3 goede vragen: percepties van patiënten ten aanzien van dit shared decision making tool

[Joren Nijs, KULeuven]

Promotor: [Geert Goderis, KULeuven]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025 – 2026]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Inhoud

Abstract 3

Inleiding 4

Methode 5

Datacollectie 6

Data-analyse 8

Reflexiviteit 10

Resultaten 11

1ste interview 11

Opvolginterviews 15

Longitudinale vergelijking van de thema's 19

Discussie 20

Conclusie 24

Referenties ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Addendum 27

Ethische goedkeuring 27

Interview guide 29

Voorbeeld van een codeboom 33

Abstract

Deze studie onderzocht hoe oudere patiënten met multimorbiditeit “3 goede vragen” ervaren, welke barrières ze ondervinden bij het stellen van de vragen en hoe ze shared decision making beleven bij het gebruik van de vragen. Dit werd onderzocht door een kwalitatief longitudinaal design te gebruiken met 2 meetmomenten. 11 patiënten uit 2 huisartsenpraktijken nemen deel aan semigestructureerde interviews, in totaal werden er 19 interview geanalyseerd met een reflexieve thematische analyse en recurrent cross-sectional analyse. “3 goede vragen” werden positief ontvangen, maar het gebruik ervan in de praktijk bleek contextgebonden. De relevantie van de vragen hing samen met het type zorgcontact, de ervaren keuzeruimte en de houding van de zorgverlener. Wanneer de vragen wel werden gebruikt, droegen zij bij aan meer duidelijkheid, meer ruimte voor persoonlijke zorgen en een positievere beleving van SDM. De vragen werden hierbij niet als een letterlijk script gebruikt maar als meer als een flexibel denkkader. Deze studie draagt zo bij aan een beter begrip van hoe generieke patiëntgerichte communicatie-instrumenten in de praktijk worden geïnternaliseerd en ingezet bij oudere patiënten met multimorbiditeit in de eerste lijn.

Inleiding

Door de vooruitgang in de geneeskunde blijven mensen langer leven, maar hierdoor neemt ook het aantal ouderen met een chronische aandoening toe. Multimorbiditeit komt vaker voor op oudere leeftijd en is vaak ook gepaard met complexere zorg, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en een hogere ziektelast.[1 2] Bij dit soort van patiënten kan bij de behandeling ook niet alleen naar ziekte specifieke uitkomsten of overlevingskansen gekeken worden. Onderzoek toont aan dat voor oudere patiënten met multimorbiditeit ook andere uitkomsten belangrijk zijn zoals, symptoomverlichting, zelfstandigheid en behoud van functioneren.[3] Dit maakt het noodzakelijk om behandelingen van deze patiënten af te stemmen op de individuele noden, wensen en levensdoelen.

Binnen deze context wordt shared decision making (SDM) gezien als een belangrijk model voor patiëntgerichte zorg. SDM is een proces waarbij de patiënt en zorgverlener samen kijken naar de beschikbare opties en dit afwegen in het licht van de waarden, voorkeuren en situatie van de patiënt.[4] Hierbij worden dan vooral de risico’s en de voor- en nadelen van een behandeling besproken, zodat de patiënt een goed geïnformeerde beslissing kan maken. Dit is vooral bij oudere patiënten met multimorbiditeit belangrijk omdat de behandelingen dan beter op hun prioriteiten afgesteld kunnen worden. Dit kan zorgen voor meer passende zorg en betere patiëntuitkomsten.[3] Wat wel belangrijk blijft om mee rekening te houden is dat SDM geen universeel en contextvrij stappenplan is. Het is een proces waarbij de vorm en haalbaarheid meebepaald worden door de specifieke klinische context, de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener en de situatie waarin de beslissing genomen moet worden.[5]

Hoewel SDM breed aangemoedigd wordt, blijft de toepassing ervan in de praktijk soms uit. Zowel patiënten als zorgverleners ervaren barrières die SDM moeilijk kunnen maken. In een systematic review van Gravel et al. (2006) beschrijven ze tijdsdruk, organisatorische beperkingen en communicatieve moeilijkheden als belangrijke barrières voor de implementatie van SDM in de praktijk.[6] Specifiek bij oudere patiënten met multimorbiditeit werden barrières gevonden zoals, cognitieve problemen, complexe zorgcontext en de neiging van patiënten om de beslissingen eerder aan de arts over te laten.[2] Tegelijk blijkt ook dat SDM niet noodzakelijk leidt tot langere consultaties, wat erop wijst dat het niet toepassen van SDM eenvoudig met de duur van een consult verklaard kan worden.[7]

Een interventie die ontwikkeld werd om patiënten te ondersteunen met SDM is de campagne “3 goede vragen” in Nederland. Dit is gebaseerd op het AskShareKnow-model. De 3 vragen zijn: “Wat zijn mijn opties?” “Wat zijn de voor- en nadelen van de opties?” en “Wat betekent dat in mijn situatie?”. De vragen zijn bedoeld om de behandel opties van de patiënten bespreekbaar te maken en zo beter geïnformeerd kunnen deelnemen aan beslissingen. Eerder onderzoek toont aan dat het stellen van de vragen de kwaliteit van de informatie die artsen geven bij hun uitleg kan verbeteren.[8] Een haalbaarheidsstudie in de eerstelijnszorg liet zien dat veel patiënten de vragen bruikbaar vonden en ze ook aan anderen zouden aanraden.[9] Dit suggereert dat “3 goede vragen” een laagdrempelige interventie kan zijn om patiëntparticipatie en SDM te ondersteunen.

De studies tonen ook dat een positieve houding tegenover de vragen niet automatisch betekent dat de patiënten effectief alle vragen gebruiken. In de haalbaarheidsstudie van Shepherd et al. (2016) bleek dat veel deelnemers niet alle vragen in de praktijk gebruikten, ondanks dat ze de interventie overwegend positief beoordeelden.[8] Hiermee valt een kennislacune op. Hoewel uit eerder onderzoek bekend is dat multimorbide ouderen specifieke barrières kunnen ervaren bij SDM[2], is het minder duidelijk hoe ze een concrete patiëntgerichte interventie zoals “3 goede vragen” gebruiken, welke barrières ze daarbij ondervinden en hoe ze hiermee de invloed ervan op SDM ervaren. Omdat het hier gaat over verwachtingen vooraf, ervaringen tijdens de consulten en betekenissen die zich over de tijd kunnen ontwikkelen, lijkt een kwalitatief longitudinaal design het meest geschikt om deze verschillende processen te onderzoeken.

Deze studie heeft als doel te onderzoeken hoe patiënten “3 goede vragen” ervaren, welke barrières zij ondervinden bij het stellen van deze vragen, en hoe zij shared decision making beleven bij het gebruik ervan.

Methode

In deze studie gaan we kijken naar hoe patiënten “3 goede vragen” ervaren en wat de mogelijke barrières zijn die patiënten ondervinden bij het stellen van deze vragen. Om deze barrières en ervaringen die de patiënten ondervinden te kunnen onderzoeken wordt van een kwalitatief longitudinaal design met herhaalde semigestructureerde interviews. Dit omdat een kwalitatief onderzoek de deelnemers de kans geeft om hun perceptie en standpunt uit te leggen.[10] Zo hebben deelnemers de mogelijkheid om uit te leggen wat

de barrières en ervaringen zijn die ze ondervinden bij het stellen van de vragen. Dit is iets dat met een kwantitatief onderzoek moeilijk gaat. Een kwalitatief onderzoek werkt ook beter voor een onderwerp dat niet veel onderzoek heeft gehad.[11] Omdat er nog maar weinig onderzoek is naar welke barrières patiënten ondervinden tijdens het stellen van de vragen lijkt een kwalitatief onderzoek het meest gepast. Een kwalitatief onderzoek laat ook toe betekenis te interpreteren binnen een specifieke context, zoals hier de ervaringen tijdens een consult.[12]

Een longitudinaal onderzoek biedt niet alleen de kans om ervaringen van verschillende tijdstippen te beschrijven, maar ook om te onderzoeken hoe percepties, betekenissen en ervaringen zich over de tijd ontwikkelen.[13] Deze benadering is relevant wanneer het onderzoeksobject een procesmatig karakter heeft, zoals het leren kennen, gebruiken en evalueren van de “3 goede vragen”.[14]

Er werd daarom gekozen voor 2 meetmomenten. Bij het eerste interview werd er nagegaan hoe de deelnemers hun huidige therapie en inspraak hierbij ervaarden. Er werd ook hun eerste indruk van de “3 goede vragen” beschreven. In een tweede interview 3 maanden later werd er onderzocht of deelnemers de vragen effectief gebruikt hadden, welke barrières ze daarbij ondervonden en hoe ze SDM met de vragen ervaarden. Op deze manier maakte het design het mogelijk om een onderscheid te maken tussen de verwachtingen vooraf en het effectieve gebruik in de praktijk. Zo was er ook een baseline voor hun ervaringen met SDM.[15]

Het interval van de 3 maanden werd gekozen als een inhoudelijk praktisch en verdedigbare periode waarin de deelnemers voldoende kans hadden om de vragen in een of meerdere consulten te gebruiken en hun ervaringen en indrukken nog relatief accuraat gereconstrueerd konden worden. In kwalitatief longitudinaal onderzoek is de keuze van het interval immers een afweging waarbij het interval voldoende ruimte moet laten voor verandering, maar ook voldoende nabij moet blijven om ervaringen goed te kunnen opvolgen.[13]

Datacollectie

De datacollectie van de studie gebeurde met een semigestructureerd interview. Dit laat de onderzoeker toe om vragen naar het gedrag en de ervaring van de deelnemers. Zo kunnen de gedachten en gevoelens van deelnemers beter geëxploreerd worden.[16] Met een semigestructureerd interview zijn er ook pre-geformuleerde vragen zodat de vragen consistent blijven en er over alle interviews heen vergeleken kan worden.[11] Tijdens de interviews volgde onderzoeker en een interview guide die goedgekeurd werd door de ethische commissie. Omdat het om een longitudinaal onderzoek ging werden er twee interviews afgenomen op twee verschillende momenten.

