

Het begrip ‘beslissingsambivalentie’ (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming

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

ACHTERGROND Aansluitend op de toenemende belangstelling voor gedeelde besluitvorming (shared decision making; sdm) in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), ontstaat behoefte om de toepassing ervan te evalueren. Het begrip ‘beslissingsambivalentie’ (decisional conflict), dat vanuit patiëntperspectief de tevredenheid over het besluitvormingsproces en de genomen besluiten in kaart brengt, kan hierbij helpen.

DOEL Inzicht geven in decisional conflict en reflectie op de bruikbaarheid bij de evaluatie van sdm in de ggz.

METHODE Een literatuurstudie naar het begrip ‘decisional conflict’ gevolgd door een vertaalslag naar een visueel model.

RESULTATEN Decisional conflict is een veelomvattend begrip dat zowel in gaat op de beïnvloedende factoren (informatie, steun, helderheid over persoonlijke waarden) van het besluitvormingsproces, de mate van onzekerheid over keuzes als wel de kwaliteit van de besluitvorming. Decisional conflict is gevisualiseerd in een model en kan via de Decisional Conflict Scale gemeten worden.

CONCLUSIE Decisional conflict is, ook in de ggz, bruikbaar om de toepassing van sdm te evalueren en daarmee de kwaliteit van de besluitvorming te optimaliseren. Dit is van belang omdat het ervaren van minder decisional conflict bij patiënten leidt tot meer behandelgetrouwheid en betere gezondheidsuitkomsten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 397-402

TREFWOORDEN decisional conflict, gedeelde besluitvorming, gezamenlijke besluitvorming, shared decision making



397

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 60 | JUNI 2018

In de gezondheidszorg is een beweging richting actieve participatie van patiënten in de behandeling gaande (Anderson & Funnell 2005; Härter e.a. 2011; Barr e.a. 2015b). De term gedeelde besluitvorming (shared decision making; sdm), die de dialoog waarin patiënten, naasten en behandelaars gezamenlijk besluiten nemen over de behandeling omschrijft, sluit hierbij aan. Deze dialoog gebeurt zo veel mogelijk op een gelijkwaardige wijze met inbreng van ieders expertise, namelijk: ervaringskennis, waarden en wensen van de patiënt, wetenschappelijke kennis en professionele ervaringen van de behandelaar

(Patel 2008; Elwyn e.a. 2012). Bij sdm houdt men rekening met de rol die de patiënt hierin samen met zijn/haar naasten kan en wenst te nemen (van Staveren 2011; Elwyn e.a. 2012; Stiggelbout e.a. 2015).

In een eerdere uitgave van dit tijdschrift visualiseerden Van der Feltz e.a. (2014) de sdm-werkwijze in een model. De laatste jaren is in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) de aandacht voor sdm groeiende (LPGGZ e.a. 2015; Metz e.a. 2015; Ministerie van vws 2015; ten Haaf & Veenendaal 2016; Zorginstituut Nederland 2016). Uit onderzoek in de ggz blijkt dat sdm positief kan bijdragen aan: goed geïnfor-

meerde patiënten, een actieve rol van patiënten in de behandeling, patiënttevredenheid, therapietrouw, behandeling conform richtlijnen en betere gezondheidsuitkomsten (Ludman e.a. 2003; Malm e.a. 2003; Clever e.a. 2006; Hamann e.a. 2006; Loh e.a. 2007a, b; Patel 2008; Joosten e.a. 2009; Sepucha e.a. 2013).

