



Hogeschool Utrecht
Kenniscentrum
Innovatie van Zorgverlening
Lectoraat Vraaggestuurde Zorg

Faculteit Gezondheidszorg
Heidelberglaan 7
3584 CS Utrecht
Postbus 12011
T 088 - 481 51 51
E kenniscentrumivz@hu.nl

Het Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening (IvZ) van Hogeschool Utrecht doet praktijkgericht onderzoek naar patiëntenzorg, met als doel de gezondheid en het welbevinden van patiënten te verbeteren. Al het onderzoek is erop gericht mensen met een ziekte langer zelfstandig en zelfredzaam te laten zijn. Het kenniscentrum doet onderzoek op het gebied van ouderen- en familie zorg, bewegen en gezondheid, logopedie, het doorvoeren van farmaceutische innovaties en gebruik van technologie in de zorg. Het Kenniscentrum IvZ bestaat uit een aantal lectoraten, gericht op de vakgebieden waarvoor de Faculteit Gezondheidszorg (FG) professionals opleidt.

Artikel Praktijkgericht Onderzoek

DE KRITISCHE PATIËNT VANUIT HET OOGPUNT VAN DE NEDERLANDSE HUISARTS

S.K. Datai^a, M. Luijten^b

^aStudente Farmakunde en stagiaire Lectoraat Vraaggestuurde Zorg

^bBegeleidster en onderzoekster Lectoraat Vraaggestuurde Zorg

*Correspondentie: karishma.datai@student.hu.nl

Kernpunten

- Er is vraag naar een verschuiving van autoritaire naar participatieve geneeskunde.
- Artsen vinden het prettig om in gesprek te gaan met de patiënt en hen voor te lichten over hun gezondheidsklacht en de beschikbare behandelopties.
- Het wel of niet toepassen van gezamenlijke besluitvorming is afhankelijk van de zorgvraag van patiënten en de stadia van hun klachten: de medische rechtvaardiging staat te allen tijde voorop.

Abstract

Doel Dit onderzoek is erop gericht inzicht te krijgen in de houding van huisartsen ten opzichte van de gezamenlijke besluitvorming voor een behandelplan met een kritische patiënt. **Ontwerp** Een kwalitatieve studie werd verricht middels het analyseren van gegevens van semigestructureerde interviews onder huisartsen met behulp van een topiclijst. **Methode** De interviews werden middels een geluidsrecorder openomen, getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van conventionele analysemethoden. **Resultaten** Er is een respons behaald van (n=5) huisartsen. Over het algemeen is geconstateerd dat de basishouding van de deelnemers neutraal en kalm is. Zij vinden het aangenaam om een dialoog te voeren met een kritische patiënt. Daarnaast maken huisartsen een onderscheid tussen positief en negatief kritische patiënten. Ontstane spanningsvelden tussen wat richtlijnen voorschrijven en de voorkeur van patiënten nemen zij op verschillende manieren weg. **Conclusie** Huisartsen zijn empathisch en hebben begrip voor de kritische houding. Volgens hen is de oorzaak van een kritische houding ongerustheid over gezondheidsklachten en het regie willen houden over het eigen lichaam. Zij zijn van mening dat juist daarom de objectieve visie van een huisarts, bij besluitvorming met de individuele patiënt, meerwaarde heeft. De deelnemers gaven aan gezamenlijke besluitvorming toe te passen. Uit deze studie blijkt echter dat de aanpak van huisartsen in werkelijkheid wijst op een vorm van informed consent.

Inleiding

In de afgelopen decennia is in de zorgpraktijk merkbaar dat patiënten kritischer en mondiger zijn geworden over de adviezen die zij krijgen van hun zorgprofessional (Rossen, 2016). Vanaf de jaren zeventig is meer nadruk komen te liggen op verantwoordelijkheid en autonomie over de individuele gezondheid in de Nederlandse samenleving. In de zorg wordt het daardoor steeds vanzelfsprekender dat de patiënt mee besluit over de behandeling (Mol, 2006).

