Gebruik van een shared decision making-beslishulp voor de behandeling van wratten bij kinderen in de huisartsenpraktijk: ervaringen, barrières en invloed op behandelkeuze

Studenten: Louise Le Borgne, UGent
Jens Defoor, KU Leuven
Gerben De Winter, KU Leuven

Promotoren: Mieke Vermandere, KU Leuven
Trudy Bekkering, KU Leuven

Co-promotoren: Jasmien Jaeken, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Context

Shared decision making (SDM) is een consultatiemodel waarbij arts en patiënt samen tot een medische beslissing komen. Beslishulpen kunnen dit proces ondersteunen door de verschillende behandelopties en hun voor- en nadelen overzichtelijk weer te geven. Bij de behandeling van wratten bij kinderen bestaan meerdere behandelopties, maar in de praktijk lijkt cryotherapie vaak de voorkeursbehandeling. In welke mate alternatieven besproken worden en of een SDM-beslishulp hierbij kan ondersteunen, is onvoldoende onderzocht.

Objectief

Deze studie onderzoekt ten eerste hoe ouders en kinderen het gebruik van een SDM-beslishulp bij wrattenbehandeling bij kinderen ervaren. Ten tweede onderzoekt het welke ervaringen en barrières artsen rapporteren rond het gebruik van SDM en de beslishulp. Ten slotte wordt geanalyseerd of het gebruik van een beslishulp gepaard gaat met een verandering in behandelkeuze.

Methode

In een mixed-methods studie in zes huisartsenpraktijken werd een beslishulp gebruikt tijdens consultaties bij kinderen met wratten. Huisartsen vulden voorafgaand aan het gebruik van de beslishulp een vragenlijst in en volgden een e-learning rond SDM. Ouders vulden na de consultatie een online vragenlijst in rond de ervaring met het consult en de beslishulp. Na afloop van de studie werden bij de artsen interviews afgenomen rond hun ervaringen en ervaren barrières bij het gebruiken van de beslishulp. Daarnaast werd via een audit van medische dossiers nagegaan of het gebruik van de beslishulp gepaard ging met veranderingen in behandelkeuze.

Resultaten

Twaalf ouders vulden de online vragenlijst volledig in en rapporteerden een positieve ervaring met de SDM-beslishulp. Alle ouders spraken een voorkeur uit voor consultaties waarbij deze werd toegepast, hoofdzakelijk door verhoogd begrip van de behandelopties en toegenomen betrokkenheid van het kind.

Tien huisartsen vulden de vragenlijst volledig in en bij alle vijftien artsen werd een interview afgenomen. Artsen stonden overwegend positief tegenover SDM en het gebruik van een beslishulp, maar rapporteerden barrières zoals tijdsdruk, casuscomplexiteit en gezondheidsvaardigheden bij de patiënt. Gebruiksvriendelijkheid en tijdsefficiëntie werden het vaakst gerapporteerd als essentiële kenmerken van een beslishulp.

Uit de interviews bleek dat de beslishulp het gesprek structureerde, de betrokkenheid van het kind verhoogde en artsen ondersteunde in het neutraler voorstellen van behandelopties. Tegelijk werden barrières gerapporteerd, waaronder de jonge leeftijd van patiënten, vooraf bestaande verwachtingen van ouders en de perceptie dat het gebruik van de beslishulp tijdsintensief is.

De audit toonde na de interventie een toename in het gebruik van salicylzuur, ten koste van zowel cryotherapie als afwachtend beleid.

Discussie

Deze studie toont aan dat het gebruik van een beslishulp bij wrattenbehandeling bij kinderen in de huisartsenpraktijk positief wordt ervaren door zowel ouders als huisartsen en kan bijdragen aan een verhoogde betrokkenheid. Hoewel er meer salicylzuurbehandeling gekozen wordt, kan op basis van deze studie geen causaliteit aangetoond worden.

De beperkte steekproefgrootte en mogelijke bias zorgen ervoor dat deze resultaten als basis moeten dienen voor verder onderzoek naar de rol van beslishulpen in de klinische praktijk.

Inhoudstafel

Abstract 3
Context 3
Objectief 3
Methode 3
Resultaten 3
Discussie 4
Introductie 6
Materialen en methodes 7
Studiedesign 7
Setting en deelnemers 8
Interventie 8
Dataverzameling 9
Data-analyse 10
Resultaten 11
Onderzoeksvraag 1 – ervaring ouders 11
Onderzoeksvraag 2 – ervaring artsen 14
Onderzoeksvraag 3 – behandelkeuze voor en na de interventie 25
Discussie 25
Samenvatting van resultaten 25
Sterktes en gebreken van de studie 28
Conclusie 29
Bibliografie 30
Bijlagen 33
Bijlage 1: SDM beslishulp 33
Bijlage 2: Poster/flyer ter bevordering van patiëntinclusie 35
Bijlage 3: Resultaten vragenlijst ouders van patiënten 36
Bijlage 4: Resultaten vragenlijst artsen pre-interventie 38
Bijlage 5: Semi-gestructureerde interviews artsen post-interventie 44
Bijlage 6: Audit via statistiek in CareConnect 45
Bijlage 7: Ervaringen en barrières rond SDM en een SDM-beslishulp post-interventie 45
Bijlage 8: Quotes uit de interviews met artsen 46

Introductie

Shared decision making (SDM) is een consultatiestijl waarbij arts en patiënt gezamenlijk tot een medische beslissing komen op basis van beschikbare wetenschappelijke evidentie, expertise van de arts en de waarden en voorkeuren van een patiënt. Het doel van SDM is het bevorderen van patiëntgerichte zorg en zo de ervaren kwaliteit en aanvaardbaarheid van beslissingen voor patiënten te verhogen. Het wordt voornamelijk toegepast in situaties waarin meerdere gelijkwaardige behandelopties bestaan. (1,2)

SDM wordt geassocieerd met verhoogde patiënttevredenheid, verbeterde therapietrouw, een sterkere arts-patiëntrelatie en meer respect voor patiëntautonomie. (3) Daarnaast kan SDM bijdragen tot efficiënter zorggebruik. Niettemin worden door artsen diverse barrières voor het toepassen van SDM beschreven zoals tijdsgebrek, verwachtingen bij patiënten, beperkte gezondheidsvaardigheden en een gebrek aan training of ondersteuning voor artsen. (4)

Ook binnen de pediatrie zijn patiënten, afhankelijk van leeftijd en maturiteit, in staat om actief te participeren in medische beslissingen. Betrokkenheid van het kind leidt evenzeer tot positieve resultaten met meer tevredenheid en gevoel van autonomie. Zelfs bij ingewikkelde beslissingen in kankerzorg, krijgen kinderen graag informatie en geven ze hun voorkeuren aan, zelfs als ze uiteindelijk niet beslissen. Desondanks wordt SDM bij pediatrische patiënten in de dagelijkse praktijk slechts beperkt toegepast. (5–9)

Het is aangetoond dat het gebruik van beslishulpen een manier is om SDM te faciliteren in de praktijk. Ze vergroten de kennis van patiënten rond de verschillende opties, verminderen de twijfel bij beslissingen en zorgen voor een meer actieve rol in het beslissen. De toepasbaarheid ervan in de huisartsenpraktijk is echter contextafhankelijk. (10)

De behandeling van wratten (verruca vulgaris en verruca plantaris) bij kinderen in de huisartsenpraktijk vormt een geschikt domein om het gebruik van SDM met behulp van een beslishulp te onderzoeken. Met een prevalentie van 2,8% in de algemene bevolking en 8,8% bij kinderen in de lagere schoolleeftijd, stellen wratten een frequente hulpvraag. Volgens de huidige richtlijnen van zowel het Nederlands Huisartsen Genootschap als UpToDate zijn cryotherapie, salicylzuurbehandeling en een afwachtend beleid evenwaardige behandelopties. De evidentie voor salicylzuur is zelfs kwaliteitsvoller dan die voor cryotherapie (graad 1A versus graad 1B). (11,12)

In Vlaanderen lijkt de voorkeursbehandeling voor wratten vaak cryotherapie te zijn. Het is onduidelijk in welke mate alternatieve behandelopties met patiënten worden besproken en op basis waarvan de behandelkeuze wordt gemaakt. Tijdens een lokaal overlegmoment (LOK), naar aanleiding van een thesis van Adriaan Verelst, bleek dat 86,7% van de huisartsen cryotherapie toepast, terwijl slechts 36,4% salicylzuur voorschrijft. (13) Deze bevindingen wijzen op een discrepantie tussen bestaande literatuur en praktijkvoering. Daarnaast is ook de kennis over SDM en meer specifiek over hoe dit moet worden toegepast beperkt. Artsen beschrijven een onvoldoende bekwaamheid en twijfel bij het gebruik van SDM. (14)

In 2023 ontwikkelde Emma Teerlinck in haar masterthesis een SDM-beslishulp om kinderen en hun ouders beter te informeren over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor wratten. *(Zie bijlage 1)* Het doel was om te evalueren hoe patiënten deze SDM ervaren. Hoewel deze

beslishulp als waardevol werd ervaren door artsen, konden geen conclusies getrokken worden omdat slechts één patiënt geïncludeerd werd. (15)

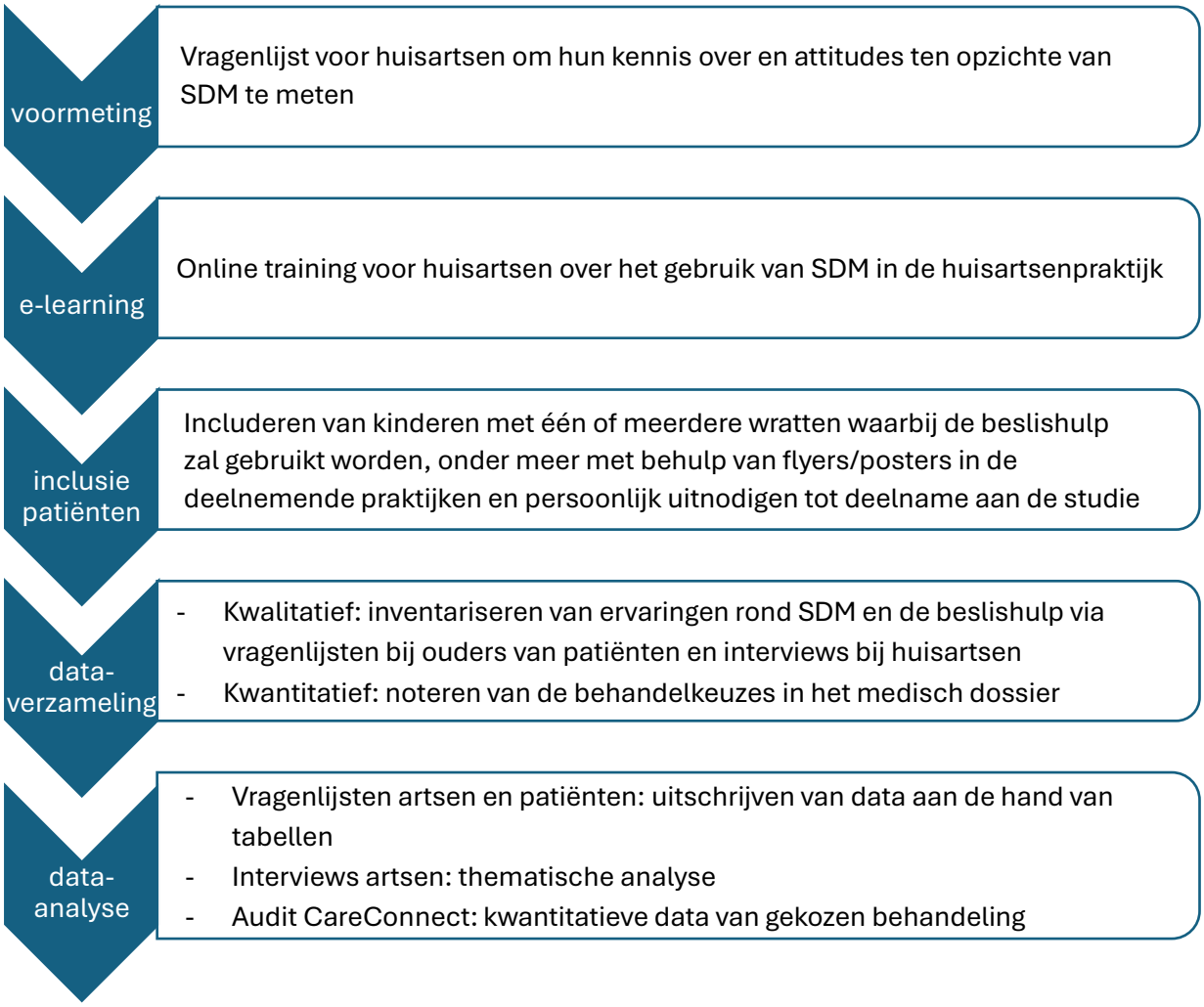
Deze studie bouwt hierop voort en onderzoekt het gebruik van een SDM-beslishulp bij de behandeling van wratten bij kinderen in de huisartsenpraktijk. Het doel van deze studie is drieledig en bestaat uit: 1. Evalueren hoe de SDM-beslishulp bij kinderen en hun ouders tijdens consulten over wrattenbehandeling ervaren wordt; 2. De ervaringen en barrières rond SDM en de SDM-beslishulp, vanuit het perspectief van de huisarts, in kaart brengen; 3. Het effect van de SDM-beslishulp op beleidskeuzes bij wrattenbehandeling weergeven.

Materialen en methodes

Studiedesign

Dit onderzoek hanteerde een mixed-methods design waarbij kwalitatieve en kwantitatieve gegevens parallel werden verzameld en geanalyseerd (figuur 1). Het studieprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van KU Leuven op 20 januari 2025. (MP032770)

Figuur 1: Tijdslijn mixed-methods onderzoek



Setting en deelnemers

De studie werd uitgevoerd in zes deelnemende huisartsenpraktijken in West-Vlaanderen van januari 2025 tot december 2025.

Huisartsen

De studie werd uitgevoerd binnen zes huisartsenpraktijken waarin de drie onderzoekers werkzaam waren. De keuze voor deze praktijken gebeurde omwille van de organisatorische haalbaarheid en de mogelijkheid tot nauwe opvolging van inclusie en het gebruik van de SDM-beslishulp bij de consultaties.

