

# Het effect van samen beslissen bij depressie: systematische review en meta-analyse

V.E.M. van Buuren, E. Eigenhuis, R.E. Boeschoten, P. van Oppen, A.D.T. Muntingh, N.M. Batelaan

- Achtergrond** Samen beslissen (shared decision making; SDM) is actueel en wordt geadviseerd in de zorgstandaard Depressieve stoornissen. Onduidelijk is echter in hoeverre SDM bijdraagt aan optimalisatie van zorg bij patiënten met een depressie.
- Doel** Met een systematische review en meta-analyse overzicht bieden of SDM bij patiënten met een depressie effect heeft op de behandeluitkomst, patiënttevredenheid en therapietrouw.
- Methode** In PubMed, PsycINFO en Embase zochten we naar gerandomiseerde studies onder patiënten met een depressieve stoornis of depressieve symptomen, waarbij het effect van SDM voorafgaand aan een behandelinterventie versus géén SDM werd vergeleken op drie uitkomstmaten. Samenvattende effectgroottes werden geschat met random-effectmodellen en bias werd onderzocht.
- Resultaten** We selecteerden 5 studies (n = 850). SDM bleek geen significante invloed te hebben op de behandeluitkomst (Cohens d = 0,02; 95%-BI:-0,12-0,16; p = 0,773) en therapietrouw (Cohens d = 0,29; 95%-BI:-0,01-0,58; p = 0,056). Wel vonden we een significant middelgroot positief effect op patiënttevredenheid (Cohens d = 0,53; 95%-BI:0,17-0,90; p = 0,004).
- Conclusie** SDM werd vooral bij medicamenteuze behandeling onderzocht en leidde tot een grotere patiënttevredenheid. Effecten op het gebied van behandeluitkomst en therapietrouw bleven uit. SDM blijft een veelzijdig construct en operationalisatie in de studies liep sterk uiteen.

In de gezondheidszorg van de 21ste eeuw is het devies niet langer dat de professional de wijsheid in pacht heeft, maar wordt samen beslissen (*shared decision making*; SDM) geadviseerd. SDM is oorspronkelijk binnen de geneeskunde ontwikkeld als strategie om patiënten te betrekken bij het proces van besluitvorming. Het gaat daarbij om een nauwe samenwerking tussen professional en patiënt, waarbij de patiënt zijn of haar voorkeuren en kennis inbrengt. Op zijn of haar beurt informeert de professional de patiënt over diagnose, ontstaan en prognose en benoemt voor- en nadelen van beschikbare behandelopties. Uiteindelijk maken zij een gezamenlijke keuze.<sup>1</sup> Op deze manier veronderstelt men dat SDM leidt tot optimale en bij de patiënt passende zorg. Vanuit de visie ‘mens- en herstelgerichte zorg’ en het vergroten van autonomie en zelfstandigheid wordt SDM in de zorgstandaard Depressieve stoornissen, onder de term ‘gezamenlijke besluitvorming’ geadviseerd.<sup>2</sup>

## Zorg bij depressieve stoornis

Het optimaliseren van de zorg voor patiënten met een depressieve stoornis is van groot belang, gezien de beperkingen en de afname van de kwaliteit van leven die met de depressieve stoornis gepaard gaan.<sup>3</sup> Vanwege de hoge prevalentie, het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, alsook vroegtijdige sterfte is voor de volksgezondheid als geheel veel winst te behalen met optimalisatie van zorg.<sup>3,4</sup>

Meta-analyses op dit gebied laten zien dat de huidige zorg voor verbetering vatbaar is. Zowel medicamenteuze als psychotherapeutische behandeling leidt bij een substantieel deel van de patiënten niet tot respons of remissie van de stoornis.<sup>5-7</sup> Daarnaast is de therapietrouw veelal niet optimaal, bijvoorbeeld in de vorm van het niet uitvoeren van huiswerkopdrachten.<sup>8</sup> Ook bij medicamenteuze behandeling komt een verminderde therapietrouw veel voor, in het bijzonder bij patiënten

## AUTEURS

**Vanessa van Buuren**, klinisch psycholoog, GGZ inGeest.

**Eline Eigenhuis**, klinisch psycholoog en promovenda, GGZ inGeest/Amsterdam UMC, locatie VUmc.

**Rosa Boeschoten**, GZ-psycholoog, vakgroep Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

**Patricia van Oppen**, hoogleraar Psychotherapie in de Psychiatrie en GZ-psycholoog, vakgroep Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

**Anna Muntingh**, klinisch psycholoog, GGZ inGeest.

**Neeltje Batelaan**, psychiater, vakgroep Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

## Correspondentie

V.E.M. van Buuren (v.vanbuuren@ggzingeest.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-10-2022.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(2):95-103

die psychotherapie prefereren, maar medicatie ontvangen.<sup>9,10</sup> Een gebrek aan ervaren controle over de stoornis, zoals vaak voorkomt bij patiënten met een depressie, is bovendien geassocieerd met verminderde therapietrouw.<sup>11</sup>

Het hedendaagse uitgangspunt dat patiënt en hulpverlener binnen het proces van SDM een gezamenlijk besluit nemen, waarbij de rol die elk van hen in het besluitvormingsproces kan en wil vervullen expliciet wordt besproken, zou de ervaren controle van de patiënt kunnen doen toenemen en de therapietrouw kunnen bevorderen. Meer aansluiten bij de persoonlijke behoeften van de patiënt gaat samen met meer ervaren betrokkenheid, meer tevredenheid en meer geloof in de therapie, met uiteindelijk een groter effect van de behandeling.<sup>12</sup> Positieve effecten van SDM zijn daarmee goed voorstelbaar, waarbij we ook kunnen denken aan bijvoorbeeld toename van kwaliteit van leven, persoonlijk en maatschappelijk herstel.<sup>13</sup>

