

Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaren¹

M.J. METZ, M.A. VEERBEEK, I. ELFEDDALI, E. DE BEURS, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, A.T.F. BEEKMAN

ACHTERGROND Ondanks veelbelovende onderzoeksresultaten wordt samen beslissen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) nog niet breed toegepast. Bovendien is weinig bekend over het gebruik van routine outcome monitoring (ROM) en e-health hierbij.

DOEL Promotieonderzoek naar toegevoegde waarde van samen beslissen voor patiënten en behandelaren in de ggz met ROM en e-health.

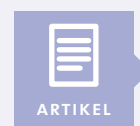
METHODE Drie studies: 1. literatuuronderzoek en crosssectionele studie naar 'decisional conflict'; 2. ROM- implementatieonderzoek en clustergerandomiseerde trial samen beslissen met ROM (Doorbraakprogramma); 3. clustergerandomiseerde trial samen beslissen bij intake (regionaal).

RESULTATEN De onderzochte interventies waren onvoldoende effectief om bij alle deelnemende patiëntengroepen beslissingsambivalentie (decisional conflict) te reduceren. Beslissingsambivalentie geeft via meerdere dimensies vanuit patiëntperspectief inzicht in de kwaliteit van de besluitvorming. In het Doorbraakonderzoek rapporteerden enkel patiënten met depressie minder beslissingsambivalentie. Hoewel geen verbetering in samen beslissen werd aangetoond, was het gebruik van ROM in de behandeling toegenomen. De regionale trial liet, ondanks uitblijvende effecten op beslissingsambivalentie, meer samen beslissen en betere behandeluitkomsten zien.

CONCLUSIE Samen beslissen in de ggz behoeft verdere verbetering. Aanbeveling is om verder te onderzoeken hoe patiënten beter te ondersteunen, aansluitend op de rol die bij hen past.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)7, 487-497

TREFWOORDEN e-health, routine outcome monitoring, samen beslissen, shared decision making



In de gezondheidszorg bestaat de laatste jaren toenemende aandacht voor de implementatie van samen beslissen (Härter e.a. 2011; Joseph-Williams e.a. 2014; Ten Haaf e.a. 2016; Van Veenendaal e.a. 2018). Bij deze aanpak nemen patiënten samen met hun naasten en behandelaren in dialoog besluiten over keuzes in de behandeling (Elwyn e.a. 2012).

Onderzoek naar samen beslissen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) laat zien dat deze aanpak een positieve invloed heeft: beter geïnformeerde patiënten, meer betrokkenheid van patiënten bij de behandeling, een hogere

patiënttevredenheid, het beter opvolgen van behandelafspraken en uiteindelijk ook betere behandeluitkomsten (Malm e.a. 2003; Clever e.a. 2006; Joosten e.a. 2009; Westermann e.a. 2013; Stacey e.a. 2017).

Ondanks deze veelbelovende onderzoeksresultaten en het feit dat veel behandelaren het belang van deze aanpak onderschrijven, geven patiënten aan dat samen beslissen in de ggz nog niet breed wordt toegepast (Joseph-Williams e.a. 2014; Dahlqvist-Jönsson e.a. 2015; Mind 2018). Hoewel niet is aangetoond dat deze werkwijze extra tijd kost (Légaré & Thompson-Leduc 2014; Stacey e.a. 2017), blijkt

samen beslissen in de dagelijkse praktijk ingewikkelder dan gedacht, omdat het een andere rol en wijze van samenwerken van behandelaars én patiënten vraagt (Joseph-Williams e.a. 2014; Légaré & Thompson-Leduc 2014; Stiggelbout e.a. 2015). Om behandelaars en patiënten in dit proces te ondersteunen kunnen diverse instrumenten zoals keuzehulpen (Stacey e.a. 2017), routine outcome monitoring (ROM) en e-health nuttig zijn (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2014; Metz e.a. 2015a, b, 2017a).

ROM en samen beslissen

De laatste jaren is er in de ggz veel aandacht voor ROM als externe (door zorgverzekeraars geëiste) verantwoording. Mede daardoor is in de behandelpraktijk vaak geen inhoudelijk relevante ROM geïmplementeerd, met als gevolg weinig gebruik van ROM door patiënten en behandelaars en een negatief imago (Delespaul 2015; De Jong e.a. 2017; Van Os e.a. 2017). Dit terwijl ROM als gepersonaliseerde informatiebron primair bedoeld is voor patiënten en behandelaars om betekenisvolle feedback te krijgen over de behandelvoortgang (Eisen e.a. 2000; De Beurs e.a. 2011; Carlier e.a. 2012; Tiemens & Van Sonsbeek 2017). Onderzoek wijst uit dat, als behandelaars deze feedback in samenspraak met patiënten goed benutten, dit de communicatie tussen patiënten en behandelaars verbetert en, bij patiënten bij wie de behandeling niet loopt zoals verwacht, zelfs een positief effect heeft op behandeluitkomsten (Carlier e.a. 2012; Guo e.a. 2015; Gondek e.a. 2016). Vanuit dit perspectief is ROM dan ook een veelbelovende informatiebron bij gezamenlijke besluitvorming over de behandeling (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2014; Metz e.a. 2015a).

E-health en samen beslissen

Naast ROM kan e-health nuttig zijn bij samen beslissen. E-health is te omschrijven als het gebruik van digitale hulpmiddelen met als doel om gezondheid en behandeling te ondersteunen (Van Rijen e.a. 2002; Barak e.a. 2009). Uit eerste onderzoeken blijkt dat e-health een positieve invloed heeft op een actieve deelname van patiënten aan de behandeling (Korsbek e.a. 2016; Krausz e.a. 2016) en tot minimaal dezelfde behandeluitkomsten als face-to-facebehandeling leidt (Andersson e.a. 2014; Arnberg e.a. 2014; Olthuis e.a. 2016; Huguet e.a. 2018). Toch wordt e-health niet veel toegepast in de ggz en is slechts beperkt onderzoek gedaan naar de implementatie ervan (Andersson e.a. 2014; Arnberg e.a. 2014; Olthuis e.a. 2016; Folker e.a. 2018). Daarnaast weten we weinig over het gebruik bij samen beslissen (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2014; Metz e.a. 2015a) en is de integratie van e-health met ROM betrekkelijk nieuw (Metz e.a. 2017a).