Met de implementatie van SDM ontstaat steeds meer behoefte om de kwaliteit ervan te evalueren (Faber e.a. 2013; Sepucha e.a. 2013; Barr & Elwyn 2015a). Een construct dat hierbij kan helpen en dat we in dit artikel beschrijven, is beslissingsambivalentie (*decisional conflict*; DC). DC geeft vanuit patiëntperspectief zowel inzicht in de tevredenheid over het besluitvormingsproces als wel in hoeverre patiënten zich comfortabel voelen bij de genomen besluiten over de behandeling. Dergelijke besluiten gaan regelmatig gepaard met gevoelens van onzekerheid bij patiënten, omdat vaak sprake is van meerdere min of meer gelijkwaardige opties met verschillende voor- en nadelen die van invloed zijn op het dagelijks leven van patiënten (NANDA 1990; Song & Sereika 2006; O'Connor 2010; Légaré e.a. 2012). Het concept DC is in de ggz tot op heden nog weinig gebruikt (Westermann e.a. 2013; Metz e.a. 2015), terwijl diverse onderzoeken in de algemene gezondheidszorg aantonen dat DC zeer bruikbaar is om de toepassing van SDM in de behandelpraktijk te evalueren (Hölzel e.a. 2013; Sepucha e.a. 2013; Westermann e.a. 2013; Becerra-Perez e.a. 2016; Stacey e.a. 2017).

Doel van dit artikel is om inzicht te geven in het begrip DC, het begrip te visualiseren in een model en te beschrijven op welke wijze DC bruikbaar is bij het evalueren van SDM in de ggz.

METHODE

Als onderdeel van twee lopende onderzoeken naar SDM (Metz e.a. 2015; 2017) voerden wij een verdiepende literatuurstudie uit naar het construct DC. Hiervoor werden eerst in PubMed en vervolgens aanvullend in PsycINFO, Medline en Cinahl artikelen gezocht over DC in de algemene en geestelijke gezondheidszorg die sinds 1975 zijn gepubliceerd. De volgende zes zoekopdrachten werden uitgevoerd: *decisional conflict AND health care*, *decisional conflict AND mental health**, *decisional conflict AND definition*, *decisional conflict AND patient characteristics*, *decisional conflict AND measurement*, *decisional conflict scale*. Deze zoekopdrachten leverden 183 artikelen op, die eerst werden beoordeeld op basis van de titels en abstracts. We inclueerden alle artikelen vanuit de algemene en geestelijke gezondheidszorg waarin DC als begrip en/of evaluatiemaat beschreven werd en checkten of de referenties van deze artikelen nog aanvullende artikelen opleverden. In totaal waren 30 artikelen over DC bruikbaar voor deze literatuurstudie, waarvan 4 artikelen specifiek over de ggz gingen.

AUTEURS

MARGOT J. METZ, promovenda en senior beleidsmedewerker, GGz Breburg, Tilburg, Trimbos-instituut, Utrecht, Vrije Universiteit, Amsterdam.

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

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

EDWIN DE BEURS, wetenschappelijk directeur, Stichting Benchmark GGZ, Bilthoven, en hoogleraar ROM en benchmark, Universiteit Leiden.

CHRISTINA M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Sociale psychiatrie, Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg en Tilburg University, Tilburg.

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

CORRESPONDENTIEADRES

M.J. Metz, GGz Breburg, sector Innovatie en Kwaliteit, Postbus 770, 5000 AT Tilburg.

E-mail: m.metz@ggzbreburg.nl, mmetz@trimbos.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-10-2017.

RESULTATEN

We bespreken eerst het begrip 'decisional conflict' (DC) en brengen het in beeld via een model. Tevens gaan we in op de relevantie en bruikbaarheid ervan in de praktijk en beschrijven hoe de mate van DC gemeten kan worden.

DC is een multidimensioneel begrip (O'Connor 2010), dat vanuit patiëntperspectief zowel betrekking heeft op het besluitvormingsproces als de kwaliteit van de genomen besluiten in beeld brengt. In de oorspronkelijke definities (Janis & Mann 1977; NANDA 1990; O'Connor 1995) wordt DC omschreven als de mate van onzekerheid bij patiënten in het nemen van moeilijke beslissingen, waarbij het gaat om keuzes die impact op het persoonlijk leven hebben en de opties een bepaald risico, verlies of uitdaging met zich meebrengen. Bij het maken van deze moeilijke keuzes, bijvoorbeeld over behandelopties, kan sprake zijn van risico of onzekerheid over de uitkomst, zijn er mogelijk grote consequenties qua winst of verlies, moeten waardeafwegingen gemaakt worden en kan ook teleurstelling ontstaan over voor- of nadelen van afgewezen dan wel gekozen opties (Song & Sereika 2006; Légaré 2012). Deze onzekerheid, ook wel beslissingsambivalentie genoemd, treedt op tijdens het besluitvormingsproces,

verandert gedurende dit proces en hangt samen met de interactie tussen patiënt en behandelaar (LeBlanc e.a. 2009; Légaré e.a. 2012; Misra-Hebert & Kattan 2017; Vickers 2017).

