

Gedeelde besluitvorming in de orthopedie: mind the gap

Gepubliceerd: 14-02-2020 Laatste bijgewerkt: 10-04-2024

a. Hoofdoel Om de dokter-patiënt communicatie met betrekking tot gedeelde besluitvorming te onderzoeken, zullen we de communicatiepraktijken (verbaal en non-verbaal) onderzoeken die artsen en patiënten gebruiken. Onderzoeksvragen: 1) Wat is...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving nog niet gestart
Type aandoening	Gewrichtsaandoeningen
Onderzoekstype	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Samenvatting

ID

NL-OMON49204

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Mind the gap

Aandoening

- Gewrichtsaandoeningen
- Bot en gewricht therapeutische verrichtingen

Synoniemen aandoening

artrose, gewrichtsslijtage

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Dokter-patiënt communicatie, Gedeelde besluitvorming, Orthopedie

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

i. Eindpunt

Deel 1: er wordt een beschrijving gegeven van het huidige gebruik van SDM binnen de orthopedie.

Deel 2: op basis van de interviews kunnen we beschrijven waarom bepaalde communicatiebenaderingen zijn gekozen, inclusief een beschrijving van belemmeringen en facilitators om SDM te implementeren.

Deel 3: het zal bekend zijn of het bespreken van de inhoud en interactiepatronen van het medisch consult met patiënten en chirurgen zal resulteren in een effectievere SDM

Secundaire uitkomstmaten

N.v.t.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Gedeelde besluitvorming is een benadering van het consult waarbij patiënten en artsen het best beschikbare bewijs gebruiken om een overeengekomen beslissing te nemen. Het bevordert de berokkenheid van de patiënt bij het medische consult en moedigt zowel de patiënt als de arts aan om na te denken over mogelijke behandelingsopties. Gedeelde besluitvorming is met name geschikt voor aandoeningen waarbij er geen absolute behandelingskeuze is, zoals artrose, degeneratieve spinale aandoeningen en kruisbandletsel, zodat de medische behandeling kan worden afgestemd op de voorkeuren van de patiënt. Wanneer gedeelde besluitvorming wordt toegepast, worden tot 38% minder gewrichtsvervangende operaties uitgevoerd. Het kan daarom niet alleen de

zorgkosten verlagen, maar ook onnodige behandelingen voorkomen. Bovendien verbetert het de resultaten na chirurgische en niet-chirurgische behandelingen.

Effectieve gedeelde besluitvorming bestaat idealiter uit vier stappen: 1) keuzebespreking: de arts informeert patiënten over hun keuze in de beslissing, 2) optiebespreking: de arts verklaart en licht de verschillende behandelingsopties toe, 3-4) beslissingsbespreking: de patiëntvoorkeuren worden besproken en de beslissing wordt genomen.

Een van de belangrijkste kenmerken van gedeelde besluitvorming is dat arts en patiënt informatie delen en stappen ondernemen om consensus te bereiken over het behandelplan (inclusief geen behandeling/afwachten). Patiënten en artsen hebben dus informatie nodig, evenals het vermogen om de beslissing te nemen. In het ideale geval hebben artsen informatie over culturele kwesties, ziektepercepties en taal, en weten ze wat de voorkeuren en verwachtingen van patiënten zijn, om hen van voldoende informatie te voorzien zodat de patiënt een weloverwogen beslissing kan nemen. Er bestaat echter een kloof in het medisch consult; het patiëntperspectief blijft grotendeels onontgonnen en gedeelde besluitvorming wordt niet gebruikt. De betrokkenheid van de patiënt bij het medische consult is meestal laag en verwachtingen worden zelden expliciet besproken. De minderheid (d.w.z. 11-25%) van de patiënten presenteert al hun zorgen over de diagnose, de toekomst of bijwerkingen. De meeste patiënten spreken niet uit wat ze op hun lever hebben zonder hierom gevraagd te worden en ze verzuimen vaak om informatie, opheldering of uitleg te vragen. Slechts 10% van de patiënten bespreekt alle dingen die ze tijdens het consult hadden willen noemen.

