

Rapport Samen Beslissen

Enquête Medisch Specialisten

Inhoud

Inleiding en doel	3
Methode	3
<i>Werkgroep en totstandkoming enquête</i>	3
<i>Doelgroep</i>	3
<i>Analyse</i>	3
Resultaten	4
<i>Karakteristieken</i>	4
<i>Bespreken medisch beleid en behandelopties</i>	5
<i>Hulpmiddelen samen beslissen</i>	9
<i>Stellingen t.a.v. gezamenlijke besluitvorming</i>	9
<i>Belemmerende en ondersteunende factoren</i>	10
<i>Behoeft inventarisatie begeleiding/ training</i>	13
<i>Organisatie gezamenlijke besluitvorming</i>	15
Discussie	17
Conclusie	19
Referenties	19
Appendix: supplementaire analyses	21
<i>Appendix A. Exploratieve subgroep analyse naar specialisme</i>	21
<i>Appendix B. Exploratieve subgroep analyse naar ervaring</i>	25
<i>Appendix C. Exploratieve subgroep analyse naar uren werkzaam</i>	29
<i>Appendix D. Taxonomie Légaré – belemmerende en ondersteunende factoren</i>	33
<i>Appendix F. Framework Towle – Competencies gezamenlijke besluitvorming</i>	34

Inleiding en doel

Samen beslissen (ook wel bekend als *shared decision-making*, gezamenlijke of gedeelde besluitvorming) is een proces waarin de arts en de patiënt samen bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle ter zake doende opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen (FMS,2019). Samen beslissen draagt bij aan het maken van verstandige keuzes en de doelmatigheid van zorg. Echter, medisch specialisten zijn niet altijd bekend hoe samen beslissen in de spreekkamer toe te passen en patiënten worden niet altijd betrokken bij de beslissingen in hun zorgtraject. De Federatie Medisch Specialist en haar leden, de 33 wetenschappelijke verenigingen, beogen ondersteuning te bieden bij samen beslissen tussen de medisch specialist en de patiënt. Voor de implementatie van samen beslissen in de spreekkamer is een training voor medisch specialisten van groot belang. Om deze training zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de huidige behoefte en praktijkvoering, is een enquête uitgezet om de knelpunten en wensen van medisch specialisten bij het toepassen van samen beslissen in kaart te brengen.

Methode

Werkgroep en totstandkoming enquête

De werkgroepen Samen Beslissen van de FMS en de werkgroep van het SKMS-project Samen Beslissen Geïmplementeerd¹ hebben nauw samengewerkt in het opstellen van deze vragenlijst. De analyse en rapportage hiervan zijn uitgevoerd door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialist en voorgelegd aan beide werkgroepen. Door een handreiking en generiek trainingsmateriaal te bieden welke aansluit bij de wensen en behoeften van de medisch specialist beoogde de werkgroep lokale initiatieven en de implementatie van samen beslissen te bevorderen.

De voornaamste thema's die in de enquête terugkomen zijn:

- bespreken medisch beleid en behandelopties;
- stellingen perspectief arts, patiënt en organisatorisch;
- belemmerende en ondersteunende factoren;
- behoefte inventarisatie begeleiding/ training.

Doelgroep

De enquête werd gericht aan alle zorgverleners die momenteel werkzaam zijn als medisch specialist. De 32 wetenschappelijke verenigingen, onderdeel van de Federatie Medisch Specialist, werden gevraagd om de weblink naar de enquête (Formdesk) naar hun leden te verspreiden middels een mailbericht of via de nieuwsbrief. De enquête stond van december 2017 tot maart 2018 open voor respons. Gegevens van niet-specialistische zorgverleners werden niet verzameld voor deze enquête.

Analyse

Karakteristieken en meerkeuzevragen werden middels beschrijvende statistiek geanalyseerd. Open vragen werden gecodeerd met behulp van Atlas.ti (versie 7.0). De gegevens werden thematisch geanalyseerd in drie iteratieve stappen. Tijdens de open codeerfase werden labels toegekend aan specifieke antwoord(onderdelen) zo dicht mogelijk in overeenstemming met de originele tekst. Van iedere open vraag werd 10% in tweevoud gecodeerd. Vervolgens werden alle codes door twee

¹ De werkgroep Samen Beslissen stond onder leiding van Dr. E.R.A. van Arkel en had als taakopdracht de visie over het optimale proces van samen beslissen te formuleren en daarbij de belemmeringen en oplossingsrichtingen voor implementatie in kaart te brengen. De werkgroep Samen Beslissen Geïmplementeerd stond onder leiding van Dr. G. Bremer en beoogde bewustwording te creëren en de implementatie van samen beslissen in de praktijk te verbeteren.

beoordelaars onafhankelijk geclusterd naar thema's en hoofdthema's. De resultaten werden vergeleken en eventuele discrepanties werden besproken totdat consensus werd bereikt. Bij de open vragen over belemmerende en ondersteunende factoren werd na het open coderen, de taxonomie van Légaré, 2008 aangehouden om codes te clusteren naar de thema's zoals in deze publicatie beschreven (zie appendix E). De open vraag over de benodigde competenties om samen beslissen toe te kunnen passen werd gecodeerd volgens het framework van Towle, 1999 en Towle, 2006 (zie appendix F). Dit framework beschrijft competenties voor het onderwijzen, leren en oefenen van samen beslissen voor artsen.

De analyses van de meerkeuzevragen werden gestratificeerd naar specialistisch domein (beschouwend, snijdend en ondersteunend), naar ervaring (AIOS, medisch specialist) en aantal uren patiëntencontact (≤ 24 u, > 24 u). De analyses werden uitgevoerd in SPSS, versie 24.0.0.0 (IBM Corp., Armonk, NY, VS).

Resultaten

Karakteristieken

Van de 32 wetenschappelijke verenigingen die het verzoek kregen de enquête te verspreiden, werd deze door 22 wetenschappelijke verenigingen gedeeld via een email of nieuwsbrief. Vijf wv-en deelden de enquête niet en bij 5 andere wv-en is het onduidelijk gebleven. In totaal wordt het bereik van de enquête geschat op 24.413 leden. Daarvan vulden 827 (3,3%) respondenten de vragenlijst in. Hiervan werden 20 respondenten geëxcludeerd; 15 waren niet meer werkzaam als medisch specialist, 1 patholoog gaf aan nooit met patiënten te spreken, 2 waren physician assistants en 2 maakten hun discipline niet kenbaar. Tabel 1.1 geeft de respons per specialisme weer, inclusief verdeling naar specialistisch domein (beschouwend, snijdend of ondersteunend specialisme). De orthopeden en kinderartsen vormden met respectievelijk 19% en 12% de grootste groepen in de database. De snijdende en beschouwende domeinen zijn evenredig vertegenwoordigd met respectievelijk 45% en 46%.

Tabel 1.1 Karakteristieken van de totale populatie, % (n)

Type specialisme	
Snijdend	44,7 (361)
Beschouwend	45,6 (368)
Ondersteunend	9,7 (78)
Hoelang werkzaam?	
Nog in opleiding (AIOS)	7,3 (59)
< 5 jaar	15,7 (127)
5-20 jaar	50,6 (408)
> 20 jaar	26,4 (213)
Aantal uur direct patiënten contact	
< 8 uur	1,6 (13)
8-16 uur	6,8 (55)
16-24 uur	20,0 (161)
> 24 uur	71,6 (578)
Specialisme	
Orthopeed	18,5 (149)
Kinderarts	12,4 (100)
KNO-arts	7,6 (61)
Uroloog	7,6 (61)
MDL arts	6,2 (50)
Cardioloog	6,1 (49)
Gynaecoloog	5,3 (43)

Longarts	5,2 (42)
Anesthesioloog	4,2 (34)
Revalidatiearts	3,7 (30)
Plastisch chirurg	3,5 (28)
Psychiater	3,5 (28)
Radioloog	3,1 (25)
Klinisch geriater	2,9 (23)
Nucleair Geneeskundige	2,2 (18)
Internist	1,6 (13)
Reumatoloog	1,5 (12)
Chirurg	1,2 (10)
Thoraxchirurg	1,1 (9)
Radiotherapeut	0,9 (7)
Neuroloog	0,9 (7)
Allergoloog	0,5 (4)
Oncoloog	0,4 (3)
Ziekenhuisapotheker	0,1 (1)

Bespreken medisch beleid en behandelopties

Voor alle specialistische domeinen werd het gesprek over beleid doorgaans op de polikliniek gevoerd (75%) (tabel 1.2). Van de beschouwende en ondersteunende specialisten voerden resp. 17% en 22% het gesprek over het beleid op een andere locatie, terwijl dit bij de snijdende specialisten slechts 4% is (appendix A, tabel A.1). Het gesprek over het medisch beleid is in 57% van de gevallen kort, namelijk <15 minuten. Snijdende specialisten bespreken het medisch beleid vaker in korte gesprekken (72% in <15 min), dan beschouwende en ondersteunende specialisten (resp. 43% en 54% in <15 min). Van de beschouwende en ondersteunende specialisten geeft resp. 47% en 35% aan dat de consulttijd 15-30 minuten bedraagt. Beslissingen over het medisch beleid worden over het algemeen in het eerste gesprek (43%) of in een vervolgesprek (43%) genomen. Het vervolgesprek wordt voornamelijk door de snijdende en beschouwende specialismen ingezet, waarbij resp. 47% en 42% aangeeft dat het besluit rondom het medisch beleid in een vervolgesprek plaatsvindt. Daarentegen, geeft 6% van de ondersteunende specialisten aan dat de beslissing in een vervolgesprek genomen wordt en 64% geeft aan dat dit direct in het eerste gesprek gedaan wordt. Van alle specialisten geeft 46% aan 'meestal' of 'altijd' een vervolgesprek in te plannen en 41% 'soms'. De ondersteunende specialismen geven ook hier aan 'zelden' of 'nooit' een vervolgesprek te plannen, namelijk 60%.

Tabel 1.2 *Bespreken medisch beleid*

	Totaal (n=807)
Waar voert u doorgaans de gesprekken over het medisch beleid met de patiënt? % (n)	
Polikliniek	75,0 (605)
Kliniek	10,4 (84)
Spoed Eisende Hulp	3,0 (24)
Anders [#]	11,6 (94)
Wat is de gemiddelde duur die u besteedt aan een gesprek over het medisch beleid met de patiënt? % (n)	
< 15 min	56,6 (457)
15-30 min	36,2 (292)
30-60 min	6,7 (54)
> 60 min	0,1 (1)
Weet niet	0,4 (3)
Wanneer wordt doorgaans de beslissing rondom het medisch beleid gemaakt? % (n)	
Direct in eerste gesprek	42,6 (344)
Telefonisch na eerste gesprek	1,4 (11)
In vervolgesprek	42,1 (340)
Na gebruik keuzehulp patiënt	0,6 (5)

Anders	13,3 (107)
Hoe vaak plant u een tweede gesprek in als vervolg gesprek over het medisch beleid met de patiënt? % (n)	
Altijd	8,9 (72)
Meestal	37,5 (303)
Soms	41,0 (331)
Zelden*	9,2 (74)
Nooit*	2,9 (23)
Weet niet	0,5 (4)
Wat is de reden dat u zelden/nooit een vervolgesprek over het medisch beleid afspreekt? * n	
Type zorg/ aandoening gerelateerd	81
Patiënt gerelateerd	23
Randvoorwaarden	
Financiering	1
Inrichting/ logistiek van zorg	13
Bespreekt u samen met de patiënt welk behandelbeleid het beste bij hem/haar past, mede gebaseerd op zijn/haar individuele voorkeuren en omstandigheden? % (n)	
Altijd	69,3 (559)
Meestal	26,5 (214)
Soms	3,1 (25)
Zelden	1,0 (8)
Nooit	0,1 (1)

* Anders: open antwoord-optie waarbij combinaties van genoemde locaties of andere locaties ingevuld werden door respondenten. # Open vraag: antwoorden geclusterd naar meest voorkomende thema's, zie ook quotes in tabel 1.3.

De reden voor het 'zelden' of 'nooit' plannen van een vervolgesprek werd middels een open vraag uitgevraagd. Voorbeelden zijn middels quotes weergegeven in tabel 1.3. Hierin worden situaties beschreven waar de zorg acuut geleverd wordt, situaties waar de patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgverlener, maar ook situaties waar in het eerste gesprek de beslissing duidelijk is of direct wordt gemaakt. Ook worden patiëntgerelateerde factoren genoemd waardoor er geen vervolgesprek plaatsvindt, zoals een patiënt die voorbereid het spreekuur bezoekt of een patiënt die zijn/ haar mogelijkheden al afgewogen heeft. Daarnaast geven medisch specialisten aan dat zij enkel een vervolgesprek inplannen indien de patiënt hier behoefte aan heeft.

Tabel 1.3 Quotes: redenen om 'zelden' of 'nooit' een vervolgesprek in te plannen voor het bespreken van het medisch beleid.

Quote type zorg/ aandoening gerelateerd - acute zorg:

"Gesprek is meestal in het kader van een spoedgreep. Een tweede gesprek is dan dus niet mogelijk."

Quote type zorg/ aandoening gerelateerd - doorverwijzing:

"De verwijzend specialist voert dit gesprek."

"Mensen zijn verwezen door ander specialisme voor specifieke behandeling bij ons en hebben daar reeds eerste informatie over behandeling gehad."

Quote type zorg/ aandoening gerelateerd - besluit direct gemaakt:

"Meestal is beleid met alle opties al besproken tijdens eerste consult."

"Doorgaans is het binnen 1 gesprek mogelijk om tot een beslissing te komen."