Aan het onderzoek namen 11 deelnemers deel, de deelnemers waren verspreid over 2 huisartsenpraktijken in Vlaams-Brabant. De reden waarom deze praktijken werden gekozen is omdat dit de praktijken waren waar de onderzoeker tijdens het onderzoek werkzaam was als huisarts in opleiding. De inclusiecriteria voor het onderzoek waren patiënten die 2 of meer chronische ziekten hadden, 65+ waren en de verwachting dat de

deelnemer in de daaropvolgende periode nog consultaties zou hebben waarin *"3 goede vragen"* gebruikt konden worden. De exclusiecriteria waren dementie en een leeftijd van boven 80 jaar. De patiënten werden gerekruteerd nadat ze voor een consult naar de praktijk gingen en ze voldeden aan de inclusiecriteria. Er werd hen dan direct gevraagd of ze wilden meedoen aan het onderzoek. Daarna werd een moment ingepland voor een eerste interview en uitleg over het onderzoek. Dit verliep van April 2025 tot Oktober 2025. De patiënten gingen akkoord door middel van informed consent dat voor de start van het onderzoek werd getekend. Alle benaderde patiënten stemden in om mee te doen aan het onderzoek.

Datasaturatie werd niet gehanteerd als mechanisch stopcriterium. In lijn met reflexieve thematische analyse werd de dataverzameling beëindigd wanneer de data voldoende rijk en analytisch productief was om betekenisvolle thema's te ontwikkelen.[17]

In totaal werden er 19 interviews genomen 11 hiervan zijn het eerste interview en 8 zijn hiervan opvolginterviews. 2 opvolginterviews werden niet afgenomen omdat deze deelnemers niet meer wenste mee te doen aan het onderzoek en met 1 deelnemers kon geen contact meer worden opgenomen.

	Leeftijd	Geslacht	Chronische aandoeningen	Eerste interview	Opvolginterview
Deelnemer 1	71	Vrouw	Astma, diabetes, hartfalen	Ja	Nee
Deelnemer 2	66	Vrouw	COPD, artritis	Ja	Ja
Deelnemer 3	68	Man	Diabetes, artritis, astma	Ja	Ja
Deelnemer 4	66	Man	Permanente VKF, artritis	Ja	Ja
Deelnemer 5	71	Man	Chronische nierinsufficiëntie, hypertensie	Ja	Nee
Deelnemer 6	68	Man	Diabetes, chronische nierinsufficiëntie, COPD	Ja	Ja
Deelnemer 7	68	Man	COPD, hartfalen	Ja	Ja
Deelnemer 8	76	Vrouw	COPD, hartfalen	Ja	Nee
Deelnemer 9	76	Vrouw	Astma, veneuze insufficiëntie	Ja	Ja
Deelnemer 10	67	Man	Artritis, psoriasis	Ja	Ja
Deelnemer 11	71	Vrouw	Diabetes, neuropathie, atherosclerose	Ja	Ja

Voor het interview begon stelde de onderzoeker zich eerst voor aan de deelnemers als een master student en huisarts in opleiding. De deelnemers werden hierna bekend gemaakt met 3 goede vragen aan de hand van een folder en mondelinge toelichting. In de folder staan de 3 goede vragen en staan er ook wat voorbeelden en getuigenissen van wat 3 goede vragen al heeft kunnen bereiken bij mensen. Het doornemen van de folder met uitleg duurde ongeveer 10 min. Tijdens deze uitleg werd ook het doel van het onderzoek uitgelegd en dat het onderzoek dient als master thesis voor de onderzoeker. Na de uitleg werd een eerste interview afgenomen dit duurde tussen 5 tot 15 minuten. De semigestructureerde interviews volgden een interview guide die door de onderzoeker werd opgesteld en is goedgekeurd door de ethische commissie. De interviews werden ter plekke in 1 van de praktijken afgenomen door 1 mannelijke onderzoeker, die werkende was als huisarts in opleiding bij beide praktijken. Tijdens de interviews waren enkel de deelnemer en de onderzoeker aanwezig. De gevraagde patiënten waren nog niet behandeld door de onderzoeker en hadden dus geen eerder connectie met de onderzoeker, ook tijdens de periode van 3 maanden werden de deelnemers niet door de onderzoeker behandeld.

De kernvragen van het eerste interview waren:

- De ervaring van hun huidige therapie(ën)
- De ervaren inspraak in behandeling
- De eerste indruk van *'3 goede vragen'* en de intentie om deze al dan niet te gebruiken.

Na de uitleg en het interview kregen de patiënten 3 maanden de tijd om de 3 goede vragen te gebruiken bij hun behandelde artsen en specialisten. Na 3 maanden werd er met iedereen opnieuw contact opgenomen en werden ze uitgenodigd om nog eens naar de praktijk te komen voor opnieuw een interview af te nemen. Dit tweede interview duurde tussen de 7 tot 20 minuten.

De kernvragen van het opvolginterview waren:

- Hoe het intussen met hun ging
- Of ze de vragen hadden kunnen stellen waarom wel of niet
- Welke barrières ze hierbij ondervonden
- Of het stellen van de vragen volgens hen invloed had gehad op therapiebepaling, inspraak, aandacht voor hun noden en het gevoel gehoord te worden
- Of zij de vragen in de toekomst verder zouden blijven gebruiken.

Data-analyse

De date analyse gebeurde in 2 stappen. Eerst werd een werd gebruik gemaakt van een reflexieve thematische analyse volgens Braun en Clarke.[18] [19] [20] Dit is een kwalitatieve analyse methode waarmee er patronen van gedeelde betekenis in de data

geïdentificeerd, geïnterpreteerd en beschrijven kan worden in relatie tot de onderzoekvraag.[20] Een reflexieve thematische analyse is ontworpen om de belangrijkste thema's die uit de data werden gehaald te exploreren volgens de interpretatie van de onderzoeker. Bij een reflexieve thematische analyse worden thema's niet "gevonden" in de data, maar worden deze ontwikkeld door een actief interpretatief proces van de onderzoeker. De onderzoeker speelt hier een centrale rol in het coderen analyseren en interpreteren van de data. Hierdoor wordt subjectiviteit binnen deze benadering niet beschouwd als een probleem dat moet worden uitgesloten, maar als een onvermijdelijk en betekenisvol onderdeel van kwalitatief onderzoek.[20] Thema's zijn daarom niet uitsluitend geselecteerd op basis van hoe vaak iets voorkomt, maar op basis van hun inhoudelijke relevantie voor de onderzoek vraag en hun bijdrage aan het begrijpen van de ervaringen van de deelnemers.[18] Dit betekent dat de studie een interpretatieve analyse biedt van hoe deelnemers barrières ervaarden bij het gebruik van "3 goede vragen" en hoe ze door deze vragen SDM beleefden. Voor de analyse werd gebruik gemaakt van Excel om te coderen. De codes werden alleen ontwikkeld door de onderzoeker.

De analyse gebeurde in 6 fases, het analyse proces is niet lineair maar iteratief [18]

1. Vertrouwd raken met de data. In deze fase werden de interviews meermaals beluisterd en transcripties meermaals doorgelezen. Zo raakt de onderzoeker vertrouwd met de inhoud en mogelijke betekenissen in de data. Er werden tijdens deze fase ook de eerste indrukken, opvallende uitspraken en voorlopige analytische ideeën genoteerd.
2. Genereren van de initiële codes. De betekenis volle fragmenten in de transcripties werden gecodeerd. Er wordt dan een korte inhoudelijke code aan het tekstfragment gelinkt die relevant is voor de onderzoeksvraag. De codes hebben betrekking op ervaringen, barrières, gevoelens, verwachtingen en andere betekenisvolle elementen.
3. Zoeken naar thema's. Hier worden codes met elkaar vergeleken en samengebracht in voorlopige thema's. De thema's zijn patronen van gedeelde betekenis die verschillende codes met elkaar verbinden en relevant zijn voor de onderzoeksvraag.
4. Herzien van de thema's. De thema's worden hier kritisch herbekeken er wordt nagegaan of de thema's voldoende worden ondersteund door de gecodeerde data en of ze intern coherent en onderling onderscheidend zijn. Indien nodig worden thema's verwijderd, opgesplitst of samengevoegd.
5. Definiëren en benoemen van thema's. De thema's worden nu benoemd en afgebakend. Er wordt nagegaan wat de kern ervan is en wat de betekenis is in relatie met de onderzoeksvraag.
6. Rapporteren van de analyse. Bij de laatste fase worden de thema's uitgeschreven en geïllustreerd met relevante citaten uit de interviews. Hierbij wordt niet enkel beschreven wat de deelnemers vertelden, maar ook geïnterpreteerd hoe deze uitspraken betekenis geven aan hun ervaring met "3 goede vragen", de barrières en SDM.[18]

Na de afzonderlijke analyse van de interviews met behulp van de reflexieve thematische analyse volgens Braun en Clarke, werd er bijkomend een recurrent cross-sectional analyse uitgevoerd. Dit om de bevindingen over beide meetmomenten heen thematisch te vergelijken. Een recurrent cross-sectional analyse is vooral geschikt wanneer de nadruk ligt op het vergelijken van thema's tussen meetmomenten op het niveau van de dataset als geheel, eerder dan op het uitwerken van individuele trajecten.[21]

In deze studie maakte deze aanpak het mogelijk om de thema's uit de 2 interviews te vergelijken en zo veranderingen en continuïteiten in de ervaringen van deelnemers met de '3 goede vragen', ervaren barrières en SDM te beschrijven.