AUTEURS

MARGOT J. METZ, senior wetenschappelijk onderzoeker en senior beleidsmedewerker, GGz Breburg, Tilburg, en Tilburg University Tranzo, Tilburg.

MARJOLEIN A. VEERBEEK, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

IMAN ELFEDDALI, senior wetenschappelijk onderzoeker, Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg, Tilburg, en Tilburg University Tranzo, Tilburg

EDWIN DE BEURS, hoogleraar ROM en benchmark, Leiden University, Leiden.

CHRISTINA M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Psychiatrie en Epidemiologie, University of York, York, England.

AARTJAN T.F. BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie en hoofd afd. Psychiatrie, VUMC en GGZ inGeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.J. Metz, GGz Breburg, sector Innovatie en Kwaliteit, Postbus 770, 5000 AT Tilburg.
E-mail: m.metz@ggzbreburg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-4-2019.

Onderzoek

Zowel via het landelijke project Doorbraak ROM als regionaal bij GGz Breburg, een specialistische ggz-organisatie in de regio Breda-Tilburg, is geïnvesteerd in de invoering van en onderzoek naar samen beslissen met ROM en e-health (Metz e.a. 2015a; 2017a, b). Dit artikel is een samenvatting van het promotieonderzoek van de eerste auteur naar de mate waarin deze aanpak toegevoegde waarde heeft voor patiënten en behandelaars (Metz 2018). Wij onderzochten in hoeverre ROM en e-health hierbij nuttig kunnen zijn. Dit promotieonderzoek bestaat uit drie studies:

1. Beslissingsambivalentie (decisional conflict) als evaluatiemaat voor de kwaliteit van de klinische besluitvorming;
2. resultaten van het landelijke Doorbraakprogramma samen beslissen met ROM als informatiebron;
3. resultaten van de regionale implementatie van samen beslissen met e-health in de intake.

In dit artikel bespreken wij deze drie studies achtereenvolgens.

Studie 1. Decisional conflict

Onderzoek naar beslissingsambivalentie (decisional conflict) om na te gaan of het een geschikte evaluatiemaat is voor de implementatie van samen beslissen en om een beeld te krijgen van de mate waarin ggz-patiënten beslissingsambivalentie ervaren.

METHODEN

Via een literatuurstudie verdiepten we ons in het construct 'decisional conflict'. We visualiseerden dit construct in een model en beschreven hoe dit construct te gebruiken bij de evaluatie van de kwaliteit van de klinische besluitvorming en de toepassing van samen beslissen. Eerder beschreven we in dit tijdschrift de methoden en resultaten van deze studie (Metz e.a. 2018a). Vervolgens onderzochten we in een crosssectionele studie (Metz e.a. 2018b) de mate van decisional conflict die patiënten ervoeren en welke patiëntkenmerken hierop van invloed waren. Deze studie was gebaseerd op de startdata van de landelijke studie naar samen beslissen met ROM (zie studie 2), waaraan een gevarieerde groep van 186 patiënten, in behandeling bij de ggz, deelnam. Decisional conflict werd vanuit patiëntperspectief gemeten met de zelfrapportagelijst *Decisional Conflict Scale* (DCS; O'Connor 2010; Metz e.a. 2015a).

RESULTATEN

Het begrip 'decisional conflict' gaf vanuit patiëntperspectief zowel inzicht in de kwaliteit van het besluitvormingsproces als in de uitkomst ervan (Le Blanc e.a. 2009; O'Connor e.a. 2010; Metz e.a. 2018a). Decisional conflict hing samen met de manier van samenwerken tussen patiënt en behandelaar (Le Blanc e.a. 2009; O'Connor e.a. 2010). Decisional conflict heeft verschillende dimensies (FIGUUR 1) (O'Connor e.a. 2010):

- zich geïnformeerd voelen over behandelopties;
- zich bij het maken van keuzes gesteund en niet onder druk gezet voelen;
- helderheid hebben over eigen waarden die belangrijk zijn bij de besluitvorming;
- de mate waarin men zich (on)zeker voelt over de te kiezen opties;
- de mate van tevredenheid en commitment ten aanzien van de genomen besluiten.

Uit diverse studies (Westermann e.a. 2013; Stacey e.a. 2017) bleek dat het construct 'decisional conflict' bruikbaar is om de toepassing van samen beslissen in de behandelpraktijk te evalueren.

Uit ons onderzoek kwam naar voren dat ggz-patiënten over het algemeen veel decisional conflict rapporteerden op alle vijf dimensies (Metz e.a. 2018b). Dit is een negatieve score en betekent dat de kwaliteit van de klinische besluitvorming in de ggz verder verbeterd zou moeten worden. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis rapporteerden significant minder controle over omstandigheden in hun eigen leven (*locus of control*) en meer decisional conflict in totaliteit en op de vijf dimensies.