"Ze worden voorgelicht en nemen aansluitend een beslissing over de anesthesie techniek."

Quote patiënt gerelateerd – voorbereide patiënt:

"Probleem is voor de patiënt vaak al helder alsmede de behandelopties voorafgaand aan het eerste gesprek."

Quote patiënt gerelateerd – patiënt heeft besluit al gemaakt:

"Patiënten komen voor een specifieke behandeling waarvoor ze al gekozen hebben."

Quote patiënt gerelateerd – wens/ behoefte patiënt:

"Alleen op indicatie/wens/verzoek volgt een tweede gesprek, dit is zelden."

“Een 2e gesprek doe ik alleen als er nog veel vragen of onduidelijkheden zijn.”

Quote randvoorwaarden:

“Daar ontbreekt de capaciteit voor.”

“Zou wel zo moeten zijn, maar de gezondheidszorg is daar niet voor ingericht.”

“Niet de logistiek in onze maatschap.”

Het merendeel (87%) van de specialisten informeert de patiënt mondeling tijdens het gesprek over de wijze waarop de besluitvorming plaatsvindt, waarbij 71% aangeeft ‘regelmatig’ of ‘vaak’ een gesprek aan te gaan met de patiënt over de mate waarin hij/zij wil participeren in de besluitvorming (tabel 1.4). 72% geeft aan dat de uiteindelijke besluitvorming in onderlinge overeenstemming gaat met de patiënt. De ervaring van medisch specialisten over hoe vaak een patiënt zelf actief aangeeft te willen participeren in de besluitvorming lijkt verdeeld, waarbij 36% ervaart dat de patiënt ‘soms’ aangeeft te willen participeren in de besluitvorming en 30% ervaart dat de patiënt ‘regelmatig’ aangeeft te willen participeren in de besluitvorming. Van de snijdende en beschouwende specialisten geeft resp. 47% en 42% aan dat de patiënten ‘vaak’ of ‘regelmatig’ willen participeren en van de ondersteunende specialist deelt 37% deze mening.

Tabel 1.4 Wijze van besluitvorming

	Totaal (n=807)
Op welke manier informeert u de patiënt over de wijze waarop de besluitvorming zal plaatsvinden?	
Ik informeer patiënten hier niet over	7,7 (62)
Schriftelijk of elektronisch voorafgaand aan het gesprek	1,0 (8)
Schriftelijk of elektronisch op de dag van het gesprek	1,6 (13)
Mondeling, tijdens het gesprek	86,5 (698)
Anders	3,2 (26)
Hoe vaak gaat u een gesprek aan met een patiënt over de mate waarin hij/zij wil participeren in de besluitvorming over zijn/haar behandeling?	
Vaak	37,1 (299)
Regelmatig	33,6 (271)
Soms	15,1 (122)
Zelden	10,3 (83)
Nooit	4,0 (32)
Hoe vaak geeft een patiënt actief aan dat deze wil participeren in de besluitvorming over de behandeling?	
Vaak	14,1 (114)
Regelmatig	29,9 (241)
Soms	36,2 (292)
Zelden	17,6 (142)
Nooit	2,2 (18)
Op welke manier komt u meestal uiteindelijk tot een beslissing over het behandelbeleid?	
Ik laat de beslissing geheel over aan de patiënt	2,9 (23)
Ik geef mijn eigen mening mee aan de patiënt, waarna ik de patiënt verzoek om uiteindelijk een beslissing over de behandeling te nemen	15,0 (121)
Ik neem samen met de patiënt, en in onderlinge overeenstemming, de beslissing over de behandeling	71,9 (580)
Ik neem nadrukkelijk de mening van de patiënt mee in mijn overwegingen om zelf te komen tot een besluit over de behandeling van de patiënt	10,0 (81)
Ik neem zelf de beslissing over de meest geschikte behandeling voor de patiënt	0,2 (2)

Tabel 1.5 geeft weer dat 97% van de specialisten expliciet aan de patiënt benoemd dat er meerdere behandelopties zijn (waarbij in sommige gevallen “niets doen” of “afwachten” ook opties zijn). Van de ondersteunende specialisten geeft 87% dit aan (Appendix A, tabel A.2). Het bespreken van de behandelopties gebeurt meestal mondeling tijdens het gesprek volgens 86% van de respondenten. Hierbij geeft 14% aan een keuzehulp toe te passen. Van de ondersteunende specialisten en Aio’s geeft respectievelijk 4% en 5% aan een keuzehulp tijdens het gesprek te gebruiken (Appendix A en B, tabel

A.3 en B.3). Echter, het betreft hier relatief kleine subgroepen. Tijdens het gesprek over de behandelopties geeft 98% aan de voor- en nadelen en 88% geeft aan (ook) de risico's te bespreken. Daarnaast komen de persoonlijke omstandigheden, behoeften en voorkeuren van de patiënt in het merendeel van de respondenten aan bod (resp. 68%, 57%, 73%).

Tabel 1.5 Bespreken behandelopties

	Totaal (n=807)
Geeft u doorgaans bij uw patiënten expliciet aan dat er meer dan één behandeloptie is?*	
Ja	97,3 (785)
Op welke wijze informeert u de patiënt over de behandelopties?#	
Schriftelijk met folder/ brief, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	11,3 (91)
Elektronisch e-mail/ website, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	5,3 (43)
Schriftelijk/ elektronisch keuzehulp, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	3,3 (27)
Schriftelijk folder/ brief, op de dag van het gesprek	27,1 (219)
Elektronisch e-mail/ website, op de dag van het gesprek	9,4 (76)
Schriftelijk/ elektronisch met een keuzehulp, op de dag van het gesprek	6,8 (55)
Mondeling, tijdens het gesprek	85,6 (691)
Mondeling keuzehulp, tijdens het gesprek	14,3 (115)
Anders	8,6 (69)
Wat bespreekt u specifiek met uw patiënt, of waar informeert u hem/haar over, indien er meer behandelopties zijn?#	
Voor- en nadelen	98,3 (793)
Risico's	87,6 (707)
Persoonlijke omstandigheden patiënt	67,5 (545)
Persoonlijke behoeften patiënt	56,9 (459)
Persoonlijke voorkeuren patiënt	73,2 (591)
Invloed van de opties op de persoonlijke situatie van de patiënt	68,3 (551)

* Waarbij in sommige gevallen "niets doen" of "afwachten" ook opties zijn. # Meer antwoorden mogelijk.

Hulpmiddelen samen beslissen

Van de totale populatie geeft 40% aan weleens een hulpmiddel of instrument te hebben gebruikt bij het toepassen van samen beslissen. De snijdende specialisten zijn de grootste groep die al weleens hulpmiddelen, zoals keuzehulpen, hebben gebruikt om samen beslissen toe te passen (56%). Van de beschouwende en ondersteunde specialisten geeft resp. 28% en 23% aan dit weleens gebruikt te hebben (tabel 1.6). Een breed scala aan hulpmiddelen wordt genoemd, waarvan de keuzehulpen en/of consultkaarten, online tools zoals websites of apps en folders de meest gebruikte hulpmiddelen zijn.

Tabel 1.6 Hulpmiddelen voor samen beslissen

	Totaal (n=807)
Heeft u wel eens hulpmiddelen of instrumenten gebruikt die helpen bij het toepassen van samen beslissen? % (n)	
Ja	39,9 (322)
Indien ja, kunt u dit hulpmiddel beschrijven? n#	
Keuzehulp/ consultkaart	105
Online tools (website/ app)	72
Folders	65
Modellen/ demo-materiaal	46
Tekeningen	36
Risicomodel/ behandelresultaten	20
Beeldmateriaal (plaatje/ afbeelding/ foto)	25
Videomateriaal (animatie/ video/ info-film)	16
Literatuur (boeken/ artikelen)	11
Leidraad samen beslissen	6
Beslisboom	5
Powerpoint	5
Richtlijnen	4
Anatomiekaart	3
Diagrammen/ grafieken	3
Gesprek met collega/ verpleegkundige	3
Poster	3
Dagboekje	2
Patiënten verenigingen	2
SDM training	2
Vragenlijsten	2
Tool positieve gezondheid	1
Voorbeelden	1

Open vraag: antwoorden geclusterd naar meest voorkomende thema's

Stellingen t.a.v. gezamenlijke besluitvorming

Tabel 1.7 geeft de positief geformuleerde stellingen weer die samen beslissen ondersteunen. De meerderheid van de specialisten is het 'ermee eens' of 'zeer mee eens' dat samen beslissen leidt tot betere zorg (87%), dat het bijdraagt aan de kennisopbouw van de patiënt (84%) en dat het zorgt voor realistische verwachtingen van de behandelopties bij de patiënt (75%). Er wordt meer verdeeld gereageerd op de stelling of de honorering van een arts moet afhangen aan de mate waarin samen beslissen wordt toegepast, 31% geeft aan 'neutraal' of 'weet niet' en 48% geeft aan het hiermee 'oneens' of 'zeer oneens' te zijn. Het hebben van hulpmiddelen die behandelopties of persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van patiënten naar voren brengen worden door de meerderheid als nuttig gezien (62-64%). Er wordt een meer verdeelde respons waargenomen op de stelling of men zich gesteund voelt door de organisatie in het toepassen van gedeelde besluitvorming, 40% geeft aan 'neutraal' of 'weet niet' en 38% geeft aan het hiermee 'eens' of 'zeer eens' te zijn.

Tabel 1.7 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming wel ondersteunen

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens	Weet niet
Ik vind dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg						
Totaal	33,3 (269)	53,8 (434)	8,9 (72)	1,6 (13)	0,5 (4)	1,9 (15)
Gedeelde besluitvorming zorgt voor realistische verwachtingen van behandelopties bij de patiënt						
Totaal	14,7 (119)	59,7 (482)	15,7 (127)	7,1 (57)	1,5 (12)	1,2 (10)
Het betrekken van patiënten bij belangrijke gezondheidsbesluiten, draagt bij aan kennisopbouw bij de patiënt						
Totaal	18,7 (151)	65,1 (525)	12,1 (98)	3,1 (25)	0,6 (5)	0,4 (3)
De honorering van een arts moet gebaseerd zijn op de mate waarin zij gezamenlijke besluitvorming bedrijven						
Totaal	6,3 (51)	14,6 (118)	25,5 (206)	20,7 (167)	26,5 (214)	6,3 (51)
Het hebben van hulpmiddelen die de behandelopties en bijbehorende risico's en voordelen van klinische beslissingen samenvatten (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
Totaal	16,7 (135)	51,5 (416)	18,3 (148)	4,8 (39)	2,4 (19)	6,2 (50)
Het hebben van hulpmiddelen die persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van patiënten naar voren brengen (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
Totaal	12,4 (100)	52,2 (421)	21,1 (170)	5,5 (44)	2,2 (18)	6,7 (54)
Ik voel mij gesteund door mijn organisatie/ instelling bij gedeelde besluitvorming						
Totaal	7,3 (59)	30,7 (248)	34,0 (274)	15,6 (126)	6,9 (56)	5,5 (44)

Tabel 1.8 geeft de negatief geformuleerde stellingen weer. De meerderheid van de specialisten vindt niet dat samen beslissen de expertise van hen als arts ondermijnt (94% mee 'oneens' of 'zeer mee oneens') en vindt het niet lastig de wensen en voorkeuren van de patiënten te gebruiken bij de keuze voor het beleid (84% mee 'oneens' of 'zeer mee oneens'). Zeer weinig specialisten geven aan niet goed te weten wat samen beslissen precies is (2% 'mee eens' of 'zeer mee eens' en 9% 'neutraal' of 'weet niet'). Op de stelling dat patiënten geen behoefte zouden hebben aan samen beslissen, geeft 25% aan 'neutraal' of 'weet niet', geeft 14% aan 'eens' of 'zeer eens'. Echter, de meerderheid (61%) is het hier 'mee oneens' of 'zeer oneens'. Tot slot, op de stelling dat gedeelde besluitvorming alleen kan worden gedaan bij patiënten die voldoende zijn opgeleid, geeft 18% aan 'neutraal' of 'weet niet', geeft 14% aan 'eens' of 'zeer eens'. Echter, de meerderheid (68%) is het hier 'mee oneens' of 'zeer oneens'.

Tabel 1.8 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming niet ondersteunen

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens	Weet niet
Gezamenlijke besluitvorming ondermijnt de expertise van mij als arts						
Totaal	0,2 (2)	1,4 (11)	4,1 (33)	30,6 (247)	63,4 (512)	0,2 (2)
Ik vind het lastig voorkeuren en wensen van patiënten te gebruiken bij de keuze voor het beleid						
Totaal	0,2 (2)	3,7 (30)	11,4 (92)	48,1 (388)	35,8 (289)	0,7 (6)
Ik ervaar in de praktijk geen voordelen van gezamenlijke besluitvorming						
Totaal	1,5 (12)	4,6 (37)	9,9 (80)	42,8 (345)	40,3 (325)	1,0 (6)
Ik weet niet wat gezamenlijke besluitvorming precies is						
Totaal	0,4 (3)	1,6 (13)	4,7 (38)	25,5 (206)	63,7 (514)	4,1 (33)
Patiënten hebben doorgaans geen behoefte om samen te beslissen						
Totaal	1,4 (11)	12,4 (100)	24,5 (198)	42,4 (342)	18,6 (150)	0,7 (6)
Gedeelde besluitvorming kan alleen worden gedaan bij patiënten die voldoende opgeleid zijn om behandelings- of screeningsopties met hun arts te bespreken						
Totaal	1,6 (13)	12,4 (100)	17,6 (142)	49,8 (402)	18,1 (146)	0,5 (4)

Belemmerende en ondersteunende factoren

Ongeveer de helft van de medisch specialisten geeft aan belemmerende factoren (45%) of ondersteunende factoren (42%) te ervaren in het toepassen van samen beslissen. Deze groep is

gevraagd deze factoren te beschrijven. De ervaren belemmerende en ondersteunende factoren zijn in tabel 1.8 gegroepeerd volgens de taxonomie van Légaré, 2008, waarbij het aantal keren dat een factor genoemd werd per thema beschreven staat. Daarnaast heeft de werkgroep een aanvullende categorie gedefinieerd, namelijk ‘media and society attention’. De voornaamste ondersteunende factoren zijn ‘resources’ en ‘organizational support’ (resp. 154 en 89 keer). De voornaamste belemmerende factoren zijn ‘lack of time’ en ‘characteristics of the patient’ werd vaak aangehaald (resp. 269 en 98 keer). Quotes van vaak genoemde factoren (≥ 25 keer) staan in tabel 1.9 en 1.10.