Eerst werden de interviews van elk meetmoment afzonderlijk geanalyseerd, alvorens de thema's longitudinaal over tijd met elkaar te vergelijken. Daarna werden de thema's van de interviews naast elkaar gelegd. De thema's van de 2 interviews werden met elkaar vergeleken om na te gaan hoe de thema's op verschillende tijdspunten samenhingen en welke patronen van continuïteit en verandering zichtbaar werden.[22] Deze vergelijking gebeurde op het niveau van de volledige dataset, in overeenstemming met een recurrent cross-sectional benadering.[21] Ten slotte werden deze vergelijkingen samengebracht in bredere longitudinale interpretaties in functie van de onderzoeksvraag.[22]

Voor de analyse van deze kwalitatieve studie werden geluidsopnames van de interviews gemaakt en nadien uitgeschreven. De opnames werden onmiddellijk na transcriptie vernietigd. Antwoorden werden anoniem gemaakt zodat ze niet terug aan de patiënten konden worden teruggekoppeld. Transcripties werden niet teruggestuurd naar deelnemers.

Reflexiviteit

Deze studie vertrekt vanuit een interpretivistische epistemologische positie. Zo worden de ervaringen van deelnemers niet beschouwd als gewoon objectief observeerbare feiten, maar als betekenisvolle interpretaties van hun eigen zorgsituatie. De data wordt zo begrepen als kennis die tot stand komt in interactie tussen deelnemer en onderzoeker, dan als een neutrale weergave van de werkelijkheid.[23] [24]

De onderzoeker speelde een actieve rol in zowel de dataverzameling als de analyse. Zo werd een er tijdens de semigestructureerde interviews door de onderzoeker mede bepaald welke onderwerpen er verder werden uitgediept en op welke antwoorden er werd doorgevraagd en hoe deelnemers hun ervaringen verwoorden. Daarom kunnen de interviews worden beschouwd als een co-constructie van betekenis tussen onderzoeker en deelnemer en niet als registratie van vooraf vastliggende ervaringen.[25] [26]

Bij de analyse had de onderzoeker een interpretatieve rol. Binnen reflexieve thematische analyse worden codes en thema's niet gezien als elementen die vanzelf uit de data naar voren komen, maar als analytische constructies die door de onderzoeker worden ontwikkeld in relatie tot de onderzoeksvraag en de dataset.[19] Hierbij wordt er ook erkend dat de professionele en persoonlijke achtergrond van de onderzoeker invloed kon

hebben op welke aspecten van de data meer of minder aandacht kregen.[27] In dit onderzoek betekent dit dat uitspraken die aansluiten bij bestaande ideeën over SDM of de mogelijke meerwaarde van “3 goede vragen” mogelijk wat sneller als betekenisvol werden herkend, terwijl negatieve ervaringen mogelijks minder snel op de voorgrond kwamen. Omdat het onderzoek plaatsvond binnen een zorgcontext dient er ook rekening gehouden te worden met mogelijkse onderzoekerseffecten, zoals reactiviteit en sociaal wenselijke antwoorden van deelnemers bij de interviews. De deelnemers konden mogelijks hij ervaringen voorzichtiger of positiever formuleren uit mogelijks respect voor zorgverleners of met de veronderstelling dat de interventie bedoeld was om patiënten participatie te versterken.

Om de invloed hiervan zo bewust mogelijk te hanteren, werd tijdens het analyse proces aandacht besteed aan het herlezen van transcripties, het toetsen van codes aan de volledige dataset en het meenemen van afwijkende of minder positieve ervaringen. Zo werd er geprobeerd om niet alleen positieve patronen, maar ook nuance en tegenvoorbeelden in de analyse mee te nemen. Daarnaast werd er ook reflexief gewerkt met memo’s. In de memo’s werden eigen indrukken, twijfels en voorlopige interpretaties genoteerd. Dit werd gedaan zowel tijdens de dataverzameling als tijdens de analyse. Zo kon er gezien worden hoe persoonlijke bias interpretaties konden kleuren en dit mee te nemen in het verdere analyseproces. Hiermee werd subjectiviteit niet volledig uitgesloten, maar wel dat de invloed van de onderzoeker expliciet werd erkend, transparant gemaakt en beschouwd als onderdeel van het kwalitatieve onderzoeksproces.[20]

Resultaten

In totaal werden er 11 deelnemers geïnterviewd. Alle 11 deden een eerste interview van deze groep deden er 8 een vervolginterview, dit vervolginterview vond 3 maanden na het eerste interview plaats. 3 deelnemers namen niet deel aan het vervolginterview en werden beschouwd als lost to follow up. De deelnemers werden gerekruteerd via 2 huisartsenpraktijken en voldeden allemaal aan de inclusiecriteria van 2 of meer chronische ziekten en een leeftijd van 65+.

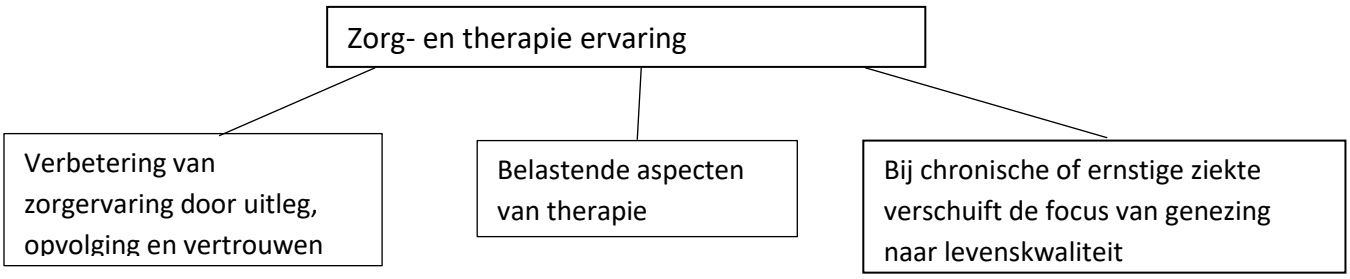
1ste interview

Op basis van een thematische analyse volgens Braun en Clarke werden er 3 overkoepelende thema’s geïdentificeerd:

- Zorg- en therapie ervaring
- Participatie en rol in besluitvorming
- Indruk van “3 goede vragen”

1. Zorg- en therapie ervaring

Er werden 3 subthema’s ontwikkeld die tot dit thema leiden.



Als de deelnemers aan het praten waren over hun huidige therapieën kwam niet enkel het medische effect ter sprake. Er werd duidelijk dat de beleving van therapie sterk mee werd bepaald in de mate waarbij therapieën duidelijk werden uitgelegd, goed werden opgevolgd en er vertrouwen in de behandelende arts was. Voor meerdere deelnemers was er een positieve therapie ervaring wanneer ze zich veilig voelden in het traject en als er een overzicht was van wat er ging gebeuren. Het belang van een goed vertrouwen in de arts kwam sterk naar voor in interview 1:

“Dus, de eerste vraag. Wat vindt u van uw huidige therapieën /behandelingen?”

“Momenteel een beetje ontgoocheld. Ik zeg het zoals het is. Omdat er te veel nieuwe artsen verkeerde beslissingen nemen en fouten gebeuren.” (Interview 1)

Later wordt hier duidelijk dat ze vooral vertrouwen heeft in haar oude cardioloog en dat ze hiervoor zelf speciaal naar de kust rijdt. Het vertrouwen in nieuwe artsen is hier geschaad en ze ervaart hierdoor haar huidige zorg als negatief.

Meerdere deelnemers beschreven hun therapie als positief. Het ging dan vaak gepaard met duidelijke uitleg, goede opvolging en het gevoel dat de zorgverlener een goed overzicht had over hun volledige situatie. Zo gaven een deelnemers aan:

“*Ik ben er heel tevreden over*” (interview 5)

“*Die zijn vrij goed en duidelijk voor mij. Dus, er wordt ook altijd goed uitgelegd wat de voor- en de nadelen zijn*.” (Interview 7)

De therapie werd ook niet door elke deelnemers als positief weergegeven. Zo kwam er naar voren dat sommige therapieën voor de deelnemers ook belastend kunnen zijn. Een deelnemer gaf aan dat ze in het begin van haar therapie veel nevenwerkingen had van haar medicatie.

“*In het begin was ik veel ziek van die medicatie. Ik nam veel te veel. Ik moest overgeven, ik had de hele tijd diarree*.” (Interview 9)

Ze gaf later wel aan dat met een dosis aanpassing de nevenwerkingen verbeterde en hiermee zien we dat therapie ervaring veranderlijk kan zijn en geen statisch gegeven is over de tijd.

Een andere deelnemers spreekt in interview 4 over een coloscopie en hoe dit als onprettig en zwaar wordt beleefd, ook al was de deelnemer bereid om dit te ondergaan. Hier wordt de zorg soms als een noodzakelijk kwaad gezien.