Een aantal condities, die bij SDM centraal staan en onderdeel uitmaken van het construct DC, kunnen gedurende het besluitvormingsproces de mate van onzekerheid bij patiënten over behandelbesluiten verminderen. Deze zijn: zich voldoende geïnformeerd voelen over de inhoud van de behandelopties inclusief de voor- en nadelen hierbij, zich gesteund en niet onder druk gezet voelen bij het maken van keuzes en tot slot voor zichzelf helder hebben welke persoonlijke waarden belangrijk zijn bij het nemen van een passend besluit.

Wanneer dit proces naar tevredenheid verloopt, neemt bij patiënten de zekerheid over welke keuze de best passende is toe. Dit bevordert de kwaliteit van de besluitvorming, waardoor patiënten ook (meer) achter de genomen besluiten staan. Kortom, de mate van DC, die bij moeilijke beslissingen aan het begin van het proces hoog kan zijn, neemt tijdens een goed verlopend besluitvormingsproces af (LeBlanc e.a. 2009; O'Connor 2010; Scholl e.a. 2011; Hölzel e.a. 2013; Knops e.a. 2013; Colylewright e.a. 2014; Becerra-Perez e.a. 2016; Thompson e.a. 2016).

Zoals omschreven en in **FIGUUR 1** is gevisualiseerd, gaat DC in op zowel het besluitvormingsproces als de kwaliteit van de genomen besluiten en is hierin een volgordeelijkheid waar te nemen (Koedoot e.a. 2001; O'Connor 2010). **FIGUUR 1** laat zien dat informatie, steun en helderheid over waarden belangrijke condities in het besluitvormingsproces zijn en daarmee de onzekerheid over de te maken keuzes kunnen beïnvloeden en vervolgens van invloed zijn op de kwaliteit oftewel uitkomst van dit proces.

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de toepassing van ondersteunende interventies op het gebied van

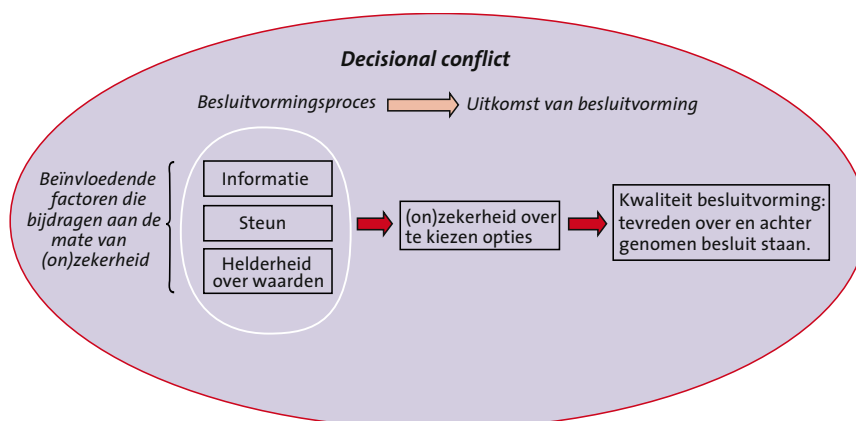
SDM het besluitvormingsproces en de uitkomsten ervan verbetert en DC vermindert (Hölzel e.a. 2013; Sepucha e.a. 2013; Westermann e.a. 2013; Becerra-Perez e.a. 2016; Osaka & Nakayama 2017; Stacey e.a. 2017). Dit is relevant voor de behandelpraktijk, omdat wanneer patiënten minder DC ervaren, de therapietrouw en gezondheidsuitkomsten toenemen (O'Connor 2010; Hickman e.a. 2012; Katapodi e.a. 2011; des Cormiers e.a. 2015; Thompson e.a. 2016).