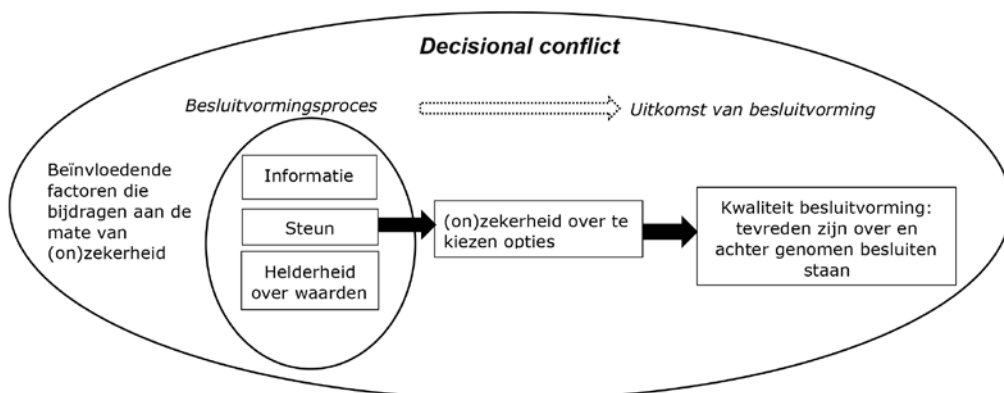
Studie 2. Samen beslissen met ROM als informatiebron

Via het landelijke verbeterprogramma Doorbraak ROM (Metz e.a. 2015a, 2017b) werd door de deelnemende teams samen beslissen met ROM in de behandelpraktijk geïmplementeerd.

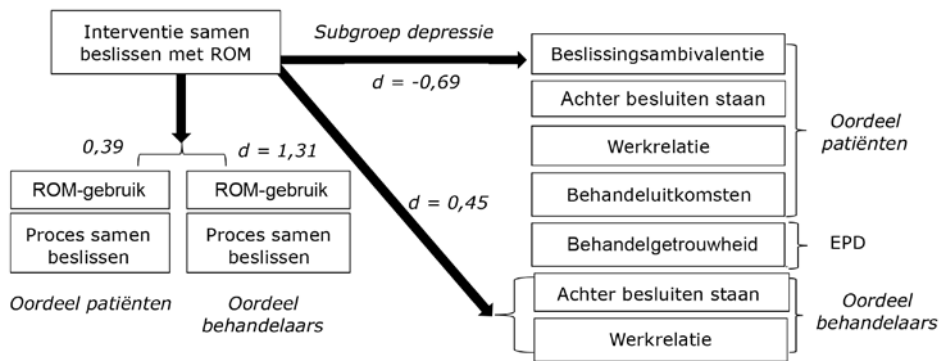
METHODEN

Koppels van twee gelijkwaardige teams per instelling deden mee aan dit project. De interventieteams volgden het verbeterprogramma. De controleteams kopieerden na

FIGUUR 1 Beslissingsambivalentie (decisional conflict)



FIGUUR 2 Resultaten samen beslissen met ROM als informatiebron



Rechts in de figuur weergegeven de effecten van samen beslissen met ROM (na 6 maanden) op de primaire uitkomstmaat beslissingsambivalentie en secundaire uitkomstmaten: achter de genomen behandelbesluiten staan, werkrelatie patiënt-behandelaar, behandeluitkomsten en behandelgetrouwheid. Links in de figuur de mate waarin ROM-gebruik en de processtappen van samen beslissen zijn verbeterd. Bij elke variabele is de bron vermeld en bij een significant effect is de effectgrootte (Cohens d) weergegeven.

afloop van het verbeterbaar de uitgeteste en geïmplementeerde aanpak van het collega-team.

Naast de inhoudelijke implementatie van ROM op maat per doelgroep, volgden behandelaars uit de interventieteams training en intervisiebijeenkomsten over de methode samen beslissen met ROM als informatiebron (Metz e.a. 2015a).

Deze methode bestond uit de volgende stappen (Metz e.a. 2015): 1. introductie van de keuze, verkennen van doelen en verwachtingen, bespreken rol patiënten en naasten in de besluitvorming; 2. betekenis geven aan ROM en andere informatiebronnen; 3. neutraal verkennen van opties; 4. (af)wegen van opties; 5. het nemen van een gezamenlijk besluit en vervolgsafspraken.

De interventie samen beslissen met ROM werd geëvalueerd door onder alle deelnemende behandelaars met een enquête het dagelijks gebruik van ROM en ervaren bruikbaarheid te meten. Hieraan namen 21 interventieteams en 14 controleteams deel met in totaal 125 hulpverleners (91 in interventie- en 34 in controleteam) (Metz e.a. 2017b).

Een aantal van de deelnemende teams nam deel aan een *matched-pair* clustergerandomiseerde trial om de toegevoegde waarde van samen beslissen met ROM te onderzoeken. Aannames waren dat samen beslissen met ROM primair zou leiden tot minder beslissingsambivalentie en secundair een positieve invloed zou hebben op de werkrelatie, behandelgetrouwheid en behandeluitkomsten (Metz e.a. 2015). In totaal deden 186 patiënten (94 in interventie- en 92 in controleteam), 57 behandelaars (25 in interventie- en 32 in controleteam) en 14 teams (7 interventie- en 7 controleteams) van 4 organisaties mee aan deze studie (Metz e.a. 2018c).

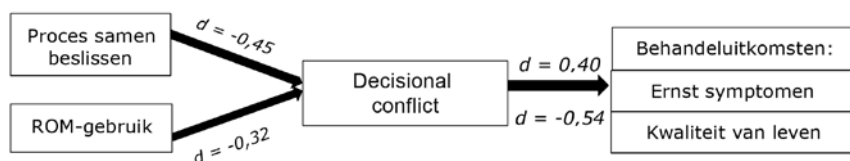
RESULTATEN

De resultaten uit de enquête naar de implementatie van ROM in de behandelpraktijk (Metz e.a. 2017b) lieten zien dat alle drie de groepen van behandelaars uit de interventieteams (artsen, psychologen en verpleegkundigen) samen met hun patiënten, ROM als feedbackinstrument beter gingen gebruiken in de behandelpraktijk en het ook als een zinvol instrument ervoeren.

De studie naar samen beslissen met ROM als informatiebron (Metz e.a. 2018c) liet echter zien dat de interventie voor de totale groep patiënten niet leidde tot minder beslissingsambivalentie; enkel de subgroep patiënten met een depressie had baat bij deze aanpak (FIGUUR 2). Alhoewel we aanvankelijk dachten dat samen beslissen in de ggz kon worden gestimuleerd met een generieke interventie gericht op behandelaars, bleek uit ons onderzoek dat deze interventie niet voldoende en te generiek was om samen beslissen te verbeteren voor de gevarieerde groep patiënten in de ggz. Patiënten gaven wel aan dat ROM in de behandeling beter werd gebruikt.