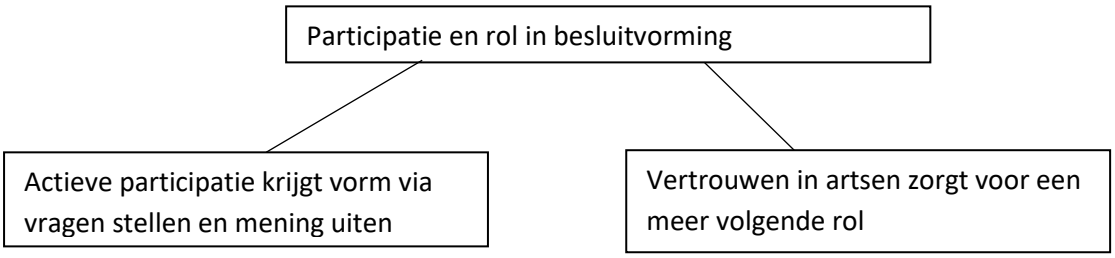
Bij enkele deelnemers is er ook sprake van een ernstige of onomkeerbare aandoening, hier werd therapie niet echt meer besproken in termen van genezing, maar in termen van levenskwaliteit.

"*Ik zal die proberen te gebruiken, maar ik weet wat mij te wachten staat. Ik ga niet genezen. Dat gaat verergeren. Dus ik moet zien dat ik op een comfortabele manier kan blijven leven. Meer kan ik niet doen*." (Interview 8)

Bij zulke ervaringen verschoof het doel van de behandeling van herstel naar comfort, behoud van functioneren en omgaan met achteruitgang. Deze deelnemer leek door het gepercipieerde gebrek aan opties ook minder enthousiast om de vragen te gebruiken.

2. Participatie en rol in besluitvorming

Er werden 2 subthema's ontwikkeld die tot dit thema leiden



De interviews laten hier zien dat participatie door de deelnemers op verschillende manieren wordt ingevuld. Voor sommige deelnemers was participatie het stellen van vragen, hun mening geven en het gevoel dat de beslissing in overleg werd genomen hechten hier ook waarden aan dat dit gebeurt. Anderen waren eerder passief in participatie en vertrouwden eerder in de expertise van de arts en dat deze hen de juiste richting aanwees. Participatie werd dus niet eenduidig beleefd als autonomie of keuzevrijheid, maar kreeg vorm binnen de relationele context van vertrouwen, ziekte-ernst en ervaren keuzeruimte.

Een aantal deelnemers beschreven zichzelf als actief en mondig. Ze gaven ook aan dat gewoon zijn om te zeggen wat ze denken en zich vrij voelen om vragen te stellen.

"*Ik mag vragen wat ik wil. En over het algemeen krijg je duidelijke antwoorden"* (interview 5)

"*Als ik iets te zeggen heb dan zeg ik het wel. Zowel tegen de kinesist als tegen de dokter of de specialist*" (interview 10)

In interview 6 en 7 werd ook gezien dat participatie wordt omgeschreven als overleg, betrokkenheid en samen zoeken naar goede behandeling.

Er is ook zichtbaar dat niet voor iedereen participatie even belangrijk is en deelnemers soms meer waarde hechten aan het vertrouwen in expertise van de arts. Dit was vooral duidelijk bij interview 3:

"*Wie ben ik dat ik er meer van weet dan hij? Dat zijn mensen met een pak ervaring.*" (Interview 3)

Ook in interview 4 wordt er duidelijk dat deze deelnemer vooral de visie van de arts volgt, hoewel hij aangeeft dat overleg mogelijk is.

Er kwam ook naar voren dat participatie ook niet alleen draait om iets te mogen zeggen, maar ook om gehoord te worden. Bij interview 2 kwam er naar boven dat de deelnemer wel dingen kon zeggen maar daaraan toevoegde:

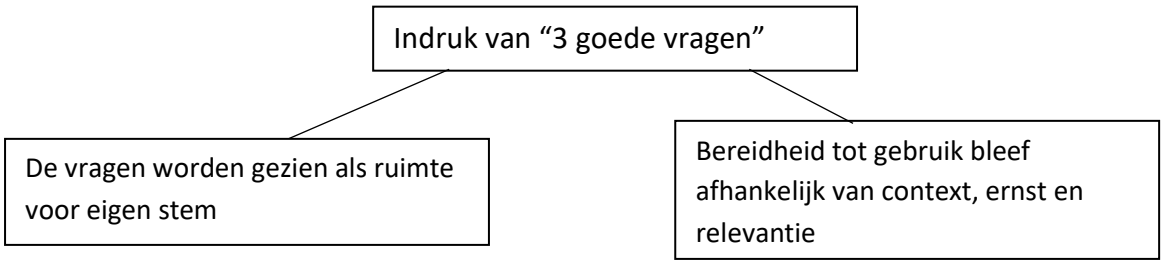
"*Maar ja, daarom luisteren ze niet altijd*." (Interview 2)

Dit laat zien dat de ruimte om iets in te brengen niet automatisch werd ervaren dat de inbreng ook waardevol is. Hier had participatie niet enkel te maken met spreekruimte, maar ook met erkenning vanuit de zorgverlener.

Voor andere deelnemers was leek de ruimte tot participatie beperkt omdat ze naar hun inschatting weinig keuzes hadden. Dit zien we in interview 8. Er wordt hier aangegeven dat er niet veel aan haar aandoening te doen is en dat er vooral gekeken moet worden dat ze nog op een comfortabele manier kan blijven leven. In deze context is participatie niet direct het kiezen van opties, maar eerder het bespreken en begrijpen van wat er medisch nog haalbaar is.

3. Indruk van "3 goede vragen"

Er werden 2 subthema's ontwikkeld die tot dit thema leiden



De kennismaking met de "3 goede vragen" werd bij meerdere deelnemers positief ontvangen. Deze positieve houding vaak niet onvoorwaardelijk. De vragen werden vaak gezien als een bruikbaar hulpmiddel, de deelnemers gaven aan dat het gebruik van de context, zorgsituatie en relatie tot de zorgverlener kon afhangen.

Veel deelnemers gaven aan dat de vragen hun meer ruimte zou kunnen geven voor hun eigen stem. Zo kwam in interview 1 naar boven:

"*Ik vind het wel interessant dat we eens mogen zeggen dat we ook niet akkoord zijn over wat er gebeurt*" (interview 1)

Dit laat zien dat de deelnemer hier de vragen niet direct zag als een manier om meer informatie te verkrijgen, maar als een manier om in discussie te gaan met een zorgverlener. De deelnemer zag het hier meer als een instrument om de mogelijk hiërarchie tussen zorgverlener en patiënt wat te doorbreken.

Andere deelnemers legden dan eerder de nadruk dat de vragen een mogelijkheid boden om beter overeen te komen met de zorgverlener.

"*Ik ga die in mijn gedachten gang inbrengen. Ik ga me daarvoor openstellen. Dat is niet alleen goed voor het lichaam, maar ook voor het mentale. Om met de dokter op één lijn te komen. Om op dezelfde gedachtegang als de dokter te raken en te zien wat er past*." (interview 3)

Er werd ook aangegeven dat de vragen niet voor elke deelnemer nieuw aanvoelde. Zo kwam er in interview 4 naar boven:

"*Ik denk dat je dat grotendeels onbewust doet. Die vragen stellen over het algemeen*." (Interview 4)

Ook andere deelnemers gaven aan dat ze gewend waren om vragen te stellen of iets aan te kaarten. Voor hen was interventie dan eerder uitvergroting van iets dat ze soms al deden.

De bereidheid om de vragen te stellen bleef voor deelnemers echter voorwaardelijk. Ze gaven vooral aan dat het stellen van de vragen kon afhangen van de omstandigheden.

"*Ik zal m'n best doen om die in de volgende gesprekken op te nemen. Dit hangt wel van de omstandigheden af"* (interview 5)

In interview 9 zei de deelnemer dat hij de vragen wel ging meenemen, maar hij voegde hieraan toe

"*Ik weet nog niet goed welke vragen ik ga stellen*." (Interview 9)

Hieruit zien we dat er openheid is voor het gebruik van de vragen, maar de deelnemers niet altijd zeker zijn hoe ze de vragen gaan gebruiken.

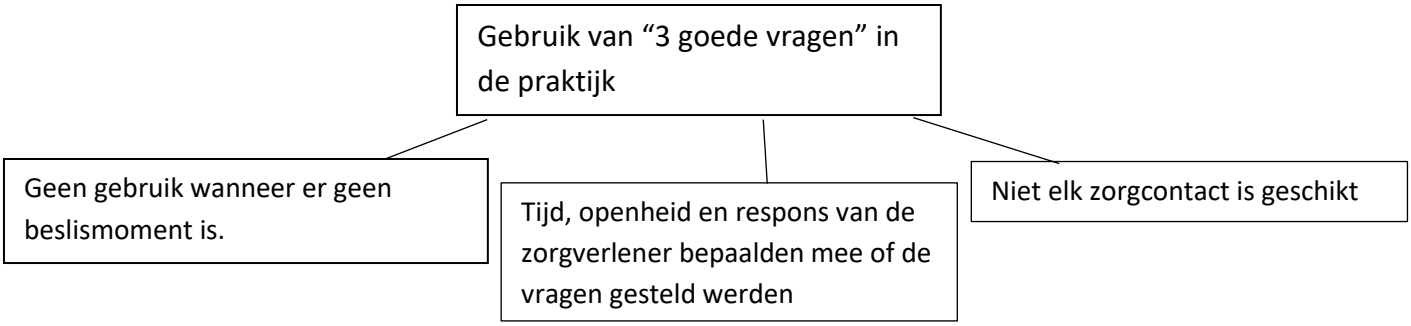
Opvolginterviews

Er werden op basis van een thematische analyse terug 3 thema's geïdentificeerd:

- Gebruik van "3 goede vragen" in de praktijk
- Ervaren meerwaarde van de vragen
- "3 goede vragen" als flexibel denkkader

1. Gebruik van "3 goede vragen" in de praktijk

Er werden 3 subthema's ontwikkeld die leiden tot het thema.