Wanneer er geen of te weinig sprake is van SDM en het besluitvormingsproces niet optimaal verloopt, bijvoorbeeld door onvoldoende informatie, te weinig steun of druk van anderen en onvoldoende verkregen helderheid over eigen waarden, is de kans groot dat een hoge mate van DC blijft bestaan, waardoor het besluit niet aansluit bij de voorkeuren van de patiënt (Katapodi e.a. 2011; Légaré e.a. 2012; Thompson e.a. 2016). Dit heeft negatieve gevolgen zoals stress, uitstel van de besluitvorming, teleurstelling, uitval, ontevredenheid over de behandeling, klachten, minder goede gezondheidsuitkomsten en een lagere kwaliteit van leven (O'Connor 2010; Katapodi e.a. 2011; Hickman e.a. 2012; Knops e.a. 2013; Cormiers des e.a. 2015; Thompson e.a. 2016).

Metten van DC

De kwaliteit van de besluitvorming vanuit patiëntperspectief kan in beeld worden gebracht via DC. DC wordt gemeten met een zelfrapportagevragenlijst, de *Decisional Conflict Scale* (DCS), die 16 items omvat en gescoord worden op een vijfpuntschaal (O'Connor 2010). De vragenlijst heeft goede psychometrische eigenschappen. In de handleiding (O'Connor 2010) van de DCS is hierover meer te lezen. Metz e.a. (2015) verzorgden de Nederlandse vertaling van de DCS. De DCS heeft, aansluitend op de verschillende dimensies van DC, naast een totaalschaal ook vijf subdomeinen: informatie, steun, helderheid over waarden, onzekerheid

FIGUUR 1 Model voor 'beslissingsambivalentie' (decisional conflict)



over keuzeopties en kwaliteit van de besluitvorming. Hiermee meet de DCS zowel het besluitvormingsproces als de uitkomst ervan.

De scores op de schalen worden meestal omgerekend naar waarde van 0 tot 100. Hoe lager de score op de vragenlijst, hoe minder DC wordt ervaren. Tevens zijn er vanuit onderzoeken in de algemene gezondheidszorg afkappunten bekend die aangeven tot welke score geen DC (< 25), een geringe mate van DC ($\geq 25 \leq 37,5$) en vanaf wanneer een grote mate van DC ($> 37,5$) wordt ervaren (O'Connor 2010). Het beperkte aantal gevonden artikelen over DC in de ggz (Randenborgh 2010; Westermann e.a. 2013; Metz e.a. 2015; 2017) laat zien dat in de ggz nog weinig studies zijn uitgevoerd met DC als uitkomstmaat, waardoor voor de ggz nog geen grenswaarden zijn berekend.

Gezien de veelzijdigheid van het begrip DC, is het van belang om niet alleen naar de totaalscore, maar via de subdomeinen van de DC ook naar de verschillende dimensies van DC te kijken. Immers, dan wordt helder over welke onderdelen van de besluitvorming patiënten tevreden zijn en welke verbetering behoeven.

CONCLUSIE

Met de toenemende aandacht voor SDM ontstaat de behoefte om de toepassing ervan te evalueren en beter te begrijpen hoe de besluitvorming over behandelkeuzes tot stand komt en welke factoren belangrijk zijn om dit proces voor patiënten bevredigend te laten verlopen. DC geeft inzicht in beïnvloedende factoren, het besluitvormingsproces en de kwaliteit van de besluitvorming en wordt gemeten via de *Decisional Conflict Scale* (DCS).

Gezien de verschillende dimensies van DC is het belangrijk om niet alleen naar de totaalscore, maar juist ook naar de subdomeinen van de DCS (informatie, steun, helderheid over waarden, onzekerheid over keuzeopties en kwaliteit van de besluitvorming) te kijken. Bovendien is het aan te bevelen om ook voor de ggz grenswaarden te gaan berekenen die aangeven welke DCS-scores (dis)functioneel zijn tijdens het besluitvormingsproces en bij welke scores negatieve consequenties voor de behandeling kunnen ontstaan (Knops e.a. 2013).