Alle huisartsen binnen deze praktijken ontvingen schriftelijke en mondelinge informatie over de studie en ondertekenden een informed consent voorafgaand aan deelname. In totaal namen alle 15 huisartsen werkende in deze praktijken deel aan de studie.

Patiënten

Kinderen van 6 tot en met 12 jaar met één of meerdere wratten op de handen en/of voeten kwamen in aanmerking voor deelname. Patiënten die reeds een actieve behandeling ondergingen, zoals cryotherapie, salicylzuurbehandeling, bleomycine-injecties of andere interventies, werden geëxcludeerd.

De selectie van patiënten gebeurde door de deelnemende huisartsen op basis van de vooraf vastgelegde inclusie- en exclusiecriteria.

Inclusieprocedure

Huisartsen werden door de onderzoekers gerekruteerd via persoonlijke persoonlijk contact. Deelname gebeurde op vrijwillige basis.

Alle patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden persoonlijk aangesproken door de artsen of het secretariaat van de deelnemende praktijken en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Gezien de lage respons in de eerdere studie waarop dit onderzoek voortbouwt, werden bijkomende maatregelen genomen om deelname te bevorderen. (15) In de praktijken werden posters en flyers voorzien om patiënten en ouders te informeren over het onderzoek. *(Zie bijlage 2)* Indien mogelijk sprak het secretariaat potentiële deelnemers voorafgaand aan de consultatie aan. Daarnaast werd het secretariaat, waar haalbaar, betrokken bij de administratieve afhandeling, waaronder het laten invullen van het informed consent door de ouder.

Interventie

De interventie in dit onderzoek bestond uit twee opeenvolgende onderdelen.

E-learning

De deelnemende huisartsen volgden voorafgaand aan het toepassen van de SDM-beslishulp een eerder ontwikkelde e-learningmodule rond SDM bij huisartsen. (16) De module werd aangeboden via het beveiligde leerplatform Sofia.

Gebruik van de SDM-beslishulp

Tijdens het uitleggen van de studie werd de beslishulp door de onderzoekers toegelicht aan de artsen. Deze werd nadien gebruikt tijdens consultaties waarbij patiënten voldeden aan de inclusiecriteria. De beslishulp presenteerde de drie behandelopties (afwachten, salicylzuur en cryotherapie) op een gestructureerde en visuele manier, inclusief voor- en nadelen van elke optie. Daarnaast werd gebruik gemaakt van schalen om de beleving en wensen van patiënten te exploreren. *(Zie bijlage 1)*

Dataverzameling

Onderzoeksvraag 1 – ervaringen kinderen en ouders

Hoe wordt het gebruik van een SDM-beslishulp voor wrattenbehandeling bij kinderen in de huisartsenpraktijk ervaren door ouders en kinderen?

Ouders van kinderen die in aanmerking kwamen voor de studie ontvingen na het consult, waarbij de SDM-beslishulp werd toegepast, een link naar een online vragenlijst opgesteld op basis van de OPTION-scale. (17) Deze werd via mail bezorgd na het opvragen van contactgegevens voor of tijdens het consult. De vragenlijst bestond uit meerkeuzevragen en was gericht op het bevragen van de kinderen hun ervaring met het gebruik van de SDM-beslishulp de begrijpelijkheid van de aangeboden informatie, hun ervaren betrokkenheid bij de besluitvorming, hun perceptie van de rol van de beslishulp in het gesprek met de arts en hun tevredenheid met de uiteindelijke behandelkeuze. *(Zie bijlage 3)*

Maandelijks werd door de onderzoekers nagegaan bij de praktijken of er nieuwe patiënten werden geïncludeerd, waarna de bijbehorende vragenlijsten werden opgevolgd om recall bias te minimaliseren.

Onderzoeksvraag 2 – ervaringen artsen

Wat zijn de ervaringen en barrières rond SDM en het gebruik van een SDM-beslishulp bij huisartsen?

Vragenlijsten

Bij de aanvang van de studie vulden de deelnemende huisartsen een vragenlijst in. Deze bestond uit zowel meerkeuzevragen als open vragen. De inhoud werd ontwikkeld op basis van klinische ervaring binnen de huisartsenpraktijk en bestaande literatuur over SDM in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst peilde naar de voorkennis over SDM, attitudes ten aanzien van SDM, vertrouwdheid met het gebruik van een SDM-beslishulp, het ervaren nut van een SDM-beslishulp in de consultatie en ervaren voordelen en barrières bij het gebruik ervan. *(Zie bijlage 4)*.

Interviews

Na afloop van de interventieperiode werden semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de huisartsen aan de hand van een vooraf opgestelde interviewleidraad. *(Zie bijlage 5)* In deze interviews polsten de onderzoekers bij de deelnemende artsen naar de beleving van het gebruik van de SDM-beslishulp. Hierbij werd onder meer gevraagd hoe de beslishulp werd geïntegreerd in het consult, welke invloed dit had op communicatie met ouders en kinderen en welke meerwaarde en welke praktische of inhoudelijke barrières artsen hierbij ondervonden.

De interviews werden uitgevoerd door een onderzoeker die niet betrokken was bij de voorstelling van het onderzoek om self-reporting bias te beperken. Deze methodiek liet toe zowel vooraf vastgelegde thema's te bespreken als dieper in te gaan op individuele ervaringen. (18)

Onderzoeksvraag 3 – behandelkeuze voor en na de interventie

Wordt er, na het gebruik van een SDM-beslishulp, een verandering in behandelkeuze geobserveerd?

Voor de kwantitatieve dataverzameling werd een retrospectieve audit uitgevoerd, waarbij data uit het elektronisch medisch dossier (EMD) binnen het programma CareConnect werd verzameld. Deze audit omvatte alle consultaties van patiënten tussen 6 en 18 jaar die sinds 1 januari 2023 consulteerden en waarbij in de evaluatie wrat, wratten of verruca werden vermeld.

Aangezien codering voor salicylzuurbehandeling niet bestaat en voor afwachtend beleid niet consequent wordt toegepast, kon dit niet gecodeerd worden. Om die reden werden de dossiers manueel nagekeken. We selecteerden alle dossiers van patiënten tussen 6 en 12 jaar oud die op consultatie kwamen na 01/01/2020 voor verruca vulgaris of verruca plantaris en waarbij één van de drie behandelingsopties (cryotherapie, salicylzuur of afwachtend beleid) werd toegepast. Dossiers van patiënten die reeds eerder voor wratten kwamen en nu herconsulteerden, werden buiten beschouwing gelaten, alsook patiënten die een combinatie van meerdere behandelingen ondergingen. *(Zie bijlage 6)*

Tijdens de studie werd de gekozen behandeling bij nieuwe patiënten systematisch geregistreerd.

Data-analyse

Onderzoeksvraag 1 – ervaring kinderen en ouders

De vragen van de vragenlijsten voor ouders van patiënten bestonden uit ja/nee-vragen en meerkeuzevragen, evenals enkele open vragen. Deze resultaten werden anoniem verwerkt en samengevat als frequenties en percentages per antwoordcategorie.

Onderzoeksvraag 2 – ervaring artsen

De antwoorden van de vragenlijsten voor artsen werden geanalyseerd op basis van antwoordschalen, die voor de meeste vragen bestonden uit Likertschaal-items (bijvoorbeeld van 'zeer belangrijk' tot 'zeer onbelangrijk', of van 'altijd' tot 'nooit'). Voor enkele vragen konden respondenten meerdere antwoordopties (zonder onderlinge rangorde) aanduiden of vrije tekst invullen. De resultaten werden samengevat als frequenties en percentages per antwoordcategorie.

De interviews werden individueel per arts afgenomen in de deelnemende huisartsenpraktijken, door de onderzoekers. De gesprekken werden opgenomen en later volledig getranscribeerd en geanalyseerd via de thematische analysemethode van Boyatzis. (19) Twee onderzoekers codeerden de transcripties onafhankelijk van elkaar. De codes werden ontwikkeld met inductieve analyse en nadien gegroepeerd in overkoepelende (sub)thema's. Discrepanties in coderingen werden onderling besproken en overlegd met de andere onderzoekers met ervaring in kwalitatief onderzoek in gezondheidszorg tot consensus werd bereikt.

Onderzoeksvraag 3 – behandelkeuze voor en na de interventie

De resultaten van de audit werden procentueel weergegeven in staafdiagrammen, waarbij elke staaf een behandelingsoptie representeert (cryotherapie, salicylzuur of afwachtend beleid), uitgesplitst per praktijk. Andere behandelmethoden (zoals combinaties van deze behandelopties) werden niet meegenomen in de audit, om een optimale vergelijking te kunnen maken van de verschillende opties die gebruikt werden in de SDM-beslishulp.

Deze analyse werd uitgevoerd voor een pre-interventie- en een postinterventieperiode, die descriptief met elkaar werden vergeleken. Gezien de beperkte steekproefgrootte in de postinterventiegroep, werd geen inferentiële statistiek toegepast.

Onderzoeksteam

De interviews werden afgenomen door de drie onderzoekers, allen huisartsen in opleiding. Zij waren op het moment van de studie en in het anderhalf jaar voordien werkzaam in de deelnemende huisartsenpraktijken, waardoor er met de betrokken huisartsen en een deel van de deelnemende patiënten reeds een professionele relatie bestond.

De kwalitatieve analyse van de interviews werd uitgevoerd door twee onderzoekers (Jens Defoor en Louise Le Borgne). De onderzoekers hadden vooraf beperkte ervaring met kwalitatief onderzoek en werden tijdens het onderzoeksproces begeleid door hun promotor en co-promotor met ervaring in kwalitatieve analysemethoden.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek worden hieronder gepresenteerd volgens de drie vooraf gedefinieerde onderzoeksvragen.

Onderzoeksvraag 1 – ervaring ouders

Van de 23 patiënten die tijdens de consultatie geïncludeerd werden, hebben 19 de online vragenlijst geopend. 18 patiënten begonnen de vragenlijst in te vullen, waarvan twaalf deze volledig invulden. De laatste open vraag werd door drie patiënten ingevuld. De volledige resultaten van deze online vragenlijst zijn terug te vinden in bijlage. (*Zie bijlage 3*) Deze bevatte 16 vragen.

De antwoorden van vragen met betrekking tot demografische info werden in tabel 1 samengevat. De leeftijd van de geïncludeerde patiënten varieerde van 6 tot en met 12 jaar. De antwoorden betreffende de uitleg door de arts en eerdere ervaring met SDM en SDM-beslishulpen werden in tabel 2 samengevat. Bij elf kinderen werd gebruik gemaakt van de beslishulp. Hierbij werden de voor- en nadelen telkens besproken en werd er systematisch gepeild naar begrip en voorkeuren bij het kind. Zes respondenten gaven aan vaak betrokken te worden bij het kiezen van een behandeling, bij drie respondenten gebeurt dit altijd.

Tabel 1: Vragen 1 en 2 – Vragen met betrekking tot demografische info			
Vraag	Antwoord	Hoeveelheid	Percentage
Leeftijd	6 jaar	3	21.4%
	7 jaar	3	21.4%
	8 jaar	1	7.1%
	9 jaar	2	14.3%
	10 jaar	2	14.3%
	11 jaar	2	14.3%
	12 jaar	1	7.1%
Geslacht	Mannelijk	3	21.4%
	Vrouwelijk	11	78.6%
	Andere	0	0 %

Tabel 2: Vragen 4, 5, 7, 9, 15 en 16 – Vragen met betrekking tot uitleg door arts en eerdere ervaring met SDM en SDM-beslishulpen			
Vraag	Antwoord	Hoeveelheid	Percentage
Werd de beslishulp met de verschillende behandelingen gebruikt?	Ja	11	91.7%
	Nee	1	8.3%
Werden de voor- en nadelen van de verschillende methodes overlopen?	Ja	12	100%
	Nee	0	0%
Polste de arts of uw kind alle pro's en contra's begrepen had?	Ja	12	100%
	Nee	0	0%
Polste de arts naar de voorkeuren van uw kind?	Ja	12	100%
	Nee	0	0%
Betrekt uw arts u of uw kind andere in het kiezen van behandeling?	Ja, altijd	3	25%
	Ja, vaak	6	50%
	Ja, soms	1	8.3%
	Nee, nooit	2	16.7%
Had u vooraf al ervaring waarbij samen werd gezocht naar een passende behandeling?	Ja	0	0%
	Neen	3	100%

Tabellen 3, 4 en 5 geven respectievelijk de resultaten met betrekking tot begrip van de behandelopties, voorkeur van consultatiestijl en ervaring rond het gebruik van de SDM-beslishulp weer. Ouders rapporteerden een positieve ervaring met SDM en de beslishulp. Alle ouders gaven aan dat de beslishulp bijdroeg tot beter begrip van de behandelopties bij hun kind en verkozen een consult waarbij deze werd toegepast. De verhoogde betrokkenheid van het kind werd door zeven ouders aangehaald als belangrijkste reden voor deze positieve ervaring.

Eén ouder merkte op dat de keuze van het kind voornamelijk gestuurd werd door angst voor pijn, wat achteraf tot twijfel leidde over de gemaakte beslissing.