Tijdens opvolginterviews zien we dat het gebruik van “3 goede vragen” niet vanzelfsprekend waren, maar erg kon afhangen van de context van het zorgcontact. De vragen werden vooral gebruikt in consulten waarin de deelnemers het gevoel hadden dat er daadwerkelijk iets te bespreken, af te wegen of te beslissen viel. Wanneer deze context ontbrak, waren de vragen vaak ongebruikt.

Sommige deelnemers hebben spijtig genoeg geen geschikt consult gehad om de vragen te kunnen gebruiken.

“*Eigenlijk heb ik ze niet moeten gebruiken, want ik ben nog niet met geen dokter moeten langsgaan*” (opvolginterview 1)

Tijdens hetzelfde interview werd duidelijk dat ook niet elk zorgcontact als passend werd ervaren. De deelnemer zegt hier later dat het gebruik bij de tandarts waar ze langs ging “*een beetje raar*” zou voelen. Bij de verpleegkundige waar ze langs ging stelde ze de vragen niet omdat ze hier veronderstelde dat deze “*niet op mijn vragen gaat kunnen antwoorden*”. De deelnemers maken hier een onderscheid bij welk soort zorgcontact de vragen relevant zijn.

Wanneer er wel een goed consult plaatsvond, werden de vragen ook niet altijd nodig geacht. Meerdere deelnemers gaven aan dat ze al voldoende uitleg kregen waardoor het stellen van de vragen overbodig leek.

“*Ik ben altijd goed ingelicht en al. Wat ze gaan doen. Of dat ze het gaan opvolgen en dat ze het rap gaan opvolgen. Daar weet ik genoeg mee, vind ik niet dat de vragen extra nodig zijn*” (opvolginterview 3)

De manier waarop het consult gedaan werd was ook bepalend. De vragen werden makkelijker gesteld wanneer het gesprek ervoor openstond en wanneer er tijd was.

“*Ik heb ze allemaal goed kunnen stellen omdat het gesprek er zich wel voor open stelde en er was tijd om vragen te stellen*.” (Opvolginterview 2)

Omgekeerd was er ook duidelijk dat de respons van de zorgverlener het gebruik kon beperken. Zo werd uit opvolginterview 3 duidelijk dat ze de vragen eens getoond zou hebben aan de zorgverleners, maar dat er volgens haar hier toen weinig mee gedaan werd. Ze vertelt later wel dat ze nog altijd genoeg uitleg had zonder de vragen en dat ze er daarom ook niet direct nood naar had.

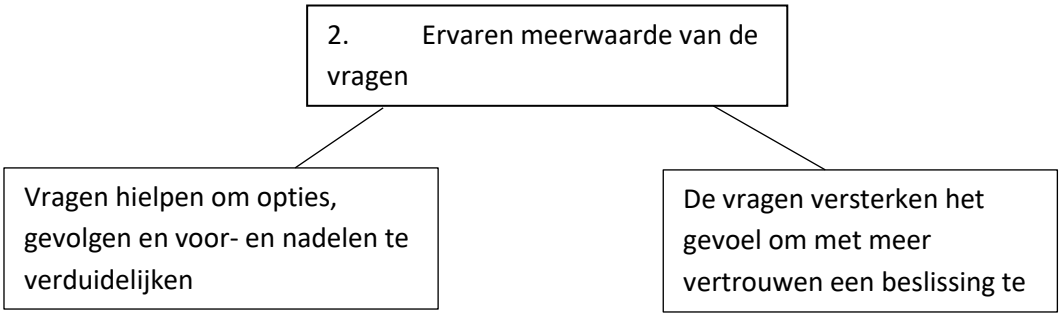
Opvallend is nog dat in opvolginterview 5 de deelnemer de vragen niet heeft gebruikt in een situatie waar meer informatie nuttig zou zijn geweest, want ze beschrijft hoe haar behandeling fout liep omwille van onvoldoende informatie.

"*Die vragen waren mij op dat moment niet meer te binnen geschoten en ik heb ze toen niet gebruikt*." (Opvolginterview 5)

Naast de context en noodzaak spelen herinneringen en beschikbaarheid een rol in het gebruik van de vragen.

2. Ervaren meerwaarde van de vragen

Er werden 2 subthema's ontwikkeld die leiden tot het thema



Wanneer de vragen door de deelnemers werden gebruikt, werden ze als waardevol ervaren. Hun meerwaarde was vooral in het verkrijgen van meer uitleg, meer zicht op de opties, meer ruimte voor persoonlijke zorgen en meer vertrouwen in de uiteindelijke beslissing.

Een aspect van deze meerwaarde was dat de vragen hielpen om medische informatie concreter en persoonlijker te maken. In opvolginterview 2 gaf de deelnemer aan:

"*Zelf vond ik de vraag 'Wat de gevolgen zijn' het beste*." (Opvolginterview 2)

Bij het stellen van deze vraag kwam er informatie aan bod dat mogelijks anders minder expliciet verteld zou zijn, zoals de nuance dat een eerdere geslaagde knieoperatie geen garantie geeft voor dezelfde uitkomst bij de andere knie.

De vragen hielp deze deelnemer ook om persoonlijke ervaringen, zorgen en voorgeschiedenis aan te brengen. Zo bracht deze deelnemer door de vragen aan dat hij eerder een negatieve ervaring heeft gehad met een blaassonde en kon er besproken worden om hier bij een volgende operatie op te letten. Hij gaf aan:

"*Door die vragen kwam dit makkelijker ter sprake en had ik wel het gevoel dat er beter naar mij geluisterd werd*" (opvolginterview 2)

Ook in opvolginterview 4 hielpen de vragen om angst, onzekerheid en voedingsproblemen na een operatie te bespreken.

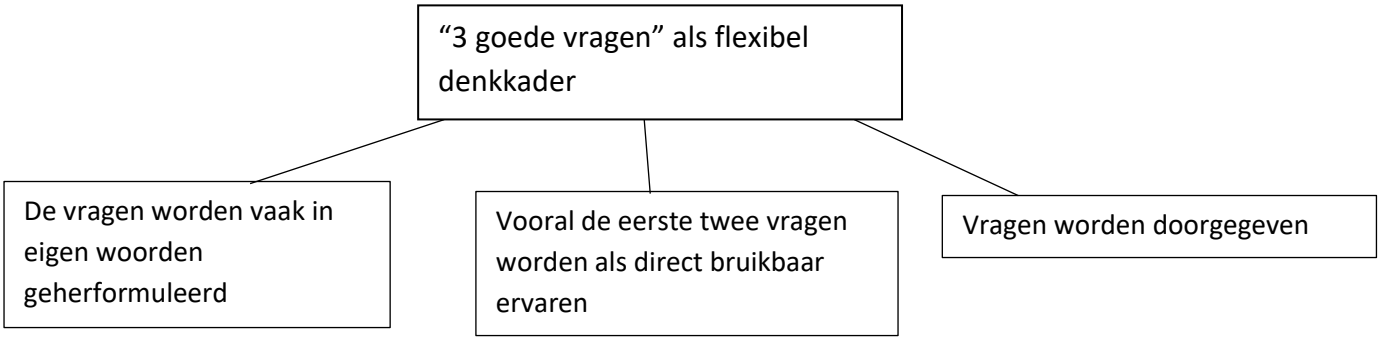
Met de informatie die deelnemers verkregen door de vragen voelden meerdere deelnemers zichzelf ook zelf zekerder in het nemen van beslissingen en konden ze met meer vertrouwen en bewuster kiezen.

"*Door de vragen voelde ik mij meer geïnformeerd en kon ik met een goed gevoel mijn beslissingen nemen*." (Opvolginterview 4)

Ook in opvolginterview 6 verteld de deelnemer dat de vragen hem hielpen bij het verkrijgen van informatie over een operatie van de nier. Hij geeft aan dat hierdoor alle opties goed besproken werden en heeft hij een weloverwogen beslissing kunnen maken voor zijn behandeling.

3. "3 goede vragen" als flexibel denkkader

Er werden 3 subthema's ontwikkeld die tot dit thema leiden.



Uit de opvolginterviews valt op dat de vragen vaak niet letterlijk gebruikt werden. Ze waren voor meerdere deelnemers eerder een kapstok/hulpmiddel of denkkader dan als 3 vaste zinnen die letterlijk gebruikt moesten worden. We zien dit in opvolginterview 4 waar expliciet wordt gezegd.

"*Ik stelde ze niet letterlijk, maar ze hielpen wel als basis voor mijn eigen vragen te stellen.*" (Opvolginterview 4)

De waarde van de vragen ligt hier minder in de precieze formulering en meer in het structureren van het gesprek.

Meerdere deelnemers gaven ook aan vooral de eerste 2 vragen (wat zijn mijn opties en wat zijn de voor- en nadelen hiervan?) gebruikt te hebben. De derde vraag werd vaak als minder noodzakelijk ervaren omdat de eerste 2 vragen vaak voldoende informatie voor de deelnemers opleverden.

