

Shared Decision-Making in der Physiotherapie



Quelle: Pixabay

Entwickelt und vorgetragen von...

... Andreas Alt (Dipl. Physiotherapeut, M.Sc.)



Kontakt: info@andreas-alt.com

- **Aktuell:** SportClinic Sihlcity, CH, Fachperson für therapeutische Qualität, Abt. Physiotherapie, Doktorand Universität zu Lübeck (Humanwissenschaften)
- **2018 - 2020:** Fit 4 Life AG, CH, Leiter der Physiotherapieabteilung
- **2017:** Fit 4 Life AG, CH (Schwerpunkte: Kraft & Konditionierung, biopsychosoziale Therapie)
- **Seit 2016:** Autor & Herausgeber verschiedener Fachbücher & internationaler Publikationen
- **2015:** Projektbeteiligung mit den Schwerpunkten: Wissenschaft im therapeutischen Gesundheitswesen, biopsychosoziale Therapieintegration, Kraft- & Konditionierungsoptimierung
- **Seit 2015:** Master of Science für Sportphysiotherapie (Deutsche Sporthochschule Köln)
- **Seit 2012:** Bachelor of Science in Physiotherapie (Hoogeschool Thim van der Laan, Nieuwegein, NL)
- **2009:** Staatlich anerkannter Physiotherapeut (BFS Nürnberg)

Inhalt

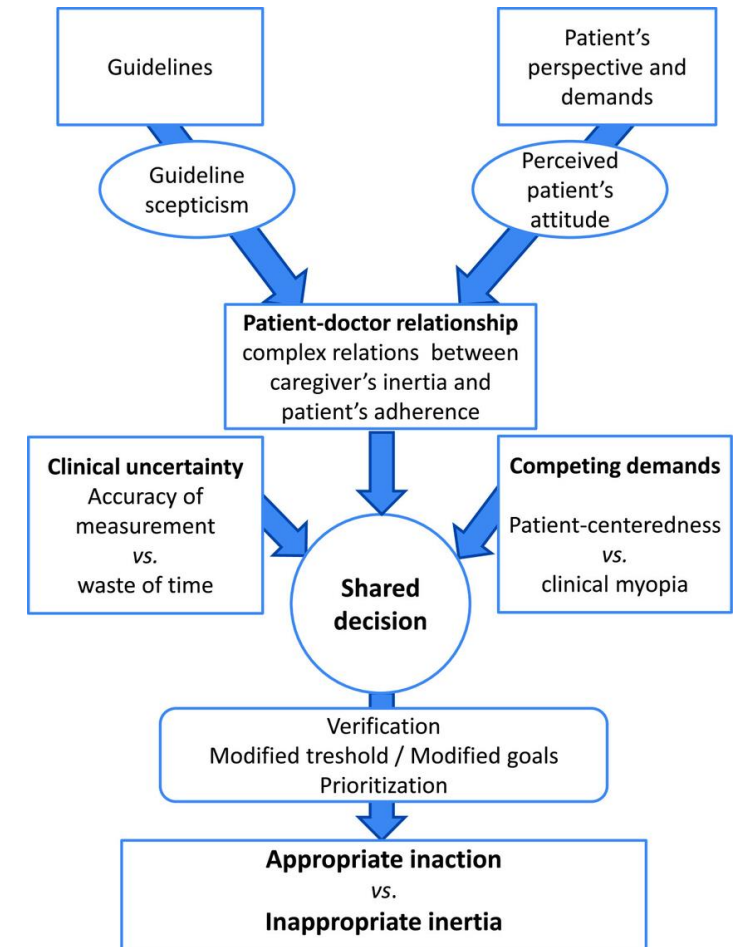
- 1) Was ist «Shared Decision-Making»?
- 2) Der Ursprung von «Shared Decision-Making»
- 3) Der Übertrag in die Physiotherapie
- 4) Die Vorstellung von Shared Decision-Making in der Physiotherapie
- 5) Die «Keypoints» beim Shared Decision-Making»
- 6) Entscheidende Fertigkeiten zur Umsetzung der Shared Decision-Making_Qualitäten
- 7) Worauf gilt es beim Shared Decision-Making zu achten?
- 8) „Shared Decision-Making“ vs. „Kein Shared Decision-Making“ ?
- 9) Beispiele
- 10) Die Herausforderungen bei der Nutzung des Shared Decision-Making
- 11) Die verschiedenen Patiententypen
- 12) Praxisbezug «Was tun, wenn?»
- 13) Take-home Message
- 14) Literatur



Was ist «Shared Decision-Making»?

