

Een training in gedeelde besluitvorming

Samenvatting

Sanders ARJ. Een training in gedeelde besluitvorming. *Huisarts Wet* 2017;60(11):564-7.

DOEL We onderzochten het effect van een training in gedeelde besluitvorming voor huisartsen bij patiënten met lagerugpijn, waarbij de arts ook de verwachtingen van de patiënt over de gekozen aanpak bekrachtigde.

METHODE Voor een clustergerandomiseerde trial beoordeelden we video-opnamen van 86 consulten door 23 artsen die de training volgden en 89 consulten door 19 ongetrainde artsen. Onze primaire uitkomsten waren de score op het instrument Observing Patient Involvement in Decision Making (OPTION), plus een globale inschatting van de mate van positieve bekrachtiging. Secundaire uitkomstmaten waren autonomie van de patiënt in de besluitvorming, bespreken van het gunstige spontane beloop en consultduur.

RESULTATEN De consulten in de interventiearm scoorden significant hoger op de meeste OPTION-elementen en op autonomie, maar duurden drie minuten langer. Het niveau van de gedeelde besluitvorming bleef onbevredigend.

CONCLUSIE De training leidt tot meer gedeelde besluitvorming en tot meer autonomie van de patiënt, maar dat is vooral het gevolg van betere informatieverstrekking; er is niet meer aandacht voor het perspectief van de patiënt. Het meetinstrument voor positieve bekrachtiging van verwachtingen bleek onbetrouwbaar.

PRAKTISCHE AANBEVELING In de toepassing van gedeelde besluitvorming, moeten professionals meer aandacht geven aan de verwachtingen van patiënten over hun behandeling.

Patiënten herstellen beter als ze positieve verwachtingen hebben over het beloop van hun aandoening of het plan van aanpak.¹ Artsen doen er goed aan die verwachtingen te bekrachtigen, maar meestal besteden ze weinig aandacht aan het perspectief van de patiënt.² Dat wordt anders naarmate patiënt en arts een gelijkwaardiger rol krijgen, zodat er een proces van gedeelde besluitvorming ontstaat waarin de patiënt meer autonomie krijgt in beslissingen over de eigen gezondheid.³ Het proces van gedeelde besluitvorming is door Elwyn geoperationaliseerd in een aantal stappen: de arts informeert de patiënt over het besluitvormingsproces, legt

uit wat de mogelijkheden zijn met hun voor- en nadelen, en inventariseert de zorgen en verwachtingen van de patiënt; daarna nemen arts en patiënt gezamenlijk een besluit.⁴

Er zijn allerlei interventies ontwikkeld om gedeelde besluitvorming te implementeren, van keuzehulpen tot training-programma's met rollenspelen en groepsdiscussies in kleine groepen, maar het blijft lastig de voorkeuren van de patiënt te incorporeren.⁵ Gevraagd naar factoren die een rem zetten op gedeelde besluitvorming, noemen zorgverleners vooral dat het zoveel tijd kost.⁶

In het kader van een instrumentevaluatie van een clustergerandomiseerde trial naar het effect van versterkte verwachtingen van patiënten met niet-chronische lagerugklachten op het herstel, ontwikkelden we een trainingsprogramma gedeelde besluitvorming voor huisartsen. Tijdens de training leerden de huisartsen ook het gezamenlijk gekozen plan van aanpak te bekrachtigen. Om het effect van de training te meten, onderzochten we of huisartsen na deze training meer aan gedeelde besluitvorming en bekrachtiging deden dan ongetrainde huisartsen, die de gebruikelijke aanpak volgden.

METHODE

We vroegen 261 huisartsopleiders van de Huisartsopleiding Utrecht en 833 aan die opleiding gelieerde huisartsen (bijvoorbeeld opleiders van coassistenten en huisartsen van de lokale huisartsenpost) of ze wilden meedoen aan de clustergerandomiseerde trial. De 68 huisartsen die instemden met deelname wezen we at random toe aan een controlegroep (n = 34) of een interventiegroep (n = 34). We vroegen alle deelnemers tien patiënten met lagerugklachten te rekruteren en het consult met deze patiënten op video op te nemen. Van de 226 consul-

Wat is bekend?