Ook de overheid doet een steeds groter beroep op de autonome patiënt vanuit de opvatting dat vraaggestuurde zorg en kwaliteitsverbetering in de zorg niet mogelijk zijn zonder de inbreng en inzichten van de patiënt (van Egmond, Heerings, & Munnichs, 2014). Mondigheid is hierbij een voorwaarde voor een goed werkend zorgsysteem en goede kwaliteit van zorg. Voor patiënten betekent dit dat zij meer autonomie en keuzevrijheid krijgen om hun leven te leiden naar eigen principes en overtuigingen (Stüssgen, 1997). Zij kunnen kiezen voor vormen van zorg die beter aansluiten bij hun individuele zorgvraag. Dit wordt vooral ingegeven door verandering in het beleid naar marktwerking in de zorg (Kooiker & Hoeymans, 2014).

Binnen de gezondheidszorg is het gebruik van internet niet meer weg te denken. Steeds meer mensen raadplegen het internet voor medische informatie. Het is daarom niet vreemd dat patiënten de huisarts een artikel van het internet laten zien met de vraag of het aanbevolen geneesmiddel iets aan hun klachten zou kunnen doen (Rossen, 2016). Patiënten willen met hun

huisarts kunnen overleggen over de verschillende behandelmogelijkheden. Persoonlijke continuïteit tussen huisarts en patiënt wordt belangrijker gevonden naarmate de zorgvraag toeneemt. Voor de toekomst wordt van de huisarts verwacht dat zijn competenties in de pas blijven lopen met de toenemende mogelijkheden op het gebied van diagnostiek, behandeling en preventie. Er wordt een houding van hen verwacht, gericht op gezamenlijke besluitvorming (NHG-LHV-IOH, 2012).

In het oude paternalistische model stelde de arts de diagnose en schreef eenzijdig de behandeling voor. Gaandeweg is dit model verlaten en heeft het plaatsgemaakt voor informed consent, waarbij de patiënt instemt met de behandeling na hierover te zijn geïnformeerd door de arts. Nu is er steeds meer vraag naar gezamenlijke besluitvorming; een verschuiving van autoritaire naar participatieve geneeskunde (NHG-LHV-IOH, 2012).

Bij de keuze van een behandelplan handelt de arts doorgaans volgens het EBM (Evidence-based medicine) principe. Hierin is de expertise van de zorgprofessional en beschikbare evidence leidend en niet de behoefte van de patiënt. Dit is een probleem voor de individuele patiënt, omdat hiermee niet zeker is dat hij de zorg en behandeling krijgt die aansluiten bij zijn persoonlijke situatie en voorkeuren. Het spanningsveld tussen EBM en patiëntgerichte zorg wordt hierin zichtbaar. Toekomstige generaties zullen meer in staat zijn tot zelfregie. Niet alleen omdat de technologische en maatschappelijke trends doorzetten, maar ook omdat opleidingen veranderen en zij een kritische houding aangeleerd krijgen. De jonge generatie patiënten zal uit zichzelf meer behoefte hebben aan gezamenlijke besluitvorming (Hoeymans, et al., 2014).

In de behandelrelatie in de spreekkamer speelt het eerdergenoemde mogelijke spanningsveld tussen EBM en patiëntgerichte zorg een grote rol. Vanuit de wetenschap is veel onderzoek gedaan naar de competenties en voorkeuren van patiënten. Hierbij zijn aanbevelingen voor artsen gedefinieerd. De houding van de arts hierop is in beperkte mate onderzocht. Het doel van deze studie was het verkrijgen van inzicht in de houding van huisartsen ten opzichte van de gezamenlijke besluitvorming voor een behandelplan met een kritische patiënt. Voor de studie zijn hoofd- en deelvragen geformuleerd (figuur 1).

Wat is de houding van huisartsen ten opzichte van de gezamenlijke besluitvorming voor een behandelplan met een kritische patiënt?

- | | |
|------|--|
| I. | Wat vinden huisartsen van het nemen van een besluit samen met een kritische patiënt en welke ervaringen hebben zij met een kritische patiënt gedurende de gezamenlijke besluitvorming? |
| II. | Hoe ervaren huisartsen hun veranderende rol in de gezamenlijke besluitvorming met de kritische patiënt? |
| III. | Wat is de mening van huisartsen over de toegenomen kennis van een kritische patiënt bij de keuze voor een behandelplan en hoe gaan zij daarmee om? |
| IV. | Hoe gaan huisartsen om met het spanningsveld tussen Evidence-based medicine en de voorkeur van een kritische patiënt bij de keuze voor een behandelplan? |
-

Figuur 1. Hoofd- en deelvragen studie

Methode

Een kwalitatieve studie werd verricht middels het analyseren van gegevens van semigestructureerde interviews onder huisartsen met behulp van een topiclijst. De topiclijst werd aan de hand van een vooraf gedane probleemanalyse opgesteld. Kwalitatief onderzoek is een ideale aanpak voor het verkennen van nieuwe onderzoeksgebieden van een studie en voor het ontdekken van overtuigingen, waarden en drijfveren (Verhoeven, 2010).