Tabel 1.8. Belemmerende en ondersteunende factoren volgens Taxonomie Légaré, 2008

	Ondersteunende factor, n*	Belemmerende factor, n#
Knowledge		
Awareness/ lack of awareness	-	-
Familiarity/ lack of familiarity	3	7
Not forgetting/ forgetting	-	-
Attitude		
<i>Agreement with specific components of shared decision-making</i>		
Interpretation of evidence	1	-
<i>Applicability:</i>		
Characteristics of the patient	25	98
Clinical situation	6	22
Asking patient about his/her preferred role in decision-making	-	-
Asking patient about support or undue pressure	-	-
Asking about values/clarifying values	-	-
Cost-beneficial/ not cost beneficial	-	-
Confidence in developers/ lack of confidence in developers	-	-
<i>Agreement in general</i>		
“Too cookbook”—too rigid to be applicable	-	4
Challenge to autonomy	-	-
Unbiased synthesis/ biased synthesis	-	-
Practical/ not practical	1	7
Overall (lack of) agreement with using the model (not specified)	2	-
<i>Lack of expectancy</i>		
Patient’s outcome	36	-
Health care process	9	1
Feeling expectancy	36	1
Self-efficacy/ lack of self-efficacy	-	-
Motivation/ lack of motivation	1	-
Behaviour		
<i>External barriers</i>		
Media and society attention	6	-
<i>Factors associated with patient:</i>		
Preferences of patients	3	12
<i>Factors associated with shared decision-making as an innovation</i>		
Triability/ lack of triability	-	-
Compatibility/ lack of compatibility	7	2
Complexity	-	3
Observability/ lack of observability	-	-
Communicable/ not communicable	3	-
Decreased uncertainty/ increased uncertainty	1	-
Modifiable way of doing it/ not modifiable way of doing it	5	-
<i>Environmental factors</i>		
Time/ lack of time	33	269
Resources/ lack of resources	154	53
Organizational support/ organizational constraints	89	39
Access to services/ lack of access to services	11	25
Reimbursement/ lack of reimbursement	4	27
Perceived decrease/ increase in malpractice liability	2	1

*Open vraag: antwoorden geclusterd naar meest voorkomende thema's, zie ook quotes in tabel 1.9. # Open vraag: antwoorden geclusterd naar meest voorkomende thema's, zie ook quotes tabel 1.10.

De quotes in tabel 1.9 en 1.10 laten zien dat karakteristieken van de patiënt zowel als ondersteunende als belemmerende factor wordt gezien. Patiënten die mondig zijn, actief meedenken en zich voorbereid hebben op het consult worden als ondersteunende factor gezien om samen beslissen toe te passen. Belemmerende factoren liggen enerzijds bij patiënt karakteristieken indien er sprake lijkt van bijv. dementie of een wilsonbekwame patiënt. Echter, medisch specialisten lijken ook op basis van patiënt karakteristieken, zoals kennis, intelligentie, laaggeletterdheid, cultuurverschillen of gebrekkig ziekte-inzicht een inschatting te maken of samen beslissen kan worden toegepast en ervaren hier belemmeringen.

Bevorderende factoren voor het toepassen van samen beslissen zijn de ervaring dat het leidt tot betere uitkomsten en behandelresultaten bij patiënten en een hogere patiënttevredenheid. Ondersteunende factoren die genoemd worden in de praktische uitvoer is het krijgen van voldoende consulttijd, de beschikbaarheid van hulpmiddelen zoals keuzehulpen en draagvlak vanuit de vakgroep of collega's.

Als belemmerende factoren wordt onvoldoende financiële beloning of een niet passende financieringsstructuur genoemd, maar ook belemmeringen door logistieke factoren zoals gebrek aan ruimte of inflexibele plannings worden genoemd. Daarnaast speelt tijdsdruk, een gebrek aan hulpmiddelen zoals keuzehulpen en/of ondersteunend personeel een rol.

Tabel 1.9 Quotes: ondersteunende factoren om gezamenlijke besluitvorming toe te kunnen passen in de praktijk volgens Taxonomie Légaré, 2008 (factoren ≥ 25 keer genoemd).

Attitude – Applicability - Quote characteristics of the patient:

"Patiënten die echt actief meedenken."

"Kritische patiënten/ ouders."

"Ondersteuning vanuit sociale omgeving van de patiënt."

"Al enigszins voorbereide patiënt."

Attitude - Lack of expectancy - Quote patient's outcome:

"De betere uitkomsten en meer gemotiveerde patiënten."

"Met name in de chronische zorg heb ik het idee dat de therapie trouw toeneemt."

"Als je gezamenlijk besluit is het besluit veel beter gedragen en is de zorg veel beter te leveren."

Attitude - Quote feeling expectancy:

"Positieve reacties patiënten, meer betrokkenheid van patiënten."

"Patiënt tevredenheid lijkt beter bij gezamenlijke besluitvorming en er is minder vaak sprake van spijt over een behandeling."

"Ervaringen en feedback patiënten die aangeven hier tevreden over te zijn."

"Dankbaarheid van de patiënt na een mooi, ontroerend gesprek en een goed behandelplan in overeenstemming."

Behavior - Environmental factors - Quote time:

"Als geriater heb ik meer tijd per patiënt."

"Er is in mijn praktijk tijd en ruimte voor."

"Tijdwinst die dit kan opleveren in uitleg."

Behavior - Quote resources:

"Goede ICT"

"Reeds bekende consultkaarten zijn een goede start."

"Internet en keuzehulpen, evt. second opinion elders."

"Goede informatie via de website van het ziekenhuis en de beschikbaarheid van goede keuzehulpen."

Behavior - Quote organizational support:

“De campagne in ons ziekenhuis.”
“Stimulerende collega’s.”
“Ons hele zorgmodel is ingericht om maximaal transparant besluiten over de zorg gezamenlijk te nemen.”
“We praten daar als vakgroep vaak over en zijn er samen van overtuigd dat het zinvol is.”

Tabel 1.10 Quotes: belemmerende factoren om gezamenlijke besluitvorming toe te kunnen passen in de praktijk volgens Taxonomie Légaré, 2008 (factoren ≥ 25 keer genoemd).

Attitude – Applicability - Quote characteristics of the patient:

“Cultuurverschillen”
“Laag geletterdheid van de patiënt.”
“We hebben soms te maken met mensen met afasie of cognitieve stoornissen, dan zal je een voorstel moeten doen en uitvoeren, uitgaand van (en gecheckt bij mantelzorger) de verwachte toestemming en akkoord van de patiënt.”
“Kennis niveau van de patiënt is te laag om de consequenties van de verschillende behandelingen te overzien.”
“Patiënten die niet goed alle voor- en nadelen kunnen overzien of goed ziekte inzicht hebben.”

Behavior - Environmental factors - Quote lack of time:

“Tijd, krijg steeds vaker opmerkingen dat ik meer patiënten per dagdeel moet zien/ spreken.”
“Poli telt niet als ‘productie’ dus hoe korter het gesprek, hoe meer tijd voor andere zaken die wel ‘meettellen’ bij de bazen.”
“Tijdsdruk.”

Behavior - Quote lack of resources:

“Beperkte beschikbaarheid van keuzehulpen.”
“Het ontbreken van ondersteuning verpleegkundig specialist/ PA.”
“Beperkte ICT hulpmiddelen die makkelijk te gebruiken zijn.”

Behavior - Quote organizational constraints:

“Beperkte mogelijkheden in behandelaanbod binnen de instelling waar ik werk.”
“Organisatie nog niet klaar voor samen beslissen.”
“Draagvlak in de organisatie.”
“Soms is er voor goede gezamenlijke besluitvorming nog een extra consult nodig: dat uit zich in hogere herhaalfrequentie, wat niet de wens van de organisatie is.”

Behavior - Quote lack of access to services:

“Onvoldoende logistiek en ruimte om dit optimaal te kunnen doen.”
“Ik zou met name graag gebruik gaan maken van het patiëntenportaal. Nu kan dit nog niet door organisatorische/juridische redenen (kinderen) en door de opbouw van het EPD, welke hier niet geschikt voor is.”
“Ruimte tekort om dubbele spreken te draaien.”

Behavior - Quote lack of reimbursement:

“Meer tijd per patiënt betekent minder omzet voor het ziekenhuis.”
“Geen eigen DBC, geen policonsult te declareren.”
“Geen adequate honorering.”
“Tot voor kort de financiering. De extra tijd moet toch verantwoord worden. Als kinderartsen namen we die tijd wel, maar worden daardoor verliesgevend voor de ziekenhuizen. De extra verrichting helpt om de kindergeneeskunde te financieren, mits het natuurlijk niet allemaal weer budgetneutraal hoeft.”

Behoeft inventarisatie begeleiding/ training

In totaal geeft 64% van de specialisten aan behoefte te hebben aan een training die samen beslissen ondersteunt. De voorkeur van 61% ligt bij een digitale training, waarin alle facetten aandacht lijken te behoeven (39-59%). Het uitvragen van datgene dat belangrijk is voor de patiënt werd het vaakst genoemd (59%). Bij de vraag welke andere competenties de medisch specialist nog meer als belangrijk acht om samen beslissen toe te passen werd het framework van Towle, 1999 en Towle 2006 gehanteerd om de antwoorden te categoriseren. Daarnaast werden acht aanvullende categorieën gedefinieerd omdat de aangehaalde thema's buiten dit framework vielen. De meest voorkomende aanvullende competenties die in de open vraag genoemd werden linken aan het

thema 'Partnership'. Hieronder vallen vaardigheden of competenties die onder de basishouding vallen voor het opbouwen van een goede patiëntrelatie. Voorbeelden zijn empathie en inleving in de patiënt, geduld hebben met de patiënt, respect in de omgang met patiënt, 'patient empowerment' bevorderen en professionele houding. Daarnaast werden thema's in de categorie van 'Informed patient and physician – evidence' vaak genoemd. Voorbeelden van vaardigheden of competenties hierin beschreven zijn het duidelijk informeren van de patiënt, kennis delen over de mogelijkheden en kennis hebben van de voor- en nadelen, risico inschattingen en medisch inhoudelijke kennis. De aanvullende competenties hebben betrekking op tijdsmanagement, samenwerken, gesprekstechnieken en het kunnen creëren van randvoorwaarden om samen beslissen binnen de organisatie toe te passen.

Tabel 1.11 Training en begeleiding t.a.v. gezamenlijke besluitvorming

	% (n)
Welke ondersteuning heeft u nodig om op de door u gewenste wijze gezamenlijke besluitvorming beter te kunnen toepassen in uw praktijk?#	
Mogelijkheid tot gebruik van keuzehulpen voor mijn patiënten	56,3 (454)
Beter informatiemateriaal voor mijn type patiënten	55,6 (449)
Training voor medisch specialisten op het gebied van gezamenlijke besluitvorming, zoals gespreks training, videotraining, theoretische scholing	29,4 (237)
Begeleiding om een goed gesprek te voeren waarin alle facetten van samen beslissen aan bod komen	13,5 (109)
Anders	25,4 (205)
Denkt u dat een training de implementatie van samen beslissen ten goede zou komen?	
Ja	64,4 (520)
Indien er een training voor medisch specialisten ontwikkeld wordt om zich verder te bekwamen in gedeelde besluitvorming, op welke wijze zou de training toegankelijk gemaakt moeten worden?	
Digitaal via de website van de Federatie Medisch Specialisten	61,0 (492)
Fysiek op inschrijving via de academie medisch specialisten	39,0 (315)
Indien er een training voor medisch specialisten ontwikkeld wordt om zich verder te bekwamen in gedeelde besluitvorming, aan welke aspecten van gezamenlijke besluitvorming zou hierin dan aandacht moeten worden besteed?#	
Het uitvragen van datgene dat belangrijk is voor de patiënt bij maken van beslissing	59,4 (479)
Toepassen van keuzehulpen	53,4 (431)
Stimuleren van participatie van patiënten in het beslisproces	50,1 (404)
Gesprekstechnieken	44,1 (356)
Overzichtelijker patiënten kunnen informeren over alle behandelopties	43,6 (352)
Plannen en doorlopen van het beslisproces	39,4 (318)
Anders	10,2 (90)
Welke andere competenties, denkt u, zijn er nog meer nodig om gezamenlijke besluitvorming beter te kunnen toepassen in uw praktijk?	
	n*
Partnership	
Partnership	131
Explicit dialogue	
Information	8
Role	1
An informed patient and physician	
Ideas	18
Choices	3
Evidence	63
Shared decision making	
Evidence	18
Decision	7
Completeness	
Plan	4
Anders	
Kritisch reflecteren eigen handelen	18
Inschatten competenties patiënt	17
Overig/ flexibel	8

Vaardigheden toepassen hulpmiddelen	11
Tijd-management	93
Kunnen creëren van randvoorwaarden	74
Samenwerken collega's	26
Gesprekstechnieken	94

Meer antwoorden mogelijk. * Open vraag: # Open vraag: antwoorden geclusterd naar meest voorkomende thema's volgens het framework van Towle, 1999 en Towle, 2006 incl. aanvullende categorieën, zie ook quotes tabel 1.12. Zie toelichting framework in appendix F.