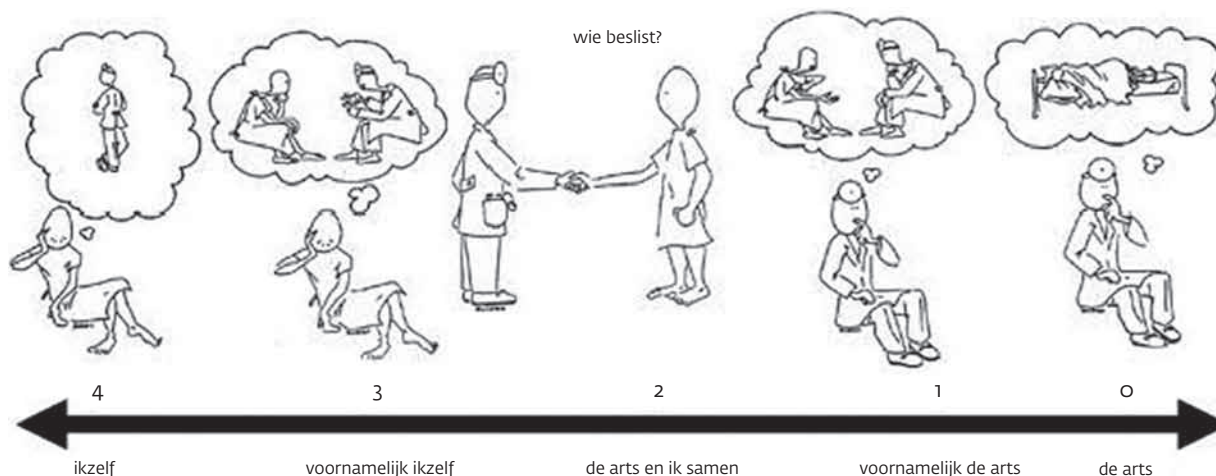
- Patiënten herstellen beter als ze positieve verwachtingen hebben over het beloop van hun aandoening.
- Het proces van gedeelde besluitvorming biedt de huisarts een goede gelegenheid om positieve verwachtingen van patiënten over een plan van aanpak te bekrachtigen.
- Zorgverleners zien het belang van gedeelde besluitvorming in, maar ervaren het als een tijdrovend proces. Het is de vraag of dit – na goede training – werkelijk zo is.

Wat is nieuw?

- Deze training in gedeelde besluitvorming bij lagerugpijn verbeterde de informatieverstrekking door de huisarts, maar niet de aandacht voor het patiëntenperspectief.
- Huisartsen hebben er moeite mee open vragen te stellen in de beleidsfase.
- Huisartsen worstelen met gedeelde besluitvorming als het patiëntenperspectief niet strookt met het richtlijnadvies.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, Utrecht; A.R.J. Sanders, huisarts • Correspondentie: a.r.j.sanders-vanlennep@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: ZonMw heeft het onderzoek gesubsidieerd (subsidienummers 42011009 en 510000005) maar was niet betrokken in het onderzoeksproces. Het onderzoeksprotocol voor het oorspronkelijke onderzoek (Netherlands National Trial Register (NTR) number: NTR1960) is beoordeeld door de Ethische Commissie van het UMCU als niet WGBO-plichtig. De huisartsen vroegen de patiënten toestemming voor de video-opnames.

Dit artikel is een Nederlandse bewerking van Sanders AR, Bensing JM, Essed MA, Magnée T, De Wit NJ, Verhaak PF. Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations? *Patient Educ Couns* 2017;100(3):563-74. Publicatie gebeurt met toestemming.



Figuur 2 De Control Preferences Scale.⁷

4 = autonoom, 3 = gedomineerd door de patiënt, 2 = gedeelde besluitvorming, 1 = geïnformeerde keus, 0 = paternalistisch.

ten werden er 175 op video opgenomen en gebruikt voor deze analyse [online figuur 1].

Trainingsprogramma

De 34 artsen in de interventiegroep volgden twee trainingssessies van elk tweeënehalf uur in groepen van drie tot vijf deelnemers [online tabel 1]. De nadruk lag op het proces van gedeelde besluitvorming en de evidence-based behandeling van lagerugpijn. We stimuleerden de deelnemers om de gunstige prognose van lagerugpijn te bespreken en het effect van de gezamenlijk gekozen behandeling positief te bekrachtigen. Er werd een simpele keuzehulp geïntroduceerd naast een 'spiekbriefje' met open vragen en standaardzinnen voor op het bureau. Zie de [online bijlagen].