Shared Decision-Making (SDM), oder auf deutsch „**Partizipative Entscheidungsfindung**“ (PEF) wird in der Medizin die Interaktion zwischen Mediziner_in (Physiotherapeut_in etc.) und Patient_in genannt, die darauf ausgelegt ist, unter gleichberechtigter und aktiver Beteiligung von beiden zu funktionieren.

Dabei sind die geteilten Informationen die Grundlage für eine gemeinsam zu verantwortende Übereinkunft in Bezug auf eine angemessene medizinische / therapeutische Behandlung (Hoffmann et al. 2020).



Quelle: Lebau et al. 2014

Der Ursprung von Shared Decision-Making

Robert Veatch (Mediziner) verwendete als einer der ersten den Begriff der „**Gemeinsamen Entscheidungsfindung**“ in einem Bericht über „Ethik in der Medizin“ im Jahr 1972 (Veatch 1972).

Weitere Arbeiten aus den 1980er Jahren entstanden aufgrund des zunehmenden Interesses an der „**Patientenzentrierung**“ und der zunehmenden Betonung der Anerkennung der „**Patientenautonomie**“ (Epstein et al. 1993,).

In der Physiotherapie scheint der Begriff „Shared Decision-Making“ als gezieltes therapeutisches Tool erst seit der 2010er Jahre etabliert zu sein (Dierckx et al. 2013).



Quelle: Pixabay

Der Übertrag des Shared Decision-Makings in die Physiotherapie

Gerade für die Physiotherapie erweist sich das SDM als effektiv und relevant (Hoffmann et al. 2021, Moore & Kaplan 2018). Neben der Erleichterung und demnach auch der Verbesserung von Akzeptanz hinsichtlich notwendiger Maßnahmen zur Reduktion von Gesundheitsbeschwerden, zeigt das SDM in der Physiotherapie noch weitere Vorteile:

- **Selbstvertrauen:** hilft Patient_innen Maßnahmen umzusetzen, die ihre Beschwerden verbessern, z.B. spezifische Übungen (Motor Control) vs. aktive Partizipation (mit Freunden aktiv sein).
- **Ein höheres Bewusstsein für Eigenverantwortung:** Die gemeinsame Kommunikation zwischen Mediziner_innen und Patient_innen ermöglicht neben einer motivierenden Wertschätzung auch Pflichtbewusstsein. So möchte man als Patient_in bei der nächsten Besprechung etwas berichten können und Erfahrungen daraus vermitteln können, was nur durch eine konsequente Eigenambition oder „Maßnahmentreue“ (Adherence) funktioniert.
- **Nachhaltigkeit der Effekte:** Gerade in der Physiotherapie kommt es auf eine nachhaltige Eigenambition der Patient_innen an, weil diese das, für den Therapieerfolg entscheidende, „Selbstmanagement“ fördern. Die Bedingung dafür ist neben der regelmäßigen Besprechung der Verläufe, je nach Fall, auch die Adherence und die Akzeptanz sowie das Verständnis zu den Maßnahmen. Patient_innen, welche durch das Vorhandensein der erstgenannten Punkte, in ihre Therapie einsteigen, entwickeln also eine effektivere Nachhaltigkeit.
- **Inter- und Multidisziplinäre Zusammenarbeit:** Mediziner_innen aus einer Disziplin lassen aufgrund des Einbezug der Empfindungen und der Erfahrungen der Patient_innen auch andere Maßnahmen zu, welche von anderen Disziplinen kommen.