Er is gekozen voor het uitvoeren van een selecte steekproef (N=10) onder Almeerse huisartsen. Het streven was om zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen in de onderzoekspopulatie op te nemen, in de leeftijdscategorie 25-55 jaar met 1-15 jaar werkervaring, om op deze manier mogelijke verschillen en/of overeenkomsten te signaleren gedurende de studie.



De werving van deelnemers vond plaats middels een directe uitnodiging via e-mail. In deze mail werd een korte introductie gegeven over de studie en werd de huisarts gevraagd om zijn medewerking. Indien geen antwoord werd ontvangen binnen een week, werd telefonisch contact opgenomen met de desbetreffende huisartsenpraktijk en werd een herinneringsmail verzonden. Wanneer binnen twee weken geen of non-respons werd gegeven, werden de deelnemers gemarkeerd als niet geïnteresseerd. Deelnemers van wie een respons werd ontvangen, werden via de doktersassistente telefonisch voor een interviewafspraken ingepland.

Een onderzoekster^a voerde de individuele gesprekken. Inleidend werd een introductie gegeven over de studie en werd de anonimiteit van het interview benadrukt, waarna het interview van start ging. Allereerst werd aan de deelnemer vragen gesteld over de rol als huisarts en daarna over de ervaringen met een kritische patiënt. Vervolgens werd het onderwerp 'gezamenlijke besluitvorming' besproken. De interviews hadden een duur van 20-25 minuten. Een waardevol detail is dat voorafgaand aan de dataverzameling twee testinterviews werden afgenomen met de onderzoeksbegeleidster^b om hiaten in interviewvragen te signaleren.

De interviews werden opgenomen middels een geluidsrecorder. Daarna werden de opnames letterlijk getranscribeerd en geanonimiseerd om elke mogelijkheid tot identificatie van de deelnemers of andere mensen en praktijken uit te sluiten. De geanonimiseerde transcripten werden vervolgens doorgestuurd naar de deelnemers voor controle. De transcriptie, bewerking en analyse van resultaten werden vastgelegd in Microsoft Word. De codering werd uitgevoerd volgens de methode van Verhoeven (figuur 2).

STAP	ACTIVITEIT CODERINGSproces
1	De belangrijke fragmenten open coderen door labels toe te kennen
2	De fragmenten ordenen door codes te groeperen op thema en categorie
3	Een hiërarchie bepalen voor de codes
4	Controle analyse middels een peer review door de tweede beoordelaar
5	Verbanden zoeken tussen de codes
6	Conclusies trekken

Figuur 2. Stappenplan coderen (Verhoeven, 2010)

Gedurende het coderingsproces werden handgeschreven notities gemaakt om indrukken vast te leggen en om de identificatie van thema's en patronen te vergemakkelijken. Vervolgens werden de labels middels een peer review met elkaar vergeleken tijdens discussiesessies^{ab}. Het geheel van data-analyse en bewerking geschiedde via een iteratief proces.

Resultaten

Voor deze studie werden 42 huisartsenpraktijken (ca. 190 huisartsen) benaderd, waarvan een respons is ontvangen van N=5 huisartsen (figuur 3).

Respons: 5 • Non-respons: 10					
DEELNEMER	A	B	C	D	E
GESLACHT	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Man	Vrouw
LEEFTIJD	61	51	50	38	35
ERVARINGSJAREN	25	18	14	6	7

Figuur 3. Deelnemerskarakteristieken

Gedurende de analyse werden de drie hoofdthema's: houding, ervaring en mening van huisartsen geïdentificeerd ten opzichte van vier categorieën:

- De rol als huisarts;
- Een kritische patiënt;
- De beschikbaarheid van medische informatie op het internet;
- Gezamenlijke besluitvorming.