## Eerder onderzoek naar SDM

Eerder onderzoek naar positieve effecten van SDM is samengevat in twee overzichtsartikelen.<sup>14,15</sup> Binnen een systematische review onderzocht men de effectiviteit van SDM op patiënttevredenheid, therapietrouw en gezondheidsstatus.<sup>14</sup> Naast studies onder somatisch zieke patiënten (9 studies) waren twee studies over psychiatrische aandoeningen opgenomen, te weten depressie en schizofrenie.<sup>16,17</sup> Het inzetten van SDM ten opzichte van het niet inzetten ervan bij een controlegroep leidde tot betere therapietrouw en afname van klachten bij patiënten met een depressie, en tot hogere patiënttevredenheid bij patiënten met schizofrenie. Echter, de auteurs rapporteren geen algehele conclusies te kunnen trekken over de werkzaamheid van SDM, vanwege het beperkte aantal studies en tegenstrijdige resultaten.<sup>14</sup>

In een meta-analyse onderzocht men het effect van rekening houden met de wensen van patiënten in een breder verband dan alleen SDM.<sup>15</sup> Patiënten ontvingen

SDM of mochten een behandeling kiezen ofwel ontvingen (na randomisatie) de behandeling van voorkeur. Uit deze meta-analyse kwam naar voren dat patiënten meer tevreden waren over de behandeling, een hogere therapietrouw hadden én meer klachtvermindering lieten zien. Het gevonden effect was echter bescheiden. Ook in deze meta-analyse waren patiëntengroepen met somatische problematiek (10 studies) en met psychiatrische problematiek (24 studies, waarvan 10 met depressie) opgenomen.

Door de hoge heterogeniteit van de studies over depressie werden enkel voor informatieve doeleinden bevindingen hierover gerapporteerd, die we met voorzichtigheid moeten interpreteren. De studies over patiënten met een depressie lieten zien dat als men rekening hield met de voorkeur van patiënten, dit een klein, maar significant effect had op behandeluitkomst (Cohens  $d = 0,17$ ; 95%-BI: 0,08-0,26). Ook was de kans groter dat patiënten de therapie voltooiden (OR: 1,42; 95%-BI: 1,10-1,80). Voor patiënttevredenheid waren er onvoldoende studies om een uitspraak te kunnen doen over eventuele effecten. In deze meta-analyse keek men niet specifiek naar de effecten van SDM, waardoor onvoldoende duidelijk is in hoeverre SDM voldoet aan de verwachtingen van optimalisatie van zorg bij patiënten met een depressie.

Het principe van SDM spreekt iedereen aan. Het is modern, patiëntvriendelijk en mensgericht. De belangrijke vraag hierbij is: leidt SDM ook tot een verbeterde patiënttevredenheid, therapietrouw en behandeluitkomst? Sinds de genoemde meta-analyse (inclusie van studies tot oktober 2013) is er meer onderzoek hierover gepubliceerd.<sup>15</sup> In dit artikel beogen wij met een meta-analyse en een systematische review het effect van SDM in kaart te brengen bij de behandeling van patiënten met depressieve klachten.

## METHODE

### Richtlijnen

We gebruikten de PRISMA-richtlijn voor de rapportage van systematische reviews en meta-analyse.<sup>18</sup>

### Zoekstrategie

We zochten zonder beperking op publicatiedatum in PubMed, Embase en PsycINFO, tot 21 juni 2021 (zie supplement voor een overzicht van de uitgebreide zoekstrategie).

### Inclusiecriteria

We includeerden Engels- en Nederlandstalige artikelen van gerandomiseerde gecontroleerde studies/trials (RCT's) en cluster-RCT's. Patiënten waren volwassen participanten met een diagnose of symptomen van een depressieve stemmingsstoornis. De diagnose of symptomen werden gemeten via zelfrapportage, beoordeling door de clinicus of diagnostisch interview.

Binnen de studies moest men het effect van SDM voorafgaand aan een behandelinterventie vergelijken met het effect van een behandelinterventie zonder SDM. Hierbij definieerden we de operationalisatie van SDM breed en mocht men gebruikmaken van een beslissingsondersteunende tool. Dit is een (dikwijls digitaal) instrument dat helpt de zorgvraag te identificeren en de besluitvorming te ondersteunen. Deze beslissingsondersteunende tool moest ten minste worden ingevuld door de patiënt, enkel invullen door de zorgverlener beschouwden we niet als SDM-interventie. De ingezette behandelinterventie moest zijn opgenomen in de multidisciplinaire richtlijnen en bestaan uit medicamenteuze behandeling en/of psychotherapie.

In de studies moest men de effecten onderzoeken/rapporteren op ten minste één van de drie uitkomstmaten: 1. behandeluitkomst (veranderingen in depressieve klachten), 2. patiënttevredenheid, 3. therapietrouw (gemeten als het aantal patiënten dat de interventie afmaakt/aantal uitvallers en gebrek aan therapietrouw bij bijvoorbeeld medicatie-inname).

### Studieselectie

We verdeelden de zoekresultaten onderling; dit deden twee van de drie beoordelaars (VvB, EE en RB). We screenen onafhankelijk van elkaar de studies op titel en abstract en vervolgens beoordeelden we de volledige artikelen op geschiktheid voor inclusie. Verschil in beoordeling losten we op met discussie, zo nodig met de derde beoordelaar. We namen studies op in de meta-analyse als we op basis van de geëxtraheerde data de effectgrootte konden berekenen.

### Data-extractie

De volgende data werden onafhankelijk geëxtraheerd: gemiddelde leeftijd, sekse, setting (klinisch/ambulant), type (depressieve symptomen of stoornis), totale steekproefgrootte, groepsgrootte van interventie- en contro-

legroep, randomisatie (van patiënten of behandelaars), behandeltype (psychotherapie/medicatie), klinische uitkomstmaten, uitkomstmaten voor patiënttevredenheid en voor therapietrouw en meetmomenten.

### Data-analyse

Voor de effecten op behandeluitkomst, patiënttevredenheid en therapietrouw verrichtten we drie aparte meta-analyses. Voor elke studie berekenden we Cohens *d* (effectgrootte) en het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval en vervolgens poolden we deze met de software Comprehensive Meta-Analysis.<sup>19</sup> Een significantieniveau van 0,05 werd aangehouden.

Vanwege verwachte heterogeniteit tussen studies gebruikten we in de meta-analyses *random-effects* analyses. Zo mogelijk werden uitkomsten gebaseerd op een *intention-to-treat* steekproef; als deze niet beschikbaar was, gebruikten we uitkomsten van degenen die de behandeling afmaakten (*completers* steekproef).