Tabel 1.12 Quotes: overige competenties (factoren ≥ 25 keer genoemd).

Quotes partnership:

"Empathie en geduld van de dokter"
"De arts leren naast de patiënt te staan ipv hiërarchisch"
"Openstaan voor het individu"
"Met respect omgaan met patiënt, dan gaat het goed"

Quotes an informed patient and physician – evidence:

"Je moet goed de dilemma's van de verschillende behandelopties kunnen voorleggen aan de patiënt"
"Beter inzicht van medisch specialist in risico inschatting, statistiek en uitleg aan patiënt t.o.v. risico's etc."
"Uitleggen/onderwijzen: kennis over ziektebeeld en behandelingsopties bij de patiënt is essentieel om samen tot een beslissing te komen"

Quotes time management:

"Goed met tijd om kunnen gaan"
"Voldoende tijd en rust in het spreekuur"
"Tijd en planning"

Quotes kunnen creëren van randvoorwaarden:

"Afdeling/ vakgroep beleid in deze"
"Cultuurverandering in de zorg"
"RvB meenemen in dit proces"
"Genoeg tijd om dit te implementeren"

Quotes samenwerken collega's:

"Goede samenwerking met huisartsen en andere professionals binnen het ziekenhuis en van eventueel andere betrokken centra"
"Multidisciplinaire poli afspraak"
"Samenwerking en rol van verpleging"

Quotes gesprekstechnieken:

"De techniek van actief luisteren beheersen"
"Structureren van het gesprek"
"Communicatieve vaardigheden lijkt mij het grootste aandachtspunt voor medisch specialisten"

Organisatie gezamenlijke besluitvorming

Factoren die volgens de medisch specialist op lokaal niveau georganiseerd dienen te worden betreffen voornamelijk het verlagen van de tijdsdruk en productiedruk. Daarnaast worden diverse suggesties gedaan voor het verbeteren van de ondersteuning. Voorbeelden zijn het financieren van het ontwikkelen, onderhouden of implementeren van passende hulpmiddelen (zoals keuzehulpen, goede website), het faciliteren van de mogelijkheid om voorafgaand aan het eerste consult al de benodigde informatie naar de patiënt te kunnen sturen en het investeren in goede ICT-ondersteuning. Zie tabel 1.14 voor de quotes per thema.

Tabel 1.13 Organisatie gezamenlijke besluitvorming

Wat dient er lokaal in uw ziekenhuis te gebeuren (bijv. op het gebied van organisatie, infrastructuur, capaciteit of geld) om op de door u gewenste wijze gezamenlijke besluitvorming te kunnen implementeren in uw dagelijkse praktijk?

	n*
Verlagen tijdsdruk/ productiedruk/ tijd investeren in SDM	296
Verbeterde ondersteuning	216
Capaciteit personeel	87
Financiële factoren	66
Wijzigen logistieke organisatie	41
Attitude verandering	37
Verbeterde infrastructuur/ faciliteiten	24
Taken en verantwoordelijkheden	24
Educatie	51
Geen/ wordt al geïmplementeerd	83

* Open vraag: antwoorden geclusterd naar meest voorkomende thema's, zie ook quotes tabel 1.14.

Tabel 1.14 Quotes: organisatie gezamenlijke besluitvorming (factoren ≥ 25 keer genoemd).

Quotes wijzigen logistieke organisatie:

"Meer flexibiliteit in spreekuur tijden"
"Huidige polistruktuur geeft weinig ruimte hiervoor"
"Combinatiesprekuren"

Quotes verlagen tijdsdruk/ productiedruk:

"Minder druk op mijn spreekuur/ minder wachttijd, zodat je patiënt rustig kunt laten nadenken en op korte termijn een nieuwe afspraak kunt plannen. Nu zitten spreekuren zo vol dat ik probeer om in 1 gesprek besluit te nemen"
"Voldoende tijd per patiënt reserveren. Dit betekent dat er minder productie gestuurd beloond moet gaan worden"
"Meer tijd per consult, minder nadruk op productie maar juist op kwaliteit"

Quotes financiële factoren:

"Geld: niet meer geld, wel andere verdeling van geld"
"Honorering moet aangepast worden. Andere wijze van benchmarking"
"Betaling 'praat' consult"

Quotes capaciteit personeel:

"Meer tijd per patiënt dus meer FTE bij gelijkblijvende productie"
"Inschakelen van gespecialiseerde verpleegkundigen voor betere voorlichting van de patiënten"
"Meer ondersteunend personeel; PA, NP, verpleegkundigen"

Quotes verbeterde ondersteuning:

"Ondersteuning in de vorm van digitale voorlichting en keuzehulpmiddelen"
"Meer snelle toegang tot informatiefolders, en keuzehulpen voor patiënt"
"Betere IT support"

Quotes attitudeverandering:

"Een directie die ook aan het belang van de patiënt denkt"
"Meer bewustwording voor patiënten"
"RvB overtuigen en er een ziekenhuis breed item van maken"

Quotes educatie:

"Educatie van artsen en verpleegkundigen over Samen beslissen"
"Scholing collega's"
"Praktische training zou lokaal georganiseerd kunnen worden, eventueel met verschillende poortspecialismen gezamenlijk"

Quotes geen/ wordt al geïmplementeerd:

"Doorgaan met implementatie van huidige strategie"
"Is al goed geregeld bij ons"
"Er is al veel aandacht voor"
"Niets, is al dagelijkse praktijk"

Discussie

Deze resultaten schetsen ondanks barrières voor implementatie een positief beeld over de toepassing van samen beslissen in de praktijk. De meerderheid (89%) van de 827 medisch specialisten geeft in deze enquête aan te weten wat samen beslissen is. 87% van de respondenten geeft aan dat zij de patiënt mondeling tijdens het gesprek informeren over de wijze waarop besluitvorming plaatsvindt, en 71% gaat regelmatig tot vaak een gesprek aan met de patiënt over de mate waarin hij/zij wil participeren in de besluitvorming. Volgens 72% van de respondenten wordt de uiteindelijke besluitvorming in onderlinge overeenstemming met de patiënt gedaan.

Dit sluit aan bij de toenemende maatschappelijke aandacht voor dit thema. Ook de Nederlandse overheid, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen hebben hier een belangrijk speerpunt van gemaakt voor de komende jaren. Dit heeft reeds een cultuurverandering in de benadering van het besluitvormingsproces in gang gezet en Nederland wordt dan ook als één van de landen genoemd waar veel vooruitgang wordt geboekt (van der Weijden, 2017; Coulter, 2018).

Desalniettemin is de implementatie van samen beslissen uitvorming in de praktijk nog weerbarstig. Een recente meldactie van de Patiëntenfederatie Nederland (panel n= 7.800) concludeerde dat 48% van de patiënten niet meerdere mogelijkheden voorgelegd kreeg door de zorgverlener en dat 14% zich weinig betrokken voelde bij de uiteindelijke besluitvorming. Daarnaast bleek 15% van de patiënten zich niet bewust van de mogelijkheid om samen met de arts te kunnen beslissen en 29% was niet voorbereid op het beslismoment (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

Het contrast tussen de perceptie van de arts en die van de patiënt suggereert dat er nog ruimte is voor verbetering. Dit wordt onderstreept door het feit dat, ondanks de positieve attitude, medisch specialisten ook barrières ervaren die de toepassing van samen beslissen bemoeilijken. De voornaamste barrières die aangehaald worden zijn de ervaren tijdsdruk, uitdagingen op het patiënten-niveau, gebrek aan (hulp)middelen en organisatorische belemmeringen.

De ervaren tijdsdruk of het gebrek aan tijd om samen te beslissen wordt gezien als de voornaamste belemmering. Dit wordt eveneens in de internationale literatuur als belangrijke barrière aangehaald (Légaré, 2008). Echter, er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de effecten op tijdinvesteringen en totale consultduur in een zorgtraject. Samen beslissen is namelijk een proces dat niet (altijd) in één consult te vangen is, maar als rode draad door het praktisch handelen van medisch specialisten en de overige zorgverleners van het zorgteam/netwerk loopt. Er is geen sprake van één moment, waardoor tijdinvesteringen moeilijk meetbaar zijn. Daarnaast neigen zorgprofessionals minder effort in samen beslissen te stoppen als zij inschatten dat de patiënt niet in staat is of niet bereid is om deel te nemen aan het besluitvormingsproces (Dodds, 2016; De Snoo-Trimpp, 2015; Shepherd, 2014). Deze uitdagingen op het patiëntniveau worden ook door de respondenten van dit vragenlijst-onderzoek naar voren gebracht. Een beperkt cognitief vermogen, laaggeletterdheid of verminderde gezondheidsvaardigheden worden hierbij als onderliggende factoren genoemd. Uit recente cijfers van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat ruim één op de drie Nederlanders (36,4%) lage gezondheidsvaardigheden heeft (Heijmans, 2018). Hierbij spelen communicatieve vaardigheden, waarbij men aansluit op het kennisniveau van de patiënt, een belangrijke rol. Er bestaan diverse interventies of hulpmiddelen die speciaal zijn afgestemd op het niveau en de behoefte van deze doelgroep die de medisch specialist hierin kunnen ondersteunen (Murugesu, 2018).

Een gebrek aan (hulp-)middelen is ook een ervaren barrière. Hierbij worden factoren als, een goede ICT ondersteuning en beschikbaarheid van keuzehulpen, zoals consultkaarten, genoemd. Het gebruik van hulpmiddelen kan de medisch specialist ondersteunen in het toepassen van samen beslissen in

de korte consulttijd met de patiënt. Echter, het gebruik van een hulpmiddel staat niet noodzakelijkerwijs gelijk aan het proces dat samen beslissen is. Hiervoor zijn ook de eerdergenoemde (gespreks-)vaardigheden van de medisch specialist van belang. Ook organisatorische belemmeringen kunnen een rol spelen in het toepassen van samen beslissen. Randvoorwaarden zoals financiële compensatie voor 'gemiste' inkomsten door minder verrichtingen en/of het doorvoeren van organisatieveranderingen, flexibele poliplanning, betere materiële ondersteuning of ondersteuning middels scholing worden hier genoemd. Een deel van deze randvoorwaarden zijn procesmatig, maar ook de bekostiging van de zorg is nog niet goed genoeg ingesteld op het proces van samen beslissen. Begin 2018 introduceerde de NZa de zorgactiviteit voor samen beslissen zodat in de zorginkoop aandacht kan worden gegeven aan de invulling van samen beslissen. Echter, deze aanpassing in tarifiering heeft nog niet tot nieuwe inzichten geleid aangezien een DBC-DOT niet overeenkomstig is met het volledige proces van samen beslissen

<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2017/04/25/medisch-specialistische-zorg-kan-van-start-met-zorginkoop-2018>

De medisch specialist geeft ook aan de voordelen van samen beslissen te zien. Daarbij wordt de perceptie dat samen beslissen leidt tot een hogere therapietrouw, een beter gedragen keuze en hoger ziekte-inzicht bij de patiënt als voornaamste genoemd. Verder geeft de medisch specialist belangrijke praktische ondersteunende factoren aan zoals het hebben van keuzehulpen en ondersteunend personeel dat (een deel) van de voorlichting aan de patiënt kan overnemen, maar ook een actief betrokken of enigszins voorbereide patiënt worden genoemd. Deze positieve effecten van samen beslissen worden ook door de literatuur ondersteund. Zo vergroot samen beslissen en het gebruik van keuzehulpen de kennis en betrokkenheid van de patiënt, waardoor de kwaliteit van passende besluitvorming verbeterd (Stacey, 2014).

Enkele methodologische kanttekeningen zijn te benoemen voor de interpretatie van de resultaten. Bij vragenlijstonderzoek kan mogelijke 'reporting-bias' niet worden uitgesloten. Overschatting van de daadwerkelijke ondersteuning van samen beslissen is mogelijk gezien de sociaal-wenselijkheid en de maatschappelijke aandacht die ervoor is. Daarnaast is 'non-response bias' niet uit te sluiten aangezien de medisch specialisten die participeerden in dit vragenlijstonderzoek mogelijk een hogere intrinsieke motivatie of interesse op het gebied van samen beslissen hebben. Dit is tevens terug te zien in de hoge respons van verenigingen die tevens voorloper zijn van initiatieven op het gebied van samen beslissen, zoals de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). Ook is de generaliseerbaarheid van de resultaten een discussiepunt gezien het hoge percentage orthopeden en kinderartsen die deelnamen. Alhoewel stratificatie van deze groepen geen andere trends in resultaten laten zien. Echter, de subgroep-analyses moeten als exploratief worden beschouwd, aangezien de kleine groepsgrootte vraagt om een voorzichtige interpretatie van deze resultaten.