"*Met de eerste 2 had ik wel het gevoel dat de arts mij alle info gegeven had en leek het wat raar om de derde vraag dan nog te stellen*." (Opvolginterview 8)

Hetzelfde geval was bij opvolginterview 6 waar ook deze deelnemer aangaf dat de derde vraag niet meer nodig was.

Wat opviel is dat bij opvolginterview 7 de deelnemer opmerkte dat de vragen voor hem sterk verbonden voelden.

"*Als je één van de drie stelt, dan zal je drie moeten bespreken met een dokter*." (Opvolginterview 7)

Hier werden de vragen niet als afzonderlijke stappen beleefd, maar als een samenhangend geheel die een gesprek gaande houden.

Verschillende deelnemers gaven ook aan de vragen met hun familieleden of partners besproken te hebben. Zo geeft de deelnemer in opvolginterview 7 aan dit met zijn zus en haar zoon besproken te hebben omdat hij vond dat ze minder mondig waren en eventueel nood hadden aan de vragen. Ook de deelnemer in interview 8 geeft aan dit aan zijn vrouw geleerd te hebben. Deze deelnemers zagen na gebruik de meerwaarde van de vragen en wouden ze daarom doorgeven aan kennissen.

Longitudinale vergelijking van de thema's

Wanneer de thema's over de tijd heen met elkaar werden vergeleken kwamen 3 longitudinale patronen naar voren:

- "3 goede vragen" verschoof van een interessant idee naar een context gebonden hulpmiddel
- Van passieve naar actieve ervaring van participatie
- Verschuiving van barrières

1. "3 goede vragen" verschoof van een interessant idee naar een context gebonden hulpmiddel

De vragen werden bij voorstelling meestal positief ontvangen. Ze werden als interessant, nuttig of herkenbaar beschreven, maar er was vaak nog onduidelijk bij de deelnemers hoe ze de vragen precies in de praktijk gingen gebruiken. In het opvolginterview wordt het duidelijk dat de meeste deelnemers vertrouwd zijn geraakt met het gebruik ervan en ze er ook een meerwaarde inzagen. Ze hebben door het gebruik ondervonden in welke context voor hen de vragen best gebruikt worden. Zo werd er vooral aangegeven dat de vragen een plaats hebben wanneer er onduidelijkheid is of er beslissingen moeten worden gemaakt. De deelnemers weten na de 3 maanden concreet waar en wanneer ze de vragen gaan en willen gebruiken iets dat in het begin nog niet aanwezig was.

2. Van passieve naar actieve ervaring van participatie

In de eerste interview ronde gaven de meeste deelnemers wel aan dat er plaats was voor participatie tijdens een consult. Er werd gesproken over participatie als iets dat mogelijk was, iets waar er ruimte was, maar niet actief werd ervaren.

Tijdens de opvolginterviews kreeg participatie een concretere invulling. De deelnemers die de vragen gebruikten, beschrijven hoe ze actief konden meebeslissen doordat er meer informatie aan hen werd gegeven. Hierdoor konden ze bewust hun optie beter

tegen elkaar afwegen. Participatie werd voor de deelnemers minder abstract. Participatie werd minder gezien als een mogelijkheid en meer als iets dat actief werd ervaren door de vragen doordat ze zich beter gehoord voelen, beter geïnformeerd waren en zekerder waren over hun beslissingen.

3. Verschuiving van barrières

In de eerste ronde waren de drempels tot het stellen van de vragen eerder impliciet. De deelnemers spraken hier van vertrouwen in artsen, beperkte keuzeruimte, een meer volgende rol aan te nemen of onzekerheid over de relevantie van de vragen. Hier zijn de barrières vooral eerder nog in de houding of stijl van de patiënt.

In de opvolginterviews zien we dat de barrières wat concreter worden. Het niet gebruik van de vragen kwam niet uit onwil, maar uit factoren zoals: het zorgcontact voelde niet geschikt, er was al genoeg uitleg zonder de vragen, ze kwamen niet spontaan in hun gedachten op of er was niet genoeg ruimte gegeven ervoor door de zorgverlener. De barrières zijn hier eerder door de interactie tussen de deelnemer en de zorgverlener of context van het consult. Anders dan dat er in het begin te zien was waar de mogelijke barrières eerder bij de deelnemer zelf leken te liggen.

Discussie

In deze studie werd er onderzocht welke barrières patiënten ervaren bij het stellen van “3 goede vragen” en hoe ze SDM beleven met het gebruik van deze vragen. De interviews tonen dat de vragen door de meeste deelnemers positief werden ontvangen, maar vaak niet volledig of letterlijk gebruikt werden. De belangrijkste bijdrage van de studie is daarom niet het bevestigen dat patiënten de vragen waarderen, maar in onderzoeken waarom deze waardering niet automatisch leidt tot gebruik in de praktijk en onder welke omstandigheden de vragen wel of niet gebruikt worden.

Een eerste belangrijke bevinding is dat niet elk zorgcontact als geschikt werd ervaren door de deelnemers om de vragen te stellen. De vragen werden vooral als waardevol gezien in consulten waarbij behandelopties, risico’s of onzekerheden besproken werden. Dit sluit aan bij het model van Elwyn et al. (2012), waarin SDM wordt beschreven als een proces dat begint met het expliciet maken van keuzes.[4] De resultaten suggereren echter wel dat het niet alleen van belang is dat er keuzes zijn, maar dat patiënten het consult herkennen als een moment waarbij hun inbreng ook relevant is. De barrière lijkt daarom niet enkel te liggen in de aanwezigheid van keuzemogelijkheden, maar ook in de manier waarop ruimte voor participatie in het consult kenbaar wordt gemaakt. Dit is eerder in lijn met de bevindingen van Matthias et al. (2013), waar wordt beschreven dat SDM als een context gebonden en relationeel proces is.[5]

Deze bevinding is ook relevant in relatie tot het onderzoek van Shepherd et al. (2016). Hier beoordelen de meeste deelnemers AskShareKnow positief, maar gebruikte slecht een deel de vragen in de praktijk.[9] De resultaten bevestigen dit patroon, maar in deze studie wordt er ook een verklaring aan toegevoegd. Uit de resultaten kunnen we halen

dat beperkt gebruik niet wijst op onwil of gebrek aan motivatie, maar samenhangt met de consultcontext, de herkenbaarheid van een beslissingsmoment en de mate waarin ruimte voor participatie voelbaar wordt gemaakt.

Een tweede bevinding is dat de deelnemers het stellen van de vragen soms niet nodig vonden wanneer ze al het gevoel hadden dat ze genoeg uitleg gekregen hadden. Vooral de derde vraag werd hierdoor door sommige deelnemers als overbodig gezien, omdat de eerste 2 vragen al voldoende informatie opleverden of de derde vraag spontaan al aan bod was gekomen. Dit suggereert dat de vragen vooral nuttig zijn wanneer er een tekort aan informatie of overleg is. Hiermee kunnen we ook afleiden dat de vragen minder nuttig lijken te zijn wanneer de zorgverlener al spontaan de gewenste informatie aan de deelnemer geeft. Er kan daarom gesteld worden wanneer sommige deelnemers al elementen van SDM in hun consult herkende, ze de nood of behoefte aan de vragen niet echt hadden. Dus de vragen lijken minder waarde te hebben wanneer de zorgverlener spontaan aan SDM doet.

Een derde bevinding is dat niet elke deelnemer zich even comfortabel voelde bij het stellen van de vragen. Uit de interviews bleek dat sommige deelnemers mondiger waren dan andere en ze spontaan meer doorvroegen. Dit is belangrijk omdat juist de minder assertieve deelnemers mogelijks het meeste baat hebben van de “3 goede vragen”, maar ze tegelijkertijd ook wat extra ondersteuning nodig hebben om ze effectief te gebruiken. Wanneer patiënten terughoudendheid vertoonden leek dit niet alleen samen te hangen met minder assertiviteit, maar ook met het vertrouwen in de arts. Wanneer patiënten veel vertrouwen hadden in de expertise van de arts leken ze minder nood te voelen om veel vragen te stellen. Maar wanneer de deelnemers de arts ervaarden als toegankelijk, luisterend en open voor vragen, leek het gemakkelijker om zelf inbreng te doen. Vertrouwen werkt dus wat dubbel, het kan vragen stellen gemakkelijker maken, maar er ook juist voor zorgen dat er minder vragen gesteld worden. Dit sluit aan met het onderzoek van Joseph-Williams .et al (2014) waarin duidelijk wordt dat bij SDM de patiëntbarrières onzekerheid, ervaren machtsverschil en een gebrek aan zelfvertrouwen in communicatie kunnen zijn.[28] De bevindingen van deze studie tonen concreet hoe in de praktijk bij het gebruik van “3 goede vragen” deze drempels mee gevormd worden door de arts-patiëntrelatie.

Een vierde bevinding is als de deelnemer het gevoel heeft van weinig keuze te hebben, de motivatie om de vragen te gebruiken verminderd leek. In situaties van ernstige of niet-geneesbare aandoeningen stonden comfort, leefbaarheid en aanvaarding vaker centraal dan het vergelijken van verschillende behandelingen. Dit sluit aan bij onderzoek over oudere patiënten met multimorbiditeit, waarin wordt benadrukt dat voor deze patiëntengroep niet alleen ziekte specifieke uitkomsten, maar ook functioneren, symptoomverlichting en levensdoelen centraal staan.[3] Dit betekent concreet dat in zulke situatie SDM benaderingen die meer focussen op doelen, prioriteiten en betekenisgeving mogelijks beter aan sluiten dan “3 goede vragen”.