Door bij de evaluatie van SDM DC als evaluatiemaat te gebruiken, kan het besluitvormingsproces en de mate van SDM in de behandelpraktijk geëvalueerd en zo nodig geoptimaliseerd worden (Scholl e.a. 2011; Sepucha e.a. 2013). Wanneer patiënten veel (of in sterke mate) DC blijven ervaren, is het besluitvormingsproces en de toepassing van SDM niet optimaal verlopen (Katapodi e.a. 2012; Légaré e.a. 2012; Hölzel e.a. 2013; Cormiers e.a. 2015; Thompson e.a. 2016). Omdat dit, zoals we eerder beschreven, negatieve gevolgen kan hebben voor de behandelresultaten, is het van belang om met de juiste toepassing van SDM DC te verminderen. Diverse onderzoeken (Hölzel e.a. 2013; Sepucha e.a. 2013; Westermann e.a. 2013; Becerra-Perez 2016; Stacey e.a. 2017) tonen immers aan dat SDM-ondersteunende interventies DC kunnen reduceren.

In de ggz zijn nog niet veel studies bekend met DC als uitkomstmaat (Randenborgh e.a. 2010; Westermann e.a. 2013; Metz e.a. 2015; 2017). DC is echter juist ook in de ggz informatief en bruikbaar om vanuit patiëntperspectief SDM te evalueren en op basis hiervan zo nodig de kwaliteit van het besluitvormingsproces te verbeteren.

LITERATUUR

- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 153-7.
- Barr PJ, Elwyn G. Measurement challenges in shared decision making: putting the 'patient' in patient-reported measures. *Health Expect* 2015a; 19: 993-1001.
- Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M. Assessment of patient empowerment-a systematic review of measures. *PLoS One* 2015b; doi: 0.1371/journal.pone.0126553.
- Becerra-Perez MM, Menear M, Turcotte S, Labrecque M, Légaré F. More primary care patients regret health decisions if they experienced decisional conflict in the consultation: a secondary analysis of a multicentre descriptive study. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 156. doi: 10.1186/s12875-016-0558-0.
- 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.
- Cormiers des A, Légaré F, Simard S, Boulet LP. Decisional conflict in asthma patients: a cross sectional study. *J Asthma* 2015; 52: 1084-91.
- Coylewright M, Branda M, Inselman JW, Shah N, Hess E, LeBlanc A, e.a. Impact of sociodemographic patient characteristics on the efficacy of decision aids. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014; 7: 360-7.
- 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.
- Faber M, Harmsen M, Burg van der S, Weijden van der T. Gezamenlijke besluitvorming & zelfmanagement. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare); 2013.