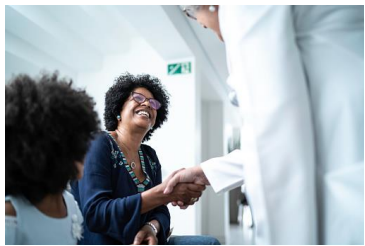
Insgesamt stellen sich viele Vorteile für die Anwendung des SDM in die Physiotherapie heraus. Einige davon werden bereits **ohne spezifische Kenntnisse** dazu umgesetzt, wie z.B. das Einbeziehen der Patient_innen in Lösungsansätze zu ihren Beschwerden während der **Befundung**, der **Zielvereinbarung** sowie der folgenden **Therapie- und Heimprogrammplanung**. Andere Elemente benötigen allerdings mehr Aufwand, welcher im aktuellen berufspolitischen System schwer umsetzbar sind. So z.B. die physiotherapeutische **Grundentscheidung** der nachfolgenden Strategien, der entsprechenden Zeitaufwände und der Finanzierung **ohne** die ärztliche Supervision.



Quelle: Pixabay

Die Vorstellung von Shared Decision-Making in der Physiotherapie

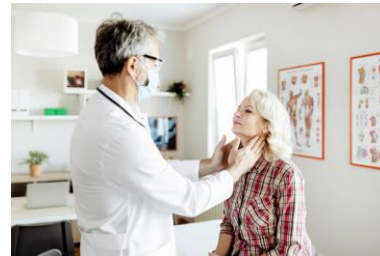
Von der Begrüßung bis zur Umsetzung der Therapie...



1. Begrüßung



2. Befund / Anamnese / ICF
(Fragebögen, Klassifizierungen etc.)



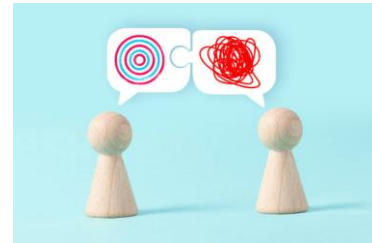
3. Untersuchung



4. Gemeinsame Zieldefinition



5. Vorstellung der Therapie-
Optionen aus Sicht der Mediziner_in



6. Einbezug der Patient_in



7. Korrektur und Anpassung
des Therapieplans



8. Einvernehmlicher Beschluss und Start mit der
Therapie

Die Keypoints bei Shared Decision-Making

Die Kernelemente des SDM sind:

Interaktion → zwischen Mediziner_in und Patient_in (Anerkennung von Wissen und Empfinden)

Kommunikation → zwischen Mediziner_in und Patient_in (auf Augenhöhe, verständlich und zielorientiert)

Teilhabe → an der medizinischen Strategie- oder Methodenfindung

Veränderung → der Einbezug der Empfindungen, Eindrücke, Vorstellungen und des Wissens der Patient_innen kann Veränderungen der Therapieplanung erwirken (Abweichung von Guidelineempfehlung, Game Changer etc.)

Wertschätzung → Mediziner_innen achten die Empfindungen, Erfahrungen und Vorstellungen (Erwartungen) ihrer Patient_innen



Quelle: Pixabay

Entscheidende Fertigkeiten zur Umsetzung der Shared Decision-Making_Qualitäten...

Die erfolgreiche Umsetzung des SDMs ist von der erfolgreichen Aktivierung der bereits bekannten Keypoints (Interaktion, Kommunikation, Teilhabe, Veränderung, Wertschätzung) abhängig (Bomhof-Roordink et al. 2019, Hauer et al. 2011). Doch diese **«Leistungsträger»** bedürfen wieder **«Initialisatoren»**, welche sich als **«Fertigkeiten»** kennzeichnen. Dabei scheint eine einzige Fertigkeit, wie z.B. nur «Kommunikation» nicht ausreichend (Hauer et al. 2011). Bei den Fertigkeiten kommt es wiederum auf spezifische Details an, welche die Fertigkeit anwendbar machen (Leistungsindikatoren) (Alt et al. 2018). Im Folgenden werden die wichtigsten Fertigkeiten vorgestellt:

- Kommunikation
- Beziehung aufbauen
- Fachwissen (Evidenz)
- Bewusstsein von Effekten
- Sich präsentieren
- Networking
- Motivation



Quelle: Pixabay

... Umsetzung der Fertigkeiten zur Initialisierung der Shared Decision-Making-Qualitäten

Die Umsetzung der Fertigkeiten ist von den spezifischen Kenntnissen in Theorie und Praxis (Leistungsindikatoren) abhängig (Tab. 3).