Samen beslissen vraagt een fundamentele verandering in de manier waarop de medisch specialist zijn of haar rol ziet. Dit vraagt een attitudeverandering waar de paternalistische benadering plaats maakt voor een meer open, samenwerkende benadering in het besluitvormingsproces. De resultaten van deze enquête laten zien dat de medisch specialist hiervoor open staat. Echter, de resultaten laten ook zien dat de medisch specialist behoefte heeft aan ondersteuning om de ervaren barrières in het proces van samen beslissen te overkomen. Deze ondersteuning kan vanuit meerdere invalshoeken en organisaties geboden worden. Hierbij kan gedacht worden aan het gericht trainen van artsen in opleiding en medisch specialisten op de benodigde competenties voor samen beslissen, waarbij er aandacht is voor de barrières voor samen beslissen op de werkvloer. Beleidsmakers en onderwijskundigen spelen in deze vervolgstap een belangrijke rol.

Verder is het van belang ondersteunende instrumenten, keuzehulpen, zoals consultkaarten en 'visuals', aangepast op de vraag te blijven ontwikkelen. Het borgen van samen beslissen in de opleidingen en het implementeren en onderhouden van hulpmiddelen verdient aandacht. Daarnaast is landelijk en lokaal herhaalde agendering van het thema samen beslissen nodig om duurzame implementatie na te streven, d.w.z. dat de aandacht hiervoor behouden blijft en het draagvlak wordt vergroot. Er lopen nationaal veel initiatieven op het gebied van samen beslissen en het ontwikkelen van bijvoorbeeld een platform voor kennisdeling en het uitwisselen van ervaringen zou deze initiatieven samen kunnen brengen. Naast het ondersteunen in de basis door betrouwbare kwaliteitsdocumenten, kunnen de Federatie Medisch Specialist en haar wetenschappelijke verenigingen een faciliterende rol bieden in bovenstaande factoren. Ook bij het in gang zetten van de beweging richting een gewijzigde financieringsstructuur, die samen beslissen 'beloont', oftewel mogelijk maakt zonder negatieve financiële consequenties. Hierin is vanzelfsprekend een rol weggelegd voor het Zorginstituut Nederland.

Conclusie

Samen beslissen vergroot kennis en betrokkenheid van de patiënt, waardoor de kwaliteit van passende besluitvorming verbetert. Onder medisch specialisten bestaat een positieve attitude aangaande samen beslissen. Voor ervaren belemmeringen in het toepassen van samen beslissen, zoals houding, kennis, tijd en middelen, organisatorische ondersteuning, en/of financiële tegemoetkoming, dient o.a. door gerichte trainingen, aanpassing in organisaties en uiteindelijk ook een (centrale) regeling van de financiële consequenties ingericht te worden. De FMS en haar wetenschappelijke verenigingen beogen een faciliterende rol hierin en in de implementatie van samen beslissen te bieden. Dit gebeurt door kennisdeling en agendering van het thema, onder meer middels de projecten Samen Beslissen Samen en Beslissen Geïmplementeerd. Een belangrijk ander aspect is de constatering dat er een verschil in perceptie bestaat tussen arts en patiënt ten aanzien van het toepassen van samen beslissen. Dit onderstreept nog eens de noodzaak van scholing van specialisten en empowerment van patiënten.

Referenties

Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):766-71. Review. PubMed PMID: 10488010; PubMed Central PMCID: PMC1116602.

Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect*. 2006 Dec;9(4):321-32. PubMed PMID: 17083559; PubMed Central PMCID: PMC5060372.

Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec;73(3):526-35. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.018. Epub 2008 Aug 26. Review. PubMed PMID: 18752915.

van der Weijden T, Post H, Brand PLP, van Veenendaal H, Drenthen T, van Mierlo LA, et al. Shared decision making, a buzz-word in the Netherlands, the pace quickens towards nationwide

implementation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2017;123-124:69-74.

Coulter A. National strategies for implementing shared decision making. Bertelsmann Stiftung, 2018.

Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 Apr 12; 4:[CD001431 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28402085>.

Patientenfederatie Nederland. Meldactie 'Samen Beslissen met de zorgverlener', 2017.

M. Heijmans, A. Brabers & J. Rademakers, Health Literacy in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018.

L. Murugesu, M. Heijmans, M. Fransen & J. Rademakers, Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg; kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel, 2018

Dodds CM, Britto MT, Denson LA, Lovell DJ, Saeed S, Lipstein EA. Physicians' Perceptions of Shared Decision Making in Chronic Disease and Its Barriers and Facilitators. J Pediatr. 2016 Apr;171:307-9.e1-2. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.12.071. Epub 2016 Jan 23. PubMed PMID: 26817588.

Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN. The context influences doctors' support of shared decision-making in cancer care. Br J Cancer. 2007 Jul 2;97(1):6-13. Epub 2007 Jun 5.

De Snoo-Trimpp JC, Brom L, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Widdershoven GA. [Perspectives of medical specialists on sharing decisions in cancer care: a qualitative study concerning chemotherapy decisions with patients with recurrent glioblastoma]. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A9790. Dutch.

Visiedocument samen beslissen. Federatie medisch specialisten, Utrecht; 2019

Appendix: supplementaire analyses

Appendix A. Exploratieve subgroep analyse naar specialisme

Tabel A.1 Bespreken medisch beleid				
	Totaal (n=807)	Snijvend (n=361)	Beschouwend (n=368)	Ondersteunend (n=78)
Waar voert u doorgaans de gesprekken over het medisch beleid met de patiënt?				
Polikliniek	75,0 (605)	86,4 (312)	68,8 (253)	51,3 (40)
Kliniek	10,4 (84)	6,6 (24)	10,6 (39)	26,9 (21)
Spoed Eisende Hulp	3,0 (24)	2,8 (10)	3,8 (14)	0 (0)
Anders [#]	11,6 (94)	4,2 (15)	16,8 (62)	21,8 (17)
Wat is gemiddelde duur die u besteedt aan een gesprek over het medisch beleid met de patiënt?				
< 15 min	56,6 (457)	71,5 (258)	42,7 (157)	53,8 (42)
15-30 min	36,2 (292)	25,5 (92)	47,0 (173)	34,6 (27)
30-60 min	6,7 (54)	2,8 (10)	10,1 (37)	9,0 (7)
> 60 min	0,1 (1)	0 (0)	0,3 (1)	0 (0)
Weet niet	0,4 (3)	0,3 (1)	0 (0)	2,6 (2)
Wanneer wordt doorgaans de beslissing rondom het medisch beleid gemaakt?				
Direct in eerste gesprek	42,6 (344)	36,3 (131)	44,3 (163)	64,1 (50)
Telefonisch na eerste gesprek	1,4 (11)	0,6 (2)	1,6 (6)	3,8 (3)
In vervolgggesprek	42,1 (340)	46,9 (179)	42,4 (156)	6,4 (5)
Na gebruik keuzehulp patiënt	0,6 (5)	1,1 (4)	0,3 (1)	0 (0)
Anders	13,3 (107)	12,5 (45)	11,4 (42)	25,6 (20)
Hoe vaak plant u een tweede gesprek in als vervolg gesprek over het medisch beleid met de patiënt?				
Altijd	8,9 (72)	3,3 (12)	14,9 (55)	6,4 (5)
Meestal	37,5 (303)	44,9 (162)	37,0 (136)	6,4 (5)
Soms	41,0 (331)	43,2 (156)	42,4 (156)	24,4 (19)
Zelden	9,2 (74)	7,2 (26)	5,4 (20)	35,9 (28)
Nooit	2,9 (23)	1,1 (4)	0 (0)	24,4 (19)
Weet niet	0,5 (4)	0,3 (1)	0,3 (1)	2,6 (2)
Bespreekt u samen met de patiënt welk behandelbeleid het beste bij hem/haar past, mede gebaseerd op zijn/haar individuele voorkeuren en omstandigheden?				
Altijd	69,3 (559)	78,1 (282)	62,0 (228)	62,8 (49)
Meestal	26,5 (214)	20,2 (73)	34,0 (125)	20,5 (16)
Soms	3,1 (25)	1,4 (5)	4,1 (15)	6,4 (5)
Zelden	1,0 (8)	0,3 (1)	0 (0)	9,0 (7)
Nooit	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	1,3 (1)
[#] Anders: open antwoord mogelijkheid waarbij combinaties van genoemde locaties of andere locaties ingevuld werden door respondenten.				
Tabel A.2 Wijze van besluitvorming				
	Totaal (n=807)	Snijvend (n=361)	Beschouwend (n=368)	Ondersteunend (n=78)
Op welke manier informeert u de patiënt over de wijze waarop de besluitvorming zal plaatsvinden?				
Ik informeer patiënten hier niet over	7,7 (62)	9,7 (35)	6,5 (24)	3,8 (3)
Schriftelijk of elektronisch voorafgaand aan het gesprek	1,0 (8)	0,8 (3)	1,4 (5)	0 (0)
Schriftelijk of elektronisch op de dag van het gesprek	1,6 (13)	2,2 (8)	1,1 (4)	1,3 (1)
Mondeling, tijdens het gesprek	86,5 (698)	84,5 (305)	88,3 (325)	87,2 (68)
Anders	3,2 (26)	2,8 (10)	2,7 (10)	7,7 (6)
Hoe vaak gaat u een gesprek aan met een patiënt over de mate waarin hij/zij wil participeren in de besluitvorming over zijn/haar behandeling?				

Vaak	37,1 (299)	42,1 (152)	33,4 (123)	30,8 (24)
Regelmatig	33,6 (271)	31,0 (112)	34,8 (128)	39,7 (31)
Soms	15,1 (122)	12,7 (46)	18,5 (68)	10,3 (8)
Zelden	10,3 (83)	9,4 (34)	10,3 (38)	14,1 (11)
Nooit	4,0 (32)	4,7 (17)	3,0 (11)	5,1 (4)
Hoe vaak geeft een patiënt actief aan dat deze wil participeren in de besluitvorming over de behandeling?				
Vaak	14,1 (114)	16,1 (58)	13,0 (48)	10,3 (8)
Regelmatig	29,9 (241)	31,3 (113)	29,1 (107)	26,9 (21)
Soms	36,2 (292)	34,3 (124)	38,6 (142)	33,3 (26)
Zelden	17,6 (142)	15,0 (54)	18,5 (68)	25,6 (20)
Nooit	2,2 (18)	3,3 (12)	0,8 (3)	3,8 (3)
Op welke manier komt u meestal uiteindelijk tot een beslissing over het behandelbeleid?				
Ik laat de beslissing geheel over aan de patiënt	2,9 (23)	4,7 (17)	1,1 (4)	2,6 (2)
Ik geef mijn eigen mening mee aan de patiënt, waarna ik de patiënt verzoek om uiteindelijk een beslissing over de behandeling te nemen	15,0 (121)	18,6 (67)	10,9 (40)	17,9 (14)
Ik neem samen met de patiënt, en in onderlinge overeenstemming, de beslissing over de behandeling	71,9 (580)	70,4 (254)	73,6 (271)	70,5 (55)
Ik neem nadrukkelijk de mening van de patiënt mee in mijn overwegingen om zelf te komen tot een besluit over de behandeling van de patiënt	10,0 (81)	6,4 (23)	13,9 (51)	9,0 (7)
Ik neem zelf de beslissing over de meest geschikte behandeling voor de patiënt	0,2 (2)	0 (0)	0,5 (2)	0 (0)

Tabel 1.3 Bespreken behandelopties				
	Totaal (n=807)	Snijdend (n=361)	Beschouwend (n=368)	Ondersteunend (n=78)
Geeft u doorgaans bij uw patiënten expliciet aan dat er meer dan één behandeloptie is?*				
Ja	97,3 (785)	99,4 (359)	97,3 (358)	87,2 (68)
Nee	2,7 (22)	0,6 (2)	2,7 (10)	12,8 (10)
Op welke wijze informeert u de patiënt over de behandelopties?#				
Schriftelijk met folder/ brief, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	11,3 (91)	13,9 (50)	7,3 (27)	17,9 (14)
Elektronisch e-mail/ website, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	5,3 (43)	6,4 (23)	4,6 (17)	3,8 (3)
Schriftelijk/ elektronisch keuzehulp, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	3,3 (27)	6,9 (25)	0,5 (2)	0 (0)
Schriftelijk folder/ brief, op de dag van het gesprek	27,1 (219)	37,1 (134)	19,3 (71)	17,9 (14)
Elektronisch e-mail/ website, op de dag van het gesprek	9,4 (76)	13,3 (48)	7,6 (28)	0 (0)
Schriftelijk/ elektronisch met een keuzehulp, op de dag van het gesprek	6,8 (55)	10,5 (38)	4,3 (16)	1,3 (1)
Mondeling, tijdens het gesprek	85,6 (691)	83,9 (303)	88,3 (325)	80,8 (63)
Mondeling keuzehulp, tijdens het gesprek	14,3 (115)	20,2 (73)	10,6 (39)	3,8 (3)
Anders	8,6 (69)	9,7 (35)	8,2 (30)	5,1 (4)
Wat bespreekt u specifiek met uw patiënt, of waar informeert u hem/haar over, indien er meer behandelopties zijn?#				
Voor- en nadelen	98,3 (793)	99,4 (359)	98,4 (362)	92,3 (72)
Risico's	87,6 (707)	95,6 (345)	80,2 (295)	85,9 (67)
Persoonlijke omstandigheden patiënt	67,5 (545)	72,0 (260)	64,7 (238)	60,3 (47)
Persoonlijke behoeften patiënt	56,9 (459)	60,9 (220)	54,1 (199)	51,3 (40)
Persoonlijke voorkeuren patiënt	73,2 (591)	72,0 (260)	75,8 (279)	66,7 (52)
Invloed van de opties op de persoonlijke situatie van de patiënt	68,3 (551)	74,2 (268)	64,1 (236)	60,3 (47)

* Waarbij in sommige gevallen "niets doen" of "afwachten" ook opties zijn. # Meer antwoorden mogelijk