In de voorkeur van huisartsen voor hun rol komt naar voren dat zij de gedeelde besluitvorming omarmen. Artsen vinden het prettig om in gesprek te gaan met de patiënt en hen voor te lichten over hun klacht en de beschikbare behandelopties. Het bespreken van de zorgvraag, het informeren van de patiënt en het opbouwen van een vertrouwensrelatie worden benoemd als kerntaken. De paternalistische rol daarentegen wordt getypeerd als ouderwets en ongepast.

“Ik geef informatie aan de patiënt en daarna geef ik aan welke opties er zijn. Vervolgens mag de patiënt vertellen wat hij wil.”

Volgens de deelnemende huisartsen is een onderscheid te maken tussen positief en negatief kritische patiënten. Over positief kritische patiënten wordt verteld dat zij open-minded zijn en de expertise van de arts respecteren. Daarnaast hebben zij zich goed ingelezen in hun klacht en mogelijke behandelopties én zijn ze bereid om een besluit samen te nemen. Positief kritische patiënten zijn gewild door huisartsen.

“Dat je het goed met elkaar over een bepaalde situatie kan hebben, dat vind ik fijn! Zo kan je goed voor- en nadelen afwegen voor de casus van de patiënt. Daarom houd ik van kritische patiënten.”

“Kritisch vind ik prettig, maar mondig of brutaal vind ik niet leuk.”

Een negatief kritische patiënt wordt beschreven als mondig en aanhoudend. Deze patiënten hebben volgens artsen vaak minder kennis van zaken en zijn tijdens het overleg niet in staat om doorgegeven informatie te begrijpen. Ook zijn zij geneigd een overweldigende houding aan te nemen.

Huisartsen geven aan begrip te hebben voor de kritische houding van patiënten, omdat deze ongerust zijn omwille van hun gezondheidsklacht. Daarnaast willen patiënten doorgaans de regie houden over het eigen lichaam. Derhalve is de rol van de huisarts belangrijk, omdat de arts te allen tijde een objectieve kijk heeft en niet een door emotie geleide beslissing neemt.

Doorgaans wordt het gebruik van internet voor het opzoeken van medische informatie over hun klacht gestimuleerd door de huisartsen. Zij verwijzen hun patiënten immers ook door naar de NHG patiëntenwebsite (Thuisarts.nl). Artsen ervaren het als prettig wanneer de patiënt betrokken is bij zijn zorgvraag en goed geïnformeerd de spreekkamer binnenkomt. Anderzijds geven artsen aan dat gevonden informatie onnodige zorgen kunnen zaaien bij de patiënt. De informatie is niet altijd betrouwbaar, waardoor patiënten op het verkeerde pad gebracht worden.

“Ik ondervind meestal geen problemen. De NHG is een goede richtlijn, maar als de patiënt liever iets anders wil en een sterke voorkeur heeft, dan wil ik mensen wel tegemoetkomen, mits het de patiënt geen schade toebrengt. Ik ben wel heel duidelijk wanneer ik iets niet zinvol of onverantwoord vind.”

Vrijwel alle deelnemers meldden dat gezamenlijke besluitvorming afhankelijk is van de beschikbaarheid van verschillende behandelmogelijkheden. Daarnaast speelt de ernst van de klacht en het ziektestadium een essentiële rol. De medische rechtvaardiging staat voorop. De huisarts kan niet altijd de voorkeur van kritische patiënten tegemoetkomen. Als gevolg hiervan zijn patiënten soms niet tevreden met genomen beslissingen, waardoor een spanningsveld ontstaat tussen EBM en de voorkeur van de patiënt. Het gevoel van huisartsen in dergelijke situaties is vaak neutraal en kalm. Ten eerste gaan zij hiermee om door de patiënt positief te benaderen voor het gedane voorwerk. Vervolgens probeert de arts de patiënt inhoudelijk te

overtuigen van zijn advies. De arts geeft aan empathie te tonen en de keuze te betrekken op zichzelf. Een blijvend spanningsveld kan leiden tot een breuk in de vertrouwensband.

“Ik probeer de spanning eruit te halen door tegen de patiënt te zeggen: “Wat goed dat je informatie bent gaan opzoeken. Dat waardeer ik.” Je gaat een beetje mee met de patiënt. “Als ik de dingen bekijk, zoals ik die geleerd heb, zou ik keuze A prefereren voor mijzelf.”

Figuur 4 geeft een overzicht weer van de coderingen van de interviews.