Tabel 3: Vraag 6 – Had u het gevoel dat, na de uitleg van de huisarts aan de hand van de beslishulp, de algemene behandelingsopties van wratten duidelijker waren voor uw kind?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ja, na de uitleg en het voorleggen van de beslishulp waren de verschillende behandelingsopties duidelijk voor mijn kind.	12	100%
Nee, niet alle behandelingsopties waren duidelijk voor mijn kind na het gebruiken en voorleggen van de beslishulp.	0	0%
Nee, al de verschillende behandelingsopties waren na het gebruiken en voorleggen van de beslishulp nog steeds niet duidelijk voor mijn kind.	0	0%

Tabel 4: Vraag 13 – Waar gaat uw voorkeur naartoe?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Aan de hand van een beslishulp de verschillende behandelingsopties voorgelegd krijgen en op die manier samen met de arts tot een besluit komen	12	100%
Zonder een beslishulp de verschillende behandelingsopties voorgelegd krijgen en op die manier samen met de arts tot een besluit komen	0	0%
Een voorstel omtrent passende behandeling krijgen van de behandelend arts, erop vertrouwend dat deze weet wat het beste past voor uw situatie.	0	0%

Tabel 5: Vraag 14 – Wat was het algemene gevoel tijdens en na de consultatie?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ik vind de manier van consultvoering omslachtig met te veel info.	0	0%
Ik vind dat er op die manier te veel initiatief en besliskracht bij mijn kind ligt.	0	0%
Ik vind deze manier van consultvoeren even goed als een ander consult.	2	16.7%
Ik vind deze manier van consultvoeren beter dan een ander consult omdat de beslishulp werd gebruikt.	2	16.7%
Ik vind deze manier van consultvoeren beter dan een ander consult omdat mijn kind meer betrokken werd.	7	58.3%
Overige	1	8.3%

Het overige antwoord:

"Dat mijn kind enkel de keuze maakt op basis van angst voor pijn en toen ze thuis kwam dacht ze dat ze misschien toch beter voor bevriezen had gekozen. Ik denk als er pijn gemoeid is met de keuze een kind altijd voor de pijnloze oplossing zal kiezen, terwijl onze dochter toch snel van de wratten af wou omwille van de zichtbaarheid op haar handen."

Onderzoeksvraag 2 – ervaring artsen

Demografische info huisartsen

Vijftien huisartsen werden uitgenodigd voor het invullen van de vragenlijsten en deelname aan de interviews. (Tabel 6) Tien artsen vulden de vragenlijst volledig in, twee slechts gedeeltelijk, één enkel de informed consentvraag en twee artsen niet. De interviews werden bij alle artsen afgenomen.

Tabel 6: Demografische info huisartsen		
Vraag	Antwoordoptie	Aantal
Geslacht	Man	6
	Vrouw	6
Leeftijd	<30 jaar	2
	30-40 jaar	8
	40-50 jaar	0
	50-60 jaar	1
	>60 jaar	1
Ligging praktijk	Stedelijk	0
	Randstedelijk	6
	Landelijk	6
Aantal jaar werkzaam als arts	<1 jaar	1
	1-5 jaar	3
	5-10 jaar	3
	10-20 jaar	3
	>20 jaar	2

Vragenlijst: Ervaringen en barrières bij artsen pre-interventie

Een overzicht van de resultaten van de vragenlijst voor artsen is terug te vinden in bijlage. *(Zie bijlage 4)* De vragenlijst bevatte 26 vragen.

Kennis, attitude en training omtrent het gebruik van SDM en SDM-beslishulpen

Kennis over SDM was onder de bevraagde artsen overwegend op basisniveau tot goed. Tien artsen gaven aan dat ze SDM belangrijk vonden, maar niet altijd noodzakelijk of mogelijk achtten in elke situatie. Geen enkele arts vond dat SDM integraal onderdeel moet zijn van elke consultatie.

Geen van de deelnemende artsen had eerder een training in SDM gevolgd of had ervaring met het gebruik van SDM-beslishulpen in de praktijk. Vijf artsen hadden een voorkeur voor een opleiding korter dan één uur. Twee artsen gaven aan dat ze 1 à 2 uur wilden spenderen aan een opleiding rond SDM. Twee artsen waren bereid hier 2 à 4 uur aan te spenderen.

Tabel 7 bevat de antwoorden op de vragen over de algemene kennis van artsen rond SDM, hun attitude ten opzichte van SDM, hun achtergrond in SDM-training en het gebruik van SDM en SDM-beslishulpen in de praktijk. De laatste vraag van tabel geeft de suggesties van de artsen voor een effectieve training rond het gebruik van SDM-beslishulpen weer.

Tabel 7: Vragenlijst artsen – Kennis, attitude en training omtrent het gebruik van SDM en SDM-beslishulpen	n = 13
Weet u wat shared decision making is?	Aantal
Ja, ik ben goed bekend met SDM.	5
Ja, ik heb een basiskennis van SDM.	5
Ja, ik heb er wel eens van gehoord, maar weet niet precies wat het inhoudt.	1
Nee, ik ben niet bekend met SDM.	0
Geen antwoord	2
Hoe belangrijk vindt u het om de patiënt actief te betrekken bij de besluitvorming?	Aantal
Zeer belangrijk: SDM moet een integraal onderdeel zijn van elke medische consultatie.	0
Belangrijk: SDM is belangrijk, maar niet altijd noodzakelijk/mogelijk in elke situatie.	10
Neutraal: Ik zie zowel de voordelen als de beperkingen van SDM.	1
Onbelangrijk: SDM is niet cruciaal voor goede gezondheidszorg.	0
Zeer onbelangrijk: SDM is overbodig en vertraagt het zorgproces.	0
Geen antwoord	2
Heeft u ooit een training of opleiding gevolgd die betrekking had op SDM? Zo ja, kunt u kort het onderwerp en de aard van de training toelichten?	Aantal
Vrij antwoord: nee	4
Geen antwoord	9
Heeft u al gewerkt met een SDM-beslishulp in de praktijk?	Aantal
Ja	0
Nee	10
Geen antwoord	3
Hoe waren uw ervaringen hiermee?	
Geen ervaringen gerapporteerd (niemand heeft eerder met een SDM-tool gewerkt)	
Hoeveel tijd bent u bereid te investeren in een training om een SDM-beslishulp te leren gebruiken?	Aantal
Minder dan 1 uur	5
1-2 uur	2
2-4 uur	2
Meer dan 4 uur	0
Overige	1
Geen antwoord	3
Hoe zou een ideale training voor het gebruik van een SDM-beslishulp eruitzien?	
Praktijkgericht, voorbeelden, interactief.	
Elke arts met laptop; beslishulp geïntegreerd in softwarepakket; demonstratie via video, dan zelf oefenen.	
Via LOK? Interactief? Na voorafgaand een e-learning?	
Persoonlijke uitleg (online of in levende lijve) + e-learning over implementatie.	
Geen idee.	

Toepassing en gebruik in de praktijk

Negen artsen gaven aan de patiënt regelmatig tot altijd te betrekken bij besluitvorming. Twee artsen gaven aan dit niet in elke situatie toe te passen. Artsen zagen het nut van SDM in verschillende toepassingsgebieden, waaronder chronische zorg, acute aandoeningen en preventieve zorg. Tegelijk werd SDM als minder geschikt geacht bij casussen met adolescenten

en patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Elf artsen gaven aan SDM via mondelinge uitleg toe te passen, drie aan de hand van schriftelijke info en slechts één keer werd aangegeven SDM toe te passen via afbeeldingen of online beslishulpen. (Tabel 8)

Tabel 8: Vragenlijst artsen – Toepassing en gebruik in praktijk	
In welke mate past u SDM toe in uw dagelijkse praktijk?	Aantal
Altijd: Ik betrek altijd mijn patiënten actief bij het nemen van beslissingen.	2
Vaak: Ik probeer regelmatig SDM toe te passen, maar niet in elke situatie.	7
Soms: Ik gebruik SDM af en toe, afhankelijk van de situatie.	2
Zelden: Ik gebruik SDM bijna nooit.	0
Nooit: Ik gebruik SDM niet in mijn praktijk.	0
Geen antwoord	2
In welke situaties zou het gebruik van een SDM-beslishulp bevorderlijk zijn voor de outcome? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Patiënten met chronische aandoeningen	9
Patiënten met acute aandoeningen	9
Patiënten die preventieve zorg nodig hebben	7
Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden	5
Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden	6
Ouders die beslissingen nemen voor hun kinderen	6
Kinderen	4
Adolescenten	3
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4

Ervaren nut en meerwaarde van SDM en SDM-beslishulp

Betere patiënttevredenheid, meer respect voor autonomie en patiëntvoorkeur en verhoogde therapietrouw werden door tien artsen als positieve uitkomst van SDM gemeld. Daarnaast vonden negen artsen dat SDM bijdraagt tot betere behandeluitkomsten, afgestemd op de behoeften en wensen van de patiënt. Acht artsen rapporteerden betere communicatie tussen patiënt en arts en betere informatie over de mogelijke behandelopties voor de patiënt.

Daarnaast meldden acht artsen dat SDM en het gebruik van een beslishulp leidt tot betere communicatie en verhoogde betrokkenheid van de patiënt. Zeven artsen waren van mening dat een SDM-beslishulp patiënttevredenheid kan stimuleren. Zes artsen duidden aan dat een SDM-beslishulp effectief zou kunnen ondersteunen bij complexe beslissingen.

Bijlage 4 bevat een overzicht van alle ervaren voordelen en het nut van een SDM beslishulp in de huisartsenpraktijk die door de huisartsen werden aangeduid.

Ervaren nadelen en barrières van SDM en een SDM-beslishulp

Respectievelijk elf en tien artsen rapporteerden dat hun beslissing om SDM toe te passen of een SDM-beslishulp te gebruiken hoofdzakelijk bepaald wordt door de algemene gezondheidsvaardigheden van de patiënt en de complexiteit van de casus. Bij acht artsen wordt hun keuze om SDM te gebruiken ook bepaald door het opleidingsniveau van de patiënt en door de patiëntvoorkeuren.

Tien artsen merkten op dat SDM tijdsintensief is en dat onzekerheid bij patiënten of moeilijkheden om verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te nemen belangrijke barrières zijn in het toepassen van SDM. Negen artsen gaven aan dat SDM of een beslishulp het uitleggen van complexe informatie net kan bemoeilijken. Weerstand van patiënten werd niet gezien als een barrière voor het toepassen van SDM, maar wel voor het gebruik van een beslishulp.

In bijlage 4 wordt een overzicht van barrières en beïnvloedende factoren voor het gebruik van SDM en een SDM-beslishulp te gebruiken weergegeven.

Bevorderende factoren voor het gebruik van SDM en een SDM-beslishulp

Als faciliterende factoren voor SDM in het algemeen, werden toegang tot betrouwbare informatie en gebruiksvriendelijke SDM-beslishulpen beiden door negen artsen aangeduid, gevolgd door training en educatie rond dit onderwerp door acht artsen. Zeven artsen gaven aan dat patiënteducatie, bijvoorbeeld via flyers of online informatie, het SDM-proces kan ondersteunen.

Voor een beslishulp werden gebruiksvriendelijkheid, bewezen effectiviteit in wetenschappelijk onderzoek en positieve ervaringen van andere zorgverleners als belangrijkste waardes benoemd.

Gebruiksvriendelijkheid en tijdsefficiëntie werden beide door tien artsen beschouwd als essentiële kenmerken van een effectieve SDM-beslishulp. Negen artsen gaven aan eenvoudige en begrijpelijke taal en visuele ondersteuning belangrijk te vinden.

Interviews: ervaringen en barrières bij artsen post-interventie

Er werden verschillende thema's gedefinieerd betreffende ervaringen en barrières van artsen bij het toepassen van SDM en een SDM-beslishulp. *(Zie bijlage 7)* De belangrijkste bevindingen per (sub)thema of code worden beschreven en gestaafd aan de hand van quotes van de artsen. *(Zie bijlage 8)*

Thema 1: Positieve ervaringen van huisartsen bij SDM en gebruik van een SDM-beslishulp

Subthema 1: Ervaringen rond klinische implicaties van SDM

Huisartsen ervaren dat SDM een plaats heeft in de huisartsengeneeskunde en pediatrische zorg en dit reeds (impliciet) toepassen.

SDM kent een plaats binnen pediatrische zorg

De relevantie van SDM binnen de pediatrische context werd meermaals door artsen benoemd in de interviews. SDM werd expliciet gekoppeld aan autonomie, informed consent en kindergerichte zorg. Meerdere artsen merkten op dat de beslishulp toeliet om niet enkel met de ouder, maar ook met het kind rechtstreeks te communiceren. De non-verbale reacties van kinderen op de beslishulp met de verschillende keuzes werden meermaals als extra relevante informatie gezien, omdat het inzicht gaf over de werkelijke voorkeuren van de kinderen. Er was zelfs een bepaalde verrassing door de mate waarin jonge kinderen in staat bleken hun mening te vormen en aan te tonen.

Quote: Kinderen begrepen de beslishulp ook goed. Je ziet ook de reacties van het kind en de ouder wanneer je een bepaalde optie overloopt via de beslishulp schijnbaar meer dan enkel bespreken. Het geeft dus op die manier ook nuttige info, want zoals gezegd heeft ouder vaak besliskracht, maar de

reactie te zien kan soms ook meer op wensen van kind geantwoord worden, wat eigenlijk zeer relevant is.

SDM is passend binnen hedendaagse huisartsgeneeskunde

Jongere artsen en artsen met een opleidingscontext gaven aan dat SDM sterk verankerd zit in hun professionele houding. Veel artsen rapporteerden SDM reeds frequent tot zeer frequent toe te passen, ook voor hun deelname aan het onderzoek. Jongere artsen gaven ook aan dat SDM duidelijk benadrukt werd in hun opleiding.

Quote: Ik probeer SDM al over algemeen zo veel mogelijk te doen, zat ook duidelijk in opleiding aan UGent.

Subthema 2: Positieve ervaringen rond het gebruik van een SDM-beslishulp

Tijdswinst op langere termijn

Hoewel verschillende artsen initieel duidden dat het toepassen van de beslishulp extra tijd in beslag nam tijdens de consultatie, relativeerden enkele van hen dit. Zo kwam meermaals terug dat de uitleg aan de hand van de beslishulp in het eerste consult de patiënt in staat stelt een geïnformeerde keuze te maken. Bijgevolg was tijdens vervolgconsulten minder nood aan herhaling van de verschillende behandelingskeuzes, dankzij eerder verworven inzicht in de pathologie bij de patiënt.

Quote: Want uiteindelijk, de eerste keer dat je SDM en de beslishulp gebruikt, kruipt daar dan wat meer tijd in. Maar dan weten ze ook van, ah, je kunt daar eigenlijk ook mee afwachten. Maar misschien heb je dan wel in de toekomst... Natuurlijk, op de lange termijn meer tijdswinst ... dat je een consult kunt uitsparen.

Ondersteuning bij uitleg van complexe informatie

Artsen rapporteerden dat de beslishulp nuttig was voor kinderen die moeilijk abstracte medische informatie kunnen verwerken of voor patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden. De beslishulp, met pictogrammen en kleurcodering, maakte het voor kinderen en ouders gemakkelijker om de behandelopties te vatten en vergelijken. Eén arts ondervond dat een beslishulp bij hoger opgeleide patiënten minder meerwaarde had.