De *Q*-statistiek en *I*<sup>2</sup>-statistiek werden gebruikt om heterogeniteit te onderzoeken.<sup>19</sup> Indien er minimaal twee studies per conditie aanwezig waren, keken we met subgroep analyses in hoeverre het gevonden effect samenhangt met het type SDM: actieve keuze voor SDM versus gerandomiseerd naar SDM-conditie, SDM versus beslissingsondersteuningstool, eenmalige SDM of voortdurende SDM. Voor het bepalen van de kwaliteit van de studies gebruikten we het totaaloordeel voor risico op bias (zie hierna).

### Kwalitatieve beoordeling en publicatiebias

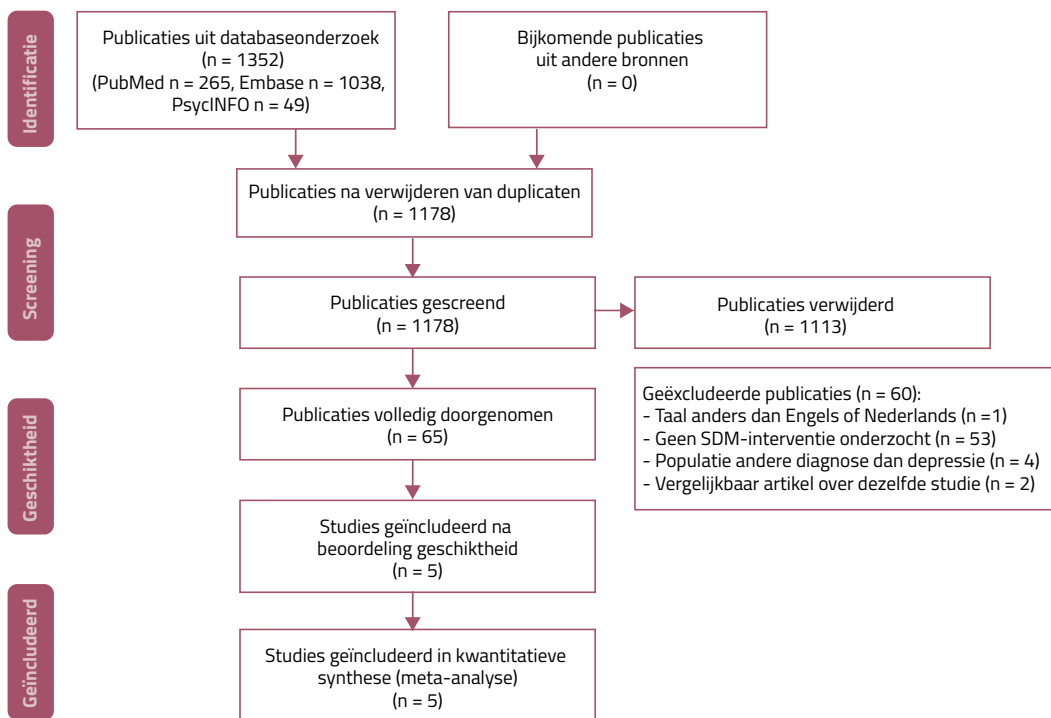
Ter beoordeling van de kwaliteit van de geïncludeerde studies gebruikten we de *cochrane-risk-of-bias* tool.<sup>21</sup> Per studie scoorden twee onafhankelijke beoordelaars vijf domeinen op risico op bias ('laag', 'gemiddeld' of 'hoog'). Deze vijf domeinen betroffen: 1. randomisatieproces; 2. effect van onafhankelijke toewijzingen aan behandeling; 3. de hoeveelheid, aard en verwerking van ontbrekende uitkomstgegevens; 4. de wijze van meten van de uitkomstmaten; 5. de selectie en de rapportage van resultaten. Bij verschil van mening tussen de beoordelaars bereikten we met discussie consensus. Het totaaloordeel was de hoogst aangemerkte biasbeoordeling van de vijf domeinen. Publicatiebias onderzochten we met de test van Egger en visuele inspectie van de funnelplot.

## RESULTATEN

De zoekstrategie resulteerde in 1352 studies die op titel en abstract werden geselecteerd. Hiervan namen we 65 artikelen volledig door ter beoordeling van geschiktheid. Missende gegevens vroegen we op bij de auteurs.<sup>22</sup> Uiteindelijk voldeden vijf studies aan alle inclusiecriteria en waren van deze studies de noodzakelijke gegevens beschikbaar.<sup>22-26</sup> Het stroomdiagram wordt weergegeven in **figuur 1**.

De geïncludeerde studies werden gepubliceerd tussen 2007 en 2019 en betroffen in totaal 850 personen met

**Figuur 1. PRISMA-stroomdiagram**



depressieve klachten dan wel een depressieve stoornis, binnen een ambulante setting in Saudi-Arabië (n = 1), Japan (n = 1), Verenigd Koninkrijk (n = 1), Verenigde Staten (n = 1) en Duitsland (n = 1).

De operationalisatie van SDM in de studies bleek uiteenlopend. Zo bestond SDM in één van de studies uit één sessie van 15 minuten gericht op het verbeteren van de betrokkenheid bij de besluitvorming door het in kaart brengen van overtuigingen over antidepressivagebruik en het vergroten van kennis hierover.<sup>23</sup> In een andere studie maakten behandelaars gebruik van een beslissboom en werd evidence-based informatie over antidepressiva(gebruik) besproken en schriftelijk overhandigd.<sup>26</sup> Een beslissingsondersteunende tool gebruikten men in twee studies.<sup>24,26</sup> In de intensiefste vorm van SDM vonden in één week drie SDM-sessies plaats: één sessie waarin mondeling en schriftelijk informatie werd gege-

ven over diagnose en behandeling, één sessie gericht op het afwegen van de behandelopties en tot slot één sessie gericht op de definitieve besluitvorming.<sup>22</sup> In de controlegroepen werd géén SDM voorafgaand aan een behandelinterventie ingezet.

De behandelinterventie die volgde op SDM bestond overwegend uit medicamenteuze behandeling, slechts in één studie werd daarnaast psychotherapie aangeboden.<sup>22</sup> De kenmerken van de geïncludeerde studies hebben we samengevat in **tabel 1**.