Fertigkeiten	Leistungsindikatoren	Tool
Kommunikation	Wortwahl an die Sprache des jeweiligen Patienten anpassen, Einfache, klare Argumentationen verwenden, Höfliche Distanz	Patientenzentrierte Kommunikation
Beziehung aufbauen	Gemeinsamen Nenner finden, z.B. Erfahrung oder Ziel, Kommunikation, Höflichkeit	Sammeln von Informationen über die Lebensumstände der Patient_innen (ICF)
Fachwissen	Evidenz	Bücher, Studien, Kongresse etc.
Bewusstsein von Effekten	Bewusstsein bezgl. der Wirkung des Erscheinungsbilds (Kleidung, Stil, Haltung), der Umgangsformen (Begrüßung, Blickkontakt), der Ausdrucksweise (Wortwahl, non-verbale Kommunikation, z.B. lächeln etc.)	Rollenspiele, Feedbacks etc.
Sich Präsentieren	Auftreten, Kommunikation, Konzentration → Patient_in steht im Mittelpunkt	Videoaufnahmen, Feedbacks, Vorstellung (was passt zu wem und warum?)
Networking	Interaktion mit anderen Disziplinen über unterschiedliche Wege (Berichte, Telefonate, Fachkonferenzen etc.)	Inter- und multidisziplinär (alle am Prozess beteiligten Akteur_innen)
Motivation	Ziele setzen, Bewusstsein über Vorbildfunktion, Verantwortungsbewusstsein etc.	Hängt ab von Zielen, Erwartungen und Wertschätzungen unterschiedlicher Art

Tab. 3 Leistungsindikatoren beim SDM

Worauf gilt es beim Shared Decision-Making zu achten?

Nur, weil Patient_innen beim SDM aktiv in den Entscheidungsprozess zur passenden Therapiewahl involviert werden, bedeutet das nicht, dass:

- Inhalte aus Leitlinien hinfällig sind
- Die Patient_innen die finale Therapierichtung dominieren
- Die Expertise und das Wissen der Mediziner_innen mit den Vorstellungen der Patient_innen gleichzusetzen sind
- Die Anzahl und die Folgen der Therapie, z.B. die Kosten ignoriert werden
- Etc.

Der Entscheidungsprozess beim SDM hängt maßgeblich von den unterschiedlichen Expertisen ab (Tab. 1).

Die Expertise der Mediziner_innen bezieht sich auf...	Die Expertise der Patient_innen bezieht sich auf...
... Diagnose	... Krankheitserfahrung
... Ätiologie	... Soziale Umstände
... Prognose	... Einstellung zu möglichen Risiken
... Behandlungsmöglichkeiten	... Wertvorstellungen (was bedeutet die Therapie für sie?)
... Wahrscheinlichkeiten der Ergebnisse (Outcomes)	... Vorlieben

Tab. 1 Expertisenunterschiede bei SDM (Coulter & Collins 2011, Topp et al. 2018, Thériault et al. 2020)

„Shared Decision-Making“ vs. „Kein Shared Decision-Making“ ?

Zunächst: SDM wirkt als eigene Maßnahme genauso ungenügend, wie alle anderen Methoden, wenn sie nicht **strategisch kombiniert** werden. Zudem ist SDM nicht immer das beste „Mittel zur Wahl“ (Thériault et al. 2020). Bevor man es anwendet, muss möglichst klar geprüft und entschieden werden, wie die wesentlichen Elemente des SDM bei den individuellen Patient_innen und gemäß Ihres Beschwerdebildes überhaupt effektiv sein können (Thériault et al. 2020, Elwyn et al. 2012).

Achtung: Trotz der oftmals scheinbaren Einfachheit, das SDM generell zu ignorieren, muss darauf hingewiesen werden, dass ein „Nicht-Einbeziehen von Patient_innen in die Therapieplanung fast als „absurd“ gewertet werden kann (Thériault et al. 2020). Eine gewisse Art von **„Einbindungswille“** muss immer erwartet werden. Trotzdem lässt sich eine Gegenüberstellung plakativ darstellen (Tab. 2).