- Haaft ten G, Veenendaal van H. Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland: opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen. Den Haag: ZonMw, CZ; 2016.
- Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, e.a. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 265-73.
- 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 Gesundhwes* 2011; 105: 229-33.
- 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.
- Hölzel P, Kriston L, Härter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 231.
- Janis IL, Mann L. Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York: Free Press; 1977.
- Joosten EAG, de Jong CAJ, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CPF. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychosom Med Psychol* 2009; 78: 245-53.
- Katapodi MC, Munro ML, Pierce PF, Williams RA. Testing of the decisional conflict scale: genetic testing hereditary breast, ovarian cancer. *Nurs Res*. 2011; 60: 368-77.
- Knops AM, Goossens A, Ubbink DT, Legemate DA, Stalpers LJ, Bossuyt PM. Interpreting patient decisional conflict scores: behavior and emotions in decisions about treatment. *Med Decis Making* 2013; 33: 78-84.
- Koedoot N, Molenaar S, Oosterveld P, Bakker P, Graeff de A, Nooy M, e.a. The decisional conflict scale: further validation in two samples of Dutch oncology patients. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 187-93.
- LPGGz, NVvP, GGZ Nederland, LVVP, NIP, Ineen organiseert de eerste lijn, e.a. Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie: achtergrondnotitie. 2015.
- 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: 61-8.
- Légaré F, LeBlanc A, Robitaille H, Turcotte S. The decisional conflict scale: moving from the individual to the dyad level. *Z Evid. Fortbild. Qual. Gesundhwes*. 2012; 106: 247-52.
- Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2007a; 67: 324-32.
- Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007b; 65: 69-78.
- Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, e.a. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychol Med* 2003; 33: 1061-70.
- 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.
- Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA, Beurs de 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* 2015; 15: 313.
- Metz MJ, Elfeddali I, Krol DGH, Veerbeek MA, Beurs de E, Beekman ATF, e.a. A digital intake approach in specialized mental health care: studyprotocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 86.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Schippers E.I. Brief aan Tweede Kamer over Samen beslissen. Oktober 2015.
- Misra-Hebert AD, Kattan MW. Comment on: Decisional conflict, regret, and the burden of rational decision making. *Med Decis Making* 2017; 37: E360-1.
- NANDA. Taxonomy I-Revised. St. Louis, MO: author. 1990
- O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making* 1995; 15: 25-30.
- O'Connor AM. User-Manual-Decisional Conflict Scale (16 item statement format). Ottawa Hospital Research Institute; 1993, updated 2010.
- Osaka W, Nakayama K. Effect of a decision aid with patient narratives in reducing decisional conflict in choice for surgery among early-stage breast cancer patients: A three-arm randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 550-62.
- Patel SR. Recent advances in Shared Decision Making for Mental Health *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 606-12.
- Randenborgh van A, Jong de-Meyer R, Hüffmeier J. Decision making in depression: differences in decisional conflict between healthy and depressed individuals. *Clin Psychol Psychother* 2010; 17: 285-98.
- Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, Elwyn G, Légaré F, Härter M, e.a. Measurement of shared decision making – a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011; 105: 313-24.
- Sepucha KR, Borkhoff CM, Lally J, Levin C.A, Matlock DD, Ng CJ, e.a. Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013; 13(Suppl 2): S12.
- Song MK, Sereika SM. An evaluation of the Decisional Conflict Scale for measuring the quality of end-of-life decision making. *Patient Educ Couns* 2006; 61: 397-404.

- 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.
- Staveren van R. Stand van zaken gezamenlijke besluitvorming in de praktijk: patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 155: A3777.
- Stiggelbout AM, Pieterse AH, Haes de JCM. Shared decision making: concepts, evidence and practice. *Patient Educ Couns* 2015; 98: 1172-9.
- Thompson-Leduc P, Turcotte S, Labrecque M, Légaré F. Prevalence of clinically significant decisional conflict: an analysis of five studies on decision-making in primary care. *BMJ Open* 2016; 6: e011490.
- 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.
- Vickers, AJ. Decisional conflict, regret, and the burden of rational decision making. *Med Decis Making* 2017a; 37: 3-5.
- Vickers, AJ. Response to 'Comment on: Decisional conflict, regret, and the burden of rational decision making'. *Med Decis Making* 2017b; 37: E362.
- 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.
- Zorginstituut Nederland, <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/subsidieregelingen/subsidieregeling-transparantie-over-de-kwaliteit-van-zorg/thema-2016>.

SUMMARY

Providing insight into the construct decisional conflict and its usability to assess shared decision making

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

- BACKGROUND** The increased attention for shared decision making (sdm) in mental health care creates a need to evaluate its application. The construct decisional conflict, which refers to the satisfaction of patients regarding both the decision making process and the decisions made, could be of added value.
- AIM** Clarifying decisional conflict and reflecting on its feasibility to evaluate sdm in mental health care.
- METHOD** A literature study exploring the construct of decisional conflict was conducted, followed by a translation of the results into a visual model.
- RESULTS** Decisional conflict is a multi-dimensional construct and consists of factors influencing the decision making process (information, support, values clarity), level of uncertainty concerning the options and the quality of the decision making. Decisional conflict can be illustrated by using a model and assessed with the Decisional Conflict Scale.
- CONCLUSION** Decisional conflict is informative and useful in the evaluation of the application of sdm and improvement of the quality of the decision making in mental health care as well. This is of importance since patients who experienced less decisional conflict are more engaged in treatment and show better clinical outcomes.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 397-402

KEY WORDS decisional conflict, shared decision making