Onze eerste meta-analyse over behandeluitkomst betrof alle vijf de genoemde studies;<sup>22-26</sup> de tweede meta-analyse over de patiënttevredenheid betrof drie studies,<sup>22,23,26</sup> en de derde meta-analyse over therapietrouw baseerden we op vier studies.<sup>22,23,25,26</sup>

Voor de effectgrootte gebruikten we Cohens d. De beoordeling van het risico op bias vatten we samen in **tabel 2**.

**Tabel 1. Kenmerken van de 5 geïncludeerde studies**

1ste auteur (jaar)	Leeftijd (M)	Geslacht (%M)	N	Type interventie	Type invloed	Controlegroep	Keuze	Duur	Uitkomst	ROB
Aljumah (2015) <sup>23</sup>	VW	MV	220	AD	SDM	Standaardzorg	AK	D	BU, TE&TT	Hoog
Aoki (2019) <sup>22</sup>	VW	MV	88	AD en/of PT	SDM	Standaardzorg	AK	D	BU, TE&TT	Gemiddeld
Khalifeh (2019) <sup>24</sup>	32,8	0,0	51	AD	BOT	Standaardzorg	AK	E	BU	Laag
Le Blanc (2015) <sup>25</sup>	43,5	32,6	297	AD	BOT	Standaardzorg	GK	E	BU,TT	Gemiddeld
Loh (2007) <sup>26</sup>	46,9	25,2	194	AD	SDM	Standaardzorg	GK	D	BU, TE&TT	Gemiddeld

M = gemiddelden; VW = volwassenen; MV= mannen en vrouwen; AD = antidepressiva; PT = psychotherapie; SDM = shared decision making; BOT= beslissingsondersteunende tool; AK = actieve keuze; GK = gerandomiseerd naar keuzeconditie; D= doorlopende SDM; E = eenmalige SDM; BU= behandeluitkomst; TE= patiënttevredenheid; TT= therapietrouw; ROB = beoordeling van risico op bias.

Tabel 2. Samenvatting van risico op bias per studie en domein

Studie	Aljumah (2015) <sup>23</sup>	Aoki (2019) <sup>22</sup>	Khalifeh (2019) <sup>24</sup>	Le Blanc (2015) <sup>25</sup>	Loh (2007) <sup>26</sup>
Randomisatieproces	Laag	Laag	Laag	Laag	Laag
Effect onafhankelijke toewijzing aan behandeling	Gemiddeld	Laag	Laag	Laag	Gemiddeld
Hoeveelheid/aard/verwerking ontbrekende uitkomstgegevens	Hoog	Laag	Laag	Gemiddeld	Gemiddeld
Wijze van meten van de uitkomstmaten	Laag	Laag	Laag	Laag	Laag
Selectie en rapportage van resultaten	Gemiddeld	Gemiddeld	Laag	Laag	Laag
Totaaloordeel risico op bias	Hoog	Gemiddeld	Laag	Gemiddeld	Gemiddeld

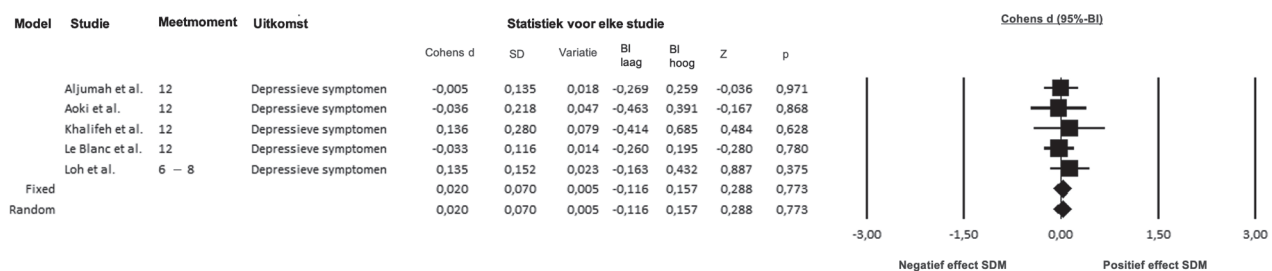
In één studie was het risico op bias ‘laag’, in drie studies was dit ‘gemiddeld’ en in één studie ‘hoog’. De voornaamste zorgen over de risico’s vonden we in domein 3 (hoeveelheid, aard en verwerking van ontbrekende uitkomstgegevens), ofwel de *missing data*.

In de eerste meta-analyse onderzochten we de behandeluitkomst als uitkomstmaat in vijf studies. De gepoolde effectgrootte was Cohens d = 0,02 (95%-BI: -0,12-0,16; p = 0,773), wat wijst op het ontbreken van bewijs dat betere behandeluitkomsten worden behaald bij patiënten met een depressie waarbij SDM werd ingezet (zie **figuur 2**). Vervolgens onderzochten we in de tweede meta-analyse patiënttevredenheid als uitkomstmaat in drie studies, de gepoolde effectgrootte was Cohens d = 0,53 (95%-BI: 0,17-0,90; p = 0,004), wat betekent dat patiënten met een depressie waarbij SDM werd ingezet een significant sterkere mate van tevredenheid rapporteerden over de geboden behandeling. Het effect was middelgroot (zie **figuur 3**).

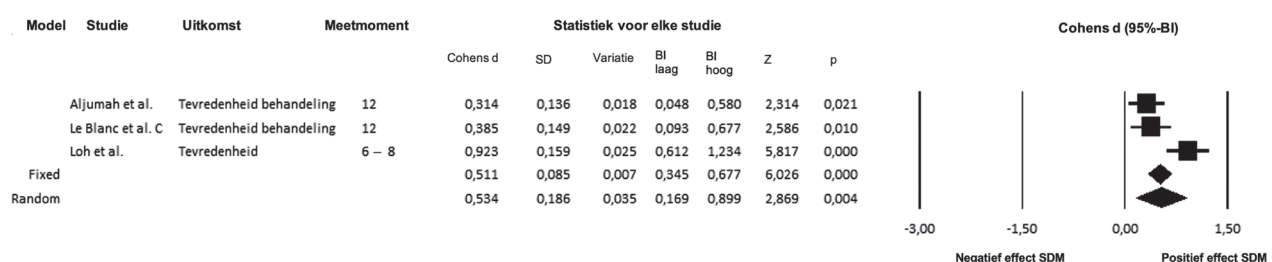
In de derde meta-analyse onderzochten we therapietrouw als uitkomstmaat in vier studies; de gepoolde effectgrootte was Cohens d = 0,29 (95%-BI: -0,01-0,58; p = 0,056), wat laat zien dat bij patiënten bij wie men SDM inzette er geen significant effect werd gevonden in de