In tegenstelling tot de patiënten rapporteerden behandelaars een betere werkrelatie en stonden zij meer achter de genomen behandelbesluiten. Een mogelijke verklaring hiervoor was dat de interventie gericht was op behandelaars, waardoor zij zich meer bewust waren van de andere manier van samenwerken, terwijl patiënten nog moesten wennen aan hun nieuwe rol. Hoopgevend was dat, als het lukte om samen beslissen goed toe te passen, dit positief samenhang met minder beslissingsambivalentie en betere behandeluitkomsten (FIGUUR 3).

FIGUUR 3 Verband tussen de interventie samen beslissen met ROM, decisional conflict en behandeluitkomsten (met effectgroottes; Cohens d)



Studie 3. Samen beslissen bij de intake met e-health

In deze regionale studie, uitgevoerd in GGz Breburg, werd voor de doelgroep patiënten met depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen, samen beslissen geïmplementeerd in een vernieuwde intake. In deze aanpak werden zowel patiënten als behandelaars ondersteund bij samen beslissen, waarbij e-health werd gecombineerd met ROM en de inzet van ervaringsdeskundigen. Behandelaars volgden training en intervisie in samen beslissen met herstelgericht werken als basis.

METHODEN

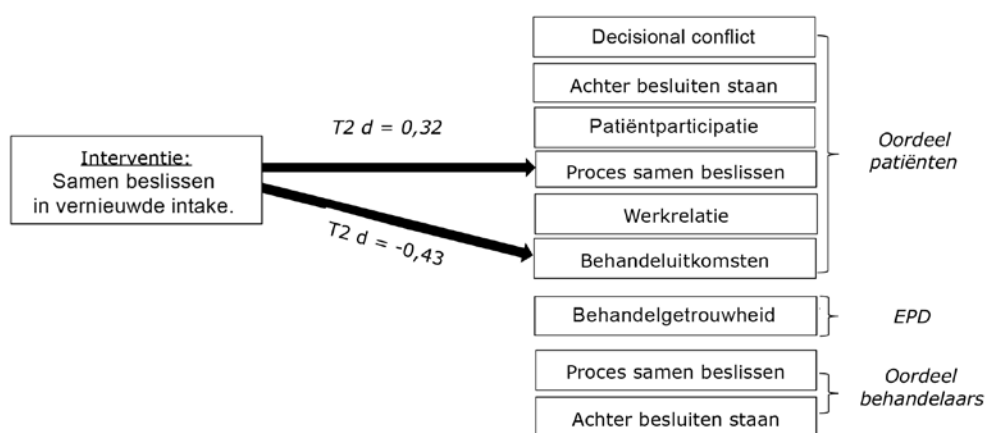
In een matched-pairclustergerandomiseerde trial werd de nieuwe aanpak onderzocht (Metz e.a. 2017b). Hypotheses waren dat samen beslissen in de vernieuwde intake zou leiden tot: minder beslissingsambivalentie; betere toepassing van samen beslissen; meer patiëntparticipatie; betere werkrelatie; meer commitment aan de behandeling; en betere behandeluitkomsten (Metz e.a. 2017).

In totaal participeerden 8 teams (4 interventie- en 4 controleteams), 56 koppels van intakers (29 in interventie- en in 27 controleteams) en 200 patiënten (94 bij interventie- en 106 bij controleteam) (Metz e.a. 2018d).

RESULTATEN

Dit onderzoek naar samen beslissen met e-health in de intakefase (Metz e.a. 2018d) liet geen vermindering van beslissingsambivalentie zien (FIGUUR 4). Wel bleek bij de tweede meting dat volgens patiënten samen beslissen in de interventiegroep verbeterde en betere behandeluitkomsten werden bereikt. Zoals in FIGUUR 4 is te zien, ging het hierbij om kleine tot gemiddelde effectgroottes. De andere secundaire uitkomstparameters, patiëntparticipatie, werkalliantie, commitment aan de behandeling en behandeluitkomsten, verschilden niet tussen de condities. Hoewel de interventie was gericht op zowel patiënten als behandelaars, was deze niet voldoende om alle uitkomstparameters positief te beïnvloeden. Gezien de gevonden

FIGUUR 4 Resultaten samen beslissen in vernieuwde intake met e-health en ROM



Effecten van samen beslissen met e-health in de intakefase op de primaire uitkomstmaat beslissingsambivalentie en secundaire uitkomstmaten: achter de genomen behandelbesluiten staan, patiëntparticipatie, processtappen van samen beslissen, werkrelatie patiënt-behandelaar, behandeluitkomsten en behandelgetrouwheid. Achter elke variabele is de bron weergegeven en bij een significant effect is de effectgrootte (Cohens d) vermeld. T1 is meting direct na intake en T2 meting 2 maanden na intake.

effecten op samen beslissen en behandeluitkomsten, leek het erop dat de training van behandelaars in samen beslissen, waarbij tevens aandacht was voor de herstelgerichte aanpak in de behandeling, de effectiefste component in deze interventie was. Hoewel de interventie niet leidde tot minder beslissingsambivalentie onder patiënten in de interventiegroep, vonden we, net als in de nationale trial, voor de totale patiëntengroep wel een positieve samenhang tussen een betere toepassing van samen beslissen, minder beslissingsambivalentie en betere behandeluitkomsten.

DISCUSSIE

In dit promotieonderzoek hebben we onderzocht in hoeverre samen beslissen voor patiënten en behandelaars toegevoegde waarde heeft voor de behandelpraktijk, en of ROM en e-health hierbij nuttig zijn.

