



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Perspective on shared decision-making for depression and anxiety disorders in clinical practice: a qualitative and quantitative exploration

Rodenburg-Vandenbussche, S.

Citation

Rodenburg-Vandenbussche, S. (2024, January 30). *Perspective on shared decision-making for depression and anxiety disorders in clinical practice: a qualitative and quantitative exploration*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3715350>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3715350>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Addendum

Nederlandse samenvatting

Curriculum vitae

List of publications

Dankwoord

NEDERLANDSE SAMENVATTING

In dit proefschrift beschrijven we de uitkomsten van het ‘Pillen en/of Praten’ onderzoek. Dit onderzoek richt zich op behandelbeslissingen voor depressie, angststoornissen en Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS) in de specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (2^e/3^e lijns GGZ). Met dit onderzoek wilden we inzicht krijgen in verschillende aspecten van de besluitvorming over de behandeling van depressie en angststoornissen in de klinische praktijk, en meer specifiek de beslissing om te kiezen voor: farmacotherapie (medicijnen), psychotherapie of een combinatie van beide. Hiervoor gebruikten we zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden.

We identificeerden factoren die belangrijk zijn in de besluitvorming, voor patiënten en klinici (psychiaters (i.o), psychologen, verpleegkundigen) en we onderzochten hoe deze factoren de uitkomst van het besluitvormingsproces bepalen, d.w.z. de keuze voor ‘Pillen en/of Praten’.

We onderzochten:

1. welke voorkeuren patiënten en klinici hebben met betrekking tot de behandeling van depressie en angststoornissen én voor welke behandeling er uiteindelijk wordt gekozen; en welke factoren een rol spelen bij de vorming van dergelijke behandelvoorkeuren en -keuzes.
2. welke voorkeuren patiënten en klinici hebben met betrekking tot hun rol in het besluitvormingsproces én hoe zij die rol (hebben) ervaren; de mate van overeenstemming tussen de voorkeurs- en ervaren rol van patiënten; en de mate van Gezamenlijke Besluitvorming (Shared Decision-Making, SDM) in de klinische praktijk.

Tenslotte exploreerden we:

3. mogelijke aangrijpingspunten om de (gezamenlijke) besluitvorming rondom de behandeling van depressie en angststoornissen te verbeteren.

Hoofdstuk 1 geeft een algemene inleiding op het onderwerp en de onderbouwing van de onderzoeksvragen. Hierin belichtten we de hoge prevalentie, co-morbiditeit, hoge ziektelast en sociaaleconomische lasten van depressie en angststoornissen. Ook gaan we verder in op de beschikbare behandelingen voor deze aandoeningen. Volgens (inter)nationale richtlijnen ten tijde van dit onderzoek zijn de meest effectieve behandelingen: psychotherapie, medicatie, of een combinatie van beide. Deze behandelingen blijken uit onderzoek even effectief, maar voor veel patiënten toch nog niet optimaal. De keuze hiervoor hangt o.a. af van het ziektebeeld en eerdere ervaringen. Echter, er spelen ook verschillende andere factoren mee, waaronder de persoonlijke voorkeuren van patiënt en behandelaar. Tenslotte bespreken we het concept Patient Centered Care (PCC) en gezamenlijke besluitvorming, ook wel Shared Decision-making (SDM) of Samen Beslissen genoemd. De laatste jaren

komt er vanuit de medische wereld steeds meer een accent te liggen op betrokkenheid van patiënten bij behandelbeslissingen. Daarnaast groeit in het kader hiervan de interesse in voorkeuren van patiënten. Ook patiënten zelf willen actiever betrokken worden bij medische beslissingen. Door middel van SDM, kan dat. Onderzoek naar SDM heeft in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een duidelijke achterstand vergeleken met andere disciplines. Desondanks is juist in de psychiatrie een belangrijke rol weggelegd voor deze manier van besluitvorming.

Hoofdstuk 2 beschrijft de associaties tussen de sociaal demografische en klinische kenmerken van patiënten met een ernstige depressieve stoornis (MDD) en de keuze voor een behandeling met een van de drie hoofdcategorieën van de behandeling van depressieve stoornissen: farmacotherapie (antidepressiva); psychotherapie (cognitieve gedragstherapie, CGT); een combinatie van beide. Voor dit retrospectieve cohortonderzoek gebruikten we klinische data van poliklinische patiënten van GGZ Rivierduinen, een aanbieder van specialistische geestelijke gezondheidszorg in Leiden e.o. Deze gegevens werden verzameld in een naturalistische setting met behulp van Routine Outcome Monitoring (ROM) en aanvullende gegevens werden verkregen uit medische patiëntendossiers. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de keuze voor behandeling in deze setting over het algemeen in lijn is met de toenmalige behandelrichtlijnen. We vonden dat bij patiënten met een meer ernstige depressie vaker een behandeling met antidepressiva (al dan niet in combinatie met CGT/psychotherapie) werd ingezet. Daarnaast vonden we een significant verband tussen de behandelkeuze en de (zelf-gerapporteerde) ernst van de stoornis en het geslacht van de patiënt: mannen werden minder vaak dan vrouwen behandeld met psychotherapie (ten opzichte van antidepressiva). Bij patiënten die al een antidepressivum gebruikten op het moment van verwijzing naar de specialistische GGZ (veelal voorgeschreven door de huisarts) werd vaker besloten deze behandeling in de gespecialiseerde zorg voort te zetten, dus te 'kiezen voor pillen'.