vorm van een hogere therapietrouw, in vergelijking met behandeling waarin dit niet werd ingezet (zie **figuur 4**). Tot slot voerden we een subgroepanalyse uit voor type SDM en de relatie met therapietrouw. Hierbij keken we naar studies waarin sprake was van een actieve keuze voor een SDM-conditie.<sup>22,23</sup> Deze vergeleken we met randomisatie naar een SDM-conditie.<sup>25,26</sup> Dit betekent dat twee groepen werden vergeleken waarbij de ene groep patiënten actief koos en hun behandeling van voorkeur ontving, versus de groep patiënten die dit proces van actieve besluitvorming óók doorliepen, maar waarbij door randomisatie uiteindelijk nog een kans bestond dat zij niet de behandeling van voorkeur ontvingen. Hieruit bleek dat patiënten die actief kozen voor deelname aan een SDM-conditie significant meer therapietrouw waren dan patiënten die gerandomiseerd werden naar een SDM-conditie (Cohens d = 0,32; 95%-BI: 0,09-0,54; p = 0,006). Het effect was klein-gemiddeld. Verdere subgroepanalyses konden we niet verrichten omdat niet in elke conditie minimaal twee studies aanwezig waren. Een totaaloverzicht van de resultaten van de drie meta-analyses en subgroepanalyse geven we in **tabel 3**. Op basis van de visuele inspectie van de funnelplot (**figuur 5**) en Eggers intercept voor behandeluitkomst (n

Figuur 2. Effect (Cohens d) van SDM op behandeluitkomst (BU)



Figuur 3. Effect (Cohens d) van SDM op patiënttevredenheid (TE)



**Tabel 3. Resultaten van de meta-analyses van het effect (Cohens d) van SDM op behandeluitkomst (BU), patiënttevredenheid (TE), therapietrouw (TT) bij de behandeling van patiënten met depressie en bijbehorende studiekenmerken**

MA	Aantal studies	Studie	NI	NC	Steekproef	Uitkomst	Meting	Meetmoment	Effectgrootte (BI)	Q	I <sup>2</sup>	DF	p
BU	5								0,02 (-0,12-0,16)	1,05	0,00	4	0,773
		Aljumah (2015) <sup>23</sup>	110	110	C	Ernst depressie	MADRS	12 weken					
		Aoki (2019) <sup>22</sup>	35	53	ITT	Ernst depressie	QIDS	12 weken					
		Khalifeh (2019) <sup>24</sup>	26	25	ITT	Depressieve klachten	EPDS	12 weken					
		Le Blanc (2015) <sup>25</sup>	158	139	C	Depressieve klachten	PHQ-9	12 weken					
		Loh (2007) <sup>26</sup>	128	66	C	Depressieve klachten	B-PHQ	6-8 weken					
TE	3								0,53 (0,17-0,90)	9,56	79,09	2	0,004
		Aljumah (2015) <sup>23</sup>	110	110	C	TE over behandeling	TSQM	12 weken					
		Le Blanc (2015) <sup>25</sup>	132	109	ITT	TE over behandeling	Ja/nee	12 weken					
		Loh (2007) <sup>26</sup>	128	66	C	TE	CSQ-8	6-8 weken					
TT	4								0,29 (0,01-0,58)	0,00	71,45	4	0,056
		Aljumah (2015) <sup>23</sup>	110	110	C	Medicatie-trouw	MMAS	12 weken					
		Aoki (2019) <sup>22</sup>	35	53	ITT	Aantal uitvallers	Aanwezigheid	12 weken					
		Le Blanc (2015) <sup>25</sup>	154	134	C	Therapie-trouw	Recept	12 weken					
		Loh (2007) <sup>26</sup>	128	66	C	Medicatie-gebruik	Vragenlijst	6-8 weken					
SA													
TT	2	AK											
	2	GK											
		Totaal							0,32 (0,09-0,54)	0,00	71,45	1	0,006

MA = meta-analyse; SA = subgroepanalyse; AK = actieve keuze SDM-conditie; GK = gerandomiseerd naar keuzeconditie; NI = N aantal interventie; NC = N aantal controle; ITT = intention-to-treat; C = complete behandeling voltooid; BI= betrouwbaarheidsinterval.

= 5) zagen we geen duidelijke indicatie voor publicatiebias (asymmetrie) (intercept: 0,662; 95%-BI: -2,01-3,33; p = 0,487). Vanwege het lage aantal studies konden we geen funnelplot maken voor de uitkomstmaten patiënttevredenheid (n = 3) en therapietrouw (n = 4).

## DISCUSSIE

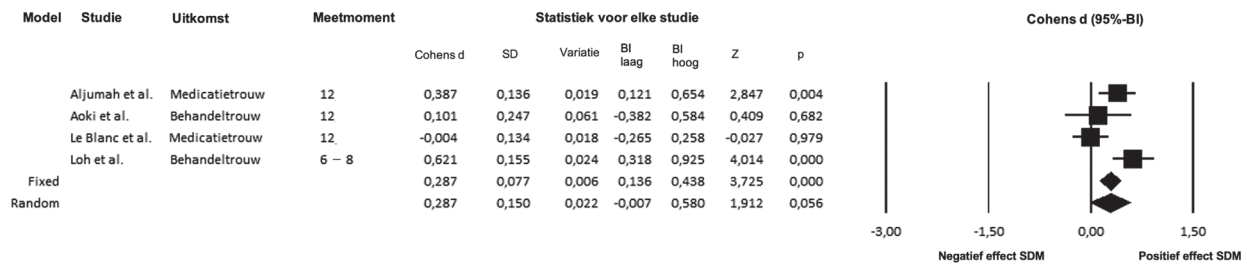
In deze meta-analyse onderzochten wij voor het eerst in hoeverre SDM bijdraagt aan de optimalisatie van zorg voor patiënten met een depressie en daarmee ook leidt tot betere behandeluitkomsten, een hogere mate van

patiënttevredenheid en van therapietrouw. De kwaliteit van de gevonden studies met het oog op risico op bias is gemiddeld genomen van redelijk niveau. Opvallend is dat we slechts vijf artikelen konden includeren in de meta-analyse, die bovendien (op één gecombineerde studie na), alle het effect van SDM betroffen bij de medicamenteuze behandeling van depressie.<sup>22</sup>