Tabel A.4 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming wel ondersteunen						
	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens	Weet niet
Ik vind dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg						
Totaal	33,3 (269)	53,8 (434)	8,9 (72)	1,6 (13)	0,5 (4)	1,9 (15)
Snijdend	34,6 (125)	50,1 (181)	10,0 (36)	2,5 (9)	0,3 (1)	2,5 (9)
Beschouwend	32,9 (121)	56,5 (208)	7,6 (28)	1,1 (4)	0,3 (1)	1,6 (6)
Ondersteunend	29,5 (23)	57,7 (45)	10,3 (8)	0 (0)	2,6 (2)	0 (0)
Gedeelde besluitvorming zorgt voor realistische verwachtingen van behandelopties bij de patiënt						
Totaal	14,7 (119)	59,7 (482)	15,7 (127)	7,1 (57)	1,5 (12)	1,2 (10)
Snijdend	16,9 (61)	59,3 (214)	14,4 (52)	6,6 (24)	1,4 (5)	1,4 (5)
Beschouwend	13,3 (49)	59,5 (219)	16,8 (62)	7,6 (28)	1,6 (5)	1,1 (4)
Ondersteunend	11,5 (9)	62,8 (49)	16,7 (13)	6,4 (5)	1,3 (1)	1,3 (1)
Het betrekken van patiënten bij belangrijke gezondheidsbesluiten, draagt bij aan kennisopbouw bij de patiënt						
Totaal	18,7 (151)	65,1 (525)	12,1 (98)	3,1 (25)	0,6 (5)	0,4 (3)
Snijdend	18,0 (65)	63,4 (229)	13,6 (49)	3,6 (13)	0,8 (3)	0,6 (2)
Beschouwend	20,7 (76)	66,6 (245)	9,5 (35)	3,0 (11)	0,3 (1)	0 (0)
Ondersteunend	12,8 (10)	65,4 (51)	17,9 (14)	1,3 (1)	1,3 (1)	1,3 (1)
De honorering van een arts moet gebaseerd zijn op de mate waarin zij gezamenlijke besluitvorming bedrijven						
Totaal	6,3 (51)	14,6 (118)	25,5 (206)	20,7 (167)	26,5 (214)	6,3 (51)
Snijdend	6,4 (23)	16,6 (60)	23,5 (85)	19,4 (70)	28,5 (103)	5,5 (20)
Beschouwend	7,1 (26)	12,2 (45)	28,0 (103)	22,3 (82)	23,6 (87)	6,8 (25)
Ondersteunend	2,6 (2)	16,7 (13)	23,1 (18)	19,2 (15)	30,8 (24)	7,7 (6)
Het hebben van hulpmiddelen die de behandelopties en bijbehorende risico's en voordelen van klinische beslissingen samenvatten (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
Totaal	16,7 (135)	51,5 (416)	18,3 (148)	4,8 (39)	2,4 (19)	6,2 (50)
Snijdend	20,5 (74)	50,4 (182)	18,8 (68)	5,5 (20)	1,1 (4)	3,6 (13)
Beschouwend	14,1 (52)	52,7 (194)	18,2 (67)	4,1 (15)	3,8 (14)	7,1 (26)
Ondersteunend	11,5 (9)	51,3 (40)	16,7 (13)	5,1 (4)	1,3 (1)	14,1 (11)
Het hebben van hulpmiddelen die persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van patiënten naar voren brengen (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
Totaal	12,4 (100)	52,2 (421)	21,1 (170)	5,5 (44)	2,2 (18)	6,7 (54)
Snijdend	15,0 (54)	50,1 (181)	22,7 (82)	6,1 (22)	1,1 (4)	5,0 (18)
Beschouwend	10,6 (39)	55,2 (203)	19,6 (72)	4,9 (18)	3,3 (12)	6,5 (24)
Ondersteunend	9,0 (7)	47,4 (37)	20,5 (16)	5,1 (4)	2,6 (2)	15,4 (12)
Ik voel mij gesteund door mijn organisatie/ instelling bij gedeelde besluitvorming						
Totaal	7,3 (59)	30,7 (248)	34,0 (274)	15,6 (126)	6,9 (56)	5,5 (44)
Snijdend	7,2 (26)	31,9 (115)	33,2 (120)	15,5 (56)	7,5 (27)	4,7 (17)
Beschouwend	8,2 (30)	30,2 (111)	35,6 (131)	15,5 (57)	5,7 (21)	4,9 (18)
Ondersteunend	3,8 (3)	28,2 (22)	29,5 (23)	16,7 (13)	10,3 (8)	11,5 (9)

Tabel A.5 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming niet ondersteunen						
	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens	Weet niet
Gezamenlijke besluitvorming ondermijnt de expertise van mij als arts						
Totaal	0,2 (2)	1,4 (11)	4,1 (33)	30,6 (247)	63,4 (512)	0,2 (2)
Snijdend	0,6 (2)	1,7 (6)	4,4 (16)	26,9 (97)	66,2 (239)	0,3 (1)
Beschouwend	0 (0)	0,8 (3)	3,5 (13)	33,7 (124)	61,7 (227)	0,3 (1)
Ondersteunend	0 (0)	2,6 (2)	5,1 (4)	33,3 (26)	59,0 (46)	0 (0)
Ik vind het lastig voorkeuren en wensen van patiënten te gebruiken bij de keuze voor het beleid						
Totaal	0,2 (2)	3,7 (30)	11,4 (92)	48,1 (388)	35,8 (289)	0,7 (6)
Snijdend	0,6 (2)	3,3 (12)	9,7 (35)	43,8 (158)	42,1 (152)	0,6 (2)
Beschouwend	0 (0)	3,3 (12)	13,0 (48)	51,6 (190)	31,0 (114)	1,1 (4)
Ondersteunend	0 (0)	7,7 (6)	11,5 (9)	51,3 (40)	29,5 (23)	0 (0)
Ik ervaar in de praktijk geen voordelen van gezamenlijke besluitvorming						

Totaal	1,5 (12)	4,6 (37)	9,9 (80)	42,8 (345)	40,3 (325)	1,0 (6)
Snijdend	1,4 (5)	5,3 (19)	9,7 (35)	39,6 (143)	42,9 (155)	1,1 (4)
Beschouwend	0,8 (3)	4,1 (15)	9,0 (33)	44,3 (163)	40,8 (150)	1,1 (4)
Ondersteunend	5,1 (4)	3,8 (3)	15,4 (12)	50,0 (39)	25,6 (20)	0 (0)
Ik weet niet wat gezamenlijke besluitvorming precies is						
Totaal	0,4 (3)	1,6 (13)	4,7 (38)	25,5 (206)	63,7 (514)	4,1 (33)
Snijdend	0,3 (1)	1,7 (6)	3,0 (11)	21,9 (79)	68,7 (248)	4,4 (16)
Beschouwend	0,5 (2)	1,6 (6)	6,0 (22)	27,4 (101)	60,9 (224)	3,5 (13)
Ondersteunend	0 (0)	1,3 (1)	6,4 (5)	33,3 (26)	53,8 (42)	5,1 (4)
Patiënten hebben doorgaans geen behoefte om samen te beslissen						
Totaal	1,4 (11)	12,4 (100)	24,5 (198)	42,4 (342)	18,6 (150)	0,7 (6)
Snijdend	1,4 (5)	13,9 (50)	24,9 (90)	41,0 (148)	17,7 (64)	1,1 (4)
Beschouwend	1,1 (4)	11,1 (41)	22,6 (83)	44,6 (164)	20,4 (75)	0,3 (1)
Ondersteunend	2,6 (2)	11,5 (9)	32,1 (25)	38,5 (30)	14,1 (11)	1,3 (1)
Gedeelde besluitvorming kan alleen worden gedaan bij patiënten die voldoende opgeleid zijn om behandelings- of screeningsopties met hun arts te bespreken						
Totaal	1,6 (13)	12,4 (100)	17,6 (142)	49,8 (402)	18,1 (146)	0,5 (4)
Snijdend	1,7 (6)	13,0 (47)	18,8 (68)	48,2 (174)	18,0 (65)	0,3 (1)
Beschouwend	1,6 (6)	12,0 (44)	15,2 (56)	51,1 (188)	19,6 (72)	0,5 (2)
Ondersteunend	1,3 (1)	11,5 (9)	23,1 (18)	51,3 (40)	11,5 (9)	1,3 (1)

Appendix B. Exploratieve subgroep analyse naar ervaring

Tabel B.1 Bespreken medisch beleid AIOs vs medisch specialist		
	AIOs (n=59)	Medisch Specialist (n=748)
Waar voert u doorgaans de gesprekken over het medisch beleid met de patiënt?		
Polikliniek	72,9 (43)	75,1 (562)
Kliniek	11,9 (7)	10,3 (77)
Spoed Eisende Hulp	1,7 (1)	3,1 (23)
Anders [#]	13,6 (8)	11,5 (86)
Wat is gemiddelde duur die u besteedt aan een gesprek over het medisch beleid met de patiënt?		
< 15 min	76,3 (45)	55,1 (412)
15-30 min	22,0 (13)	37,3 (279)
30-60 min	1,7 (1)	7,1 (53)
> 60 min	-	0,1 (1)
Weet niet	-	0,4 (3)
Wanneer wordt doorgaans de beslissing rondom het medisch beleid gemaakt?		
Direct in eerste gesprek	57,6 (34)	41,4 (310)
Telefonisch na eerste gesprek	1,7 (1)	1,3 (10)
In vervolggelsgesprek	30,5 (18)	43,0 (322)
Na gebruik keuzehulp patiënt	-	0,7 (5)
Anders	10,2 (6)	13,5 (101)
Hoe vaak plant u een tweede gesprek in als vervolg gesprek over het medisch beleid met de patiënt?		
Altijd	1,7 (1)	9,5 (71)
Meestal	28,8 (17)	38,2 (286)
Soms	50,8 (30)	40,2 (301)
Zelden*	15,3 (9)	8,7 (65)
Nooit*	3,4 (2)	2,8 (21)
Weet niet	-	0,5 (4)
Bespreekt u samen met de patiënt welk behandelbeleid het beste bij hem/haar past, mede gebaseerd op zijn/haar individuele voorkeuren en omstandigheden?		
Altijd	67,8 (40)	69,4 (519)
Meestal	23,7 (14)	26,7 (200)
Soms	8,5 (5)	2,7 (20)
Zelden	-	1,1 (8)
Nooit	-	0,1 (1)
[#] Anders: open antwoord mogelijkheid waarbij combinaties van genoemde locaties of andere locaties ingevuld werden door respondenten.		

Tabel B.2 Wijze van besluitvorming		
	AIOs (n=59)	Medisch Specialist (n=748)
Op welke manier informeert u de patiënt over de wijze waarop de besluitvorming zal plaatsvinden?		
Ik informeer patiënten hier niet over	10,2 (6)	7,5 (56)
Schriftelijk of elektronisch voorafgaand aan het gesprek	-	1,1 (8)
Schriftelijk of elektronisch op de dag van het gesprek	3,4 (2)	1,5 (11)
Mondeling, tijdens het gesprek	81,4 (48)	86,9 (650)
Anders	5,1 (3)	3,1 (23)
Hoe vaak gaat u een gesprek aan met een patiënt over de mate waarin hij/zij wil participeren in de besluitvorming over zijn/haar behandeling?		

Vaak	15,3 (9)	38,8 (290)
Regelmatig	39,0 (23)	33,2 (248)
Soms	22,0 (13)	14,6 (109)
Zelden	20,3 (12)	9,5 (71)
Nooit	3,4 (2)	4,0 (30)
Hoe vaak geeft een patiënt actief aan dat deze wil participeren in de besluitvorming over de behandeling?		
Vaak	13,6 (8)	14,2 (106)
Regelmatig	20,3 (12)	30,6 (229)
Soms	35,6 (21)	36,2 (271)
Zelden	27,1 (16)	16,8 (126)
Nooit	3,4 (2)	2,1 (16)
Op welke manier komt u meestal uiteindelijk tot een beslissing over het behandelbeleid?		
Ik laat de beslissing geheel over aan de patiënt	1,7 (1)	2,9 (22)
Ik geef mijn eigen mening mee aan de patiënt, waarna ik de patiënt verzoek om uiteindelijk een beslissing over de behandeling te nemen	16,9 (10)	14,8 (111)
Ik neem samen met de patiënt, en in onderlinge overeenstemming, de beslissing over de behandeling	61,0 (36)	72,7 (544)
Ik neem nadrukkelijk de mening van de patiënt mee in mijn overwegingen om zelf te komen tot een besluit over de behandeling van de patiënt	18,6 (11)	9,4 (70)
Ik neem zelf de beslissing over de meest geschikte behandeling voor de patiënt	1,7 (1)	0,1 (1)

Tabel B.3 Bespreken behandelopties		
	AIOs (n=59)	Medisch Specialist (n=748)
Geeft u doorgaans bij uw patiënten expliciet aan dat er meer dan één behandeloptie is?*		
Ja	100 (59)	97,1 (726)
Nee	-	2,9 (22)
Schriftelijk met folder/ brief, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	5,1 (3)	11,8 (88)
Elektronisch e-mail/ website, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	5,1 (3)	94,7 (708)
Schriftelijk/ elektronisch keuzehulp, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	1,7 (1)	3,5 (26)
Schriftelijk folder/ brief, op de dag van het gesprek	23,7 (14)	27,4 (205)
Elektronisch e-mail/ website, op de dag van het gesprek	6,8 (4)	9,6 (72)
Schriftelijk/ elektronisch met een keuzehulp, op de dag van het gesprek	5,1 (3)	7,0 (52)
Mondeling, tijdens het gesprek	91,5 (54)	85,2 (637)
Mondeling keuzehulp, tijdens het gesprek	5,1 (3)	15,0 (112)
Anders	6,8 (4)	8,7 (65)
Wat bespreekt u specifiek met uw patiënt, of waar informeert u hem/haar over, indien er meer behandelopties zijn?#		
Voor- en nadelen	100 (5)	98,1 (734)
Risico's	93,2 (55)	87,2 (652)
Persoonlijke omstandigheden patiënt	69,5 (41)	67,4 (504)