De huisartsen in de controlegroep kregen geen training en leverden de gebruikelijke zorg. Zij wisten wel dat de interventieartsen een training kregen om placebo-effecten te optimaliseren. Praktijkmedewerkers rekruteerden de patiënten. Praktijkmedewerkers, patiënten en observatoren waren niet geïnformeerd over de training.

Metingen

Twee observatoren beoordeelden onafhankelijk van elkaar de video-opnamen van de consulten. De betrouwbaarheid van de observaties maten we door beide observatoren hun eigen en elkaanders observaties deels opnieuw te laten doen en deze uitkomsten met elkaar te vergelijken.

Primaire uitkomstmaten

Onze primaire uitkomstmaten waren gedeelde besluitvorming (de optelsom van de proceselementen) en positieve bekrachtiging.

De prestaties van de huisartsen inzake gedeelde besluitvorming beoordeelden we met een gevalideerd observatie-instrument, *Observing Patient Involvement in Decision Making* (OPTION). OPTION bevat twaalf deelelementen ('proceselementen'), elk met een scorebereik van 0 tot en met 4; de som-

score wordt weergegeven als percentage van de maximale score (48 punten).

De observatoren gaven aan de hand van voorbeeldzinnen, een globale score van 0 (geen bekrachtiging) tot en met 4 (optimale bekrachtiging) aan de mate van positieve bekrachtiging die de arts aan het genomen besluit gaf, ongeacht welk besluit dat was of wie het besluit nam.

Secundaire uitkomstmaten

Secundaire uitkomstmaten waren de autonomie van de patiënt in de besluitvorming, de mate waarin de huisarts het gunstige spontane beloop besprak en de duur van de drie fasen van het consult: intake, lichamelijk onderzoek en besluitvormingsfase.

De observatoren scoorden de autonomie in de besluitvorming met de Control Preferences Scale, een gevalideerde vragenlijst voor patiënten naar de wijze van besluitvorming die we transformeerden tot een observatie-instrument. Deze schaal heeft een scorebereik van 0 (paternalistisch) tot en met 4 (autonoom door de patiënt), de score 2 staat voor optimale gedeelde besluitvorming [figuur 2].⁷ De observatoren bepaalden de score op basis van hun persoonlijke perceptie van het niveau van autonomie gedurende de besluitvorming.

De observatoren scoorden de mate waarin huisarts het verwachte gunstige spontane beloop besprak op dezelfde wijze als de mate van positieve bekrachtiging (zie boven).

De observatoren bepaalden op de video-opname, die liep vanaf de binnenkomst van de patiënt tot diens vertrek, van ieder consult hoe lang de intake, het lichamelijk onderzoek en de besluitvormingsfase duurden. Alle niet-consultgerelateerde tijd werd van de totale consultduur afgetrokken.

Statistische analyse

Vanwege het geneste design voerden we een meervoudige lineaire regressieanalyse uit, waarin werd gecorrigeerd voor de clustering op artsniveau. Voor iedere afhankelijke (de primaire en secundaire uitkomsten) hebben we een apart model

gedraaid. In elk model is het gemiddelde van de variabele per allocatie geschat en is met de chikwadraattoets getoetst of deze gemiddelden van elkaar verschillen. In het volledig gecorrigeerde model werd significantie op het verschil bereikt bij een p-waarde < 0,05.

RESULTATEN

De 47 deelnemende huisartsen rekruteerden in totaal 226 patiënten ([online figuur 1]). Twee patiënten gaven geen toestemming voor een video-opname, bij 49 consulten mislukte de opname door praktische problemen. Uiteindelijk werden in de interventiearm 86 consulten op video opgenomen door 23 huisartsen; in de controlearm 89 consulten door 19 huisartsen. [Online tabel 2] toont de aanvangskenmerken.

Primaire uitkomstmaten

De huisartsen in de interventiearm scoorden significant hoger op acht van de twaalf proceselementen van het OPTION-instrument, en ook hun OPTION-somscore, zonder overigens een bevredigend niveau te behalen (het gemiddelde was nog geen 40% van het maximaal haalbare). Ook gaven zij significant meer positieve bekrachtiging. De huisartsen in de controlearm behaalden op geen enkel aspect een hogere score dan de artsen in de interventiearm [tabel 3].