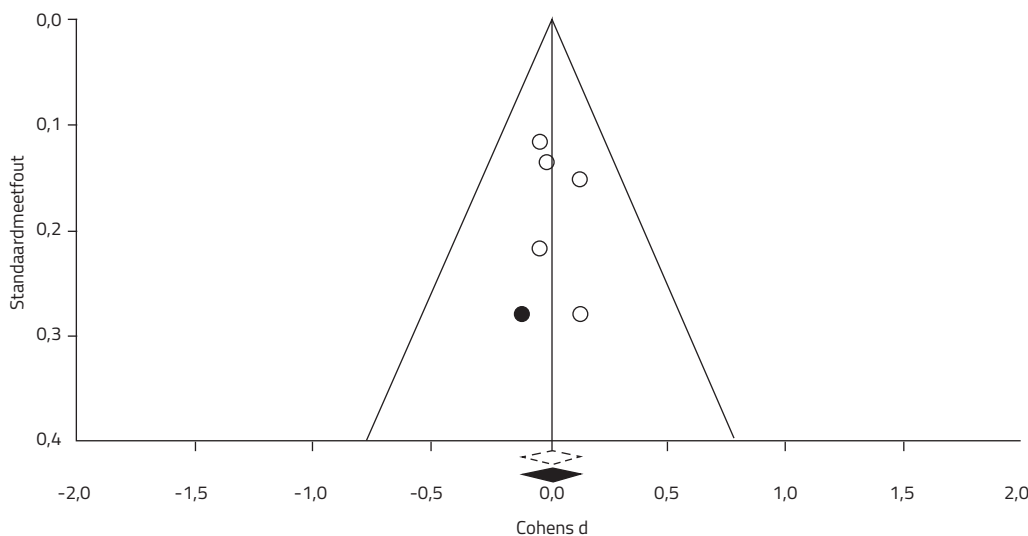
### Geen onderzoeken met psychotherapie

Het ontbreken van studies naar het effect van SDM bij psychotherapie is opmerkelijk aangezien SDM vaak benadrukt wordt binnen de klinische praktijk en sinds

**Figuur 4. Effect (Cohens d) van SDM op therapietrouw (TT)**



**Figuur 5. Funnelplot voor detectie van publicatiebias op behandeluitkomst (BU)**



2018 is opgenomen in de zorgstandaard Depressie, die inhoudelijk óók over psychotherapie gaat.<sup>2</sup> Daarnaast hebben patiënten in het algemeen een voorkeur voor psychotherapie ten opzichte van medicatie.<sup>10</sup> Daarbij zijn er keuzes te maken uit verschillende effectieve vormen van psychotherapie, frequentie van afspraken, vorm (groep/individueel, face-to-face versus online), met of zonder betrekken van steunsysteem etc. Wij doen daarom de aanbeveling om SDM beter te onderzoeken en hierbij tevens aandacht te geven aan psychotherapeutische opties.

**Effecten van SDM**

Een belangrijke bevinding van deze meta-analyse is dat het inzetten van SDM geen invloed lijkt te hebben op de behandeluitkomst. Dit is niet in lijn met de bevindingen van de in 2015 verrichte meta-analyse, waarin men voor de patiënten met een depressieve stoornis een klein effect rapporteerde.<sup>15</sup> Een mogelijke verklaring hiervoor is dat daar door de onderzoekers in breder verband werd gekeken naar rekening houden met patiëntvoorkeuren, zoals het zelf kiezen van de behandeling van voorkeur, en niet alleen specifiek naar SDM. Hierdoor kon een groter aantal studies met patiënten met een depressie worden geïncludeerd (n = 10 studies), ten opzichte van de huidige meta-analyse (n = 5).

In onze meta-analyse vonden we dat SDM een middelgrote positieve invloed heeft op patiënttevredenheid. Conform de verwachting zijn patiënten meer tevreden over hun behandeltraject als zij actief bij de besluitvorming worden betrokken. Tevredenheid over de behandeling en de samenwerking met hulpverlening is van belang en het is voorstelbaar dat dit drempelverlagend is bij het opnieuw zoeken van hulp wanneer er sprake is van terugval. Omdat 20-30% van de patiënten met een depressie een recidief van de depressie krijgt, is tevredenheid met zorg zinvol voor toekomstige depressieve episoden.<sup>27</sup>

Als laatste vonden we bij het inzetten van SDM geen effect op de mate van therapietrouw. Mogelijk is dit toe te schrijven aan de lage power van de analyses (4 studies; n = 799) aangezien de richting van het effect wel positief is. Aanvullende studies naar het effect van SDM zijn daarom nodig om effecten op therapietrouw te verifiëren. Wel werd zichtbaar dat wanneer patiënten actief kiezen voor deelname in een SDM-conditie zij een betere therapietrouw laten zien dan patiënten die na het SDM-proces door randomisatie alsnog een andere behandeling konden krijgen.

Deze bevinding bevestigt de gedachte dat er een verschil bestaat in ervaren invloed tussen het actief kiezen van een behandeling versus het ontvangen van de behandeling van voorkeur en dat actief kiezen daar-

mee een gunstige invloed heeft op het effect van de behandeling.<sup>28</sup> Wij bepleiten daarom om binnen SDM-interventies goed te bekijken welke rol de patiënt wil en kan vervullen in het besluitvormingsproces, zodat de SDM-interventie ook aansluit bij de persoonlijke voorkeuren van de patiënt.

## Beperkingen

Onze bevindingen moeten worden gezien in het kader van de volgende beperkingen.