In beide gerandomiseerde trials vonden we, voor de totale interventiegroep, geen afname in de primaire uitkomstmaat 'decisional conflict' (beslissingsambivalentie) zoals gerapporteerd door patiënten. Het construct 'decisional conflict' is een evaluatiemaat waarmee de toepassing van samen beslissen geëvalueerd kan worden. In de landelijke studie rapporteert de subgroep patiënten met een depressie, na de interventieperiode, wel minder beslissingsambivalentie.

Patiënten in de ggz ervaren over het algemeen een hoge mate van beslissingsambivalentie, die samenhangt met patiëntkenmerken. In algemene zin hebben we gevonden dat een betere toepassing van samen beslissen samenhangt met minder beslissingsambivalentie en betere behandeluitkomsten.

Hoewel we concluderen dat de toepassing van samen beslissen beter kan en de implementatie van e-health meer inspanningen vraagt, zijn patiënten en behandelaars de ROM in de behandelpraktijk volop gaan gebruiken. In de interventieteams is namelijk een bij de doelgroep passende en relevante ROM geïmplementeerd, die als gepersonaliseerde informatiebron wordt gebruikt bij gezamenlijke besluitvorming over de behandeling. Hierdoor blijkt uit dit onderzoek dat patiënten en behandelaars uit de interventieteams ROM zijn gaan zien als hulpmiddel in de behandeling en niet langer enkel als instrument voor externe verantwoording.

Methodologische kwesties

In dit promotieonderzoek zijn, voor zover bekend, voor het eerst gecombineerde interventies op het gebied van samen beslissen met ROM en e-health vanuit het perspectief van patiënt en behandelaar op gerandomiseerde wijze in de ggz onderzocht.

Doordat de dataverzameling heeft plaatsgevonden in de behandelpraktijk onder een gevarieerde groep patiënten, is de externe validiteit van de studies hoog. In beide trials heeft randomisatie plaatsgevonden tussen twee equivalente teams. Deze gestratificeerde wijze van randomisatie op teamniveau is goed gelukt, omdat we bij aanvang geen verschillen in patiëntkenmerken tussen de condities hebben gevonden en geen clustering in resultaten op teamniveau.

Deze samenhang in resultaten bestaat op het niveau van de behandelaar overigens wel. Een voor de hand liggende verklaring is dat dit komt door de aard van de interventie, waarbij de attitude en vaardigheden van de behandelaar een belangrijke invloed hebben op het resultaat van de interventie. Uit eerder onderzoek naar samen beslissen (Del Re e.a. 2012; Matthias e.a. 2014; Eliacin e.a. 2015) blijkt ook het verband tussen de toepassing van samen beslissen en de samenwerkingsstijl, attitude en vaardigheden van behandelaars. Ook onderzoek naar ROM-implementatie toont dergelijke verbanden aan tussen kenmerken van behandelaars en het ROM-gebruik (De Jong e.a. 2012; Boyce e.a. 2014; Janse e.a. 2017). Dit vraagt om meer onderzoek naar de invloed van kenmerken van behandelaars op samen beslissen, met als doel hierop in te spelen bij toekomstige implementaties.