Onze meting van positieve bekrachtiging bleek in de analyse onvoldoende betrouwbaar.

Secundaire uitkomstmaten

De huisartsen in de interventiearm gedroegen zich minder paternalistisch dan de huisartsen in de controlearm, maar ook zij bereikten nog niet het niveau van gelijkwaardige besluitvorming (vergelijk [tabel 3] en [figuur 2]).

Consultduur

De gemiddelde duur van de consulten in de interventiearm was 16 minuten, in de controlearm 13 minuten. De huisartsen die de training gevolgd hadden, besteedden met name meer tijd aan de intake en de besluitvorming, de artsen die geen training hadden gehad namen meer tijd voor het lichamelijk onderzoek. Een langere consultduur correleerde sterk met een hogere OPTION-somscore ($p < 0,001$).

BESCHOUWING

Getrainde huisartsen vergrootten de mate van betrokkenheid van patiënten in de besluitvorming en versterkten vaker de positieve verwachtingen over het plan van aanpak, getuige de stijging van de gemiddelde OPTION-somscore met bijna 15% en de mate van positieve bekrachtiging met 0,77 punt (19%). Toch bereikten de scores op beide schalen nog niet het niveau waarop men echt van gedeelde besluitvorming en autonomie van de patiënt kan spreken. Wel duurden de consulten in de interventiearm gemiddeld drie minuten langer.

Informereren, niet betrekken

Uit een eerdere review met vier vergelijkende onderzoeken

kwamen soortgelijke resultaten naar voren: ongetrainde huisartsen behaalden gemiddeld een OPTION-somscore van 26% en getrainde huisartsen 36%.⁶ In deze review bleek dat de consultduur nauw samenhangt met de informerende aspecten van het consult, maar patiëntgericht gedrag – de patiënt vragen naar diens voorkeuren en zorgen, en of hij de informatie begrepen heeft – werd zelden waargenomen.⁶

Van de afzonderlijke proceselementen kregen vooral de elementen 1 (aankondiging van het besluitvormingsproces), 4 (opsommen van de opties), 5 (bespreken van voor- en nadelen) en 6 (exploreren van de verwachtingen van de patiënt) meer nadruk onder invloed van de training.⁸ Opvallend is dat wij element 6 (exploratie) vooral observeerden in de intakefase, hetgeen aansluit bij de NHG-adviezen. Dat huisartsen in de besluitvormingsfase van het consult zelden vragen stellen aan de patiënt, strookt met twee onderzoeken, uitgevoerd door het NIVEL.^{9,10} We kunnen concluderen dat de huisartsen hun patiënten na onze training wel beter informeerden, maar niet dat het patiëntenperspectief werd geëxploreerd en betrokken bij de besluitvorming.

Trainingen hebben over het algemeen meer effect op het gedrag dan op de attitude.¹¹ Gebleken is bijvoorbeeld dat keuzehulp meer invloed hebben op een informerende gedragsverandering dan op bewuste pogingen om naar de voorkeuren van de patiënt te informeren.⁶ Ook in ons onderzoek informeerden de huisartsen na een training hun patiënten beter over de behandelingsopties en informeerden ze naar de verwachtingen van patiënten over de behandelkeuze, maar dat gebeurde vooral tijdens de intake. Ze namen de verwachtingen van de patiënt mee in de besluitvormingsfase maar voerden de discussie over de behandelkeuze uiteindelijk nog steeds op een artsge domineerde, richtlijngestuurde wijze. Dat onderstreept de conclusie van het NIVEL dat huisartsen tegenwoordig meer georiënteerd zijn op biomedische taken en minder op het betrekken van patiënten bij de besluitvorming.^{9,10} In de besluitvormingsfase vroegen onze deelnemers weinig naar de verwachtingen en zorgen van de patiënt, en naar diens behoefte om vragen te stellen. We verwachten daarom niet dat het positieve bekrachtigen van de aldus gekozen behandeling veel effect zal hebben, want het is dan voornamelijk de keus van de huisarts die bekrachtigd wordt.