Persoonlijke behoeften patiënt	44,1 (26)	57,9 (433)
Persoonlijke voorkeuren patiënt	71,2 (42)	73,4 (549)
Invloed van de opties op de persoonlijke situatie van de patiënt	71,2 (42)	68,0 (509)
* Waarbij in sommige gevallen "niets doen" of "afwachten" ook opties zijn.		
# Meer antwoorden mogelijk		

Tabel B.4 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming wel ondersteunen						
	Ze er mee eens	Mee eens	Neu traal	Mee oneens	Ze er mee oneens	Weet niet
Ik vind dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg						
AIOS	18,6 (11)	61,0 (36)	10,2 (6)	3,4 (2)	1,7 (1)	5,1 (3)
Medisch Specialist	34,5 (258)	53,2 (398)	8,8 (66)	1,5 (11)	0,4 (3)	1,6 (12)
Gedeelde besluitvorming zorgt voor realistische verwachtingen van behandelopties bij de patiënt						
AIOS	6,8 (4)	57,6 (34)	16,9 (10)	11,9 (7)	3,4 (2)	3,4 (2)
Medisch Specialist	15,4 (115)	59,9 (448)	15,6 (117)	6,7 (50)	1,3 (10)	1,1 (8)
Het betrekken van patiënten bij belangrijke gezondheidsbesluiten, draagt bij aan kennisopbouw bij de patiënt						
AIOS	20,3 (12)	64,4 (38)	13,6 (8)	-	1,7 (1)	-
Medisch Specialist	18,6 (139)	65,1 (487)	12,0 (90)	3,3 (25)	0,5 (4)	0,4 (3)
De honorering van een arts moet gebaseerd zijn op de mate waarin zij gezamenlijke besluitvorming bedrijven						
AIOS	6,8 (4)	10,2 (6)	27,1 (16)	22,0 (13)	27,1 (16)	6,8 (4)
Medisch Specialist	6,3 (47)	15,0 (112)	25,4 (190)	20,6 (154)	26,5 (198)	6,3 (47)
Het hebben van hulpmiddelen die de behandelopties en bijbehorende risico's en voordelen van klinische beslissingen samenvatten (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
AIOS	23,7 (14)	44,1 (26)	15,3 (9)	5,1 (3)	1,7 (1)	10,2 (6)
Medisch Specialist	16,2 (121)	52,1 (390)	18,6 (139)	4,8 (36)	2,4 (18)	5,9 (44)
Het hebben van hulpmiddelen die persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van patiënten naar voren brengen (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
AIOS	13,6 (8)	49,2 (29)	22,0 (13)	5,1 (3)	1,7 (1)	8,5 (5)
Medisch Specialist	12,3 (92)	52,4 (392)	21,0 (157)	5,5 (41)	2,3 (17)	6,6 (49)
Ik voel mij gesteund door mijn organisatie/ instelling bij gedeelde besluitvorming						
AIOS	1,7 (1)	32,2 (19)	32,2 (19)	16,9 (10)	15,3 (9)	1,7 (1)
Medisch Specialist	7,8 (58)	30,6 (229)	34,1 (255)	15,5 (116)	6,3 (47)	5,7 (43)

Tabel B.5 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming niet ondersteunen						
	Ze er mee eens	Mee eens	Neu traal	Mee oneens	Ze er mee oneens	Weet niet
Gezamenlijke besluitvorming ondermijnt de expertise van mij als arts						
AIOS	-	3,4 (2)	5,1 (3)	45,8 (27)	45,8 (27)	-
Medisch Specialist	0,3 (2)	1,2 (9)	4,0 (30)	29,4 (220)	64,8 (485)	0,3 (2)
Ik vind het lastig voorkeuren en wensen van patiënten te gebruiken bij de keuze voor het beleid						
AIOS	-	5,1 (3)	23,7 (14)	52,5 (31)	15,3 (9)	3,4 (2)
Medisch Specialist	0,3 (2)	3,6 (27)	10,4 (778)	47,7 (357)	37,4 (280)	0,5 (4)
Ik ervaar in de praktijk geen voordelen van gezamenlijke besluitvorming						
AIOS	-	10,2 (6)	5,1 (3)	45,8 (27)	33,9 (20)	5,1 (3)
Medisch Specialist	1,6 (12)	4,1 (31)	10,3 (77)	42,5 (318)	40,8 (305)	0,7 (5)

Ik weet niet wat gezamenlijke besluitvorming precies is						
AIOS	-	3,4 (2)	5,1 (3)	28,8 (17)	59,3 (25)	3,4 (2)
Medisch Specialist	0,4 (3)	1,5 (11)	4,7 (35)	25,3 (189)	64,0 (478)	4,1 (31)
Patiënten hebben doorgaans geen behoefte om samen te beslissen						
AIOS	1,7 (1)	20,3 (12)	28,8 (17)	32,2 (19)	15,3 (9)	1,7 (1)
Medisch Specialist	1,3 (10)	11,8 (88)	24,2 (181)	43,2 (323)	18,9 (141)	0,7 (5)
Gedeelde besluitvorming kan alleen worden gedaan bij patiënten die voldoende opgeleid zijn om behandelings- of screeningsopties met hun arts te bespreken						
AIOS	-	5,1 (3)	30,5 (18)	15,3 (9)	33,9 (20)	15,3 (9)
Medisch Specialist	1,3 (10)	11,0 (82)	17,8 (133)	51,1 (382)	18,3 (137)	0,5 (4)

Tabel B.6 Training en begeleiding t.a.v. gezamenlijke besluitvorming		
	AIOS	Medisch Specialist
Welke ondersteuning heeft u nodig om op de door u gewenste wijze gezamenlijke besluitvorming beter te kunnen toepassen in uw praktijk?#		
Beter informatiemateriaal voor mijn type patiënten	62,7 (37)	55,1 (412)
Begeleiding om een goed gesprek te voeren waarin alle facetten van samen beslissen aan bod komen	23,7 (14)	12,7 (95)
Training voor medisch specialisten op het gebied van gezamenlijke besluitvorming, zoals gesprekstraining, videotraining, theoretische scholing	28,8 (17)	29,4 (220)
Mogelijkheid tot gebruik van keuzehulpen voor mijn patiënten	62,7 (37)	55,7 (417)
Anders	22,0 (13)	25,7 (192)
Denkt u dat een training de implementatie van samen beslissen ten goede zou komen?		
Ja	76,3 (45)	63,5 (475)
Nee	23,7 (14)	36,5 (273)
Indien er een training voor medisch specialisten ontwikkeld wordt om zich verder te bekwamen in gedeelde besluitvorming, op welke wijze zou de training toegankelijk gemaakt moeten worden?		
Digitaal via de website van de Federatie Medisch Specialisten	61,0 (36)	61,0 (456)
Fysiek op inschrijving via de academie medisch specialisten	39,0 (23)	39,0 (292)
Indien er een training voor medisch specialisten ontwikkeld wordt om zich verder te bekwamen in gedeelde besluitvorming, aan welke aspecten van gezamenlijke besluitvorming zou hierin dan aandacht moeten worden besteed?#		
Overzichtelijker patiënten kunnen informeren over alle behandelopties	47,5 (28)	43,3 (324)
Stimuleren van participatie van patiënten in het beslisproces	55,9 (33)	49,6 (371)
Het uitvragen van datgene dat belangrijk is voor de patiënt bij het maken van een beslissing	64,4 (38)	59,0 (441)
Gesprekstechnieken	49,2 (29)	43,7 (327)
Toepassen van keuzehulpen	44,1 (26)	54,1 (405)
Plannen en doorlopen van het beslisproces	42,4 (25)	39,2 (293)
Anders	5,1 (3)	10,6 (79)
# Meer antwoorden mogelijk		

Appendix C. Exploratieve subgroep analyse naar uren werkzaam

Tabel C.1 Bespreken medisch beleid gestratificeerd naar uren werkzaam		
	≤ 24 uur werkzaam (n=229)	> 24 uur werkzaam (n=578)
Waar voert u doorgaans de gesprekken over het medisch beleid met de patiënt?		
Polikliniek	71,6 (164)	76,3 (441)
Kliniek	13,1 (30)	9,3 (54)
Spoed Eisende Hulp	2,6 (6)	3,1 (18)
Anders [#]	12,7 (29)	11,2 (65)
Wat is gemiddelde duur die u besteedt aan een gesprek over het medisch beleid met de patiënt?		
< 15 min	43,7 (100)	61,8 (357)
15-30 min	43,2 (99)	33,4 (193)
30-60 min	12,7 (29)	4,3 (25)
> 60 min	0,4 (1)	-
Weet niet	-	0,5 (3)
Wanneer wordt doorgaans de beslissing rondom het medisch beleid gemaakt?		
Direct in eerste gesprek	47,6 (109)	40,7 (235)
Telefonisch na eerste gesprek	1,3 (3)	1,4 (8)
In vervolgg gesprek	35,8 (82)	44,6 (258)
Na gebruik keuzehulp patiënt	-	0,9 (5)
Anders	15,3 (35)	12,5 (72)
Hoe vaak plant u een tweede gesprek in als vervolg gesprek over het medisch beleid met de patiënt?		
Altijd	13,1 (30)	7,3 (42)
Meestal	30,1 (69)	40,5 (234)
Soms	44,5 (102)	39,6 (229)
Zelden*	10,0 (23)	8,8 (51)
Nooit*	1,7 (4)	3,3 (19)
Weet niet	0,4 (1)	0,5 (3)
Bespreekt u samen met de patiënt welk behandelbeleid het beste bij hem/haar past, mede gebaseerd op zijn/haar individuele voorkeuren en omstandigheden?		
Altijd		
Meestal		
Soms		
Zelden		
Nooit		
[#] Anders: open antwoord mogelijkheid waarbij combinaties van genoemde locaties of andere locaties ingevuld werden door respondenten.		

Tabel C.2 Wijze van besluitvorming		
	≤ 24 uur werkzaam (n=229)	> 24 uur werkzaam (n=578)
Op welke manier informeert u de patiënt over de wijze waarop de besluitvorming zal plaatsvinden?		
Ik informeer patiënten hier niet over	7,9 (18)	7,6 (44)
Schriftelijk of elektronisch voorafgaand aan het gesprek	1,7 (4)	0,7 (4)
Schriftelijk of elektronisch op de dag van het gesprek	1,3 (3)	1,7 (10)
Mondeling, tijdens het gesprek	85,6 (196)	86,9 (502)
Anders	3,5 (8)	3,1 (18)

Hoe vaak gaat u een gesprek aan met een patiënt over de mate waarin hij/zij wil participeren in de besluitvorming over zijn/haar behandeling?		
Vaak	34,5 (79)	38,1 (220)
Regelmatig	34,9 (80)	33,0 (191)
Soms	14,4 (33)	15,4 (89)
Zelden	12,2 (28)	9,5 (55)
Nooit	3,9 (9)	4,0 (23)
Hoe vaak geeft een patiënt actief aan dat deze wil participeren in de besluitvorming over de behandeling?		
Vaak	16,2 (37)	13,3 (77)
Regelmatig	25,3 (58)	31,7 (183)
Soms	37,6 (86)	35,6 (206)
Zelden	19,7 (45)	16,8 (97)
Nooit	1,3 (3)	2,6 (15)
Op welke manier komt u meestal uiteindelijk tot een beslissing over het behandelbeleid?		
Ik laat de beslissing geheel over aan de patiënt	1,3 (3)	3,5 (20)
Ik geef mijn eigen mening mee aan de patiënt, waarna ik de patiënt verzoek om uiteindelijk een beslissing over de behandeling te nemen	15,3 (35)	14,9 (86)
Ik neem samen met de patiënt, en in onderlinge overeenstemming, de beslissing over de behandeling	73,4 (168)	71,3 (412)
Ik neem nadrukkelijk de mening van de patiënt mee in mijn overwegingen om zelf te komen tot een besluit over de behandeling van de patiënt	10,0 (23)	10,0 (58)
Ik neem zelf de beslissing over de meest geschikte behandeling voor de patiënt	-	0,3 (2)

Tabel C.3 Bespreken behandelopties		
	≤ 24 uur werkzaam (n=229)	> 24 uur werkzaam (n=578)
Geeft u doorgaans bij uw patiënten expliciet aan dat er meer dan één behandeloptie is?*		
Ja	96,9 (222)	97,4 (563)
Nee	3,1 (7)	2,6 (15)
Schriftelijk met folder/ brief, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	8,7 (20)	12,3 (71)
Elektronisch e-mail/ website, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	3,9 (9)	5,9 (34)
Schriftelijk/ elektronisch keuzehulp, minimaal een week voorafgaand aan het gesprek	3,9 (9)	3,1 (18)
Schriftelijk folder/ brief, op de dag van het gesprek	22,3 (51)	29,1 (168)
Elektronisch e-mail/ website, op de dag van het gesprek	4,8 (11)	11,2 (65)
Schriftelijk/ elektronisch met een keuzehulp, op de dag van het gesprek	6,1 (14)	7,1 (41)
Mondeling, tijdens het gesprek	86,5 (198)	85,5 (494)
Mondeling keuzehulp, tijdens het gesprek	10,9 (25)	15,6 (90)
Anders	7,9 (18)	8,8 (51)
Wat bespreekt u specifiek met uw patiënt, of waar informeert u hem/haar over, indien er meer behandelopties zijn?#		
Voor- en nadelen	97,8 (224)	98,4 (569)