Er is een asymmetrie in de interactie binnen het medische consult, die een barrière vormt voor gedeelde besluitvorming. Artsen zijn vaak degenen die vragen stellen. Deze vragen zijn vaak zo geformuleerd dat alleen korte antwoorden mogelijk zijn. Vragen van patiënten worden hierdoor geremd. Dit past in de veronderstelling dat het medisch consult deels dient om de patiënt objectief dingen uit te leggen en voor te lichten, wat meestal gericht is op een biomedische visie. Een redenatie voor de vragen die gesteld worden wordt vaak niet gegeven door de artsen, wat resulteert in een leemte in de gegeven informatie voor de patiënt. Reacties van artsen op uitspraken van patiënten die geen oordeel hebben, als 'ok', zorgen er daarnaast ook voor dat de patiënt in het duister blijft tasten. Bovendien blijft de betrokkenheid van de patiënt laag door een zogenaamde 'context-strippende' benadering; medische consultaties richten zich zelden op subjectieve ervaringen en persoonlijke percepties, zoals verwachtingen. Bovendien maken patiënten hun verwachtingen niet bekend vanwege valse overtuigingen over het doel van het medische consult. Artsen besteden weinig aandacht aan de perceptie van de patiënt en vragen er daarom nauwelijks naar. Orthopedische artsen hebben daarnaast een laag communicatievermogen. Nog niet de helft van de zorgen van orthopedische patiënten wordt tijdens het consult aangehaald.

Daarnaast worden tijdsdruk en de organisatiestructuur van de algemene klinische situatie ook voorgesteld als belemmeringen voor gedeelde besluitvorming.

Zo duidt de literatuur dus op een kloof tussen patiënten en artsen in het medische consult. Het is echter niet bekend hoe de bovengenoemde kloof in de communicatie tussen patiënt en arts verband houdt met de verkenning van het perspectief van de patiënt en het gebruik van gedeelde besluitvorming. Bovendien is het onbekend waarom artsen hun consulten zo opbouwen en het is onduidelijk waarom patiënten verzuimen hun perspectief te uiten. Daarom moeten belemmerende en faciliterende factoren van effectievere dokter-patiënt communicatie worden onderzocht, om in staat te kunnen zijn om de kloof in de communicatie tussen patiënt en arts te dichten en het gebruik van gedeelde besluitvorming te stimuleren.

Doel van het onderzoek

a. Hoofdoel

Om de dokter-patiënt communicatie met betrekking tot gedeelde besluitvorming te onderzoeken, zullen we de communicatiepraktijken (verbaal en non-verbaal) onderzoeken die artsen en patiënten gebruiken onderzoeken.

Onderzoeksvragen:

- 1) Wat is het huidige gebruik van SDM binnen verschillende orthopedische patiëntenpopulaties?
- 2) Welke factoren binnen verbale communicatie, non-verbale communicatie en algemene interactiepatronen tijdens een consult belemmeren of vergemakkelijken de verkenning van het patiëntperspectief?
- 3) In hoeverre veranderde het medisch consult tijdens dit onderzoek door discussie of reflectie op communicatiepraktijken?

Gezien de literatuur verwachten we dat SDM nog niet volledig is geïmplementeerd in de klinische praktijk. De tijdsdruk van medische consulten, maar ook het feit dat artsen tijd nodig hebben om mogelijke complicaties te bespreken, kan soms leiden tot situaties waarin SDM niet optimaal is. We verwachten dat de wetenschappelijke benadering in de praktijk zal leiden tot praktische oplossingen, waarvan sommige onmiddellijk kunnen worden geïmplementeerd in de klinische praktijk.

Onderzoekopzet

Deze studie heeft een multimethode-opzet waarin (i) het consult arts-patiënt op video wordt opgenomen en geanalyseerd en (ii) interviews worden afgenomen met patiënten en artsen. Omdat de interviews een impact kunnen hebben op toekomstige medische consulten, zou deze studie, naast een prospectieve observationele studie, mogelijk kunnen worden gezien als een experimentele studie die de effecten van het bespreken en reflecteren op de medische consultatie onderzoekt. We streven ernaar alle opeenvolgende patiënten van het Elisabeth-TweeSteden-ziekenhuis met artrose, degeneratieve spinale aandoeningen en kruisbandletsel te betrekken, totdat de vereiste steekproefgrootte is

bereikt.

tijdsperiode: 18 maanden

Deel 1: video- en audio-opname van consulten (maand 1-5). Nadat de eerste opnames zijn uitgevoerd, beginnen we onmiddellijk met de analyses. Transcriptie en analyses van opnames (maand 1-9)

Deel 2: interviews met patiënten en artsen (maand 10-14), tweede golf opnames van medische consulten (maand 15-17)

Deel 3: onderzoek naar het effect van de discussie en reflectie van het medisch consult op de interactie in toekomstige consulten (maand 16-18)

Inschatting van belasting en risico

Proefpersonen kunnen het onderzoek op elk gewenst moment en om welke reden dan ook verlaten als ze dit zonder gevolgen willen doen. De onderzoeker kan om dringende medische redenen besluiten een proefpersoon uit het onderzoek te halen.