Waarom houden artsen vast aan artsgestuurde besluitvorming?

Waarom houden huisartsen vast aan deze artsgestuurde attitude? In de training gaven onze deelnemers aan dat ze het 'onprofessioneel' vonden behandelopties te accepteren die niet conform de richtlijn zijn. Opmerkelijk genoeg erkenden ze de tegenstrijdigheid dat de NHG-Standaarden therapeutische keuzes afwijzen als die het placebo-effect niet overstijgen terwijl bekend is dat verwachtingen een substantieel placebo-effect hebben bij lagerugklachten. Ze wezen de voorkeur van de patiënt dus af als deze gebaseerd was op een placebo-effect, zelfs nu de 'open' placebowerking gebaseerd is op evidence en ze handvatten kregen om het onderliggende mechanisme openlijk met de patiënt te bespreken.¹²

Tabel 3 Gemiddelde scores van de huisartsen op gedeelde besluitvorming, positieve bekrachtiging, autonomie van de patiënt en bespreking van het gunstige spontane beloop

	met training (n = 86)	zonder training (n = 89)	verschil
Primaire uitkomsten			
OPTION-somscore (schaal 0-100; gemiddelde met 95%-BI)*	38,53 (35,31 tot 41,74)	23,66 (20,25 tot 27,08)	14,86
Positieve bekrachtiging (schaal 0-4; gemiddelde met 95%-BI)	1,16 (0,82 tot 1,50)	0,50 (0,14 tot 0,87)	0,77
Secundaire uitkomsten			
Mate van autonomie	1,74 (0,11)	0,86 (0,11)	0,91
Bespreking van het gunstige spontane beloop	1,55 (0,25)	1,50 (0,27)	-0,05
OPTION-subschalen			
1. Aandacht vragen voor het besluitvormingsproces	1,18 (0,15)	0,52 (0,16)	0,66
2. Vermelden dat er meer dan één oplossing is	1,21 (0,23)	0,17 (0,25)	1,03
3. Vaststellen op welke wijze de patiënt het liefst geïnformeerd wordt	0,84 (0,12)	0,25 (0,13)	0,59
4. Opsommen van de mogelijkheden (inclusief 'niets doen')	3,59 (0,19)	1,97 (0,21)	1,62
5. De voor- en nadelen van elke optie bespreken (inclusief 'niets doen')	1,65 (0,14)	0,98 (0,15)	0,67
6. De verwachtingen en ideeën van de patiënt exploreren	1,82 (0,13)	1,41 (0,13)	0,42
7. De zorgen en angsten van de patiënt exploreren	0,13 (0,05)	0,02 (0,05)	0,11
8. Controleren of de patiënt de informatie begrijpt	1,09 (0,10)	0,96 (0,11)	0,12
9. De mogelijkheid bieden om vragen te stellen	1,20 (0,14)	0,90 (0,15)	0,30
10. Nagaan in hoeverre de patiënt betrokken wil zijn bij de besluitvorming	2,18 (0,18)	0,96 (0,19)	1,22
11. De noodzaak aangeven dat een besluit genomen of uitgesteld wordt	0,88 (0,09)	0,38 (0,10)	0,50
12. Aangeven dat het besluit herzien of herroepen kan worden	2,67 (0,33)	2,82 (0,35)	-0,72

Alle waarden zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot 4, met standaardfout, tenzij anders aangegeven. Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn **vetgedrukt**. In de meervoudige regressieanalyse is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de patiënt, voor leeftijd en geslacht van de huisarts, voor geslachtsovereenkomst tussen huisarts en patiënt, voor observatievolgorde en voor consultduur.

* Cronbachs alfa = 0,728.

Dat roept vragen op over de manier waarop artsen en patiënten aankijken tegen het concept van gedeelde besluitvorming.

Een consult bij een Nederlandse huisarts duurt gemiddeld 10,2 minuten en een toename met 3 minuten is dus substantieel. Je kunt je afvragen of gedeelde besluitvorming efficiënter zou zijn als de huisarts minder tijd zou besteden aan informeren en meer aan luisteren.