Quote: Bij volwassenen is het een beetje te zien met welke soort patiënt er voor je zit. Allee, als je nu een patiënt hebt die zelf apotheker is, is de meerwaarde beperkter. Of bij iemand die al redelijk wat van kennis heeft is een beslishulp minder nuttig, maar bij patiënten met minder kennis en achtergrond...

Subthema 3: Ervaringen rond beleidskeuze na toepassen van de SDM-beslishulp

Verandering van initiële voorkeur of beleidskeuze

Verschillende artsen beschreven situaties waarbij patiënten of ouders met een initiële vraag naar cryotherapie, na het toepassen van de beslishulp, hun keuze wijzigden naar salicylzuur of een afwachtend beleid. Ook kinderen die aangaven geen pijn te willen ervaren, veranderden bewust naar een minder pijnlijke optie.

Thema 2: SDM als professionele vaardigheid

SDM wordt gezien als iets dat aangeleerd, geoefend of ontwikkeld moet worden

In de interviews werd regelmatig beklemtoond dat het toepassen van SDM geen automatische of vanzelfsprekende vaardigheid is. Het werd eerder ervaren als een aan te leren competentie die actieve inspanning en oefening vergt. Sommige artsen gaven aan SDM vaker toe te passen na het volgen van de online opleiding.

Quote: Ik vond de opleiding omtrent SDM vrij moeilijk en uitgebreid, maar uiteindelijk wel leerrijk, ook al gebruik ik SDM al redelijk vaak.

Thema 3: Meerwaarde van SDM-beslishulp als facilitator

Huisartsen beschreven verschillende manieren waarop de beslishulp het toepassen van SDM in de praktijk faciliteerde.

Structureren van het gesprek

Volgens de artsen hielp de beslishulp hen om uitleg aan patiënten en ouders op een logische en consequente manier op te bouwen. Doordat de beslishulp de drie behandelopties visueel naast elkaar presenteerde, werd voorkomen dat bepaalde opties vergeten werden. De beslishulp fungeerde als een checklist of leidraad, die zorgde voor een volledige en gestructureerde uitleg.

Quote: Helpt om niets te vergeten in uitleg van verschillende behandelingsopties. Zo is de uitleg vollediger ten opzichte van enkel verbaal uitleggen. Er is ook een duidelijke weergave van verschillende opties.

Visuele ondersteuning

Het visuele aspect van de beslishulp, met de pictogrammen, kleurcoderingen en smileys, werd door veel artsen als een troef ervaren. Artsen die tijdens praktijkvoering frequent grijpen naar illustraties erkenden de beslishulp als een eerder vanzelfsprekende uitbreiding van deze manier van werken.

Neutraler overbrengen van informatie

Artsen gaven toe frequent de neiging te hebben om patiënten (onbewust) richting een behandelkeuze te sturen, doorgaans cryotherapie. De beslishulp hielp om de verschillende opties neutraal naast elkaar voor te stellen en zo minder snel een eigen voorkeur of gewoonte te suggereren. Daarom werd deze erkend als hulpmiddel om de verschillende evenwaardige behandelingsopties minder sturend of minder paternalistisch voor te stellen.

Quote: De beslishulp zorgt ervoor dat je minder snel zal sturen of een veronderstelling maken dat iemand komt voor cryotherapie terwijl dit soms niet zo is.

Bewustmaken van gelijkwaardigheid en legitimeren van afwachtend beleid

Sommige artsen beschouwden de optie “niets doen” als ondergeschikt aan cryotherapie of salicylzuur. De studie hielp hen inzien dat een afwachtend beleid evenwaardig is. De beslishulp ondersteunde artsen om deze conservatieve optie aan patiënten op een gegronde, evidence-based manier te kaderen.

Verlagen van de drempel tot SDM

Artsen die vermeldden SDM al te kennen maar minder toe te passen, beschreven dat de beslishulp als een soort “ingang” of geheugensteun fungeerde om SDM effectief toe te passen tijdens de consultatie. Het hebben van de beslishulp op papier verlaagde de drempel om aan SDM te doen.

Thema 4: Verhoogde betrokkenheid van kind en ouders

De beslishulp verhoogde de betrokkenheid van kinderen en ouders en zorgde voor een shift naar meer kindgerichte zorg.

Actieve participatie van het kind bij medische beslissingen

Artsen vermeldden dat de beslishulp de focus tijdens het consult verschoof van oudergericht naar meer kindgericht. Het kind kreeg namelijk een duidelijkere stem in het consult en kon zo, met behulp van de pictogrammen en schalen, de eigen ideeën, zorgen en verwachtingen meer aangeven. Verder werd ook meermaals vermeld dat de beslishulp kinderen in staat stelde om hun pijnbeleving of voorkeur non-verbaal uit te drukken, zeker wanneer zij minder goed in staat waren dit verbaal te formuleren. Artsen ervaarden de beslishulp als extra hulpmiddel om rechtstreeks met het kind te communiceren.

Verlaging van angst bij het kind

Tijdens de interviews werd meermaals vermeld dat kinderen merkbaar rustiger en minder angstig waren, nadat zij tijdens het consult via de beslishulp actief werden betrokken. Het gevoel van betrokkenheid leek kinderen een veiliger gevoel te geven, wat nadien ook het klinisch onderzoek en eventuele cryotherapie vergemakkelijkte. Daarnaast liet de verminderde angst meer rechtstreeks contact met het kind toe.

Verrassing bij ouders door toepassing van SDM (en gebruik van een beslishulp)

Artsen merkten op dat ouders initieel soms onwennig, maar globaal overwegend positief reageerden op de beslishulp. Soms was er ook verrassing wanneer bleek dat het kind actief betrokken werd bij het maken van de behandelkeuze. Het beslissingsvermogen van het kind werd door ouders soms onderschat.

Variabele beslissingscapaciteit afhankelijk van leeftijd en maturiteit

Artsen beschreven de beslissingsvaardigheden van kinderen als een gradueel en contextafhankelijk gegeven, waarbij leeftijd slechts één van de bepalende factoren was. Sommige artsen waren verrast door de articulatievaardigheden en het zelfinzicht van jonge kinderen, terwijl anderen meegaven dat de inclusiedrempel van zes jaar bij bepaalde patiënten te laag was, ondanks het gebruik van de beslishulp.

Quote: Ik ben verrast geweest hoe zelfs in die lage leeftijdsgroep heel mondige kindjes zitten, die hun gedacht kunnen vormen en inderdaad zelf beslissen. Als je mij vraagt wat ik uit het gebruik van de studie leerde, was dit aspect het meest inzichtvol.

Quote: De leeftijd voor inclusie was soms wat jong, maar misschien dat iemand anders van die leeftijd dat wel perfect kan. Het hangt ook wat af van de patiënt.

Thema 5: Barrières ondervonden door artsen bij patiënt en ouder

Bij kinderen speelde leeftijd en ontwikkelingsniveau een belangrijke rol. Jongere kinderen konden moeite hebben met medische beslissingen, waardoor de mening van de ouders alsnog doorslaggevend bleef.

Vooraf bestaande verwachtingen bij ouders

Er werd meermaals vermeld dat ouders met een bepaalde verwachting, doorgaans cryotherapie, naar de consultatie kwamen. Dit maakte het voor artsen soms moeilijker om het SDM-gesprek te voeren, gezien andere opties door ouders soms als minder goed of relevant werden beschouwd.

Quote: Ja, dus er is al de verwachting van de ouders. De ouders vonden het soms een beetje vreemd dat we de kinderen eigenlijk een verwachting bevroegen. En ze konden daar niet altijd mee om.

Weerstand tegen alternatieven of afwachten

Artsen merkten dat ouders “niets doen” vaak niet spontaan als een gelijkwaardige optie beschouwden en een actieve behandeling verwachtten. De optie “afwachten” vroeg dus soms extra moeite om te kaderen als onderbouwde, evidence-based en volwaardige valide beslissing. Daarnaast namen veel ouders ook praktische overwegingen mee in hun besluit. Dagelijks salicylzuur aanbrengen werd door sommigen als arbeidsintensiever ervaren dan een aantal keer op consultatie komen voor cryotherapie.

Quote: Ouders denken ook voor een stukje aan hun eigen gemak daarin. Dus het dagelijks aanbrengen van zalf en een plakkertje, dan zie ik ook wel ouders die rollen met hun ogen van… Ik zie dat niet zitten dokter, vriest dat ding. En als je dan zegt dat het bij cryo wel kan zijn dat ze een keer of zes zullen moeten

komen, vinden ze zes keer een kwartiertje makkelijker dan dagelijks de zalf. Dus hun eigen belangen en hun eigen gemak spelen ook wel serieus mee in de beslissing, heb ik het gevoel. De optie niet te doen, dat is het ding dat meest verrast, denk ik.

Passieve rol van het kind

Ouders namen vaak toch de beslissingsmacht over, ondanks inspanningen van de artsen om het kind actief te betrekken bij het maken van de beslissing. Zeker bij jongere kinderen bleef de ouder vaker dominant. Soms moest de arts bemiddelen bij verschillen in voorkeuren tussen kind en ouder, maar was de keuze van de ouder vaker doorslaggevend.

Quote: En dan kwam uiteindelijk het beslissen. Maar dan werd er heel vaak naar mama of papa gekeken.

Thema 6: Barrières bij arts

Onderstaande barrières zorgden er soms voor dat SDM en gebruik van beslishulpen minder consequent door artsen werd toegepast, ondanks vaak positieve attitudes ten opzichte van SDM.

Subthema 1: Contextuele factoren

Dit subthema beschrijft contextuele elementen die het verloop van SDM en gebruik van een beslishulp kunnen beïnvloeden.

Tijdsdruk (reëel of gepercipieerd)

Meerdere artsen gaven aan dat tijdsdruk een drempel vormde voor het toepassen van SDM en het gebruik van een beslishulp. Hoewel sommigen aangaven dat dit gevoel deels subjectief was, werd het toch frequent ervaren als een rem op toepassing in de dagelijkse praktijk.

Perceptie van ouderlijke verwachtingen als drempel voor SDM

Artsen voelden vaak impliciet een verlangen naar actieve behandeling bij ouders en meldden dat dit hen soms weerhield om SDM of een beslishulp te gebruiken. Het vasthouden aan de (gepercipieerde) verwachtingen van de ouders werd door sommige artsen als impliciete druk ervaren om de consultatie conform deze verwachtingen af te ronden.

Onwennigheid bij jonge leeftijd

Bij jongere kinderen werd SDM als minder vlot ervaren, waarbij artsen aangaven meer te moeten sturen in het gesprek. Dit leidde tot een gevoel van onwennigheid en verminderde spontaniteit in het toepassen van ervan.

Quote: Het ging wel heel stroef. Ik moest wel beetje sturen. Ik begon met open vragen en dan moest ik toch wat sturen. Het ging niet zo vlot vond ik.

Subthema 2: Artsgebonden factoren

Dit subthema beschrijft hoe individuele kenmerken en professionele gewoonten van artsen het gebruik van SDM en een SDM-beslishulp kon sturen.

Routine en gewoonte

Artsen hadden vaak reeds bestaande routines en vertrouwde behandelpatronen, wat het gebruik van SDM en beslishulpen kon belemmeren. Het actief doorbreken van deze gewoonten vroeg een bewuste inspanning, waardoor het gebruik van de beslishulp soms vergeten werd tijdens consultaties.

Quote: Ik ga eerlijk zeggen, als dokter... Als je al 21 jaar wratten met cryo behandelt, vind ik het moeilijk om dat te veranderen. Om te zeggen dat we gaan afwachten.

Perceptie van kunstmatigheid

Sommige artsen ervaarden het gebruik van de beslishulp als geforceerd of minder natuurlijk binnen het consult. Deze perceptie van kunstmatigheid vormde voor hen een reden om de beslishulp minder consequent toe te passen.

Quote: Ik gebruikte de beslishulp soms minder omdat ik het gevoel had dat het weer zo'n beetje te geforceerd ging overkomen bij de patiënt... Ik weet het niet.

Subthema 3: Beslishulpgebonden factoren

Dit subthema beschrijft eigenschappen van de SDM-beslishulp die het keuzeproces konden beïnvloeden.

Sturende of onnauwkeurige elementen in de beslishulp

Twee artsen merkten op dat bepaalde visuele of inhoudelijke elementen van de beslishulp onbedoeld een sturende invloed konden hebben op de keuze van patiënt of ouder. Dit riep twijfel op over de neutraliteit van de gepresenteerde opties.

Quote: Eén van de opties was een beetje insinuerend, doordat er een duimpje bij stond. Niets doen, met dat duimpje erbij. Eigenlijk had dat klokje genoeg geweest.

Subthema 4: Percepties over toepasbaarheid van SDM

Dit subthema beschrijft hoe artsen de geschiktheid van SDM inschatten afhankelijk van de klinische context.

SDM is niet geschikt voor alle aandoeningen of situaties

Artsen gaven aan dat de toepasbaarheid van SDM afhankelijk is van de klinische context. In situaties met een duidelijke voorkeursbehandeling of bij acute problematiek werd SDM als minder evident beschouwd, terwijl het vooral relevant werd geacht bij situaties waarin meerdere gelijkwaardige behandelopties zijn.

Quote: Ik doe het persoonlijk wel, bijvoorbeeld ook bij uitleggen van diagnostische tests. Ook bijvoorbeeld bij stopcriteria wordt a.d.h.v. SDM ook duidelijk overlegd met de patiënt wat wel niet wordt gestopt. We proberen SDM zo goed mogelijk toe te passen. Al is er als arts een verschil in opties en effectieve "good practice", dus medisch/ethische/wetenschappelijke verschillen in verschillende opties: wat is op een bepaald vlak de beste optie. Continuüm van "er is maar één goede optie", tot je voorkeur kaderen, tot andere extreem van gelijkwaardige behandelingen qua outcome zoals wratten puur wetenschappelijke weergave schematisch. Je kan je dus de vraag stellen of je SDM in iedere situatie dient toe te passen.

Thema 7: Reflectie en gedragsverandering door deelname aan studie

De studie fungeerde voor sommige artsen als een katalysator voor reflectie en verandering in consultatiestijl. De beslishulp ondersteunde dus niet alleen de patiënt, maar ook het handelen en reflecteren van de arts.