Patiënten worden op video opgenomen tijdens het arts-patiënt consult en nemen deel aan een interview over het arts-patiënt consult, er is dus geen risico bij deelname aan het onderzoek. Patiënten krijgen de normale zorg. Als patiënten denken dat ze, om welke reden dan ook, niet klaar zijn om vragen te beantwoorden over hun fysieke toestand, communicatiepraktijken of een van de andere variabelen die van belang zijn, staat het hun vrij om deelname te weigeren of om specifieke items niet te beantwoorden. Ze kunnen de onderzoekers op elk gewenst moment tijdens het onderzoek laten weten dat ze de deelname willen stoppen, in welk geval hun deelname zal worden ingetrokken.

Patiënten die aan dit onderzoek deelnemen, profiteren hier niet direct van. Het onderzoek zal echter inzicht geven in het huidige gebruik van SDM en hoe arts-patiëntcommunicatie de implementatie van gedeelde besluitvorming zou kunnen vergemakkelijken of belemmeren. In deze studie worden real-life consulten geanalyseerd, waardoor praktische kwesties van klinische praktijk kunnen worden verkend. Onze conclusies zullen daarom relevant zijn voor artsen die ernaar streven gedeelde besluitvorming te bereiken. De onderzoeksresultaten geven informatie over hoe toekomstige medische consulten zouden moeten worden aangepast. Onze conclusies zullen daarom relevant zijn voor artsen die ernaar streven gedeelde besluitvorming te bereiken. De verwachting is dat het deel, waarin chirurgen nadenken over hun communicatiestrategieën, de manier waarop consulten worden uitgevoerd al zal veranderen. Bovendien bezoekt het NIAZ in september 2019 het ETZ-ziekenhuis. Een van de onderwerpen die zullen worden beoordeeld, is 'patiëntenparticipatie'. In dit onderzoek zullen patiënten feedback geven op communicatiepraktijken.

Contactpersonen

Publiek

Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis

Doctor Deelenlaan 5
Tilburg 5042AD
NL

Wetenschappelijk

Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis

Doctor Deelenlaan 5
Tilburg 5042AD
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Patiënten moeten aan de volgende criteria voldoen om deel te kunnen nemen:

- Een afspraak hebben voor een consult bij de afdeling orthopedie van het ETZ
- het hebben van symptomen van:
 - o artrose: pijn en/of stijfheid tijdens bewegen en bij het uit bed of uit een stoel komen; en beperkingen ervaren tijdens dagelijkse activiteiten, OF
 - o degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom: pijn, misvorming van de wervelkolom, beperkte bewegingsruimte, zwakte en/of verlies van sensorisch

gevoel, OF

o kruisbandletsel: een voorafgaan knallend geluid in de knie, pijn, zwelling, instabiliteit en een verminderd bewegingsbereik.

Alle artsen van de afdeling orthopedie van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (dat wil zeggen: 12 stafleden, 1 hoofd van de afdeling en 7 assistenten) kunnen meedoen met de studie (ongeacht hun ervaring), als ze voldoen aan de volgende criteria:

- medische consulten verrichten op het departement orthopedie van het ETZ, op locatie Elisabeth
- medisch consulten verrichten met de bovengenoemde patiëntgroep.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Patiënten die voldoen aan (een van de) volgende criteria worden uitgesloten van de studie:

1. Dement zijn; vanwege verwachte moeilijkheden bij het zelfstandig deelnemen aan het interview
2. inadequaats Nederlands spreken; vanwege verwachte moeilijkheden met het deelnemen aan een interview waarin Nederlands wordt gesproken.

Er zijn geen exclusiecriteria gemaakt voor artsen.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Blindering: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Organisatorisch/zorgonderzoek

Deelname

Nederland

Status: Werving nog niet gestart

(Verwachte) startdatum: 01-01-2020

Aantal proefpersonen: 30

Type: Verwachte startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO

Datum: 14-02-2020

Soort: Eerste indiening

Toetsingscommissie: METC Brabant (Tilburg)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL72193.028.19