Ohne SDM	Mit SDM
Therapieeffektivität ist limitiert	Therapieeffektivität ist potenziert
Patient_in fühlt sich eher dominiert (ausgegrenzt)	Patient_in fühlt sich ernst genommen
Das Behandlungspotenzial der Patient_innen wird unterschätzt und nicht vollständig erfasst	Es stehen mehr Behandlungswege zur Verfügung
Patient_innen fällt es schwer, den Mediziner_innen zu vertrauen	Patient_innen vertrauen Mediziner_innen eher
Motivation der Patient_innen ist unklar	Motivation der Patient_innen ist annehmbar höher
Risiko von Missverständnissen ist höher	Risiko von Missverständnissen ist niedriger
Patient_innen werden abhängig gemacht	Patient_innen werden auf Selbstmanagement instruiert

Tab. 2 Gegenüberstellung „Mit SDM“ vs. „Ohne SDM“

Beispiele gegen Shared Decision-Making...

Die Charaktere der folgenden Beispiele sind gezielt auf den Zusammenhang mit der Frage nach der „Effektivität zwischen mit SDM und ohne SDM“ gerichtet. Alle weiteren Faktoren (Fachwissen, Begleitbeschwerden, psychische Verfassung, Umsetzbarkeit etc.), welche die Behandlungseffektivität beeinflussen können, sind nicht erfasst.



Quelle: Pixabay

Ohne SDM:

- Patient_innen, welche an schweren Verletzungen leiden und klare medizinische Hilfe brauchen, z.B. Akute Kreuzbandruptur, entgleiste Typ-1-Diabetiker_innen, andere akute und spezifische Verletzungen, welche keinen „Bagatellverletzungen“ entsprechen
- Patient_innen, bei welchen SDM versucht wurde und der Erfolg ausblieb, z.B. Typ-1-Diabetiker_innen, Adipositas-Patient_innen, Krebspatient_innen etc.
- Patient_innen, die klar und mehrfach äußern, dass sie eindeutige medizinische Anweisungen von den Mediziner_innen verlangen

... Beispiele für Shared Decision-Making

Als Beispiele für die Verwendung von SDM kommen mindestens in Frage:

- Patient_innen, welche sich am Therapieprozess beteiligen wollen und mit den Mediziner_innen bei der Planung interagieren, z.B. akute Rückenschmerzen, nicht-akute Kapselbandverletzungen etc.
- Patient_innen mit sportlichen Ambitionen
- Verängstigte Patient_innen, z.B. aufgrund von Misserfolgen nach Discus Hernien, rezidivierende Rückenschmerzpatient_innen, TEP-Patient_innen etc.
- Aufgeklärte Patient_innen, welche erfahren sind, die Methoden vergleichen und trotzdem optimistisch sind, z.B. rezidivierende Rückenbeschwerden oder Gelenkverletzungen beim Sport, M. Parkinson-Patient_innen, andere neurologische Patient_innen etc.
- Patient_innen, welche an einer gezielten Prävention interessiert sind, z.B. Arthrosepatient_innen etc.
- Patient_innen, die von einer multi- oder interdisziplinären Versorgung profitieren würden, z.B. psychisch behaftete Rückenschmerzpatient_innen, Depressionspatient_innen, Diabeteiker_innen, neurologische Patient_innen



Quelle: Pixabay

Die Herausforderungen bei der Nutzung des Shared Decision-Making

Anhand der im Vorfeld erläuterten Beispiele lässt sich erkennen, dass sich die die Therapieplanung mit oder ohne SDM oft überschneiden könnte. Ob die Nutzung von SDM zu **100% funktioniert** und sich damit „**empfiehlt**“ hängt nicht nur von den dazu als initialisierender Faktor vermuteten „**psychischen**“ Einstellungen und Zuständen der Betroffenen ab (Motivation, Sorgen, Angst, Vertrauen, Überzeugungen etc.), sondern z.B. auch von der **Art der Verletzung** oder von dem **Stadium der Beschwerden**:

- Akut vs. chronisch?
- Erfahren vs. unerfahren?
- Gefährlich vs. bagatellisierend?
- Notwendigkeit einer multidisziplinären Betreuung?
- Medikamentös vs. nicht-medikamentös?

Allgemein lässt sich festhalten, dass fast alle Patient_innen-Beispiele von einer zumindest teilweisen Nutzung des SDM profitieren würden.