Huisarts	Vormen van besluitvorming:	• Paternalistische wijze: ouderwets • Informed consent: situatie gebonden • Gezamenlijke besluitvorming: wordt geambieerd
	Rollen huisarts:	• Coachen • Voorlichten • Bespreken zorgvraag en verloop • Gezondheid bevorderen patiënt • Vertrouwensrelatie opbouwen • Organiseren spreekuur
Patiënt	Houding patiënt algemeen:	• Ongerust • Begrijpen • Vertrouwen • Respecteren • Eigen regie willen houden
	Houding kritische patiënt:	Als negatief ervaren: • Mondig • Aanhoudend • Leek • Aanvallend • Bevooroordeeld Als positief ervaren: • Open-minded • Respecteren expertise huisarts • Vooraf geïnformeerd • Kritische blik • Nieuwsgierig • Betrokken • Besluit samen willen nemen • Begrijpen
Internet	Positieve argumenten:	• Laagdrempelig • Voorkennis patiënt als prettig bevonden • Gebruik NHG-site: thuisarts.nl wordt gestimuleerd
	Negatieve argumenten:	• Op het verkeerde pad brengen • Angst en zorgen zaaien • Onbetrouwbaar • Verrassende uitkomsten
Gezamenlijke besluitvorming	Bepalende factoren:	• Waardering expertise huisarts • Vertrouwensband • Beschikbaarheid van verschillende opties • Medische rechtvaardiging patiëntkeuze ten einde patiënt tegemoet te komen • Voldoende tijd
	Houding huisarts:	• Patiënt positief benaderen voor gedane voorwerk • Patiënt inhoudelijk overtuigen • Empathie tonen • Besluit persoonlijk betrekken • Tegemoetkomen indien medisch rechtvaardigt
	Gevoel en emotie huisarts:	• Prettig om gesprek met patiënt aan te gaan • Vaak neutraal bij ontstaan spanningsveld • Waakzaam • Bezorgd • Geërgerd • Kalm
	Breuk vertrouwensband en/of beëindiging behandelrelatie bij spanningen	
	Niveau gezondheidsvaardigheden te hoog ingeschat	
Vaardigheden en competenties	Zelfbeheersing	
	Patiëntgerichte aanpak	
	Communicatievaardigheden:	• Motiverende gesprekstechnieken • Overtuigende gesprekstechnieken • Confrontatie technieken

Figuur 4. Resultatenschema



Beschouwing

In deze studie werd de houding van artsen onderzocht ten aanzien van gezamenlijke besluitvorming met een kritische patiënt. Volgens de bevindingen is de basishouding van huisartsen neutraal en kalm. Zij vinden het aangenaam om een dialoog te voeren met een kritische patiënt en maken een onderscheid tussen positief (zoals geïnformeerd) en negatief (zoals mondig) kritische patiënten.

Huisartsen zijn empathisch en hebben begrip voor de kritische houding. Volgens hen is de oorzaak van een kritische houding ongerustheid over gezondheidsklachten en het regie willen houden over het eigen lichaam. Zij zijn van mening dat juist daarom de objectieve kijk van een huisarts, bij besluitvorming met de individuele patiënt, meerwaarde heeft.

Aan het begin van de interviews gaven de deelnemers aan, gezamenlijke besluitvorming toe te passen, maar meldden ook dat afhankelijk van de zorgvraag van patiënten en de stadia van hun klachten, zij dit wel of niet kunnen toepassen. De medische rechtvaardiging staat voor hen voorop. De onderzoeksters^{ab} constateerden na de analyse dat de aanpak van huisartsen in werkelijkheid wees op een vorm van informed consent.

De bevindingen uit dit onderzoek zijn nieuw voor Almere en Nederland. Eerder is wel onderzoek gedaan naar de ervaring van zorgprofessionals met gezamenlijke besluitvorming in het algemeen (Ratté, Légaré, Gravel, & Graham, 2008). Deze onderzoeken waren niet expliciet gericht op huisartsen ten opzichte van kritische patiënten. Artsen vertelden dat zij in staat zijn patiënten te beïnvloeden bij het nemen van een besluit. Dit is in lijn met de resultaten van een onderzoek waaruit bleek dat een groot aantal overtuigende strategieën werd gebruikt door artsen bij besluitvorming (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009). Op grond hiervan rijst nu de vraag of het dan gezamenlijke besluitvorming betreft.