Bewustwording van framing en sturing

Deelname aan de studie leidde bij artsen tot een verhoogde bewustwording van hoe zij, vaak onbewust, keuzes stuurden via taalgebruik en presentatie van opties.

Quote: De bijscholing omtrent SDM en het gebruik van de beslishulp waren interessant omdat je als arts vaak , al dan niet bewust, wat stuurt in een bepaalde richting.

Reflectie op eigen rol als arts

Artsen reflecteerden kritischer op hun eigen rol in het beslissingsproces, met aandacht voor mogelijke paternalistische tendensen in hun handelen.

SDM stimuleert kritische reflectie over eigen professioneel handelen

Het toepassen van SDM en het gebruik van de beslishulp zette artsen aan tot reflectie over hun eigen klinische beslissingen en routines, waaronder het heroverwegen van standaardbehandelingen.

Quote: Ik spreek voor mezelf maar ik denk misschien soms iets te kortzichtig te kiezen voor cryotherapie

Intentie tot blijvende verandering in beleid

Verschillende artsen gaven aan dat deelname aan de studie hen motiveerde om SDM ook in de toekomst vaker en bewuster toe te passen.

Quote: Meedoen aan de studie stimuleert en motiveert om iets meer aandacht te besteden aan het overlopen van de verschillende behandelingsopties.

Uitbreiding van SDM naar andere klinische domeinen

Artsen rapporteerden dat ze SDM-principes ook begonnen toe te passen in andere klinische contexten, wat wijst op een bredere impact van de interventie op hun consultatiestijl.

Quote: Ja, je kan SDM toepassen op praktisch elk onderwerp. Enkel acute levensbedreigende situaties liggen moeilijker om SDM toe te passen.

Onderzoeksvraag 3 – behandelkeuze voor en na de interventie

In de audit werden 335 patiënten opgenomen van voor de interventieperiode, na de interventieperiode werden 23 patiënten, die nog niet tot de pre-interventiegroep behoorden, opgenomen. De behandelkeuzes worden in absolute aantallen en in percentuele verhouding weergegeven in tabel 9. De audit toonde dat er na de interventie meer geopteerd werd voor salicylzuur dan voor de interventie. Bij geen enkele consultatie werd na de interventie gekozen voor een afwachtend beleid, terwijl dit voor de interventie in een beperkt aantal consultaties wel het geval was.

Tabel 9: Inclusie patiënten audit		
Behandelingskeuze	Aantal voor interventie	Aantal na interventie
Cryotherapie	282 (84,2%)	13 (56,5%)
Salicylzuur	39 (11,6%)	10 (43,5%)
Afwachten	14 (4,2%)	0 (0%)
Totaal	335	23

Discussie

Samenvatting van resultaten

Deze studie onderzocht het gebruik van een SDM-beslishulp bij de behandeling van wratten bij kinderen in de huisartsenpraktijk, met aandacht voor de ervaringen van ouders en kinderen, de ervaringen en barrières bij huisartsen en mogelijke veranderingen in behandelkeuze.

De resultaten toonden dat ouders en kinderen het gebruik van de beslishulp overwegend positief ervaarden, met een verhoogd gevoel van betrokkenheid bij de besluitvorming. Huisartsen rapporteerden eveneens een positieve attitude ten aanzien van SDM en de beslishulp, hoewel zij verschillende praktische en contextuele barrières benoemden. Wat betreft behandelkeuze werd een verschuiving waargenomen richting meer gebruik van salicylzuur en minder cryotherapie, zonder toename van afwachtend beleid.

Deze bevindingen dienen echter geïnterpreteerd te worden als hypothesevormend. Enerzijds was de steekproefgrootte, voornamelijk van de patiënten, beperkt. Anderzijds was er selectiebias. De artsen die deelnamen aan deze studie maakten allen deel uit van een opleidingspraktijk. Deze praktijken worden door het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding (ICHO), een overkoepelende academische instantie verantwoordelijk voor de opleiding van huisartsen, geselecteerd op basis van evidence based praktijkvoeren.

Onderzoeksvraag 1 – ervaringen ouders

De resultaten suggereren dat het gebruik van een SDM-beslishulp leidt tot een verhoogde betrokkenheid van kinderen en ouders tijdens de consultatie. Ouders gaven aan dat de behandelopties duidelijker werden en dat zij de consultatie als minstens even goed, zoniet beter, ervaarden in vergelijking met een consultvoering zonder SDM. Het enige antwoord dat hier niet mee akkoord ging, was niet gericht op de consultatiemethode zelf, maar eerder op de specifieke beslissing van het kind.

Deze bevindingen liggen in lijn met bestaande literatuur, waarin in verschillende reviews met grote heterogeniteit van de individuele studies wordt aangetoond dat SDM kan bijdragen aan een verhoogde patiënttevredenheid en een beter begrip van behandelopties (5,20).

Opvallend in deze studie is dat de focus expliciet ligt op het betrekken van het kind zelf, wat minder frequent wordt onderzocht. SDM bij kinderen situeert zich immers vaak in de relatie tussen arts en ouders, waarbij voor het kind zelf een eerder passieve rol is weggelegd. Kinderen werden wel vaker actief betrokken in studies gekaderd in een oncologische context of bij patiënten met verhoogde zorgnoden. (8,21) Deze geven aan dat kinderen graag betrokken worden in het beslissingsproces, maar dat dit vaak onvoldoende gebeurde en dat interventies zoals beslishulp of educatie van artsen hierin kunnen helpen. De resultaten van dit onderzoek lijken deze bevindingen te bevestigen en suggereren dat ook kinderen in de lagere schoolleeftijd in staat zijn om, afhankelijk van hun maturiteit, actief te participeren in het beslissingsproces.

Tegelijk dient rekening gehouden te worden met mogelijke bias in deze resultaten. De responsgraad was beperkt en er is mogelijk sprake van selectiebias, waarbij voornamelijk gemotiveerde of positief ingestelde ouders deelnamen. Daarnaast is er een risico op sociaal wenselijke antwoorden, zeker gezien de vragenlijst kort na de consultatie werd afgenomen en gelinkt was aan de behandelende arts. Patiënten konden, ondanks het feit dat de vragenlijst anoniem werd afgenomen, zo de indruk krijgen dat dit terug aan hen gelinkt kon worden. De zeer hoge proportie positieve antwoorden (tot 100% bij bepaalde items) suggereert dat deze bias een rol speelt.

Verder werd gebruikgemaakt van een niet-gevalideerde vragenlijst, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van de metingen beperkt zijn. Hoewel sommige vragen aansloten bij concepten uit bestaande instrumenten, werd geen gestandaardiseerde schaal gebruikt om SDM of betrokkenheid objectief te meten.

Onderzoeksvraag 2 – ervaringen artsen

De bevindingen tonen dat huisartsen over het algemeen positief staan tegenover SDM en het gebruik van een beslishulp. SDM wordt gezien als een relevante en wenselijke consultatiestijl, maar niet noodzakelijk toepasbaar in elke klinische situatie. De beslishulp werd ervaren als een ondersteunend instrument dat het gesprek kon structureren, visuele ondersteuning bood en hielp om informatie neutraler en minder sturend over te brengen.

De kwalitatieve analyse biedt waardevolle inzichten in de toepassing van SDM in de praktijk. Huisartsen gaven aan dat de beslishulp hen helpt om bewuster om te gaan met hun eigen rol in het beslissingsproces. Daarnaast werd een verhoogde betrokkenheid van kinderen en ouders ervaren.

Tegelijkertijd werden verschillende barrières geïdentificeerd. Tijdsdruk, zowel reëel als gepercipieerd, werd frequent genoemd als belemmering. Daarnaast speelden vooraf bestaande verwachtingen van ouders, routinegedrag van artsen en onzekerheid bij het toepassen van SDM bij jongere kinderen een belangrijke rol. Ook kenmerken van de beslishulp zelf, zoals mogelijke sturende elementen in de visuele presentatie, konden de besluitvorming beïnvloeden.

Deze bevindingen zijn consistent met bestaande literatuur, waarin tijdsgebrek, beperkte training en contextuele factoren vaak als barrières voor SDM worden beschreven. De resultaten benadrukken dat implementatie van SDM niet enkel afhankelijk is van de beschikbaarheid van beslishulpen, maar ook van gedragsverandering bij artsen en aanpassing aan de klinische context. (14,22–24).

De artsen in deze studie kregen echter wel een online opleiding en hadden bovendien nog geen eerdere ervaring met beslishulpen. Dit verminderde de initiële onzekerheid en kan geen confounder zijn van eerdere ervaringen met beslishulpen.

Bij de interpretatie van deze resultaten moet rekening gehouden worden met mogelijke bias. De deelnemende artsen waren werkzaam in opleidingspraktijken en hadden reeds een professionele relatie met de onderzoekers, wat kon leiden tot sociaal wenselijke antwoorden en een meer positieve houding ten opzichte van de interventie. Deze self-reporting bias kan nog groter zijn dan voorzien aangezien de interviews niet door een onafhankelijke onderzoeker mochten afgenomen worden van verschillende deelnemende artsen. Daarnaast hadden de onderzoekers beperkte ervaring met kwalitatieve analyse, hoewel dit gedeeltelijk werd opgevangen door begeleiding en onafhankelijke codering.

Onderzoeksvraag 3 – behandelkeuze voor en na de interventie

De analyse van de behandelkeuzes toont dat er na de introductie van de beslishulp minder vaak voor cryotherapie werd gekozen dan voor salicylzuur. Opvallend daarbij is dat in de post-interventie groep geen enkel kind koos voor een afwachtend beleid, terwijl dit op basis van eerdere studies wel verwacht kon worden. (24)

Wanneer we de cijfers uit de dossieraudit analyseren, zien we een verschuiving: het gebruik van cryotherapie daalde van 84,2% naar 56,5%, terwijl het gebruik van salicylzuur toenam van 11,6% naar 43,5%. Hoewel dit erop kan wijzen dat de beslishulp een invloed heeft gehad op de uiteindelijke behandelkeuze, is het belangrijk om deze bevindingen voorzichtig te interpreteren.

Een eerste belangrijke beperking is de kleine omvang van de postinterventiegroep (n = 23). Door dit beperkte aantal patiënten is de kans groot dat toeval een rol speelt in de waargenomen verschillen.

Daarnaast werd in deze studie enkel gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek. Er werden geen statistische toetsen uitgevoerd om te bepalen of de verschillen tussen pre- en post-interventie significant zijn. Daardoor kunnen we niet met zekerheid zeggen of de veranderingen werkelijk het gevolg zijn van de beslishulp, of eerder berusten op willekeurige variatie.

Ook werd geen rekening gehouden met confounders die de behandelkeuze kunnen beïnvloeden. Zo konden onder andere de voorkeuren en ervaring van de huisarts, de verwachtingen van ouders, kenmerken van het kind (zoals leeftijd of ernst van de wratten) en praktische omstandigheden

zoals tijdsdruk tijdens het consult een rol spelen. Omdat deze elementen niet werden meegenomen in de analyse, blijft het onduidelijk in welke mate ze hebben bijgedragen aan de geobserveerde verschuiving.

Bovendien is er een duidelijk verschil in grootte tussen de groep vóór de interventie (n = 335) en erna (n = 23). Dit onevenwicht maakt een directe vergelijking moeilijker en verhoogt de kans op vertekening van de resultaten.

Dat er geen toename werd gezien in afwachtend beleid is opmerkelijk, aangezien eerdere reviews net suggereren dat SDM en beslishulpen vaker tot meer conservatieve keuzes leiden. (24) In deze studie leek eerder een verschuiving richting salicylzuur te zijn opgetreden.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de toename van salicylzuur. Zo kan het zijn dat de voordelen en de evidentie door de beslishulp duidelijker naar voren kwamen waardoor dit een aantrekkelijkere optie leek voor ouders en kinderen. Dit kan als relatief conservatief gezien worden, met toch de voordelen van de agressievere cryotherapie. De manier van presenteren zou ook kunnen zorgen voor een sturing, maar dit kwam niet naar voor in de interviews met de artsen. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat artsen door de studie verplicht werden deze optie te presenteren en te duiden. Uit de interviews bleek namelijk dat sommige artsen dit voordien niet deden en terugvielen op hun standaard behandeling, namelijk cryotherapie.

Gezien deze beperkingen kan er op basis van deze studie geen oorzakelijk verband aangetoond worden tussen het gebruik van de beslishulp en de verandering in behandelkeuze. De resultaten moeten daarom vooral gezien worden als verkennend en richtinggevend voor verder onderzoek. Grotere studies, met een meer gecontroleerde opzet en gepaste statistische analyses, zijn nodig om deze bevindingen te bevestigen en beter te begrijpen welke rol SDM-beslishulpen spelen in klinische besluitvorming.

Sterktes en gebreken van de studie

Een grote sterkte van deze studie is een rijke en gevarieerde dataverzameling over de verschillende methodes heen. Door zowel kwantitatieve als kwalitatieve data te verzamelen, werd een meer volledig beeld verkregen van het gebruik en de impact van de beslishulp. De recall bias werd geprobeerd zo laag mogelijk te houden door frequente follow-up. Daarnaast is deze studie één van de weinige studies die expliciet focust op SDM met kinderen zelf en niet enkel met ouders. (5,20) Een review uit 2021 vond slechts enkele andere studies, waarbij de kinderen vaak ouder waren. (9) Dit levert waardevolle inzichten op in de rol van het kind binnen het beslissingsproces.

Deze studie had slechts een beperkte steekproefgrootte van de geïncludeerde kinderen (n=23), waardoor er geen conclusies getrokken kunnen worden uit de audit. Zoals eerder beschreven kunnen de veranderingen in uiteindelijke behandelkeuze ook het gevolg zijn van andere confounders bij zowel de patiënt (leeftijd, aantal wratten, invloed van ouders, eerdere indirecte ervaringen) als bij de artsen (ervaring met de behandeling, tijdsdruk). Enkele confounders die echter uitgesloten kunnen worden zijn eerdere rechtstreekse ervaringen van het kind, want dit was een exclusiecriterium, alsook ervaring van de arts met het gebruik van beslishulpen, want uit de vragen kwam naar voor dat niemand dit eerder had gedaan. Daarnaast kan dit ook louter toe te schrijven zijn aan willekeurige variatie, aangezien enkel beschrijvende statistiek werd toegepast.