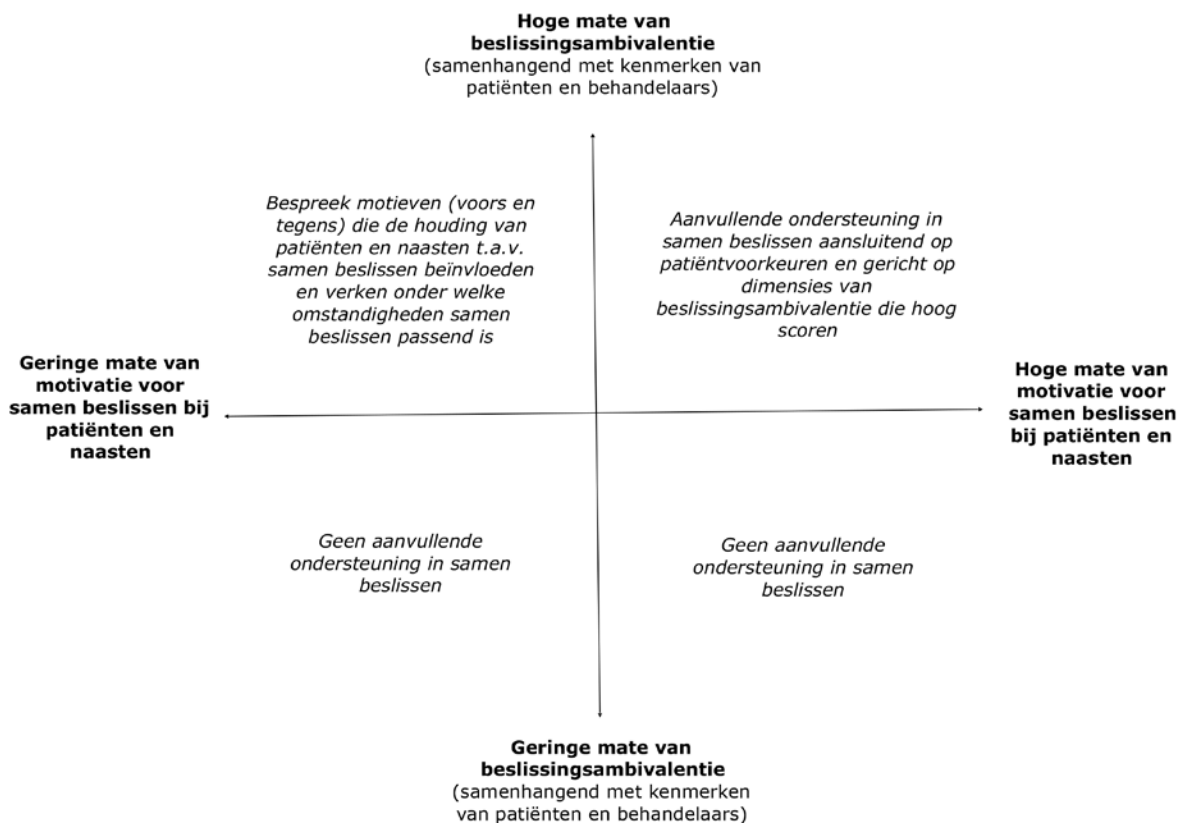
Beperkingen

Bij de interpretatie van de bevindingen moet men rekening houden met een aantal methodologische beperkingen. Alhoewel we betogen dat decisional conflict (beslissingsambivalentie) een bruikbaar construct is om de kwaliteit van de klinische besluitvorming te evalueren, is de totaalscore op dit construct soms moeilijk te interpreteren. Ondanks de aanvankelijke aanname - een betere toepassing van samen beslissen leidt tot minder beslissingsambivalentie - laten de scores op de subschalen niet altijd hetzelfde beeld zien. Mogelijk is dat een gevolg van de multidimensionaliteit. Het kan namelijk zijn dat ondanks een goede toepassing van samen beslissen decisional conflict niet op alle dimensies afneemt. Bij het nemen van een moeilijk besluit kan de onzekerheid over de best passende keuze bijvoorbeeld hoog blijven.

De mate van beslissingsambivalentie hangt niet alleen samen met het type besluit, maar ook met de invloed van patiëntkenmerken op de verschillende dimensies van beslissingsambivalentie. We bevelen daarom aan om bij toekomstig onderzoek in plaats van de totaalscore, de vijf dimensies van het construct te gebruiken, en per dimensie hypothesen te formuleren.

Beide trials zijn uitgevoerd op een plaats in een veranderende context met toenemende aandacht voor samen beslissen, ROM en e-health. Dit heeft behandelaars uit de

FIGUUR 5 Een gecombineerd model van beslissingsambivalentie (decisional conflict) en motivatie voor samen beslissen



controlecondities mogelijk beïnvloed, waardoor de verschillen tussen condities zijn afgenomen.

Een andere beperking is dat we in beide trials de besluitvormingsgesprekken niet direct hebben geobserveerd en geen inzicht hebben in hoe patiënten e-healthmodules hebben gevolgd.

Tot slot weten we niet in hoeverre behandelaars en patiënten na de studies door zijn gegaan met samen beslissen en hebben we geen inzicht in de langetermijneffecten van deze aanpak op de werkwijze van behandelaars en behandeluitkomsten bij patiënten.

Vertaalslag naar de praktijk

Gezien de bevindingen dat samen beslissen in de behandelpraktijk verbetering behoeft en een goede toepassing van samen beslissen samenhangt met minder beslissingsambivalentie en betere behandeluitkomsten, bevelen we aan om deze aanpak in de ggz verder te onderzoeken en op basis hiervan verder door te ontwikkelen. Omdat samen beslissen een andere werkwijze vraagt van zowel patiënten als behandelaars is het belangrijk om beide partijen hierbij te ondersteunen (Joseph-Williams e.a. 2014; Stiggelbout e.a. 2015; Van Veenendaal e.a. 2018). Naast aandacht voor samen beslissen in de studieprogramma's van psychiaters,

psychologen en verpleegkundigen (RVS 2017), is het gezien de gevonden verschillen in aanpak tussen behandelaars belangrijk dat zij hierin ook van elkaar kunnen leren. Omdat we tot nu toe het meest hebben geïnvesteerd in het faciliteren van behandelaars, adviseren we om vooral patiënten en hun naasten meer en op maat te ondersteunen en hierbij rekening te houden met de rol die zij hierin willen en kunnen vervullen (Joseph-Williams e.a. 2014; Stiggelbout e.a. 2015; RVS 2017; Slade 2017). Denk hierbij aan ondersteuning door ervaringsdeskundigen, training en coaching, beter geïntroduceerde digitale hulpmiddelen om gesprekken voor te bereiden en integratie van e-health, ROM, dossierinzage en andere digitale hulpmiddelen in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Decisional conflict

Om inzicht te krijgen in hoe het besluitvormingsproces verloopt en waar dit kan verbeteren, adviseren wij om het multidimensionele construct 'decisional conflict' te gebruiken bij de evaluatie ervan. Het is belangrijk om zowel de vijf dimensies van dit construct als de invloed van patiëntkenmerken mee te nemen, zodat de gegeven ondersteuning bij samen beslissen aansluit op de hoog scorende dimensies (Joseph-Williams e.a. 2014; Stiggelbout e.a.

2015; RVS 2017; Slade 2017; Ottawa Hospital Research Institute 2018).

Hierbij dient men zich te realiseren dat, afhankelijk van de complexiteit van het besluit, een goede toepassing van samen beslissen toch gepaard kan gaan met een hoge mate van beslissingsambivalentie. Ook moet men bij samen beslissen rekening houden met de gewenste rol van patiënten en naasten. Dit kan per persoon, per thema en per (herstel)fase wisselen.

Daarom presenteren we een model (FIGUUR 5) dat beslissingsambivalentie en de motivatie van de patiënt en diens naasten voor samen beslissen combineert. Dit model laat zien dat, naast het inspelen op de hoge dimensies van beslissingsambivalentie, het bespreken van de rol en de motieven bij samen beslissen essentiële stappen zijn (Metz e.a. 2015a; Stiggelbout e.a. 2015; Elwyn e.a. 2017). Mogelijke bezwaren van patiënten en naasten bij een actieve participatie in de besluitvorming kunnen zo mogelijk weggenomen worden. Soms is het gewenst dat de behandelaar een grotere rol in de besluitvorming vervult.

Vervolgonderzoek

Om te kunnen verklaren waarom vooral patiënten met een depressie hebben geprofiteerd van de interventie samen beslissen met ROM en aanknopingspunten te vinden voor effectieve samen-beslissensinterventies voor andere patiëntengroepen, is verdiepend onderzoek nodig. De vraag is namelijk wanneer en voor wie op maat ondersteuning, gericht op specifieke patiëntengroepen en behandelaren nodig is, en wanneer generieke interventies volstaan (RVZ 2017; Metz e.a. 2018c, d).