Aangaande de betrouwbaarheid van dit onderzoek is het belangrijk om te weten dat de besproken onderwerpen gedurende de interviews sterk overeenkwamen. De interviews werden op een semigestructureerde wijze afgenomen en alle deelnemers zijn op dezelfde wijze ondervraagd. Dit is geconstateerd tijdens de analyse van de transcripten. Verder werd waargenomen dat de onderzoekster regelmatig suggestieve vragen en meerdere vragen achter elkaar stelde. Dit kan geleid hebben tot het mislopen van nuttige informatie.

Het onderzoeksproces bij het labelen van de interviews verliep zoals vooraf vastgesteld (Verhoeven, 2010). Bij de controle van de analyse werden dezelfde labels toegekend middels een peer review door de tweede beoordelaar^b. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de resultaten.

Een beperkende factor was de beschikbare tijd om deze studie uit te voeren. Binnen zeer korte tijd werden deelnemers geworven, werd data verzameld en geanalyseerd. Het beoogde respons (N=10) is niet behaald. Daarnaast betrof dit onderzoek een selecte steekproef. Het terecht komen van de onderzoekspopulatie in de studie was afhankelijk van de keuzes van de onderzoekster. De conclusies naar aanleiding van deze studie kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden voor alle huisartsen vanwege onvoldoende respons. De gevonden resultaten geven wel een goede kijk op de houding van deelnemende artsen.

Tenslotte heeft deze studie het mogelijk gemaakt om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. De deelvragen zijn niet onbeantwoord gebleven met uitzondering van deelvraag II. Op de vraag hoe huisartsen hun veranderende rol in de gezamenlijke besluitvorming met de kritische patiënt ervaren, is geen concreet antwoord gevonden. Dit komt door het feit dat huisartsen vooraf aangaven voorstander te zijn van het nemen van besluiten samen met de patiënt en dit altijd op deze manier gedaan te hebben. Er kan gespeculeerd worden over hoe deelnemende huisartsen gezamenlijke besluitvorming werkelijk definiëren.

De overige verkregen resultaten waren voldoende toereikend om conclusies te kunnen trekken. De bevindingen van deze studie geven meer inzicht en geven aanleiding om dit onderwerp verder uit te diepen om Nederlandse huisartsen te ondersteunen naar participatieve geneeskunde.

Bij een vervolgonderzoek is het aan te bevelen een bredere onderzoekspopulatie te definiëren om meer zicht te krijgen op dit terrein. Verder is het aan te raden naast de gebruikte wervingsmethode andere methoden te selecteren voor het behalen van een grotere respons. Hierbij kan gedacht worden aan het benaderen van beroepsverenigingen. Ten tweede dient aandacht besteed te worden aan de inhoud van de interviews. Aanbevolen wordt om hierbij de definitie van gezamenlijke besluitvorming vanuit het oogpunt van de huisarts expliciet te includeren.

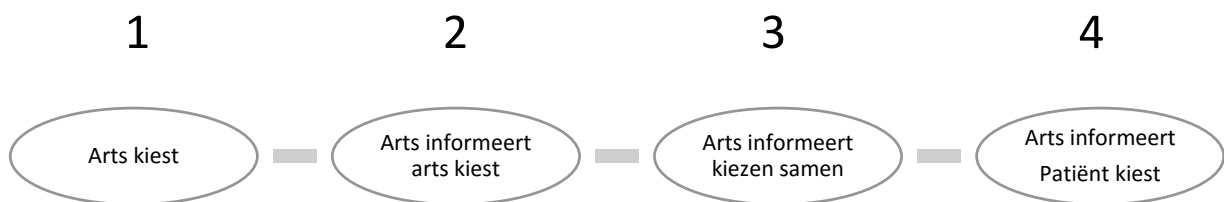
Bibliografie

- Hoeymans, N., van Loon, A., van den Berg, M., Harbers, M., Hilderink, H., van Oers, J., & Schoemaker, C. (2014). *Een Gezonder Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- Karnieli-Miller, O., & Eisikovits, Z. (2009). Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Social Science & Medicine*, 69.
- Kooiker, S., & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en gezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen; Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.
- NHG-LHV-IOH. (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*. Utrecht: LHV en het NHG i.s.m. het IOH.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 2072–2078.
- Offringa et al. (2008). *Inleiding in evidence-based medicine*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ratté, S., Légaré, F., Gravel, K., & Graham, L. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education & Counseling (PEC)*, 73.
- Rossen, N. (2016, maart 1). *De geïnformeerde patiënt bepaalt*. Opgehaald van Medicijn Balans: <http://medicijnbalans.nl/article/50761#sthash%2EGDHCBNJB%2Edpuf>
- RVS. (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Stüssgen, R. (1997). *De nieuwe patiënt op weg naar autonomie*. Utrecht: Proefschrift Universiteit Utrecht.
- van Egmond, S., Heerings, M., & Munnichs, G. (2014). *Sterke verhalen uit het ziekenhuis: Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken in het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom-onderwijs.