Daarnaast is er sprake van selectiebias, aangezien zowel artsen als patiënten gerekruteerd werden binnen een beperkt aantal praktijken, verbonden aan de onderzoekers. De geïncludeerde huisartsen kwamen uit opleidingspraktijken van de onderzoekers. Dit had als voordeel een vlot contact, maar als nadeel dat er mogelijke self-reporting bias kon zijn. Door de interviews te laten afnemen door een van de andere onderzoekers, werd geprobeerd dit effect te minimaliseren, maar sommige artsen weigerden dit waardoor dit uiteindelijk niet kon gebeuren. De selectiebias is ook te verklaren doordat de artsen ook reeds op voorhand gekozen werden door het ICHO op basis van hun evidence based praktijkvoeren en consultatievoering. Daarnaast waren de meeste artsen tussen de 30-40 jaar en konden we geen enkele arts uit stedelijk gebied includeren.

Daartegenover was er bij de kinderen wel een goede leeftijdsverdeling en bij de artsen een goede verdeling volgens geslacht.

Conclusie

Deze studie suggereert dat het gebruik van een SDM-beslishulp bij wrattenbehandeling bij kinderen in de huisartsenpraktijk positief wordt ervaren door zowel patiënten als huisartsen en bijdraagt aan een verhoogde betrokkenheid in het beslissingsproces. Hoewel een verschuiving in behandelkeuze werd waargenomen, kunnen op basis van deze studie geen causale conclusies worden getrokken.

De resultaten moeten beschouwd worden als exploratief en vormen een basis voor verder onderzoek naar de rol van SDM-beslishulpen in de klinische praktijk.

Op basis van deze studie adviseren we dat er in de toekomst verder onderzoek kan gebeuren. Hierin moet nadruk liggen op grotere steekproeven, meer variatie van geïncludeerde artsen en dit in een gecontroleerde studie. Zo kan de invloed van de voornaamste confounders geëvalueerd worden.

In de tussentijd raden we op basis van deze studie en de beschikbare evidentie het gebruik van deze beslishulp voor SDM bij kinderen met wratten wel aan.

Bibliografie

1. Bae JM. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. Epidemiol Health. 2017;39:e2017048. doi:10.4178/epih.e2017048 PubMed PMID: 29092391.

2. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):9–18. doi:10.1016/j.pec.2011.02.004 PubMed PMID: 21474265.

3. Bruch JD, Khazen M, Mahmic-Kaknjo M, Légaré F, Ellen ME. The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: An umbrella review. Patient Educ Couns. 2024 Dec 1;129. doi:10.1016/j.pec.2024.108408 PubMed PMID: 39214045.

4. Faiman B, Tariman JD. Shared Decision Making: Improving Patient Outcomes by Understanding the Benefits of and Barriers to Effective Communication. Number 5 / October 2019. 2019 Oct 1;23(5):540–2. doi:10.1188/19.CJON.540-542 PubMed PMID: 31538972.

5. Wyatt KD, List B, Brinkman WB, Prutsky Lopez G, Asi N, Erwin P, et al. Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. Acad Pediatr. 2015 Nov 1;15(6):573–83. doi:10.1016/j.acap.2015.03.011 PubMed PMID: 25983006.

6. Moore L, Kirk S. A literature review of children's and young people's participation in decisions relating to health care. J Clin Nurs. 2010 Aug;19(15–16):2215–25. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03161.x PubMed PMID: 20659201.

7. Tieffenberg JA, Wood EI, Alonso A, Tossutti MS, Vicente MF. A randomized field trial of ACINDES: a child-centered training model for children with chronic illnesses (asthma and epilepsy). J Urban Health. 2000;77(2):280–97. doi:10.1007/bf02390539 PubMed PMID: 10856009.

8. Coyne I, Amory A, Kiernan G, Gibson F. Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. European Journal of Oncology Nursing. 2014;18(3):273–80. doi:10.1016/j.ejon.2014.01.006 PubMed PMID: 24629505.

9. Wijngaarde RO, Hein I, Daams J, Van Goudoever JB, Ubbink DT. Chronically ill children's participation and health outcomes in shared decision-making: a scoping review. European Journal of Pediatrics 2021 180:8. 2021 Apr 5;180(8):2345–57. doi:10.1007/s00431-021-04055-6 PubMed PMID: 33821341.

10. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions - Stacey, D - 2014 | Cochrane Library [Internet]. [cited 2026 Mar 3]. Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub4/full

11. NHG [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 12]. Wratten (voet- en handwratten). Available from: https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/wratten-voet-en-handwratten#volledige-tekst

12. UpToDate [Internet]. [cited 2024 Mar 12]. Cutaneous warts (common, plantar, and flat warts) - UpToDate. Available from: https://www-uptodate-com.kuleuven.e-bronnen.be/contents/cutaneous-warts-common-plantar-and-flat-warts?search=wratten%20kinderen%20behandeling&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1&fbclid=IwAR3yCJi5TsqoQiNjgtra_xdwB5ZDZEYq9ZB8ZMnNUqHDgq9drlBUTM-WYtg#H189033178

13. Verelst A. Duodecim adaptatie: Verruca vulgaris. Report.

14. Van Bostraeten P, Jaeken J, Reyn N, Van Mileghem L, Mertens L, Bekkering G, et al. Physicians' and residents' educational needs regarding shared decision making: A focus group study. Patient Educ Couns. 2024 Nov 1;128. doi:10.1016/j.pec.2024.108392 PubMed PMID: 39142033.

15. Emma Teerlinck. Shared decision-making over wrattenbeleid bij kinderen Student: Emma Teerlinck, UGent Promotor: Mieke Vermandere, KU Leuven Master of Family Medicine. 2023. Report.

16. BILLIOUW Cathoo. Ontwikkeling van een blended learning trainingsprogramma voor huisartsen in shared decision making: de e-learning. [Leuven]: KULeuven; 2024.

17. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. Health Expect. 2005 Mar;8(1):34–42. doi:10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x PubMed PMID: 15713169.

18. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. Med Educ. 2006 Apr;40(4):314–21. doi:10.1111/J.1365-2929.2006.02418.X PubMed PMID: 16573666.

19. Boyatzis R. Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development. 1998 Jan 1.

20. Lipstein EA, Brinkman WB, Britto MT. What is known about parents' treatment decisions? A narrative review of pediatric decision making. Med Decis Making. 2012 Mar;32(2):246–58. doi:10.1177/0272989X11421528 PubMed PMID: 21969136.

21. Nisius K, Hoffmann D, Görig T, Georg S, Krug K, De Bock F, et al. Perceived shared decision making and satisfaction with care among children and adolescents with special healthcare needs and their parents: Cross-sectional evidence from the PART-CHILD Study. Patient Educ Couns. 2024 Jun 1;123. doi:10.1016/j.pec.2024.108175 PubMed PMID: 38492427.

22. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implementation Science 2006 1:1. 2006 Aug 9;1(1):16-. doi:10.1186/1748-5908-1-16 PubMed PMID: 16899124.

23. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1361. doi:10.1007/s11606-012-2077-6 PubMed PMID: 22618581.

24. Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jan 29;1(1). doi:10.1002/14651858.CD001431.pub6 PubMed PMID: 38284415.

Bijlagen

Bijlage 1: SDM beslishulp



Wat kunnen we met dat wratje doen?

	Niets doen	Zalf	Bevriezen
			
Wat is het? 	Helemaal niets doen! De meeste wratjes gaan vanzelf weg als je gewoon wacht. Wist je dat na 1 jaar ongeveer de helft al verdwenen is?	Elke avond samen met mama of papa zalf en een plakker op je wratje doen tot hij weg is.	Met een heel koud watje duwen op je wratje zodat hij bevriest en kapot gaat.
Wat is het voordeel? 	Je mag lekker niets doen!	Het doet geen pijn en is best gemakkelijk.	Het gaat snel: 3 keer tot 3 tellen en je bent er van af. Een paar weken later controleren we dan of het nog eens moet gebeuren.
Wat is het nadeel? 	Soms moet je lang wachten tot de wrat weg gaat. Dat kan wel maanden duren... Zou je het lastig vinden als hij nog even blijft zitten?	Je moet elke avond de zalf er op doen. Dat is toch een lastig werkje en mag je niet vergeten. Ga je dat volhouden denk je?	Bevriezen doet pijn. Dus je moet even op je tanden bijten tot het voorbij is. Denk je dat jij dat kan?

- Wat wil ik? .....
- Wat wil mama/papa? .....

Bijlage 2: Poster/flyer ter bevordering van patiëntinclusie

KU LEUVEN

Onderzoek in kader van masterthesis huisartsgeneeskunde

Heeft uw kind last van wratten?



Er zijn 3 manieren om dit te behandelen. Meer info?
Praat erover met je huisarts.
Is jouw kind tussen 6 en 12 jaar oud?
Dan help je er ons onderzoek mee!

Contact?
gerben.dewinter@student.kuleuven.be
jens.defoor@student.kuleuven.be
louise.leborgne@student.kuleuven.be

Goedgekeurd door de Onderwijs - Begeleidingscommissie MP032770

Bijlage 3: Resultaten vragenlijst ouders van patiënten

Vragen 1, 2, 4, 5, 7, 9, 15 en 16			
Vraag	Antwoord	Hoeveelheid	Percentage
Vraag 1: Leeftijd	6 jaar	3	21.4%
	7 jaar	3	21.4%
	8 jaar	1	7.1%
	9 jaar	2	14.3%
	10 jaar	2	14.3%
	11 jaar	2	14.3%
	12 jaar	1	7.1%
Vraag 2: Geslacht	Mannelijk	3	21.4%
	Vrouwelijk	11	78.6%
	Andere	0	0 %
Vraag 4: Werd de beslishulp met de verschillende behandelingen gebruikt?	Ja	11	91.7%
	Nee	1	8.3%
Vraag 5: Werden de voor- en nadelen van de verschillende methodes overlopen?	Ja	12	100%
	Nee	0	0%
Vraag 7: Polste de arts of uw kind alle pro's en contra's begrepen had?	Ja	12	100%
	Nee	0	0%
Vraag 9: Polste de arts naar de voorkeuren van uw kind?	Ja	12	100%
	Nee	0	0%
Vraag 15: Betrekt uw arts u of uw kind andere in het kiezen van behandeling?	Ja, altijd	3	25%
	Ja, vaak	6	50%
	Ja, soms	1	8.3%
	Nee, nooit	2	16.7%
Vraag 16: Had u vooraf al ervaring waarbij samen werd gezocht naar een passende behandeling?	Ja	0	0%
	Neen	3	100%

Vraag 3: Gaf de arts de verschillende mogelijke behandelingsopties voor het behandelen van wratten mee?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ja, deze werden allemaal uitgebreid toegelicht.	7	53.8%
Ja, deze werden kort en bondig uitgelegd.	6	46.2%
Nee, niet alle verschillende behandelingsopties werden meegegeven.	0	0%
Nee, er werd geen uitleg omtrent verschillende mogelijke behandelingen gegeven.	0	0%

Vraag 6: Had u het gevoel dat, na de uitleg van de huisarts aan de hand van de beslishulp, de algemene behandelingsopties van wratten duidelijker waren voor uw kind?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ja, na de uitleg en het voorleggen van de beslishulp waren de verschillende behandelingsopties duidelijk voor mijn kind.	12	100%
Nee, niet alle behandelingsopties waren duidelijk voor mijn kind na het gebruiken en voorleggen van de beslishulp.	0	0%
Nee, al de verschillende behandelingsopties waren na het gebruiken en voorleggen van de beslishulp nog steeds niet duidelijk voor mijn kind.	0	0%

Vraag 8: Had u het gevoel dat er voldoende tijd werd uitgetrokken om de verschillende behandelingsopties van de beslishulp te overlopen?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ja, er werd voldoende tijd uitgetrokken.	12	100%
Ja, echter leek het me te uitgebreid en mocht het hele proces wat sneller verlopen.	0	0%
Nee, er werd niet genoeg tijd uitgetrokken om alles via de beslishulp goed te kunnen uitleggen.	0	0%

Vraag 10: Probeerde de arts, op basis van de voorkeuren van uw kind, samen met hem/haar een correcte behandelingsmethode te kiezen?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ja, na overleg kreeg mijn kind volledig de keuze om de behandelingsmethode te kiezen zonder extra sturing van de arts.	12	100%
Ja, we kozen we samen de behandelingsmethode. Echter drukte de arts wel de eigen mening over wat de beste aanpak zou zijn door.	0	0%
Nee, de arts besliste de behandelingsmethode quasi volledig in mijn kind zijn/haar plaats.in mijn plaats.	0	0%

Vraag 11: Vond uw kind de beslishulp op zich duidelijk?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ja, mijn kind vond de beslishulp duidelijk.	12	100%
Nee, de beslishulp kon duidelijker overkomen.	0	0%
Nee, de beslishulp was helemaal niet duidelijk.	0	0%

Vraag 12: Wat vindt u ervan, dat bij het kiezen van de passende behandeling, uw kind wordt betrokken bij het zoeken naar een oplossing in plaats van een eenzijdig voorstel van de arts te krijgen?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ik vind het aangenaam dat mijn kind ook inspraak krijgt in de behandelingskeuze.	12	100%
Ik vind het eerder vervelend dat de arts niet gewoon beslist wat hij voor mijn kind als de beste behandeling inschat.	0	0%

Vraag 13: Waar gaat uw voorkeur naartoe?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Aan de hand van een beslishulp de verschillende behandelingsopties voorgelegd krijgen en op die manier samen met de arts tot een besluit komen?	12	100%
Zonder een beslishulp de verschillende behandelingsopties voorgelegd krijgen en op die manier samen met de arts tot een besluit komen?	0	0%
Een voorstel omtrent passende behandeling krijgen van de behandelend arts, erop vertrouwend dat deze weet wat het beste past voor uw situatie.	0	0%

Vraag 14: Wat was het algemene gevoel tijdens en na de consultatie?		
Antwoordoptie	Aantal	Percentage
Ik vind de manier van consultvoering omslachtig met te veel info.	0	0%
Ik vind dat er op die manier te veel initiatief en besliskracht bij mijn kind ligt.	0	0%
Ik vind deze manier van consultvoeren even goed als een ander consult.	2	16.7%
Ik vind deze manier van consultvoeren beter dan een ander consult omdat de beslishulp werd gebruikt.	2	16.7%
Ik vind deze manier van consultvoeren beter dan een ander consult omdat mijn kind meer betrokken werd.	7	58.3%
Overige	1	8.3%

Het overige antwoord:

"Dat mijn kind enkel de keuze maakt op basis van angst voor pijn en toen ze thuis kwam dacht ze dat ze misschien toch beter voor bevriezen had gekozen. Ik denk als er pijn gemoeid is met de keuze een kind altijd voor de pijnloze oplossing zal kiezen, terwijl onze dochter toch snel van de wratten af wou omwille van de zichtbaarheid op haar handen.