Daarnaast is het belangrijk meer onderzoek te doen naar gebruikerspatronen en werkingsmechanismen van

e-health, zodat meer inzicht ontstaat wanneer, hoe en voor wie e-health werkt en op welke wijze deze samen beslissen verder kan bevorderen (Barak e.a. 2009; Korsbek e.a. 2016; Folker e.a. 2018; Huguet e.a. 2018).

Wanneer in de toekomst meer gepersonaliseerde interventies op het gebied van samen beslissen worden geïmplementeerd, is het zinvol de (kosten)effectiviteit en de langetermijneffecten ervan te onderzoeken. Dit kan zowel op een kwalitatieve manier (Shay e.a. 2014; Dahlqvist-Jönsson e.a. 2015) als in geprotocolleerde gerandomiseerde trials met meerdere interventiecondities (Alegria e.a. 2018).

CONCLUSIE

De resultaten uit dit promotieonderzoek laten zien dat samen beslissen in de behandelpraktijk verbetering behoeft. Hoewel patiënten met een depressie profijt hebben van deze aanpak, is de interventie nog niet effectief bij andere patiëntengroepen. Als samen beslissen volgens patiënten wel goed wordt toegepast, vermindert de mate van decisional conflict (beslissingsambivalentie) en verbeteren de behandeluitkomsten. Het is daarom aan te bevelen om als eerste te investeren in onderzoek, zodat meer inzicht ontstaat in welke interventies effectief zijn voor welke patiëntengroepen. Op basis van de resultaten kan verdere doorontwikkeling plaatsvinden.

NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, 'Shared decision making in mental health care. The added value for patients and clinicians' (Amsterdam: Vrije Universiteit; 2018); zie: <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/55856>.

LITERATUUR

- Alegria M, Nakash O, Johnson MA, Ault-Brutus A, Carson N, Fillbrunn M, e.a. Effectiveness of the DECIDE interventions on shared decision making and perceived quality of care in behavioural health with multicultural patients: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2018. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4585.
- Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 288-95.
- Arnberg FK, Linton SJ, Hultcrantz M, Heintz E, Jonsson U. Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS ONE* 2014; 9. doi:10.1371/journal.pone.0098118.
- Barak A, Klein B, Proudfoot J. Defining internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med* 2009; 38: 4-17.
- Boyce MB, Browne JP, Greenhalgh J. The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of health care: a systematic review of qualitative research. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 508-18.
- Carlier IVE, Meuldijk D, Van Vliet IM, Van Fenema EM, Van der Wee NJA, Zitman FG. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *J of Eval Clin Pract* 2012; 18: 104-10.

- Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD, e.a. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006; 44: 398-405.
- Dahlqvist-Jönsson P, Schön UK, Rosenberg D, Sandlund M, Svedberg P. Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; 22: 688-97.
- De Beurs E, Den Hollander-Gijsman ME, Van Rood YR, Van der Wee NJ, Giltay EJ, Van Noorden MS, e.a. Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 1-12.
- De Jong K, Van Sluis P, Nugter A, Heiser WJ, Spinhoven P. Understanding the differential impact of outcome monitoring: therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychother Res* 2012; 22: 464-74.
- De Jong K, Tiemens B, Verbraak MJPM, Beekman ATF, Bockting CLH, Bouman TK, e.a. Red rom als kwaliteitsinstrument. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 242-4.
- Delespaul PEG. Routine Outcome Measurement in the Netherlands – A focus on benchmarking. *Int Rev Psychiatry* 2015; 27: 320-8.
- Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 642-9.
- Eisen SV, Dickey B, Sederer LI. A self-report symptom and problem rating scale to increase inpatients' involvement in treatment. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 349-53.
- Eliacin J, Salyers MP, Kukla M, Matthias MS. Patients' understanding of shared decision making in a mental health care setting. *Qual Health Res* 2015; 25: 668-78.
- Elwyn G, Forsch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P. Shared Decision Making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1361-7.
- Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, e.a. A Three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017. doi: 101136/bmj.j4891
- Folker AP, Mathiasen K, Lauridsen SM, Stenderup D, Dozeman E, Folker MP. Implementing internet-delivered cognitive behavior therapy for common mental health disorders: A comparative case study of implementation challenges perceived by therapists and managers in five European internet services. *Internet Interventions* 2018; 11: 60-70.
- Gondek D, Edbrooke-Childs J, Fink E, Deighton J, Wolpert M. Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: a systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2016; 43: 325-43.
- Guo T, Xiang YT, Xiao L, Hu CQ, Chiu HF, Ungvari GS, e.a. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 1004-13.
- Härter M, Elwyn G, van der Weijden T. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011; 105: 229-5.
- Hickman RL, Daly BJ, Lee E. Decisional conflict and regret: consequences of surrogate decision making for the chronically critically ill. *Appl Nurs Res* 2012; 25: 271-5.
- Huguet A, Miller A, Kisely S, Rao S, Saadat N, McGrath PJ. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of internet-delivered behavioural activation. *J Affect Disord* 2018; 235: 27-38.
- Janse PD, De Jong K, Van Dijk MK, Hutschemaekers GJM, Verbraak MJPM. Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy using formal client feedback. *Psychother Res* 2017; 5: 525-38.
- Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; 94: 291-309.
- Joosten EAG, De Jong CAJ, De Weert-Van Oene GH, Sensky T, Staak van der CPF. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 245-53.
- Korsbek L, Tønder ES. Momentum: a smartphone application to support shared decision making for people using mental health services. *Psychiatr Rehabil J* 2016; 39: 167-72.
- Krausz M, Ward J, Ramsey D. From telehealth to an interactive virtual clinic. In: Mucic D, M. Hilty DM, red. *E-mental health*. Cham: Springer; 2016.
- LeBlanc A, Kenny DA, O'Connor AM, Légaré F. Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Med Decis Making* 2009; 29: 61-7.
- Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; 96: 281-6.
- O'Connor AM. User-Manual-Decisional Conflict Scale (16 item statement format). Ottawa Hospital Research Institute 1993; updated 2010.
- Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IRH. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomised controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 415-23.
- Matthias MS, Fukui S, Kukla M, Eliacin J, Bonfils KA, Firmin RL, e.a. Consumer and relationship factors associated with shared decision making in mental health consultations. *Psychiatr Serv* 2014; 1488-91.
- Metz MJ. Shared decision making in mental health care. The added value for patients and clinicians [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2018.
- Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA, De Beurs E, Van der Feltz-Cornelis CM, Beekman ATF. Shared decision making in mental health care using routine outcome monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015a; 15: 313.