Bijlage 1 Interview topiclijst

Datum interview: ____-____-____

Persoonlijke kenmerken huisarts	
Naam	M/V
E-mailadres	
Leeftijd	
Aantal jaren ervaring in het vak	
Huisartspraktijk	
Plaats	



Topic 1: de rol van huisartsen	Aantekeningen
Volgens de literatuur zijn er verschillende rollen van huisartsen/verschillende typen huisartsen. - In welke rol herkent u zich het meest? - Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie waaruit blijkt dat u deze rol bekleedt?	1. Arts kiest altijd 2. Uitgebreid informeren zelf keuze maken 3. Voor en nadelen, prognose bespreken, samen 4. Niet meer samen, patiënt kiest alleen
- Wat vindt u van de overige rollen? - In hoeverre herkent u zich in de overige rollen? - Hoe ervaart u deze rollen?	
- In hoeverre verschilt uw rol als arts bij chronische/nieuwe gediagnostiseerde patiënten? - Welke rol heeft uw voorkeur? Waarom?	
Met de komst van social media en technologische ontwikkeling is er een verandering merkbaar in de samenleving. Men kan gemakkelijk informatie over de behandeling en medicatie opzoeken bijvoorbeeld. - Wat vindt u van deze ontwikkeling? - Is deze verandering merkbaar in de spreekkamer? - Wat vindt u daarvan? - Kunt u een voorbeeld noemen?	Positieve ontwikkeling - negatieve ontwikkeling
- Wat voor gevolgen heeft dit voor uw rol? - Wat vindt u daarvan? - Hoe ervaart u deze verandering? - In hoeverre voelt u zich klaar voor een nieuwe rol?	(Heeft u een beeld bij de verandering van rollen t.o.v. de jaren 70 en nu?)

Topic 2: een kritische patiënt	Dan wil ik graag een overstap maken naar het volgende onderwerp
In toenemende mate worden patiënten mondiger, zijn vaak hoog opgeleid en hebben een bepaald reflectief vermogen. Waardoor ze kritisch tegenover bepaalde zaken staan. - Wat is uw beeld bij een kritische patiënt - Hoe vindt u het om dit type patiënt in uw spreekkamer te hebben? - Kunt u een voorbeeld noemen van een ervaring met een kritische patiënt? - Hoe stond u daartegenover? Wat vond u daarvan? Wat was uw houding? - Neemt u de besluiten met kritische patiënt samen of laat u hen zelf kiezen? - Welk <u>bolletje</u>? - Hoe gaat u om met de toegenomen kennis van de <u>kritische</u> patiënt?	Kenmerken: Mondig - Geïnformeerd - eigenwijs Gezondheidsvaardigheden: 1. basisvaardigheden: lezen en schrijven 2. informatie begrijpen, kunnen communiceren, informatie halen uit bronnen en interpreteren 3. kritisch reflecteren Verantwoordelijkheid van: _____
Topic 3: gezamenlijke besluitvorming	Doorgaan naar het laatste kopje
Stel dat u de patiënt een behandelplan voorschrijft op basis van Evidence-based medicine en de patiënt heeft een andere keuze voor ogen. - Hoe gaat u om met dat spanningsveld tussen Evidence-based medicine en de voorkeur van de patiënt? - Welke stappen neemt u in zo'n situatie? Is er een patroon/model die u hanteert bij het type: kritische patiënt?	Hoe gaan huisartsen om met het spanningsveld tussen Evidence-based medicine en de voorkeur van een kritische patiënt bij de keuze voor een behandelplan?
- Zijn er op het gebied van besluitvorming in de keuze van de behandeling competenties of vaardigheden die u mist of verder zou willen ontwikkelen?	
- Wat is volgens u het ideaal plaatje bij een gezamenlijke besluitvorming met een kritische patiënt?	

Opmerkingen/notities