Als eerste was het aantal studies dat we konden includeren beperkt, waardoor we geplande subgroepanalyses niet konden uitvoeren, en mogelijk is het uitblijven van significante effecten (deels) te verklaren door een gebrek aan statistische power. Tevens kunnen we, zoals reeds opgemerkt, bij gebrek aan onderzoek naar SDM bij psychotherapie enkel een uitspraak doen over SDM binnen de medicamenteuze behandeling van depressie. Een volgende beperking van de meta-analyse betreft de variabele wijze waarop SDM werd geoperationaliseerd. Zo maakte men in twee van de vijf studies gebruik van de inzet van een beslissingsondersteunende tool.<sup>24,26</sup> Het meest uitgewerkte SDM-protocol bestond uit meerdere consultaties bij verschillende, getrainde professionals, het betrekken van naasten van de patiënt bij de besluitvorming en het gebruik van een beslissingsondersteunende tool. Echter, dit intensievere SDM-proces resulteerde niet in betere uitkomsten ten opzichte van de andere geïncludeerde studies.<sup>22</sup> Hoewel we hoopten enig zicht te krijgen op het effect van eenmalige SDM versus langer durende SDM, konden we deze subgroepanalyse door een gebrek aan studies niet uitvoeren.

Het is mogelijk dat wij in onze studie de criteria voor SDM te ruim hebben opgevat. Ideaal gezien zou er een richtlijn bestaan voor het beoordelen van SDM-interventies, zoals wel bestaat voor het beoordelen van de kwaliteit van beslissingsondersteunende tools.<sup>29</sup> Een dergelijk framework, mogelijk specifiek voor de ggz, zou kunnen helpen bij het selecteren van SDM-studies en het beoordelen van de kwaliteit van deze studies zodat er meer inzicht komt in welke vorm van SDM het effectiefst is.

Om toch iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van het besluitvormingsproces en over de uitkomst daarvan, kan het interessant zijn om te kijken naar de mate van 'decisional conflict', ofwel 'beslissingsambivalentie' na de SDM-interventie. Dit omschrijft men als de onzekerheid die optreedt bij mensen wanneer zij beslissingen moeten nemen die veel impact hebben. Elementen als informeren, steun geven en waarden verhelderen, zoals SDM beoogt, kunnen de beslissingsambivalentie verminderen.<sup>30</sup>

Post hoc hebben we binnen de geïncludeerde studies gekeken naar uitkomstmaten die betrekking hadden op het verminderen van beslissingsambivalentie of de mate van ervaren betrokkenheid in de besluitvorming (*patient-involvement*) en patiëntenparticipatie (*patient-participation*). In alle vijf de studies rappor-

teerde men een dergelijke maat, waarbij men in drie studies significant positieve effecten vond,<sup>22,25,26</sup> wat een aanwijzing kan zijn voor de kwaliteit van de SDM-interventies in deze studies.

In onze systematische review hebben wij ons voornamelijk gericht op de invloed van SDM op de effectiviteit van de gevolgde behandeling, op therapietrouw en tevredenheid. SDM kan echter ook op andere vlakken een toegevoegde waarde hebben, zoals *empowerment* van de patiënten, kwaliteit van leven en herstel. Binnen de gevonden studies was er slechts één studie waarbij men dit onderzocht in de vorm van kwaliteit van leven.<sup>23</sup> Wij hopen dat vervolgonderzoek hier meer inzicht in zal bieden.

Een laatste beperking van onze studie is onduidelijkheid in hoeverre de SDM-interventies goed zijn toegepast (*intervention integrity*) in de geïncludeerde studies. Ook al zijn de positieve resultaten op maten zoals *decisional conflict* een aanwijzing voor goede kwaliteit van de bestudeerde SDM-interventies, kunnen we niet met zekerheid zeggen of de interventies adequaat zijn toegepast.

## Implementatie en conceptualisatie SDM

De volgende stap, implementatie van SDM in de praktijk, is zeker niet eenvoudig. Barrières liggen op verschillende gebieden, zowel bij de professionals (bijvoorbeeld negatieve verwachtingen van SDM, zoals een verwachte extra tijdsinvestering), als in de professional-patiënt-interactie (bijvoorbeeld verschil in beleving) als in de organisatie en cultuur van de bestaande zorg.<sup>34</sup> Zicht krijgen op de belangrijkste barrières en de factoren die implementatie van SDM binnen de eigen organisatie zouden kunnen bevorderen, is een cruciale eerste stap voor succesvolle implementatie van SDM.


SDM heeft de afgelopen tientallen jaren toenemend aandacht gekregen.<sup>31</sup> Vanuit een ethisch oogpunt ambiëert men meer gelijkwaardigheid tussen professional en patiënt. Zo kunnen patiënten meer controle ervaren over het proces van besluitvorming, passend bij de tijdgeest. Echter, SDM blijft een niet gemakkelijk, eenduidig uitlegbaar concept.<sup>32</sup> Zo zouden we SDM kunnen opvatten als omgangsvorm tussen patiënt en behandelaar, maar ook sec als een interventie. De breedte van het begrip blijkt wel uit een recente overzichtsstudie waarin men maar liefst 40 verschillende modellen voor SDM vond.<sup>33</sup> De auteurs tonen inzicht in de ontwikkeling van SDM in de tijd waarin traditionele componenten als 'behandelmogelijkheden beschrijven' en 'beslissen' in de recentste modellen worden aangevuld met elementen als: 'stem informatie af', 'overdenk', 'leer de patiënt kennen' en 'bepaal de volgende stap'. Hierbij lijkt er meer aandacht te komen voor het individualiseren van SDM, dat wil zeggen afstemmen met de patiënt welke rol hij of zij wil en kan spelen in de besluitvorming, afhankelijk van de behandel fase waarin hij of zij verkeert, over welk besluit het gaat en met aandacht voor verschillen tussen patiënten op persoonlijk en cultureel vlak.



---

## CONCLUSIE

Wij vonden onvoldoende bewijs voor positieve effecten van SDM op behandeluitkomst en therapietrouw bij patiënten met een depressie. Duidelijk werd dat SDM op veel verschillende manieren is uitgewerkt. Daarom is er meer onderzoek nodig naar de precieze invloed van de manier waarop SDM wordt toegepast, waarbij men elementen als het expliciet bespreken van wie wanneer en op welke manier betrokken is, de intensiteit van de SDM-interventie (aan het begin, op meerdere momenten of gedurende het gehele behandeltraject) en de inzet van ondersteunende hulpmiddelen kan beoordelen op hun effectiviteit. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar het effect van SDM bij patiënten met een depressie in het algemeen, en specifiek wat betreft psychotherapie. Het gevonden positieve effect op patiënttevredenheid is van belang voor het welzijn van patiënten en de optimalisatie van huidige én toekomstige zorg. Al met al achten wij een goede toepassing van SDM zinvol in de dagelijkse klinische praktijk.

