implementatie die gedaan is door de projectgroep voorafgaande aan de onderzoeksfase. In de vragen werd naar de ervaringen van de praktijkondersteuners gevraagd. Om een goed persoonlijk antwoord te krijgen van de praktijkondersteuners heeft de projectgroep doorgevraagd op gegeven informatie. Hierbij zijn de deelnemers gestimuleerd om actief mee te doen door actief te reageren op de vragen. In de afronding werd de deelnemers verteld dat er van de focusgroep een verslag geschreven zal worden, wat naar alle deelnemers zal worden opgestuurd. Hier heeft de projectgroep voor gekozen om de betrouwbaarheid van de focusgroep te waarborgen. De deelnemers is de vraag gesteld het verslag door te nemen en aan te geven of het over een komt met wat besproken is in de focusgroep (member-checking) (Cox, Louw de, Verhoef, & Kuiper, 2005; Baarda, et al., 2013)

Bijlage 7: Code boom; interviews patiënten

In deze bijlage staat de code boom met daarin een overzicht van de thema's met daarbij behorende codes en citaten. De kern citaten zijn gebruikt ter onderbouwing voor de resultaten van de patiënten interviews.

Thema's	Codes	Citaten
Open houding naar elkaar	Centraal staan Open zijn naar elkaar toe Open houding	<i>'Ik voel me als patiënt centraal staan. Het gaat er om mijn gezondheid'</i> <i>'Ja, ik vind dat ik altijd centraal sta en dat we open staan naar elkaar toe'</i> <i>'Ik ben open naar haar toe, zij is open naar mij toe. Ik kan gemakkelijk met haar praten over dingen, ook over privé gelegenheden'</i>
Betrokkenheid bij keuzes	Overleg Zelf met overweging komen Vragen worden gesteld Naar mening gevraagd Positief ervaren Altijd mening kunnen geven Nooit conflicten Zelfsturing	<i>'Ze weet waar dat ze overpraat. Het is niet zo dat het dan altijd moet wat ze zegt, een beetje een overleg'</i> <i>'We overleggen eigenlijk gewoon samen naar wat we het beste kunnen doen'</i> <i>'Als ze mij dingen voorstelt dan overleggen we dat. En als het dan naar mijn straatje is, dan denk ik daar heeft ze gelijk in. Dan vind ik dat natuurlijk ook goed'</i> <i>'Ik kom zelf ook met punten. Ik ga in dingen mee, maar ik ken mijn lichaam het beste he'</i> <i>'Ja, er wordt naar mijn mening gevraagd. Maar dat moet ook he'</i> <i>'Ik vind het nu beter worden. Ook persoonlijker'</i> <i>'Ik kan gelukkig mijn mening altijd zeggen'</i> <i>'Ik kan mijn mening altijd geven. Gevraagd, maar ik geef hem ook ongevraagd hoor'</i> <i>'Nou, als ik ergens commentaar op heb, dan uit ik dat ook. Maar dan wijst er dan niet op dat er dan een conflict ontstaan. Nee dat kan ik absoluut niet zeggen'</i> <i>'Ik kan het zelf een beetje sturen'</i>
Tevredenheid	Prettig om mee te kunnen beslissen Ervaring van POH erg betrouwbaar, stelt gerust Tevreden over de keuzes die samen afgewogen worden	<i>'Ik heb zeer positieve ervaringen. Ik vind het heel prettig om mee te kunnen beslissen ja'</i> <i>'Ik ben heel tevreden. Ik vind het fijn om met haar te praten'</i> <i>'Haar ervaringen stellen me gerust daarin'</i> <i>'Ik ben gewoon zo als het nu gaat erg tevreden'</i> <i>'Nee, want we worden het altijd eens'</i> <i>'Ik ben tevreden zoals het nu gaat en ik hoop nog lang zo bij haar op deze manier op consult te komen'</i>
Begrip en ondersteuning	Betrokkenheid Ondersteund gevoel Positief Luisterend oor Verhaal kwijt kunnen	<i>'Ik word betrokken bij uitslagen en behandelingen en alles. Ik voel me daar heel goed bij'</i> <i>'Ze helpt me daar heel goed bij'</i> <i>'Je gaat er heen met een probleem of klacht en je wordt daar gewoon goed geholpen'</i> <i>'Nou, er wordt goed naar me geluisterd naar wat ik haar zeg. En daar wordt rekening mee gehouden. Dus daar heb ik zeker wel invloed op'</i> <i>'Ik kan alles tegen haar zeggen'</i>

	Kennen elkaar	<i>'Ik kom al best wel lang bij haar. Ze kent me en ik ken haar'</i>
Voldoende en duidelijke informatie	Duidelijke uitleg over alles	<i>'Ja, daar is ze eigenlijk heel duidelijk in. Dat is schitterend'</i> <i>'Ze helpt me door heel veel duidelijk uit te leggen'</i>
	Altijd vragen kunnen stellen	<i>'We zijn samen persoonlijk bezig met een behandelkeuze. Ik heb de kans om zelf te praten en om vragen te stellen'</i>
	Met alles terecht kunnen	<i>'Als ik een vraag heb kan ik die altijd bij haar of haar assistente neerleggen'</i> <i>'Ja, want ik kom daar voor mijn behandeling, maar als het zo mocht zijn dan kon ik toch altijd even mijn verhaaltje bij haar kwijt'</i>
	Informatie delen met elkaar	<i>'Ik stel vragen of geef antwoorden. Als ik ooit ergens over twijfel dan ben ik ook open naar haar toe met mijn verhaal'</i> <i>'Ze is altijd heel erg duidelijk naar me toe. Ik kan haar altijd goed volgen. Ook legt ze me vaak veel uit'</i>
	Duidelijke verwoording	
Alles aannemen?	Niet letterlijk alles aannemen	<i>'Ja, nou goed, het is niet zo dat ik dus alles wat er maar gezegd word zomaar aan neem. Het is ook niet dat ik ongelovig ben'</i> <i>'Ja, ik ben niet heel eigenwijs, maar het is niet zo dat ik me alles zo maar aan laat praten. Ik zeg altijd maar dat het goed gefundeerd moet zijn en dan moet ik uiteindelijk nog kijken of het de moeite waard is he'</i>
	Weinig invloed, laat aan deskundige over	<i>'Zij weet er tenslotte het meeste van als ervaringsdeskundigen, ik laat het aan haar over'</i> <i>'Ik ben achtentachtig jaar en ik ben niet meer zo'n vechter'</i>
Samenspraak tot juiste keuzes	Wederzijds begrip	<i>'We begrijpen elkaar en we komen met de feiten op tafel'</i>
	Gezamenlijk altijd tot een goede keuze komen	<i>'Ja, want anders besluiten we iets niet'</i> <i>'Het is nooit een eenzijdig besluit'</i>
	Toestemming/akkoord gevraagd	<i>'Ze vragen naar mijn mening en ze vragen of ik er achter sta'</i>
	Samen kijken naar mogelijkheden en eventueel nieuwe afspraak plannen	<i>'Ja. We kijken samen even en desnoods nog een keer een onderzoekje na twee of drie maanden bijvoorbeeld. en als het dan blijkt dat het nog niet goed is, dan kan je nog zien he'</i>
	Samen afwegen door voor en nadelen te bespreken	<i>'Ja, ze geeft me voor en nadelen en daarna gaan we kijken wat het beste is'</i>
	Begrip Rekening houden met elkaar	<i>'We hebben begrip en respect voor elkaar'</i>

Tabel 8; Codeboom analyse patiënten interviews



Figuur 1; Foto analyse patiënten interviews