Sterke punten en beperkingen

De training en keuzehulp die we ontwikkelden, beantwoordt aan internationaal geaccepteerde richtlijnen en is conform de laatste wetenschappelijke inzichten.⁵ De toename van de OPTION-somscore tussen de beide onderzoekarmen was congruent met de toename in autonomie in de besluitvorming. We keken niet alleen naar de positieve bekrachtiging van de gekozen therapie maar analyseerden ook het bespreken van het gunstige spontane beloop en de benodigde tijdsinvestering.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van ons meetinstrument voor positieve bekrachtiging bleek onvoldoende om conclusies toe te laten, waarschijnlijk als gevolg van de lage scores voor dit element.

Onze deelnemers werden gerekruteerd en getraind door een collega-huisarts. De deelnemers in de controlearm waren bekend met de allocatie maar niet bekend met de inhoud van de training. De trainingsintensiteit varieerde; een derde van de artsen kreeg feedback op minder dan vijf in plaats van de beoogde tien video-opnamen. Dit kan het verschil tussen de onderzoekarmen hebben verkleind; de scores op geobserveerde trainingseffecten verschilden echter voldoende.⁶

CONCLUSIE

Training van huisartsen in gedeelde besluitvorming heeft een positief effect op de toepassing van gedeelde besluitvorming, maar gaat ten koste van drie minuten consultduur. Vooral de informatieoverdracht verbetert, maar niet de aandacht voor het patiëntenperspectief. Huisartsen blijven weerstand houden tegen gedeelde besluitvorming als die leidt tot besluiten die niet in lijn zijn met de richtlijnadviezen.

In het behandelplan kunnen artsen meer aandacht besteden aan het patiëntenperspectief en de zorgen en vragen van de patiënt. Vervolgonderzoek naar mogelijkheden om daadwerkelijke betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming te vergroten zou zich moeten richten op de percepties van patiënten en artsen.

DANKBETUIGING

De auteur dankt alle patiënten en huisartsen die vrijwillig hebben deelgenomen aan het onderzoek. Hans van Lennep en Joecky Senders deden de pilot van de video-observaties, Amy Los en Ilse van de Ende voerden de video-observaties uit, Jan Maessen bracht de observatiegegevens over in het statistiekprogramma en Peter Spreeuwenberg deed de statistische analyses. ■

LITERATUUR

- 1 Benedetti F, Amanzio M. Mechanisms of the placebo response. *Pulm Pharmacol Ther* 2013;26:520-3.
- 2 Bensing J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
- 3 Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256.