Wat ook opviel was dat de barrières niet enkel bij de patiënten leken te liggen, maar ook bij de zorgverlener. Wanneer er weinig openheid voor de vragen was werden ze door de

deelnemers ook niet gesteld. Er werd door deelnemers ook aangegeven dat als de zorgverlener liet blijken dat er voldoende tijd en ruimte was om de vragen te stellen, dat dit het ook makkelijker maakte voor de deelnemers. Er kan daarom verondersteld worden dat wanneer dit er niet is dit ook een barrière kan zijn voor de deelnemers. Dit komt ook overeen met de barrières die bij SDM kunnen voorkomen een systematic review beschrijft tijdsdruk, organisatorische beperkingen en communicatieve moeilijkheden als belangrijke barrières voor de implementatie van SDM.[6] De resultaten van deze studie suggereren dan ook dat de verantwoordelijkheid voor het gebruik van "3 goede vragen" niet uitsluitend bij de patiënt ligt, maar mede bij de manier waarop zorgverleners participatie ondersteunen.

Hier verder op gaande zou volgens Veenendaal et al. (2023) tijdsdruk geen barrière mogen zijn, want hun onderzoek suggereert dat SDM het consult niet verlengt.[7] Het zou hier bij de deelnemers dan eerder om een gepercipieerde tijdsdruk kunnen gaan. Dit zou betekenen dat de patiënten het gevoel hebben dat er niet genoeg tijd is door eventuele subtiele signalen van de zorgverlener en ze hierdoor een barrière ondervinden om de vragen te stellen. Hier zou het dan eerder gaan om een relationele barrière in plaats van een organisatorische barrière waar tijdsdruk vaak toebehoort.

Een bijkomende bevinding is dat de vragen in praktijk vaak niet als een letterlijk script werden gebruikt en meer als een flexibel denkkader. Meerdere deelnemers gaven aan de vragen te hebben geherformuleerd in hun eigen woorden. Dit suggereert dat de meerwaarde van de interventie niet uitsluitend ligt in de letterlijke formulering van drie vaste vragen, maar ook in haar functie als hulpmiddel om eigen vragen te ordenen en te structureren. Dit is iets dat werd ondervonden in studies over andere SDM tools zoals Question Prompt List (QPL) in het review van Sansoni et al. (2015) werd gezien dat de QPL de patiënten ondersteunden in het stellen van vragen en actief deel te nemen aan het consult, niet alleen als lijst die letterlijk moet worden afgewerkt, maar ook als ondersteuning van vraaggedrag en consultparticipatie.[29] Ook in een gelijkaardig longitudinale kwalitatieve studie zoals deze ondervond Tracy et al. (2022) dat QPL sommige patiënten over tijd hielpen om de rol van vragen stellen beter te herkennen, zich sterker te voelen en hun vragen beter voor te bereiden.[30] De bevinding dat patiënten hun de vragen van hun consulten beter zouden voorbereiden is iets dat tijdens deze studie niet onderzocht werd.

Nog een bevinding was dat de barrières die de patiënten ondervonden tijdens de het onderzoek leken te verschuiven na het gebruik van de "3 goede vragen". De bevinding dat barrières voor SDM en vraaggedrag samenhangen consultcontext, timing en de interactie tussen patiënt en zorgverlener werd al eerder in longitudinaal kwalitatief onderzoek beschreven van brom et al. (2017).[31] Ook de bevinding dat barrières patiëntgebonden kunnen zijn wordt in verschillende studies beschreven zoals bij Pel-Littel et al. (2021).[2] Ook suggereert eerder onderzoek dat bij patiënten ervaringen met een vraaghulpmiddel zich over tijd ontwikkelen en dat zowel barrières als facilitatoren beter zichtbaar worden tijdens daadwerkelijk gebruik. Dit wordt beschreven in een studie van Tracy et al. (2022).[30] Wat deze studie daaraan toevoegt, is dat zij expliciet laat

zien hoe de barrieres voor gebruik eerder patiëntgericht zijn, maar tijdens daadwerkelijk gebruik concreter zichtbaar worden als context- en interactiegebonden. Onderzoeken die een specifiek een verschuiving van de barrières beschrijven bij communicatieve interventies over tijd werden niet teruggevonden.

In de studie van Pel-Littel et al. (2021) wordt beschreven dat oudere patiënten met multimorbiditeit verschillende barrières ondervinden bij SDM op patiënt-, zorgverlener- en organisatieniveau. Een aantal van deze barrières kwamen in deze studie terug zoals: patiënten soms een meer volgende rol aannamen en beslissingen eerder aan de arts overlieten. Ook zorgverlener gebonden barrières kwamen terug, met name wanneer deelnemers aangaven dat er weinig openheid of ruimte was voor vragen, of wanneer hun inbreng onvoldoende werd opgepikt. Hierbij sloten onze bevindingen over het belang van een consult dat "openstaat" voor vragen aan bij de communicatieve barrières van Pel-Littel et al.[2] Maar in deze studie kwamen sommige van deze barrières niet naar voren zoals cognitieve beperkingen, uitgesproken fysieke kwetsbaarheid, mantelzorgerdynamieken en problemen in de coördinatie tussen meerdere zorgverleners. De exclusiecriteria waren hier waarschijnlijk de reden van patiënten met dementie deden niet mee. De deelnemers waren dus nog voldoende communicatief en cognitief vaardig om hun ervaringen in consulten te verwoorden. Deze studie bevestigd zo gedeeltelijk dat barrières van SDM overeenkomen met die van "3 goede vragen", maar vult ook aan door te laten zien hoe barrières zich in een relatief communicatief vaardige groep oudere patiënten met multimorbiditeit vooral manifesteren in de concrete consultinteractie.

Voor de praktijk hebben deze bevindingen ook implicaties. Ten eerste is het belangrijk dat zorgverleners niet veronderstellen dat patiënten vanzelf weten wanneer hun inbreng relevant is. Zo kan het expliciet benoemen van een beslissingsmoment de drempel tot participatie verlagen. Ten tweede lijkt de interventie sterker te worden wanneer de zorgverlener een consultatiestijl heeft die ruimte voor vragen aanbiedt. Als laatste kunnen minder mondige patiënten ondersteund worden door bijvoorbeeld de 3 goede vragen in de consult ruimte op te hangen.

Een sterkte van deze studie is dat de eerste interviews en de opvolginterviews het mogelijk maakten om zowel de verwachtingen vooraf als ervaringen in de praktijk te onderzoeken. Er werd hierdoor zichtbaar dat een positieve eerste houding tegenover de vragen niet automatisch leidde tot gebruik in de praktijk. Er zijn ook beperkingen in de studie. Niet elke deelnemer had in de opvolgperiode een consult waarin de vragen relevant leken, hierdoor kon niet bij iedereen praktijkervaring nagegaan worden. De analyse is ook gebaseerd op zelfrapportage. De studie geeft dus inzicht in hoe deelnemers hun communicatie en participatie beleefden, maar niet in hoe consulten objectief verliepen. Het gaat ook over een beperkte en context gebonden groep deelnemers, hierbij moet voorzichtigheid worden geboden met het veralgemenen van de bevindingen. Het is het mogelijk dat deelnemers hun ervaringen tijdens de interviews sociaal wenselijker of positiever formuleerden dan op het moment zelf het geval was. Deze beperkingen zijn relevant voor de interpretatie van de bevindingen. De resultaten

moeten niet gelezen worden als objectieve uitspraken over het effect van de interventie, maar als interpretatieve inzichten in hoe patiënten “3 goede vragen” binnen hun zorgcontext hebben beleefd. In het licht van de reflexiviteitsparagraaf moet bovendien erkend worden dat ook de interpretatie van de interviews mede gevormd werd door de positie van de onderzoeker en door de zorgcontext waarin het onderzoek plaatsvond.

Voor verder onderzoek lijkt het relevant om een grotere meer diverse deelnemersgroep te includeren en misschien na te gaan hoe “3 goede vragen” functioneren in verschillende zorgsettings, zoals oncologische zorg, eerstelijnszorg, urgentiezorg… Het zou ook waardevol zijn om de zorgverleners te ondervragen waar de patiënten de vragen gebruikt hebben om zo mogelijke barrières vanuit zorgverleners oogpunt te onderzoeken. Mogelijks zou nog verder onderzocht kunnen worden hoe patiënten hun consulten voorbereiden na gebruik van “3 goede vragen”. Wat ook nog verder onderzoek kan gebruiken is hoe de aard van barrières eventueel kunnen veranderen over de tijd na het gebruik van communicatieve interventies in de praktijk.

Conclusie

Deze studie toont dat “3 goede vragen” door oudere patiënten met multimorbiditeit overwegend positief werd ontvangen, maar het gebruik ervan in de praktijk niet vanzelfsprekend was. De relevantie van de vragen bleek contextgebonden en hingen samen met het zorgcontact, de ervaren keuzeruimte en de houding van de zorgverlener. Dit zou de veronderstelling nuanceren dat een positieve houding tegenover de interventie automatisch leidt tot gebruik. Wanneer de vragen wel werden gebruikt, werd SDM positiever beleefd en werden de vragen vaak niet letterlijk gebruikt, maar eerder als een flexibel denkkader. Deze studie draagt daarmee bij aan een beter begrip van hoe communicatieve interventies in de praktijk worden ingezet door oudere patiënten met multimorbiditeit.

Referenties

[1] Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. J Clin Epidemiol. 2001 Jul;54(7):661-74. : 10.1016/s0895-4356(00)00363-2. PMID: 11438406.