Bijlage 4: Resultaten vragenlijst artsen pre-interventie

Demografische info huisartsen		
Vraag	Antwoordoptie	Aantal
Geslacht	Man	6
	Vrouw	6
Leeftijd	<30 jaar	2
	30-40 jaar	8
	40-50 jaar	0
	50-60 jaar	1
	>60 jaar	1
Ligging praktijk	Stedelijk	0
	Randstedelijk	6
	Landelijk	6

Aantal jaar werkzaam als arts	<1 jaar	1
	1-5 jaar	3
	5-10 jaar	3
	10-20 jaar	3
	>20 jaar	2

Antwoorden vragenlijst artsen (pre-interventie)	
Kennis, attitude en training omtrent het gebruik van SDM en SDM-beslishulpen	
Weet u wat shared decision making is?	Aantal
Ja, ik ben goed bekend met SDM.	5
Ja, ik heb een basiskennis van SDM.	5
Ja, ik heb er wel eens van gehoord, maar weet niet precies wat het inhoudt.	1
Nee, ik ben niet bekend met SDM	0
Geen antwoord	2
Totaal	11
Hoe belangrijk vindt u het om de patiënt actief te betrekken bij de besluitvorming?	Aantal
Zeer belangrijk: SDM moet een integraal onderdeel zijn van elke medische consultatie.	0
Belangrijk: SDM is belangrijk, maar niet altijd noodzakelijk/mogelijk in elke situatie.	10
Neutraal: Ik zie zowel de voordelen als de beperkingen van SDM.	1
Onbelangrijk: SDM is niet cruciaal voor goede gezondheidszorg.	0
Zeer onbelangrijk: SDM is overbodig en vertraagt het zorgproces.	0
Geen antwoord	2
Totaal	11
Heeft u ooit een training of opleiding gevolgd die betrekking had op SDM?	Aantal
Vrij antwoord: nee	4
Geen antwoord	9
Heeft u al gewerkt met een SDM-beslishulp in de praktijk?	Aantal
Ja	0
Nee	10
Geen antwoord	3
Hoe waren uw ervaringen hiermee?	
Geen ervaringen gerapporteerd (niemand heeft eerder met een SDM-beslishulp gewerkt)	
Hoeveel tijd bent u bereid te investeren in een training om een SDM-beslishulp te leren gebruiken?	Aantal
Minder dan 1 uur	5
1-2 uur	2
2-4 uur	2
Meer dan 4 uur	0
Overige	1
Geen antwoord	4
Totaal	10

Heeft u suggesties over hoe een SDM-beslishulp het best kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd?	
Starten met een eenvoudige beslishulp, makkelijk implementeerbaar; motivatie zal toenemen.	
Praktijkgericht en evidence-based.	
Hoe zou een ideale training voor het gebruik van een SDM-beslishulp eruitzien?	
Praktijkgericht, voorbeelden, interactief.	
Elke arts met laptop; beslishulp geïntegreerd in softwarepakket; demonstratie via video, dan zelf oefenen.	
Via LOK? Interactief? Na voorafgaand een e-learning?	
Persoonlijke uitleg (online of in levende lijve) + e-learning over implementatie.	
Geen idee.	
Toepassing en gebruik in praktijk	
In welke mate past u SDM toe in uw dagelijkse praktijk?	Aantal
Altijd: Ik betrek altijd mijn patiënten actief bij het nemen van beslissingen.	2
Vaak: Ik probeer regelmatig SDM toe te passen, maar niet in elke situatie.	7
Soms: Ik gebruik SDM af en toe, afhankelijk van de situatie.	2
Zelden: Ik gebruik SDM bijna nooit.	0
Nooit: Ik gebruik SDM niet in mijn praktijk.	0
Geen antwoord	2
Totaal	11
In welke situaties kan SDM nuttig zijn? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Chronische ziekten	10
Acute aandoeningen	11
Preventieve zorg	10
Psychosociale zorg	8
Patiëntvoorkeuren en levensstijlaanpassingen	9
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	3
In welke situaties zou het gebruik van een SDM-beslishulp bevorderlijk zijn voor de outcome? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Patiënten met chronische aandoeningen	9
Patiënten met acute aandoeningen	9
Patiënten die preventieve zorg nodig hebben	7
Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden	5
Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden	6
Ouders die beslissingen nemen voor hun kinderen	6
Kinderen	4
Adolescenten	3
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4

Welke vormen van communicatie gebruikt u om uw patiënt te informeren en SDM toe te passen? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Mondelinge uitleg	11
Schriftelijke info	3
Online beslishulpen of apps	1
Video's	0
Overige: afbeeldingen	1
Niet afgerond of Niet getoond	3
Ervaren nut en meerwaarde van SDM en een SDM-beslishulp	
Wat is het nut van SDM? Hoe kan SDM een meerwaarde zijn in de huisartsenpraktijk? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Betere patiënttevredenheid	10
Betere behandeluitkomsten, afgestemd op de behoeften en wensen van de patiënt.	9
Meer respect voor de autonomie en voorkeuren van de patiënt	10
Verhoogde therapietrouw	10
Verhoogde patiëntveiligheid	1
Vermindering van juridische risico's	3
Efficiëntere consultaties	1
Sterkere arts-patiënt relatie	6
Tijdswinst	0
Betere communicatie (ICE, zowel bij arts als patiënt)	8
Betere informatie voor de patiënt over de mogelijke behandelopties	8
Bevordering van gezond gedrag bij de patiënt	4
Positieve impact op de praktijkwerking	3
Educatieve waarde	4
Verhoogde tevredenheid van zorgverleners	3
Overige: meer evidence based	1
Niet afgerond of Niet getoond	3
Wat zijn voordelen van een voor u uitgewerkte SDM-beslishulp? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Betere communicatie met patiënten	8
Meer tevredenheid bij patiënten	7
Betere behandelresultaten	5
Efficiënter gebruik van tijd	4
Betere documentatie van beslissingen	4
Verhoogde patiëntbetrokkenheid	8
Ondersteuning bij (het uitleggen van) complexe beslissingen	6
Vermindering van medische fouten	1
Gestandaardiseerde besluitvorming	4
Beter naleven van richtlijnen door artsen	3
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4

Ervaren nadelen en barrières van SDM en een SDM-beslishulp	
Welke factoren zouden uw keuze om SDM te gebruiken beïnvloeden? (meerdere antwoordopties)	Aantal
Leeftijd van de patiënt	6
Opleidingsniveau van de patiënt	8
Gezondheidsvaardigheden van de patiënt	11
Complexiteit van de medische situatie	10
Ernst van de medische situatie	7
Patiëntvoorkeuren en waarden	8
Tijd beschikbaar voor de consultatie	5
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	3
Wat zijn nadelen of barrières in het toepassen van SDM? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Tijdsintensief	10
Complexiteit (moeilijkheden bij het uitleggen van complexe medische informatie)	9
Weerstand bij patiënten	3
Verschillende meningen	4
Kosten	0
Gebrek aan training en ondersteuning in het toepassen van SDM	3
Onzekerheid bij patiënten / moeilijkheden om zelf verantwoordelijk te zijn voor hun gezondheid	10
Onvoldoende gezondheidsvaardigheden bij de patiënt	8
Inconsistentie in zorg (verschillende aanpak van verschillende artsen)	2
Moeilijkheid in acute/dringende situaties	5
Technologische beperkingen / toegankelijkheid tot eventuele digitale beslishulpen	0
Culturele barrières	5
Verhoogde werkdruk voor zorgverleners	3
Overige: verschillende intelligentie, beslisvaardigheid bij patiënt	1
Niet afgerond of Niet getoond	3
Welke factoren zouden u tegenhouden om een SDM-beslishulp te gebruiken? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Gebrek aan tijd	9
Gebrek aan training of kennis over de beslishulp	7
Weerstand van patiënten	8
Weerstand van collega's	0
Kosten van de beslishulp	5
Geen integratie in het EMD mogelijk	2
Gebrek aan betrouwbare en up-to-date informatie	6
Onvoldoende technologische ondersteuning	1
Negatieve impact op arts-patiëntrelatie (verlies van persoonlijke benadering)	3
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4

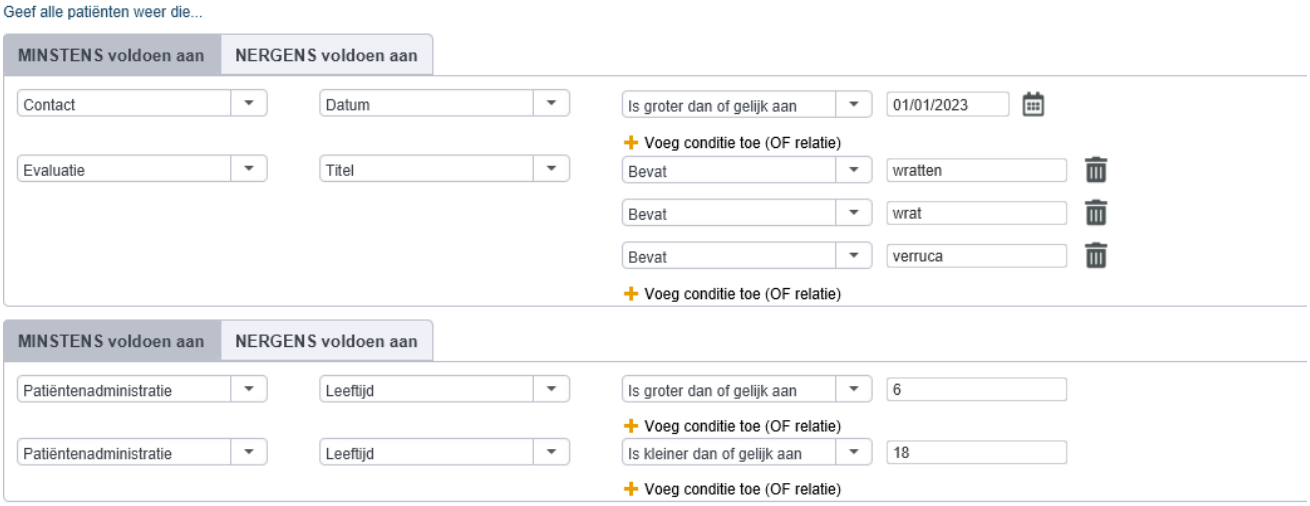
Bevorderende factoren voor het gebruik van SDM en een SDM-beslishulp	
Welke faciliterende factoren zouden het gebruik van SDM door huisartsen kunnen bevorderen? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Training en educatie	8
Toegang tot betrouwbare informatie	9
Gebruiksvriendelijke SDM-beslishulpen	9
Interdisciplinaire samenwerking om een geïntegreerde aanpak te bieden	0
Patiënteducatie (flyers in de wachtzaal, online, ...)	7
Financiële vergoeding voor de arts (deelname aan workshops etc.)	1
Integratie van SDM-beslishulpen in elektronische patiëntendossiers	6
Feedback en evaluatie: regelmatige evaluatie van het SDM-proces	3
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	3
Wat zou stimulerend zijn om een SDM-beslishulp daadwerkelijk te gebruiken? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Training en educatie	5
Bewezen effectiviteit in wetenschappelijk onderzoek	8
Positieve ervaringen van andere zorgverleners	6
Accreditering / Financiële vergoeding	3
Gebruiksvriendelijkheid van de beslishulp	9
Feedback van patiënten	2
Technische ondersteuning	1
Eenvoudige integratie in bestaande systemen	4
Aangepaste beslishulpen voor verschillende patiëntengroepen	0
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4
Welke factoren vindt u essentieel voor een effectieve SDM-beslishulp? *(meerdere antwoordopties)*	Aantal
Gebruiksvriendelijkheid	10
Tijdsefficiëntie	10
Toegankelijkheid (zowel digitaal als fysiek)	8
Eenvoudige en begrijpelijke taal	9
Visuele ondersteuning (bijv. grafieken, afbeeldingen)	9
Personaliseerbare opties voor verschillende patiëntengroepen	3
Evidence-based informatie	8
Integratie mogelijk in het EMD	6
Mogelijkheid voor feedback door patiënten	1
Training en ondersteuning voor gebruikers	4
Multidisciplinaire toepasbaarheid	3
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4

Interesse voor gebruik SDM-beslishulp voor de behandeling van wratten	
Bent u geïnteresseerd in een SDM-beslishulp specifiek voor de behandeling van wratten?	Aantal
Eerste kennismaking met een SDM-beslishulp.	
Neutraal.	
Zeker, om evidence-based patiënten te begeleiden bij het maken van een positieve keuze.	
Ja, dat kan een meerwaarde zijn voor therapietrouw.	
Ja, interessant of de meest gebruikte behandeling ook effectief de meest gekozen zou zijn.	
Ja, op voorwaarde dat het snel en gemakkelijk toegankelijk is, en niet tijdsinvasief.	
Wat ziet u als de belangrijkste voordelen van een SDM-beslishulp bij het behandelen van wratten? (meerdere antwoordopties)	Aantal
Betere communicatie met patiënten	7
Meer tevredenheid bij patiënten	5
Betere behandelresultaten	3
Efficiënter gebruik van tijd	1
Overige	0
Niet afgerond of Niet getoond	4

Bijlage 5: Semi-gestructureerde interviews artsen post-interventie

1. Wat vond je van het gebruik van de SDM-beslishulp?
2. Wat was je indruk van hoe de ouders en de kinderen zich daarbij voelden?
3. Welke voordelen heb je opgemerkt tijdens het gebruik van de beslishulp?
4. Welke nadelen of struikelblokken heb je ervaren?
5. Was u op voorhand bekend met de verschillende opties voor de behandeling van wratten?
6. Wat zou u zelf veranderen aan de beslishulp om deze handiger te vinden/meer te gebruiken?
7. Bent u van plan in de toekomst meer aan SDM te doen voor de behandeling van wratten?
8. Wat zijn voor u de voordelen van het gebruiken van deze beslishulp in tegenstelling tot gewone verbale communicatie?
9. Zou u SDM nu meer gebruiken voor andere onderwerpen en zo ja, welke?