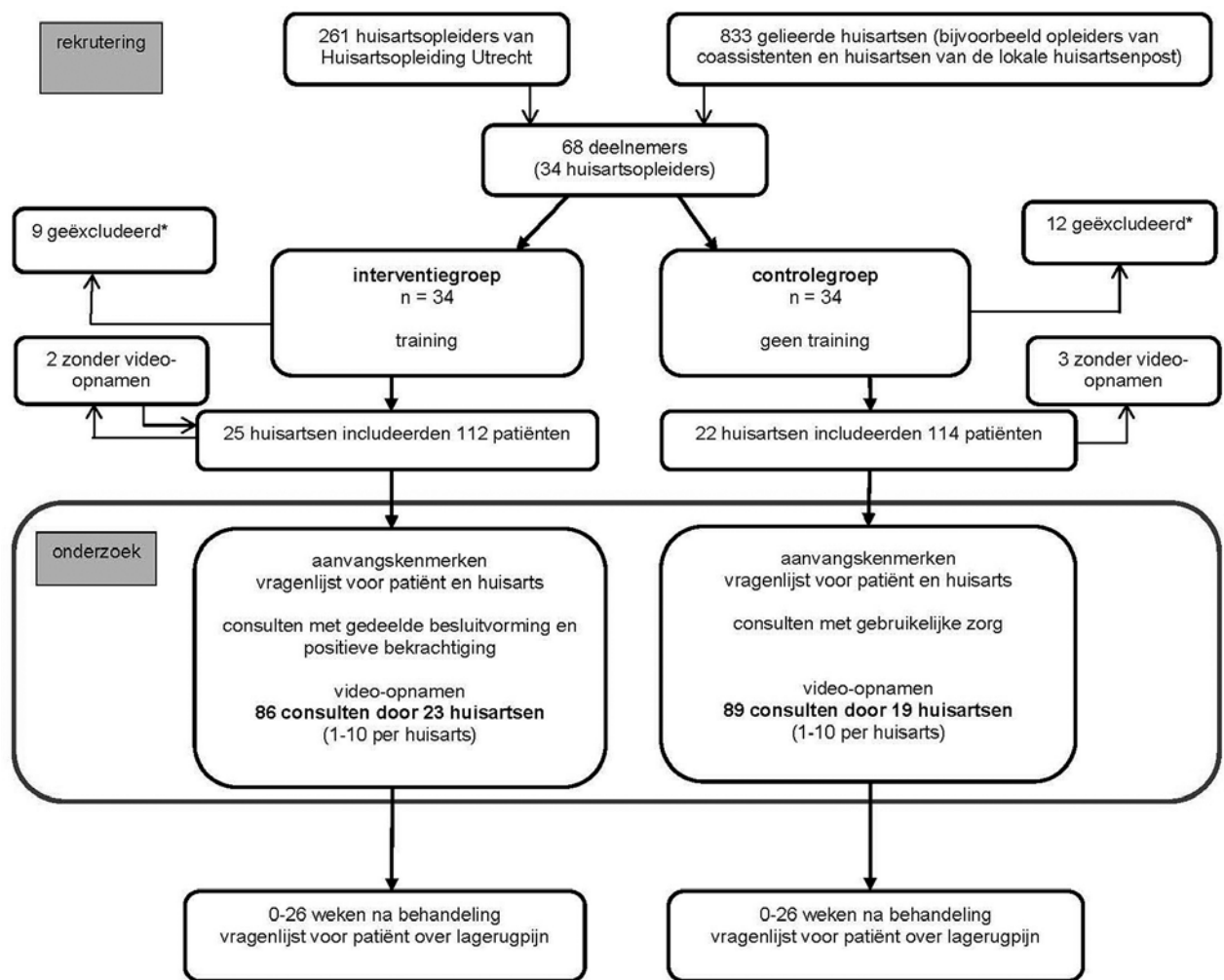
De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Benedetti F, Amanzio M. Mechanisms of the placebo response. *Pulm Pharmacol Ther* 2013;26:520-3.
- 2 Bensing J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
- 4 Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256.
- 5 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 2000;50:892-9.
- 6 Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;9:CD006732.
- 7 Couet N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTI-ON instrument. *Health Expect* 2015;18:542-61.
- 8 Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res* 1997;29:21-43.
- 9 Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, Thompson R, Walsh T, Ozanne EM. Developing CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns* 2013;93:102-7.
- 10 Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis F. De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. *Huisarts Wet* 2008;51:6-12.
- 11 Butalid L, Bensing JM, Verhaak PE. Talking about psychosocial problems: an observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient Educ Couns* 2014;94:314-21.
- 12 Bombeke K, Symons L, Vermeire E, Debaene L, Schol S, De Winter B, et al. Patient-centredness from education to practice: the 'lived' impact of communication skills training. *Med Teach* 2012;34:e338-48.
- 13 Kam-Hansen S, Jakubowski M, Kelley J, Kirsch I, Hoaglin D, Kapchuk T, et al. Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. *Sci Transl Med*;2014;6:218ra5.

Figuur 1 Stroomdiagram van het onderzoek



* Deze huisartsen includeerden geen patiënten.