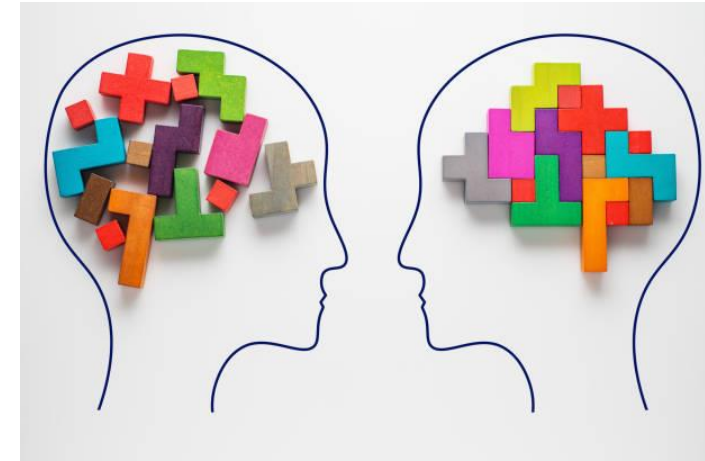
Quelle: Pixabay

Die verschiedenen Patiententypen

Bei der Anwendung des SDM gilt es, verschiedene Patiententypen zu kennen, damit die gemeinsame Entscheidungsfindung zur jeweiligen Therapie möglichst erfolgreich verläuft. Dafür sind die folgenden Patiententypen besonders häufig anzutreffen:

1. Die **aufgeklärten Patient_innen** sind:
 - eher unabhängig
 - zeigen einen aktiven Coping-Stil
 - zeigen Eigenverantwortung
 - z.B. typische, aktive Rückenschmerzpatient_innen
2. Die **akzeptierenden Patient_innen** sind:
 - vom Renommee der Mediziner_innen überzeugt
 - überlassen den Mediziner_innen sämtliche Handlungen
3. Die **steuernden Patient_innen** sind:
 - selbstbewusst und überprüfen ärztliche Entscheidungen
 - holen sich gerne Zweitmeinungen ein und recherchieren im Internet
4. Die **involvierten Patient_innen** sind:
 - engagiert und fordern die Mediziner_innen fachlich heraus
 - interessiert an Vorbeugung und einem gesunden Lebensstil

ACHTUNG: Jeder dieser Typen kann Eigenschaften zeigen, die eine erfolgreiche Therapie behindern, wenn z.B. das Vertrauen, die Adhärenz oder die Mitwirkung fehlen. Besonders anfällig dafür sind die steuernden und die involvierten Patient_innen. Hier besteht das Risiko einer Kursabweichung durch das Vertrauen in andere, beeinflussende Akteur_innen oder Empfehlungen, welche gegen die Vorschläge der Primärmediziner_innen wirken können.



Quelle: Pixabay

Praxisbezug «Was tun, wenn?»

Wenn der gewünschte oder der erwartete Therapieerfolg ausbleibt, sollte die Anwendung der folgenden Hinweise versucht werden:

Beispiel 1:

Ein Patient verweigert die geplante Übungsumsetzung zu Hause, weil er denkt, seine Beschwerden würden sich dadurch nicht bessern.

Hinweise: *Gezielte, stufenweise vermittelte Aufklärungseinheiten, z.B. durch „Explain Pain“ oder „Goal-Setting“*

Beispiel 2:

Eine Patientin schlägt ständig andere Therapieformen vor als das, was ihr bei der Physiotherapie empfohlen wurde.

Hinweise: *Höflich, aber konsequent auf die gemeinsamen Ziele hinweisen und die dafür relevanten Erreichungsmöglichkeiten plausibel erklären – eventuell kombinieren (nachgeben)*

Beispiel 3:

Ein Patient wirkt demotiviert und besorgt, dass er seine langanhaltende Problematik nie los wird.

Hinweise: *Motivational Interviewing → fragen, an was das liegt, danach genau zuhören und die nächste Frage konkretisieren, Beziehung aufbauen, positive Resultate untermauern und Reflexion nutzen, Beziehung aufbauen*

Und natürlich der übergeordnete Hinweis „GEDULD“, ohne dieses jegliches Bemühen zum Scheitern verurteilt sein kann...