[2] Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, Minkman MM, Scholte Op Reimer WJM. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. BMC Geriatr. 2021 Feb 6;21(1):112. doi: 10.1186/s12877-021-02050-y. PMID: 33549059; PMCID: PMC7866443.

[3] Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, Costello DM, Esterson J, Geda M, Rosen J, Hernandez-Bigos K, Smith CD, Ouellet GM, Kang G, Lee Y, Blaum C. Association of Patient Priorities-Aligned Decision-Making With Patient Outcomes and Ambulatory Health Care Burden Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2019 Dec 1;179(12):1688-1697. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4235. PMID: 31589281; PMCID: PMC6784811.

[4] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6. Epub 2012 May 23. PMID: 22618581; PMCID: PMC3445676.

[5] Matthias MS, Salyers MP, Frankel RM. Re-thinking shared decision-making: context matters. Patient Educ Couns. 2013 May;91(2):176-9. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.006. Epub 2013 Feb 11. PMID: 23410979.

[6] Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implement Sci. 2006 Aug 9;1:16. doi: 10.1186/1748-5908-1-16. PMID: 16899124; PMCID: PMC1586024.

[7] Veenendaal HV, Chernova G, Bouman CM, Etten-Jamaludin FSV, Dieren SV, Ubbink DT. Shared decision-making and the duration of medical consultations: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2023 Feb;107:107561. doi: 10.1016/j.pec.2022.11.003. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36434862.

[8] Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, Butow PN, Del Mar CB, Entwistle V, Tattersall MH. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. Patient Educ Couns. 2011 Sep;84(3):379-85. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.022. Epub 2011 Aug 9. PMID: 21831558.

[9] Shepherd HL, Barratt A, Jones A, Bateson D, Carey K, Trevena LJ, McGeechan K, Del Mar CB, Butow PN, Epstein RM, Entwistle V, Weisberg E. Can consumers learn to ask three questions to improve shared decision making? A feasibility study of the ASK (AskShareKnow) Patient-Clinician Communication Model(®) intervention in a primary health-care setting. Health Expect. 2016 Oct;19(5):1160-8. doi: 10.1111/hex.12409. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26364752; PMCID: PMC5152736.

[10] Hall, S., & Liebenberg, L. (2024). Qualitative Description as an Introductory Method to Qualitative Research for Master's-Level Students and Research Trainees. International Journal of Qualitative Methods, 23.

[11] Boeije, H.,& Bleijenbergh, I. L. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Boom.

[12] Mik-Meyer, N., & Justesen, L. (2012). *Qualitative Research Methods in Organization Studies*.

[13] Thomson, R., & Holland, J. (2003). Hindsight, foresight and insight: The challenges of longitudinal qualitative research. International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice, 6(3), 233–244. https://doi.org/10.1080/1364557032000091833

[14] Calman, L., Brunton, L., & Molassiotis, A. (2013). Developing longitudinal qualitative designs: lessons learned and recommendations for health services research. BMC Medical Research Methodology, 13(1), 14. https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-14

[15] Holland, J., Thomson, R., & Henderson, S. (2006). Qualitative Longitudinal Research: A Discussion Paper.

[16] DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. Fam Med Community Health. 2019 Mar 8;7(2):e000057. doi: 10.1136/fmch-2018-000057. PMID: 32148704; PMCID: PMC6910737.

[17] Braun, V., & Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 13(2), 201–216. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846

[18] Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
[19] Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. The Journal of Positive Psychology, 12(3), 297–298. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613
[20] Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806
[21] Grossoehme, D., & Lipstein, E. (2016). Analyzing longitudinal qualitative data: the application of trajectory and recurrent cross-sectional approaches. BMC Research Notes, 9, 136. https://doi.org/10.1186/s13104-016-1954-1
[22] Tuthill EL, Maltby AE, DiClemente K, Pellowski JA. Longitudinal Qualitative Methods in Health Behavior and Nursing Research: Assumptions, Design, Analysis and Lessons Learned. Int J Qual Methods. 2020 Jan 1;19:10.1177/1609406920965799. doi: 10.1177/1609406920965799. Epub 2020 Oct 26. PMID: 34566547; PMCID: PMC8459825.
[23] Kua, J., Teo, W., & Lim, W. S. (2023). Learning experiences of adaptive experts: a reflexive thematic analysis. Advances in Health Sciences Education
[24] Rowland, E., & Conolly, A. (2024). A worked example of contextualising and using reflexive thematic analysis in nursing research. Nurse Researcher
[25] DiCicco-Bloom, B. and Crabtree, B.F. (2006), The qualitative research interview. Medical Education, 40: 314-321. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
[26] Rapley, T. J. (2001). The art(fulness) of open-ended interviewing: some considerations on analysing interviews. Qualitative Research, 1(3), 303-323.
[27] Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. Qualitative Research, 15(2), 219-234.
[28] Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. Patient Education and Counseling, 94(3), 291–309. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031
[29] Sansoni JE, Grootemaat P, Duncan C. Question prompt lists in health consultations: a review. Patient Educ Couns. 2015;98(12):1454-64.
[30] Tracy, M., Ayre, J., Mac, O., Copp, T., Trevena, E. L., & Shepherd, H. (2022). Question prompt lists and endorsement of question-asking support patients to get the information they seek—A longitudinal qualitative study. Health Expectations, 25(4), 1652–1663. https://doi.org/10.1111/hex.13509
[31] Brom, L., De Snoo-Trimp, J. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Widdershoven, G. A. M., Stiggelbout, A. M., & Pasman, H. R. W. (2017). Challenges in shared decision making in advanced cancer care: a qualitative longitudinal observational and interview study. Health Expectations, 20(1), 69–84.

addendum

Ethische goedkeuring

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP033765
Uw kenmerk: Masterproef studie: Drie goede vragen: percepties van patiënten ten aanzien van dit shared decision making tool
Leuven, 07-01-2025

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Professor Geert Goderis
Geachte Joren Nijs

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 07-01-2025

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Dit is een prospectieve studie, waar bij 10 chronische patiënten 2x een interview zal worden afgenomen over mogelijke vragen die een patiënt kan gebruiken tijdens een consultatie om tot een betere 'shared decision making' te komen. Er zijn geen ethische problemen met de studie. De studie is goed ontwikkeld.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 30-12-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP033765
Your reference: Master's thesis study: Drie goede vragen: percepties van patiënten ten aanzien van dit shared decision making tool
Leuven, 07-01-2025

Interview guide

Interview guide: 3 goede vragen

Naam interviewer:

Patiëntnummer:

Datum interview:

Duur interview:

Introductie van het onderzoek:

1. Wie ben ik?
2. Wat is het doel van dit onderzoek?
3. Anonimiteit en vertrouwelijk verzekeren
4. Vragen om informed consent te tekenen of te controleren dat het getekend is.
5. Datum afspreken om interview te houden
6. Vragen of de patiënt al vragen heeft voordat we van start gaan met de interview.
7. Geen afkortingen/vakjargon gebruiken
8. Bij elke vraag ook inschatten:

- Of ze gesteld moet worden
- Of dat je impliciet uit de situatie kan afleiden dat het een probleem is zodat de
- vraag wordt aangepast vb. Ik zie dat je in een rolstoel zit, lukt het je om overal
- te bewegen in huis?
- Of ze niet bedreigend zijn
- Of ze afgeleid kunnen worden uit eerdere antwoorden

Vragen bij eerste interview

Wat vindt u van uw huidige therapie(ën)?

Wat vindt u van de inspraak bij uw therapie(ën)?

Wat vindt u van de 3 goede vragen en gaat u ze gebruiken?

Notities:

Vragen bij 2de interview na 3 maanden

Hoe gaat het nu met u?

Hebt u alle vragen kunnen stellen? Waarom wel/niet?

- Indien niet alle vragen gesteld zijn geweest, waarom hebt u deze vragen wel gesteld en de andere niet?

Vindt u dat het stellen van de vragen hebben geholpen bij het bepalen van de therapie?

- Meer inspraak van u zelf
- Meer aandacht naar uw noden
- Gevoel van beter gehoord te worden

Gaat u de vragen blijven gebruiken?

Notities:

Afronding

1. Vragen of de patiënt nog vragen heeft of nog iets wil toevoegen aan de interview

2. Bedanking

3. (Vragen aan patiënt of we hem/ haar in een later stadium opnieuw mogen contacteren om bijkomende input te geven voor het project, eventueel via een ander manier van werken)

4. Afspraken rond terugkoppeling resultaten

Voorbeeld van een codeboom

Duidelijke uitleg over behandeling	Verbetering van zorgervaring door uitleg, opvolging en vertrouwen	Zorg- en therapie ervaring
Goede opvolging geeft geruststelling		
Vertrouwen in de zorgverlener		
Overzicht en structuur in het zorgtraject		
Nevenwerkingen van behandeling	Belastende aspecten van therapie	
Therapie als fysiek belastend		
Therapie als noodzakelijk kwaad		
Negatieve ervaringen met zorg of behandeling		
Veranderlijkheid van therapie-ervaring		
Besef van niet-geneesbaarheid	Bij chronische of ernstige ziekte verschuift de focus van genezing naar levenskwaliteit	
Focus op comfort		
Behoud van functioneren en zelfstandigheid		
Levenskwaliteit als centrale uitkomst		
Beperkte ervaren keuzeruimte		

Gebruikte folder



Bron: Patiëntenfederatie Nederland & Federatie Medisch Specialisten. (z.d.). *Bij de dokter? 3 goede vragen* [Folder]. Geraadpleegd op 15 april 2025, van https://3goedevragen.nl/wp-content/uploads/2022/08/3GV-FOLDER-RGB-2022.pdf