Tabel 1 Een training in gedeelde besluitvorming

Trainingsstap	Doel	Vorm	
1	Introductie	Een veilige omgeving creëren	Introductieronde
2	Inventarisatie van attitudes	Sessie 1: focus op placebo, kennis over herstel Sessie 2: focus op geleerde vaardigheden inzake gedeelde besluitvorming, positieve bekrachtiging en benoemen van het gunstige beloop	Plenaire korte discussie
3	Reflectie op dagelijkse praktijk	Sessie 1: verschuiving bewerkstelligen van 'onbewust onbekwaam' naar 'bewust onbekwaam' in gedeelde besluitvorming en bekrachtiging Sessie 2: een situatie van constructieve frictie bewerkstelligen in ervaren (gebrek aan) vaardigheden in gedeelde besluitvorming en bekrachtiging	Sessie 1: groepsdiscussies van twee à drie personen Sessie 2: groepsdiscussies van twee à drie personen, gecoacht door de trainer
4	Theorie over placeboeffecten en gedeelde besluitvorming	Sessie 1: kennisoverdracht over positieve verwachtingen aangaande herstel en gedeelde besluitvormingsstappen als een instrument om positieve verwachtingen te implementeren Sessie 2: kennisoverdracht over de keuzehulp en de dubbele positieve bekrachtiging*	Frontale presentatie afgewisseld met plenaire discussie gebaseerd op vragen over praktische zaken
5	Praktische implicaties	Proportioneel begrip bereiken	
6	Praktische uitwerking	Sessie 1: vaardigheden ontwikkelen in de stappen van gedeelde besluitvorming en positieve bekrachtiging Sessie 2: vaardigheden ontwikkelen in het gebruik van de keuzehulp en dubbele positieve bekrachtiging*	Sessie 1: rollenspel met een simpel lagerugpijnconsult Sessie 2: rollenspel met de keuzehulp (verplicht) en het 'spiekbriefje' (vrijwillig) †
7	Reflecties op ervaringen	Probleem oplossen, weerstand aanpakken en self-efficacy vergroten	Sessie 1: plenaire discussie en creëren van het 'spiekbriefje' † Sessie 2: plenaire discussie eindigend met het uitspreken van 'bewust bekwaam'-gevoel
8	Afsluiting	Bedanken en een positieve bekrachtiging geven over het getrainde gedrag	Persoonlijke opmerking over de beste uitvoeringen

De training verliep stapsgewijs volgens de leerprincipes van Kolb: actie, reflectie, theorie, praktische uitwerking. Tijdens de twee trainingssessies werden de door Elwyn gedefinieerde proceselementen van gedeelde besluitvorming behandeld.⁴ Naast de trainingssessies kregen de deelnemers gepersonaliseerde feedback op een op video opgenomen consult dat zij met een patiënt gehad hadden.

* Participanten werd geleerd het gunstige spontane beloop te bespreken conform het richtlijnadvies, maar ook de gekozen therapie positief te bekrachtigen.

† Het 'spiekbriefje' bevatte door de groep zelf geformuleerde open vragen die toepasbaar zijn voor de diverse gedeelde besluitvormingsstappen maar ook voorbeeldzinnen die kunnen worden gebruikt ter bekrachtiging van het gunstige spontane beloop of de gekozen therapie.

Tabel 2 Aanvangskenmerken van de huisartsen en de patiënten

	interventiearm	controlearm	p-waarde ^o
Huisartsen			
Aantal, n	23	19	
Leeftijd, jaren (SD)	52,7 (6,4)	49,0 (7,0)	0,081
Man, n (%)	11 (48%)	12 (63%)	0,320
Opleider, n (%)	15 (65%)	16 (84%)	0,163
Ervaring als huisarts, jaren (SD)	18,8 (7,0)	19,1 (8,9)	0,597
Aantal patiënten, n (SD)	4,83 (2,5)	6,11 (3,4)	0,168
≥ 5 inclusies, n (%)	11 (48%)	12 (63%)	0,320
Patiënten			
Aantal, n	86	89	
Leeftijd, jaren (SD)	45,48 (14,0)	44,53 (14,1)	0,655
Man, n (%)†	40 (47%)	52% (45)	0,546
Nederlandse afkomst, n (%)‡	75 (96%)	99% (79)§	0,926
Laag opleidingsniveau, n (%)¶	15 (18%)	15 (17%)	} 0,969
Gemiddeld opleidingsniveau, n (%)	41 (49%)	43 (49%)	
Hoog opleidingsniveau, n (%)	26 (31%)	29 (33%)	
Pijnscore, VAS 0-100 (SD)¶¶	48,2 (15,6)	46,9 (16,7)	0,620

^o Continue variabelen, gemiddelden en standaarddeviaties (SD) zijn geanalyseerd met de T-toets, dichotome variabelen en percentages zijn geanalyseerd met de chikwadraattoets.

† In de controlearm ontbraken 2 patiënten.

‡ In de interventiearm ontbraken 4 patiënten en in de controlearm 3 patiënten.

§ Gegevens over opleidingsniveau ontbraken voor 4 patiënten in de interventiearm en 2 patiënten in de controlearm.

¶ Gegevens over pijnscore ontbraken voor 14 patiënten in de interventiearm en 14 patiënten in de controlearm. VAS = visuele analoge schaal.