Bijlage 6: Audit via statistiek in CareConnect



Bijlage 7: Ervaringen en barrières rond SDM en een SDM-beslishulp post-interventie

Ervaringen en barrières rond SDM en het gebruik van een SDM-beslishulp
Thema 1: Positieve ervaringen van huisartsen bij SDM en gebruik van een SDM-beslishulp
Subthema 1: Ervaringen rond klinische implicaties van SDM
SDM kent een plaats binnen pediatrische zorg SDM is passend binnen hedendaagse huisartsgeneeskunde
Subthema 2: Positieve ervaringen rond het gebruik van een SDM-beslishulp
Tijdswinst op langere termijn Ondersteuning bij uitleg van complexe informatie
Subthema 3: Ervaringen rond beleidskeuze na toepassen van de SDM-beslishulp
Verandering van initiële voorkeur of beleidskeuze
Thema 2: SDM als professionele vaardigheid
SDM wordt gezien als iets dat aangeleerd, geoefend of ontwikkeld moet worden
Thema 3: Meerwaarde van SDM-beslishulp als facilitator
Structureren van het gesprek Visuele ondersteuning Neutraler overbrengen van informatie Bewustmaken van gelijkwaardigheid en legitimeren van afwachtend beleid Verlagen van de drempel tot SDM
Thema 4: Verhoogde betrokkenheid van kind en ouders
Actieve participatie van het kind bij medische beslissingen Verlaging van angst bij het kind Verrassing bij ouders door toepassing van SDM (en gebruik van een beslishulp) Variabele beslissingscapaciteit afhankelijk van leeftijd en maturiteit

Thema 5: Barrières ondervonden door artsen bij patiënt en ouder
Vooraf bestaande verwachtingen bij ouders Weerstand tegen alternatieven of afwachten Passieve rol van het kind
Thema 6: Barrières bij arts
Subthema 1: Contextuele factoren
Tijdsdruk (reëel of gepercipieerd) Perceptie van ouderlijke verwachtingen als drempel voor SDM Onwennigheid bij jonge leeftijd
Subthema 2: Artsgebonden factoren
Routine en gewoonte Perceptie van kunstmatigheid
Subthema 3: Beslishulpgebonden factoren
Sturende of onnauwkeurige elementen in de beslishulp
Subthema 4: Percepties over toepasbaarheid van SDM
SDM is niet geschikt voor alle aandoeningen of situaties
Thema 7: Reflectie en gedragsverandering door deelname aan studie
Bewustwording van framing en sturing Reflectie op eigen rol als arts SDM stimuleert kritische reflectie over eigen professioneel handelen Intentie tot blijvende verandering in beleid Uitbreiding van SDM naar andere klinische domeinen

Bijlage 8: Quotes uit de interviews met artsen

Quotes uit interviews met artsen	
Thema 1: Positieve ervaringen van huisartsen bij SDM en gebruik van een SDM-beslishulp	
Subthema 1: Ervaringen rond klinische implicaties van SDM	
Q1	Kinderen begrepen de beslishulp ook goed. Je ziet ook de reacties van het kind en de ouder wanneer je een bepaalde optie overloopt via de beslishulp schijnbaar meer dan enkel bespreken. Het geeft dus op die manier ook nuttige info, want zoals gezegd heeft ouder vaak besliskracht, maar de reactie te zien kan soms ook meer op wensen van kind geantwoord worden, wat eigenlijk zeer relevant is.
Q2	Ik probeer SDM al over algemeen zo veel mogelijk te doen, zat ook duidelijk in opleiding aan UGent.
Q3	Ik hoop en denk dat we/ik SDM al voldoende doen. Kan in veel zaken gebruikt worden. Bepaalde ziektebeelden vereisen soms wel meer “geduw” in een bepaalde richting/optie. Maar ook daar probeer ik uit te leggen waarom ik voor die keuze zou kiezen en wat de voordelen zijn. Alternatieven probeer ik ook steeds te overlopen.
Subthema 2: Positieve ervaringen rond het gebruik van een SDM-beslishulp	
Q4	Want uiteindelijk, de eerste keer dat je SDM en de beslishulp gebruikt, kruipt daar dan wat meer tijd in. Maar dan weten ze ook van, ah, je kunt daar eigenlijk ook mee afwachten. Maar misschien heb je dan wel in de toekomst… Natuurlijk, op de lange termijn meer tijdswinst. …dat je een consult kunt uitsparen.

Subthema 3: Ervaringen rond beleidskeuze na toepassen van de SDM-beslishulp	
Q5	Bepaalde verwachtingen veranderden toch. Iemand die op voorhand dacht aan cryo kon soms nog veranderen van gedacht en kiezen voor een andere behandelingsoptie.
Thema 2: SDM als professionele vaardigheid	
Q6	Ik vond de opleiding omtrent SDM vrij moeilijk en uitgebreid, maar uiteindelijk wel leerrijk, ook al gebruik ik SDM al redelijk vaak.
Thema 3: Meerwaarde van SDM-beslishulp als facilitator	
Q7	Helpt om niets te vergeten in uitleg van verschillende behandelingsopties. Zo is de uitleg vollediger ten opzichte van enkel verbaal uitleggen. Er is ook een duidelijke weergave verschillende opties.
Q8	Geeft extra leidraad om uitleg omtrent verschillende opties te overlopen. Is dus ook handig voor jezelf om te gebruiken.
Q9	Bij kinderen maakt een schema/besilshulp het veel toegankelijker om ook betrokken te worden bij de beslissing. Het visuele is voor kinderen veel duidelijker om iets uit te leggen dan een uitleg verbaal op zich.
Q10	De beslishulp zorgt ervoor dat je minder snel zal sturen of een veronderstelling maken dat iemand komt voor cryotherapie terwijl dit soms niet zo is.
Q11	Op deze manier is ook het niets doen duidelijk te kaderen en kan dit gezien worden als een volwaardige behandelingsmethode.
Q12	Daarnaast was de beslishulp ook een extra “ingang” om aan SDM te doen. De beslishulp maakte de ingang naar SDM makkelijker/toegankelijker. Het verlaagt de ondergrens om bepaalde info duidelijk over te kunnen brengen versus puur verbale uitleg met dan mogelijks minder onthouden of complexer ervaren van de uitleg.
Thema 4: Verhoogde betrokkenheid van kind en ouders	
Q13	Ik ben verrast geweest hoe zelfs in die lage leeftijdsgroep heel mondige kindjes zitten, die hun gedacht kunnen vormen en inderdaad zelf beslissen. Als je mij vraagt wat ik uit het gebruik van de studie leerde, was dit aspect het meest inzichtvol.
Q14	De kinderen zijn bij het uitleggen aan de hand van de besilshulp toch wat minder angstig. Het was beter als je er beter bij stil stond, de kinderen waren wat meer op hun gemak.
Q15	Ik had de indruk dat de ouders wel verrast waren. Die waren positief verrast.
Q16	Ik ben verrast geweest hoe zelfs in die lage leeftijdsgroep heel mondige kindjes zitten, die hun gedacht kunnen vormen en inderdaad zelf beslissen. Als je mij vraagt wat ik uit het gebruik van de studie leerde, was dit aspect het meest inzichtvol.
Q17	Ik snap natuurlijk dat je een cut-off moet kiezen, maar ik had de indruk dat er daar nog een hoop kindjes was van 5 jaar en x maanden die er misschien wel nog bij konden.
Q18	De leeftijd voor inclusie was soms wat jong, maar misschien dat iemand anders van die leeftijd dat wel perfect kan. Het hangt ook wat af van de patiënt. Het gebruik was soms moeilijk. Het was een jong meisje, ik heb vooral de mama nodig gehad. Ze kon het moeilijk beslissen.
Thema 5: Barrières ondervonden door artsen bij patiënt en ouder	
Q19	Ja, het is te zeggen. Het kind heeft er niet veel op gezegd aangezien ouder al op voorhand zei: we komen voor cryo.
Q20	Ja, dus er is al de verwachting van de ouders. De ouders vonden het soms een beetje vreemd dat we de kinderen eigenlijk een verwachting bevroegen. En ze konden daar niet altijd mee om.
Q21	Uit eigen ervaring/gevoel denk ik dat meeste mensen al een idee hebben van wat ze willen voor ze op consultatie komen, dus optie niets doen lijkt soms minder relevant.

Q22	En het was sommigen dat ik dan ook die weerstand voelde van die ouders. Van, ja maar ja. Kom. Doe toch maar. Vries toch maar. Het gaat dan rapst. Dus het viel mij op dat het niet was omdat het kind een bepaald besluit nam, dat de ouders daar dan in meegingen.
Q23	Optie niets doen lijkt soms minder relevant.
Q24	Ouders denken ook voor een stukje aan hun eigen gemak daarin. Dus het dagelijks aanbrengen van zalf en een plakkertje, dan zie ik ook wel ouders die rollen met hun ogen van... Ik zie dat niet zitten dokter, vriest dat ding. En als je dan zegt dat het bij cryo wel kan zijn dat ze een keer of zes zullen moeten komen, vinden ze zes keer een kwartiertje makkelijker dan dagelijks de zalf. Dus hun eigen belangen en hun eigen gemak spelen ook wel serieus mee in de beslissing, heb ik het gevoel. De optie niet te doen, dat is het ding dat meest verrast, denk ik.
Q25	Dus het viel mij op dat het niet was omdat het kind een bepaald besluit nam, dat de ouders daar dan in meegingen.
Q26	En dan kwam uiteindelijk het beslissen. Maar dan werd er heel vaak naar mama of papa gekeken.
Thema 6: Barrières bij arts	
Subthema 1: Contextuele factoren	
Q27	Tijdsnood speelt wel ook een rol. Eenmaal je wat achterloopt kan er soms wat korter door de bocht worden gegaan met uitgebreidere uitleg of SDM.
Q28	Maar ja, ik denk gewoon, het is iets tijdsintensiever dan dat je zegt, oké, we gaan vriezen. Maar ja, ik vind dat loont wel.
Q29	Ja, dus de verwachting van de ouders. De ouders vonden het een beetje vreemd dat we bij de kinderen eigenlijk een verwachting bevroegen. En ze konden daar niet altijd mee om.
Q30	Het ging wel heel stroef. Ik moest wel beetje sturen. Ik begon met open vragen en dan moest ik toch wat sturen. Het ging niet zo vlot vond ik.
Subthema 2: Artsgebonden factoren	
Q31	De meesten kiezen voor behandelen. Dan zeg ik eigenlijk automatisch cryo. Dus die zalf, ja, zit er bij mij wat minder in.
Q32	Ik ga eerlijk zeggen, als dokter... Als je al 21 jaar wratten met cryo behandelt, vind ik het moeilijk om dat te veranderen. Om te zeggen dat we gaan afwachten.
Q33	De beslishulp kon soms als wat kunstmatig overkomen.
Q34	Ik gebruikte de beslishulp soms minder omdat ik het gevoel had dat het weer zo'n beetje te geforceerd ging overkomen bij de patiënt... Ik weet het niet.
Subthema 3: Beslishulpgebonden factoren	
Q35	Is het bewust dat je de smileys in het blauw hebt gedaan? Kleur kan natuurlijk ook wel insinuerend zijn, hé.
Q36	Eén van de opties was een beetje insinuerend, doordat er een duimpje bij stond. Niets doen, met dat duimpje erbij. Eigenlijk had dat klokje genoeg geweest.
Subthema 4: Percepties over toepasbaarheid van SDM	
Q37	Ik doe het persoonlijk wel, bijvoorbeeld ook bij uitleggen van diagnostische tests. Ook bijvoorbeeld bij stopcriteria wordt a.d.h.v. SDM ook duidelijk overlegd met de patiënt wat wel niet wordt gestopt. We proberen SDM zo goed mogelijk toe te passen. Al is er als arts een verschil in opties en effectieve “good practice”, dus medisch/ethische/wetenschappelijke verschillen in verschillende opties: wat is op een bepaald vlak de beste optie. Continuüm van “er is maar 1 goede optie”, tot je voorkeur kaderen, tot andere extreem van gelijkwaardige behandelingen qua outcome zoals

	wratten puur wetenschappelijke weergave schematisch. Je kan je dus de vraag stellen of je SDM in iedere situatie dient toe te passen.
Thema 7: Reflectie en gedragsverandering door deelname aan studie	
Q38	Ik doe het meestal. De bijscholing omtrent SDM en het gebruik van de beslishulp waren interessant omdat je als arts vaak , al dan niet bewust, wat stuurt in een bepaalde richting.
Q39	Ik ben een vastgeroeste dokter die na 40 jaar niet meer zo veel verandert. Deze beslishulp en studie leerde me meer te richten naar het kind en hiermee meer in contact te komen. Daarnaast leerde de beslishulp me i.v.m. behandeling van wratten minder directief te zijn.
Q40	Gewoontes zijn soms moeilijk om los te maken. Ook bijvoorbeeld met behandelen van wratten a.d.h.v. die cryotherapie Ik ben zodanig verbonden dat ik het wel niet zo makkelijk vind om die routine te doorbreken.
Q41	Ik spreek voor mezelf maar ik denk misschien soms iets iets te kortzichtig te kiezen voor cryotherapie
Q42	Ik ga het nog gebruiken in de toekomst.
Q43	Meedoen aan de studie stimuleert en motiveert om iets meer aandacht te besteden aan het overlopen van de verschillende behandelingsopties.
Q44	Ik doe het persoonlijk wel, bijvoorbeeld ook bij uitleggen van diagnostische tests.
Q45	Ja, je kan SDM toepassen op praktisch elk onderwerp. Enkel acute levensbedreigende situaties liggen moeilijker om SDM toe te passen.