Risico's	83,0 (190)	89,4 (517)
Persoonlijke omstandigheden patiënt	68,6 (157)	67,1 (388)
Persoonlijke behoeften patiënt	55,9 (128)	57,3 (331)
Persoonlijke voorkeuren patiënt	70,7 (162)	74,2 (429)
Invloed van de opties op de persoonlijke situatie van de patiënt	64,6 (148)	69,7 (403)
* Waarbij in sommige gevallen "niets doen" of "afwachten" ook opties zijn		
# Meer antwoorden mogelijk		

Tabel C.4 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming wel ondersteunen						
	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens	Weet niet
Ik vind dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg						
≤ 24 uur ²	31,4 (72)	55,5 (127)	10,9 (25)	0,9 (2)	0,4 (1)	0,9 (2)
> 24 uur	34,1 (197)	53,1 (307)	8,1 (47)	1,9 (11)	0,5 (3)	2,2 (13)
Gedeelde besluitvorming zorgt voor realistische verwachtingen van behandelopties bij de patiënt						
≤ 24 uur	12,2 (28)	62,4 (143)	16,6 (38)	7,0 (16)	1,7 (4)	-
> 24 uur	15,7 (91)	58,7 (339)	15,4 (89)	7,1 (41)	1,4 (8)	1,7 (10)
Het betrekken van patiënten bij belangrijke gezondheidsbesluiten, draagt bij aan kennisopbouw bij de patiënt						
≤ 24 uur	18,3 (42)	68,6 (157)	9,6 (22)	2,6 (6)	0,9 (2)	-
> 24 uur	18,9 (109)	63,7 (368)	13,1 (76)	3,3 (19)	0,5 (3)	0,5 (3)
De honorering van een arts moet gebaseerd zijn op de mate waarin zij gezamenlijke besluitvorming bedrijven						
≤ 24 uur	4,4 (10)	15,3 (35)	28,4 (65)	22,3 (51)	24,0 (55)	5,7 (13)
> 24 uur	7,1 (41)	14,4 (83)	24,4 (141)	20,1 (116)	27,5 (159)	6,6 (38)
Het hebben van hulpmiddelen die de behandelopties en bijbehorende risico's en voordelen van klinische beslissingen samenvatten (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
≤ 24 uur	16,6 (38)	53,3 (122)	17,5 (40)	5,2 (12)	0,9 (2)	6,6 (15)
> 24 uur	16,8 (97)	50,9 (294)	18,7 (108)	4,7 (27)	2,9 (17)	6,1 (36)
Het hebben van hulpmiddelen die persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van patiënten naar voren brengen (zoals keuzehulpen), zou nuttig zijn						
≤ 24 uur	12,2 (28)	58,1 (133)	17,9 (41)	3,9 (9)	1,7 (4)	6,1 (14)
> 24 uur	12,5 (72)	49,8 (288)	22,3 (129)	6,1 (35)	2,4 (14)	6,9 (40)
Ik voel mij gesteund door mijn organisatie/ instelling bij gedeelde besluitvorming						
≤ 24 uur	11,4 (26)	32,3 (74)	29,7 (68)	13,1 (30)	6,1 (14)	7,4 (17)
> 24 uur	5,7 (33)	30,1 (174)	35,6 (206)	16,6 (96)	7,3 (42)	4,7 (27)

Tabel C.5 Stellingen die gezamenlijke besluitvorming niet ondersteunen						
	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens	Weet niet
Gezamenlijke besluitvorming ondermijnt de expertise van mij als arts						
≤ 24 uur ²	-	0,4 (1)	4,4 (10)	29,7 (68)	65,5 (150)	-
> 24 uur	0,3 (2)	1,7 (10)	4,0 (23)	31,0 (179)	62,6 (362)	0,3 (2)
Ik vind het lastig voorkeuren en wensen van patiënten te gebruiken bij de keuze voor het beleid						
≤ 24 uur	-	4,4 (10)	13,1 (30)	48,5 (111)	34,1 (78)	-
> 24 uur	0,3 (2)	3,5 (20)	10,7 (62)	47,9 (277)	36,5 (211)	1,0 (6)
Ik ervaar in de praktijk geen voordelen van gezamenlijke besluitvorming						
≤ 24 uur	0,9 (2)	3,5 (8)	6,1 (14)	46,3 (106)	43,2 (99)	-
> 24 uur	1,7 (10)	5,0 (29)	11,4 (66)	41,3 (239)	39,1 (226)	1,4 (8)
Ik weet niet wat gezamenlijke besluitvorming precies is						
≤ 24 uur	-	2,6 (6)	5,7 (13)	28,8 (66)	60,3 (138)	2,6 (6)
> 24 uur	0,5 (3)	1,2 (7)	4,3 (25)	24,2 (140)	65,1 (376)	4,7 (27)
Patiënten hebben doorgaans geen behoefte om samen te beslissen						
≤ 24 uur	2,2 (5)	14,8 (34)	22,7 (52)	40,2 (92)	19,7 (45)	0,4 (1)
> 24 uur	1,0 (6)	11,4 (66)	25,3 (146)	43,3 (250)	18,2 (105)	0,9 (5)

² Het gemelde aantal uur heeft betrekking op het gewerkte aantal uur per week van de respondent.

Gedeelde besluitvorming kan alleen worden gedaan bij patiënten die voldoende opgeleid zijn om behandelings- of screeningsopties met hun arts te bespreken						
≤ 24 uur	1,7 (4)	8,3 (19)	18,3 (42)	48,9 (112)	22,7 (52)	-
> 24 uur	1,6 (9)	14,0 (81)	17,3 (100)	50,2 (290)	16,3 (94)	0,7 (4)

Tabel C.6 Training en begeleiding t.a.v. gezamenlijke besluitvorming		
	≤ 24 uur werkzaam	> 24 uur werkzaam
Welke ondersteuning heeft u nodig om op de door u gewenste wijze gezamenlijke besluitvorming beter te kunnen toepassen in uw praktijk?#		
Beter informatiemateriaal voor mijn type patiënten	58,1 (133)	54,7 (316)
Begeleiding om een goed gesprek te voeren waarin alle facetten van samen beslissen aan bod komen	17,9 (41)	11,8 (68)
Training voor medisch specialisten op het gebied van gezamenlijke besluitvorming, zoals gesprekstraining, videotraining, theoretische scholing	40,6 (93)	24,9 (144)
Mogelijkheid tot gebruik van keuzehulpen voor mijn patiënten	60,7 (139)	54,5 (315)
Anders	22,7 (52)	26,5 (153)
Denkt u dat een training de implementatie van samen beslissen ten goede zou komen?		
Ja	72,1 (165)	61,4 (355)
Nee	27,9 (64)	38,6 (223)
Indien er een training voor medisch specialisten ontwikkeld wordt om zich verder te bekwamen in gedeelde besluitvorming, op welke wijze zou de training toegankelijk gemaakt moeten worden?		
Digitaal via de website van de Federatie Medisch Specialisten	54,1 (124)	63,7 (368)
Fysiek op inschrijving via de academie medisch specialisten	45,9 (105)	36,3 (210)
Indien er een training voor medisch specialisten ontwikkeld wordt om zich verder te bekwamen in gedeelde besluitvorming, aan welke aspecten van gezamenlijke besluitvorming zou hierin dan aandacht moeten worden besteed?#		
Overzichtelijker patiënten kunnen informeren over alle behandelopties	44,1 (101)	43,4 (251)
Stimuleren van participatie van patiënten in het beslisproces	55,5 (127)	47,9 (277)
Het uitvragen van datgene dat belangrijk is voor de patiënt bij het maken van een beslissing	67,2 (154)	56,2 (325)
Gesprekstechnieken	48,5 (111)	42,4 (245)
Toepassen van keuzehulpen	52,4 (120)	53,8 (311)
Plannen en doorlopen van het beslisproces	39,3 (90)	39,4 (228)
Anders	10,9 (25)	9,9 (57)
# Meer antwoorden mogelijk		

Appendix D. Taxonomie Légaré – belemmerende en ondersteunende factoren

Table 1
Taxonomy of barriers and facilitators and their definitions

Knowledge	
Lack of awareness	Inability to correctly acknowledge the existence of shared decision-making (SDM) [9]
Lack of familiarity	Inability to correctly answer questions about SDM content, as well as self-reported lack of familiarity [9]
Forgetting	Inadvertently omitting to implement SDM [16]
Attitudes	
Lack of agreement with specific components of shared decision-making	
Interpretation of evidence	Not believing that specific elements of SDM are supported by scientific evidence [9]
Lack of applicability	
Characteristics of the patient	Lack of agreement with the applicability of SDM to practice population based on the characteristics of the patient [9]
Clinical situation	Lack of agreement with the applicability of SDM to practice population based on the clinical situation [9]
Asking patient about his/her preferred role in decision-making	Lack of agreement with a specific component of SDM such as asking patients about their preferred role in decision-making [9]
Asking patient about support or undue pressure	Lack of agreement with a specific component of SDM such as asking patients about support and/or undue pressure [9]
Asking about values/clarifying values	Lack of agreement with a specific component of SDM such as asking patients about values [9]
Not cost-beneficial	Perception that there will be increased costs if SDM is implemented [10]
Lack of confidence in the developers	Lack of confidence in the individuals who are responsible for developing or presenting SDM [9]
Lack of agreement in general	
"Too cookbook"—too rigid to be applicable	Lack of agreement with SDM because it is too artificial [9]
Challenge to autonomy	Lack of agreement with SDM because it is a threat to professional autonomy [9]
Biased synthesis	Perception that the authors were biased [9]
Not practical	Lack of agreement with SDM because it is unclear or impractical to follow [10]
Overall lack of agreement with using the model (not specified why)	Lack of agreement with SDM in general (unspecified) [9]
Lack of expectancy	
Patient's outcome	Perception that performance following the use of SDM will not lead to improved patient outcome [9]
Health care process	Perception that performance following the use of SDM will not lead to improved health care process [10]
Feeling expectancy	Perception that performance following the use of SDM will provoke difficult feelings and/or does not take into account existing feelings [10]
Lack of self-efficacy	Belief that one cannot perform SDM [9]
Lack of motivation	Lack of motivation to use SDM or to change one's habits [9]
Behaviour	
External barriers	
Factors associated with patient	
Preferences of patients	Perceived inability to reconcile patient preferences with the use of SDM [9]
Factors associated with shared decision-making as an innovation	
Lack of triability	Perception that SDM cannot be experimented with on a limited basis [12]
Lack of compatibility	Perception that SDM is not consistent with one's own approach [12]
Complexity	Perception that SDM is difficult to understand and to put into use [12]
Lack of observability	Lack of visibility of the results of using SDM [12]
Not communicable	Perception that it is not possible to create and share information with one another in order to reach a mutual understanding of SDM [12]
Increased uncertainty	Perception that the use of SDM will increase uncertainty (for example, lack of predictability, of structure, of information) [12]
Not modifiable/way of doing it	Lack of flexibility to the extent that SDM is not changeable or modifiable by a user in the process of its adoption and implementation [12]
Factors associated with environmental factors	
Time pressure	Insufficient time to put SDM into practice [12]
Lack of resources	Insufficient materials or staff to put SDM into practice [10]
Organizational constraints	Insufficient support from the organization
Lack of access to services	Inadequate access to actual or alternative health care services to put SDM into practice [10]
Lack of reimbursement	Insufficient reimbursement for putting SDM into practice [10]
Perceived increase in malpractice liability	Risk of legal actions is increased if SDM is put into practice [10]
Sharing responsibility with patient*	Using SDM lowers the responsibility of the health professional because it is shared with patient

* Only for the facilitator assessment taxonomy.

Appendix F. Framework Towle – Competencies gezamenlijke besluitvorming

Towle, 1999 Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ, 1999

Towle, 2006 Putting informed and shared decision making into practice. Health Expectations. 2006

The capacity to engage in informed shared decision making is characterized by a set of necessary and sufficient competencies. A framework for teaching, learning, practice, and investigation. Based on a literature review, interviews and focus groups the authors defined a set of eight competencies for physicians.

The basic concepts inherent to informed shared decision making, and thus underlying the competencies, are:

Partnership

1. Develop a partnership with the patient (PARTNERSHIP)

Explicit dialogue

2. Establish or review the patient's preferences for information (INFORMATION)
3. Establish or review the patient's preferences for role in decision making (such as risk taking and degree of involvement of self and others) and the existence and nature of any uncertainty about the course of action to take (ROLE)

An informed patient and physician

4. Ascertain and respond to patient's ideas, concerns, and expectations (such as about disease management options) (IDEAS)
5. Identify choices (including ideas and information that the patient may have) and evaluate the research evidence in relation to the individual patient (CHOICES)
6. Present (or direct patient to) evidence, taking into account competencies 2 and 3, framing effects (how presentation of the information may influence decision making), etc. Help patient to reflect on and assess the impact of alternative decisions with regard to his or her values and lifestyle (EVIDENCE)

Shared decision making

6. Present (or direct patient to) evidence, taking into account competencies 2 and 3, framing effects (how presentation of the information may influence decision making), etc. Help patient to reflect on and assess the impact of alternative decisions with regard to his or her values and lifestyle (EVIDENCE)
7. Make or negotiate a decision in partnership with the patient and resolve conflict (DECISION)

Completeness

8. Agree an action plan and complete arrangements for follow-up (PLAN)