- Metz M, Biemans H, Kessels E, Van der Feltz-Cornelis C. Gebruik van ROM bij shared decision making, een praktijkvoorbeeld. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 2015b; 5: 4-6.
- Metz MJ, Elfeddali I, Krol DGH, Veerbeek MA, De Beurs E, Beekman ATF, Van der Feltz-Cornelis CM. A digital intake approach in specialized mental health care: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2017a; 17: 86-98.
- Metz MJ, Veerbeek MA, Franx GC, Van der Feltz-Cornelis CM, De Beurs E, Beekman ATF. A National Quality Improvement Collaborative for the clinical use of outcome measurement in specialized mental health care: results from a parallel group design and a nested cluster randomized controlled trial. *BJPsych Open* 2017b; 3: 106-12.
- Metz MJ, Veerbeek MA, Elfeddali I, De Beurs E, Van der Feltz-Cornelis CM, Beekman ATF. Inzicht in het begrip 'beslissingsambivalentie' (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming. *Tijdschr Psychiatr* 2018a; 60: 397-402.
- Metz MJ, Veerbeek MA, Van der Feltz-Cornelis CM, De Beurs E, Beekman ATF. Decisional Conflict in mental health care: a cross-sectional study. *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol* 2018b; 53: 161-9.
- Metz MJ, Veerbeek MA, Twisk JWR, Van der Feltz-Cornelis CM, De Beurs E, Beekman ATF. Shared decision making in mental health care using routine outcome monitoring: results of a cluster randomised controlled trial. *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol* 2018c; doi: 10.1007/s00127-018-1589-8.
- Metz MJ, Elfeddali I, Veerbeek MA, De Beurs E, Beekman ATF, Van der Feltz-Cornelis CM. Effectiveness of a multifaceted blended eHealth intervention during intake supporting patients and clinicians in shared decision making: A cluster randomised controlled trial in a specialist mental health outpatient setting. *PLoS ONE* 2018d; doi: 10.1371/journal.pone.0199795.
- Mind Platform. Onderzoeksresultaten vragenlijst Samen beslissen in de GGz. <https://mindplatform.nl/nieuws/samen-beslissen-in-de-ggz-hoe-doe-je-dat>. 31 oktober 2018.
- Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3: CD011565.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs: over de illusie van evidenced-based practice in de zorg. Den Haag: RVS; 2017.
- Shay LA, Lafata JE. Understanding patients perceptions of shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; 96: 295-301.
- Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017; 16: 146-53.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, e.a. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4: CD001431.
- Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: concepts, evidence and practice. *Patient Educ Couns* 2015; 98: 1172-9.
- Ten Haaft G, van Veenendaal H. Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland: opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen. Den Haag: ZonMw 2016.
- The Ottawa Hospital Research Institute. Ottawa Personal Decision Guide: example videos: https://decisionaid.ohri.ca/opdg_video.html.
- Tiemens BG, Van Sonsbeek M. ROM als tomtom: als routine outcome monitoring echt routine zou zijn. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 489-93.
- Van der Feltz-Cornelis C, Andrea H, Kessels E, Duivenvoorden H, Biemans H, Metz M. Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch empirische verkenning. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 375-84.
- Van Os J, Berkelaar J, Hafkenscheid EA, Cahn W, Corstens D, Delespaul P, e.a. Benchmerken: doodlopende weg onder het mom van 'rom'. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 247-50.
- Van Rijen AJG, De Lint MW, Ottes L. Inzicht in e-health: Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bij het advies e-health in zicht. Zoetermeer: RVZ; 2002.
- Van Veenendaal H, Van der Weijden T, Ubbink DT, Stiggelbout AM, Van Mierlo LA, Hilders CGJM. Accelerating implementation of shared decision-making in the Netherlands: an exploratory investigation. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 2097-104.
- Westermann GMA, Verheij F, Winkens B, Verhulst FC, Van Oort FVA. Structured shared decision-making using dialogue and visualization: a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2013; 90: 74-81.

SUMMARY

Shared decision making in mental health care; evaluation of the added value for patients and clinicians

M.J. METZ, M.A. VEERBEEK, I. ELFEDDALI, E. DE BEURS, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, A.T.F. BEEKMAN

- BACKGROUND** Although the evidence is expanding, in mental health care shared decision making (SDM) is not widely applied. Moreover, little is known about the use of routine outcome monitoring (ROM) and eHealth in SDM.
- AIM** PhD research on the added value of SDM using ROM and eHealth for patients and clinicians in mental health care.
- METHOD** Three studies: 1. a literature research and a cross-sectional study on decisional conflict; 2. ROM implementation research and a cluster randomised trial on shared decision making using ROM (Breakthrough program); 3. a cluster randomised trial on shared decision making during the intake (regional).
- RESULTS** The interventions did not lead to reduced decisional conflict for all patient groups. Decisional conflict gives insight into the patient's perspective on the quality of the decision making process and decisions being made. Only patients with depression, who participated in the national trial, reported less decisional conflict. This trial did not show a higher level of SDM, but did show increased usage of ROM in clinical practice. Although the regional trial showed no results on decisional conflict, the application of SDM and treatment outcomes improved.
- CONCLUSION** SDM in mental health care needs further improvement. We recommend investigating how to support patients better, taking into account the role that suits them.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)7, 487-497

KEY WORDS eHealth, routine outcome monitoring, shared decision making