Quelle: Pixabay

Take-home Message

- SDM ist in der Medizin eine altbekannte Methode (Slide 5)
- In der Physiotherapie gewann SDM gerade im Zuge des biopsychosozialen Aufschwungs seit spätestens der 2010er Jahre stark an Bedeutung (Slide 6)
- SDM ist eine Strategie und keine selektive Methode, wie etwa eine Übung (Slide 7)
- SDM ist nur so gut, wie es die Fertigkeiten der anwendenden Mediziner_innen zulassen (Slide 9)
- SDM kann durch die Integration von inter- und multidisziplinären Ansätzen nicht nur zur Verbesserung, sondern auch zur Verschlechterung einer Therapie führen (Slide 11)
- Der Erfolg des SDM ist abhängig von der Interaktion mit den Patient_innen, aber auch vom fachlichen Können der Mediziner_innen (Slide 10)
- SDM bedeutet nicht, dass die Erfahrungen oder die Überzeugungen der Patient_innen über die Expertise der Mediziner_innen gestellt wird (Slide 11)
- Essentielle Bausteine des SDMs sind neben der Kommunikation auch andere, wie z.B. Interaktion (Slide 8)
- Nicht nur die sozialpsychologischen Einflussfaktoren und Zustände der Patient_in, sondern auch die Art der Verletzung, das Stadium des Beschwerdeverlaufs und das Fachwissen der Mediziner_innen entscheiden über die Effektivität des SDM (Slide 15)
- „Geduld haben!“ ist beim SDM ein wesentlicher Facilitator



Quelle: Pixabay

Weiterführende Literatur

- Alt A., Herbst M. Reis J. (2018). Physiotherapie Grundlagen (Best Practice), 2. Auflage. Amazon & Books.
- Butler S.D. & Moseley G.L. (2016). Schmerzen verstehen, 4. Auflage. Springer Verlag.
- Jull G. & Moore A. (2015). Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy, 4th Edition. Elsevier
- Kolster C.B. (2016). Handbuch Physiotherapie: Umfassend, aktuell, evidenzbasiert, praxisnah. KVM – Der Medizinverlag.



Quelle: Pixabay

Literatur

Alt A., Herbst M., Reis J. (2018). Physiotherapie Grundlagen (Best Practice), 2. Aufl. Amazon & Books. S. 12

Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ open*, 9(12), e031763. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>

Coulter A. and Collins A. (2011) Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me. *The King's Fund*, 56.

Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Physical therapy*, 93(10), 1321–1330. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120286>

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. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G (October 1993). "Perspectives on patient-doctor communication". *The Journal of Family Practice*. 37 (4): 377–88. PMID 8409892

Hauer, K. E., Fernandez, A., Teherani, A., Boscardin, C. K., & Saba, G. W. (2011). Assessment of medical students' shared decision-making in standardized patient encounters. *Journal of general internal medicine*, 26(4), 367–372. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1567-7>

Hoffmann, T. C., Bennett, S., Tomsett, C., & Del Mar, C. (2014). Brief training of student clinicians in shared decision making: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*, 29(6), 844–849. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2765-5>

Hoffmann, T., Gibson, E., Barnett, C., & Maher, C. (2021). Shared decision making in Australian physiotherapy practice: A survey of knowledge, attitudes, and self-reported use. *PloS one*, 16(5), e0251347. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251347>

Hoffmann, T. C., Lewis, J., & Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.012>

Lebeau, J. P., Cadwallader, J. S., Aubin-Auger, I., Mercier, A., Pasquet, T., Rusch, E., Hendrickx, K., & Vermeire, E. (2014). The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC family practice*, 15, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-130>

Literatur

Moore, C. L., & Kaplan, S. L. (2018). A Framework and Resources for Shared Decision Making: Opportunities for Improved Physical Therapy Outcomes. *Physical therapy*, 98(12), 1022–1036. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy095>

Thériault, G., Grad, R., Dickinson, J. A., Breault, P., Singh, H., Bell, N. R., & Szafran, O. (2020). To share or not to share: When is shared decision making the best option?. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(5), 327–331.

Topp, J., Westenhöfer, J., Scholl, I., & Hahlweg, P. (2018). Shared decision-making in physical therapy: A cross-sectional study on physiotherapists' knowledge, attitudes and self-reported use. *Patient education and counseling*, 101(2), 346–351. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.031>

Veatch R. M. (1972). Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship?. *The Hastings Center report*, 2(3), 5–7.