 Caroline Planting (informatiespecialist, GGZ inGeest) hielp ons bij het literatuuronderzoek en Adriaan Hoogendoorn (senior onderzoeker/statisticus, Amsterdam UMC) gaf adviezen over de statistische analyses.

## LITERATUUR

- 1 Hopwood M. The shared decision-making process in the pharmacological management of depression. *J Outcomes Res* 2020; 13: 23-30.
- 2 Zorgstandaard Depressieve stoornissen, GGZ-standaarden; 2018. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen>
- 3 Köhler S, Wiethoff K, Ricken R, e.a. Characteristics and differences in treatment outcome of inpatients with chronic vs. episodic major depressive disorders. *J Affect Disord* 2015; 173: 126-33.
- 4 de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, e.a. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1873-83.
- 5 Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharov, M, e.a. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021; 144: 288-99.
- 6 Li J, Zhang Y, Su W, e.a. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2018; 268: 243-50.
- 7 Maat de S, Dekker J, Schoevers R, e.a. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychother Res* 2006; 16: 566-78.
- 8 Kazantzis N, Brownfield N, Mosely L, e.a. Homework in cognitive behavioral therapy: A systematic review of adherence assessment in anxiety and depression (2011-2016). *Psychiatry Clin* 2017; 40: 625-39.
- 9 Grieken van R, Beune E, Kirkenier A, e.a. Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *J Affect Disord* 2014; 167: 153-9.
- 10 Schaik van D, Klijn A, van Hout H, e.a. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 184-9.
- 11 Prins M, Verhaak P, Bensing J, e.a. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression - the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1038-58.
- 12 Metz M, Veerbeek M, Elfeddali I, e.a. Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 487-97.
- 13 Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1636-9.
- 14 Joosten E, DeFuentes-Merillas L, De Weert G, e.a. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 219-26.
- 15 Lindhiem O, Bennett C, Trentacosta C, e.a. Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 506-17.
- 16 Korff von M, Katon W, Rutter C, e.a. Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program. *Psychother Psychosom* 2003; 65: 938-43.
- 17 Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, e.a. IRH: Integrated care in schizophrenia: a two-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 415-23.
- 18 Page M, McKenzie J, Bossuyt P, e.a. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Int J Surg* 2021; 88: 105906.
- 19 Comprehensive Meta-Analysis Software (CMA). <https://www.meta-analysis.com/>
- 20 Higgins J, Thompson S, Deeks J, e.a. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003; 327: 557-60.
- 21 Higgins J, Altman D, Gøtzsche P, e.a. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011; 343: d5928.
- 22 Aoki Y, Takaesu Y, Inoue M, e.a. Seven-day shared decision making for outpatients with first episode of mood disorders among university students: A randomized controlled trial. *J. Psychiatr Res* 2019; 281: 112531.
- 23 Aljumah K, Hassali M. Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study. *BMC Psychiatry* 2015; 15(1): 1-9.
- 24 Khalifeh H, Molyneaux E, Brauer R, e.a. Patient decision aids for antidepressant use in pregnancy: a pilot randomised controlled trial in the UK. *BJGP Open* 2019; 3(4): bjgpopen19X101666.
- 25 LeBlanc, A, Herrin J, Williams M, e.a. Shared decision making for antidepressants in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1761-70.
- 26 Loh A, Simon D, Wills CE, e.a. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2007; 67: 324-32.
- 27 Gilmer W, Trivedi M, Rush A, e.a. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR D project. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 425-33.
- 28 Leykin Y, DeRubeis R, Gallop R, e.a. The relation of patients' treatment preferences to outcome in a randomized clinical trial. *Behav Ther* 2007; 38: 209-17.
- 29 Stacey D, Volk R, Bekker H, e.a. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: evidence update 2.0. *Med Decis Making* 2021; 41: 729-33.
- 30 Metz, M, Verbeek, M, Elfeddali, E e.a. Het begrip 'beslissingsambivalentie' (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 397-40.
- 31 Stiggelbout A, Pieterse A, De Haes J. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns* 2015; 98: 1172-9.
- 32 Gärtner F, Bomhof-Roordink H, Smith I, e.a. The quality of instruments to assess the process of shared decision making: a systematic review. *PLoS One* 2018; 13(2): e0191747.
- 33 Bomhof-Roordink H, Gärtner F, Stiggelbout A, e.a. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ open* 2019; 9(12): e031763.
- 34 Slade, M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017; 16: 146-53.

---

## SUMMARY

# The effects of shared decision making in depression: systematic review and meta-analysis

V.E.M. van Buuren, E. Eigenhuis, R.E. Boeschoten, P. van Oppen, A.D.T. Muntingh, N.M. Batelaan

- Background** Shared decision making (SDM) is advised in the treatment guideline for depressive disorders. However, it's unclear if SDM contributes to the optimization of care.
- Aim** To provide an overview of the effects of SDM within the treatment of depression on treatment outcome, patient satisfaction and adherence through a meta-analysis and systematic review.
- Method** In a literature search (PubMed, PsycINFO, Embase), randomised controlled studies with patients who suffer from depression or depressive symptoms were selected. The effect of a SDM intervention previous to treatment was compared to no SDM intervention on the outcome measures. Effect sizes were computed with random effects models and risk of bias was assessed.
- Results** Five studies were included (N = 850). SDM did not result in superior treatment outcome (Cohen's  $d = 0.02$ ; 95%-BI: -0.12-0.16;  $p = 0.773$ ) and adherence (Cohen's  $d = 0.29$ ; 95%-BI: -0.01-0.58;  $p = 0.056$ ). SDM did lead to higher patient satisfaction with a medium-large effect size (Cohen's  $d = 0.53$ ; 95%-BI: 0.17-0.90;  $p = .004$ ).
- Conclusion** SDM resulted in higher patient satisfaction, no effects were found regarding treatment outcome and adherence. However, operationalisation of SDM in the studies were variable. SDM appears to be a versatile construct in clinical practice.