In **hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4** doen we verslag van de acht focusgroepen die we hielden met patiënten en met clinici van GGZ Rivierduinen en de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Allereerst beschrijven we de mening en houding van patiënten en clinici ten opzichte van behandelingen; daarna hun behandelvoorkeuren en factoren die volgens hen het ontstaan van deze voorkeuren en de daadwerkelijke keuze voor een behandeling (pillen en/of praten) beïnvloeden (hoofdstuk 3). We identificeerden vier centrale elementen van het besluitvormingsproces: 'communicatie', 'informatie/kennis', 'voorkeuren' en 'beslissingen'. Kennis en (ontvangen) informatie bepaalden via voorkeuren de uiteindelijke beslissing.

Dit proces konden we onderverdelen in verschillende fasen:

1. Voor een deel werden à priori voorkeuren bepaald nog voor het consult (de ontmoeting tussen patiënt en de psychiater/psycholoog), gebaseerd op eerdere ervaringen, informatie van familie/vrienden en andere informatiebronnen.
2. op basis van bestaande kennis en aanvullende informatie (een uitwisseling tussen patiënt en psychiater/psycholoog) werden gedurende het consult nieuwe voorkeuren gevormd of de à priori voorkeuren versterkt.
3. Tenslotte werd er een uiteindelijke beslissing genomen, veelal op basis van een behandeladvies van de psychiater.

Naast kennis en informatie speelden de relevantie en beschikbaarheid van behandelopties, normen en attitudes van patiënten en klinici een belangrijke rol, maar ook een verscheidenheid aan contextuele factoren, onder te verdelen naar eigenschappen van de patiënt, ziekte, zorgprofessional en behandeling. Communicatie was op verschillende niveaus en in verschillende fases in dit proces essentieel. Daarbij speelden concepten zoals vertrouwen, onzekerheid, het 'wikken en wegen' en 'wie beslist?' een belangrijke rol. Alhoewel besluitvormingsprocessen van patiënten en klinici werden gekenmerkt door vergelijkbare elementen en beïnvloedende factoren, verschilden deze aanzienlijk in betekenis en waarden tussen patiënten en klinici.

In **hoofdstuk 4** beschrijven we de conceptualisering van SDM, stimulerende factoren en verantwoordelijkheden met betrekking tot SDM en de besluitvorming vanuit het perspectief van patiënten en klinici, alsook randvoorwaarden en ervaren barrières voor SDM in de klinische praktijk. Onze observaties gaven inzicht in het SDM-proces, waarbij we patiënten en artsen lieten nadenken over wat SDM voor hen betekende en hoe zij dachten dat het werkte in de klinische praktijk op basis van hun eigen ervaringen in deze setting. De resultaten benadrukken de invloed van communicatie en vertrouwen, waarden/overtuigingen, contextuele factoren en het belang van de beschikbaarheid van behandelopties bij het nemen van behandelbeslissingen, en dus de uiteindelijke keuze. Zowel de patiënten als de klinici waren voorstander van SDM, maar de uitvoering van SDM in de praktijk vonden beiden moeilijk en zij liepen daarbij tegen een aantal belemmeringen aan. Patiënten en klinici deelden de generieke waarden van SDM, zoals "patiënten moeten betrokken worden bij beslissingen over hun eigen behandeling", "uitvragen/achterhalen van waarden en voorkeuren is belangrijk" en "SDM zou het belangrijkste startpunt van de behandeling moeten zijn". Belemmeringen die beide partijen noemden waren de complexiteit en de onzekerheid gerelateerd aan het nemen van behandelbeslissingen in de psychiatrie; de ernst van de ziekte; en de besluitvaardigheid van patiënten. Hoewel patiënten deze punten wel noemden en zij erkenden dat dit effect kon hebben op SDM, vonden zij niet dat deze belemmeringen hun deelname aan het besluitvormingsproces, dus SDM, volledig zouden mogen uitsluiten. Zij waren van mening dat, ondanks de ernst van de ziekte en mogelijk een verminderde besluitvaardigheid, patiënten uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor het

nemen van de beslissing en daarom de mogelijkheid moeten krijgen om betrokken te zijn bij de besluitvorming over hun eigen behandeling. Ook de redenen om SDM toe te passen in de klinische praktijk verschilden tussen patiënten en klinici. Patiënten vonden dat het fundamenteel een ethisch recht is van patiënten om betrokken te worden bij hun eigen behandeling en dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor de keuze van hun behandeling. Clinici vonden dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de uiteindelijke beslissing bij de professionals ligt. SDM was volgens hen meer een middel om een goede behandelrelatie met patiënten op te bouwen en therapietrouw te bevorderen. Patiënten en klinici waren het er wel over eens dat klinici een aantal duidelijke taken hebben in het proces: 1. de patiënten informeren en de behandelingsopties bespreken, inclusief de voor- en nadelen en 2. patiënten betrekken bij het gesprek over hun behandeling om zo tot een gezamenlijk besluit te komen. Echter, een deel van de klinici meende dat SDM betekende: de patiënt informeren, zodat de patiënt daarna zelf kon beslissen. Voor patiënten betekende SDM: het delen van informatie, voorkeuren en waarden en samen met de zorgverlener/clinicus een besluit nemen.

Hoofdstuk 5 doet verslag van een onderzoek dat we uitvoerden om de hierboven genoemde relevante aspecten van het besluitvormingsproces te meten. Met behulp van een vragenlijst onder poliklinische patiënten met een depressie en/of angststoornis onderzochten we voorafgaand aan het consult o.a. de voorkeuren ten aanzien van de behandeling en de gewenste besluitvormingsrol, en vervolgens achteraf de daadwerkelijke behandelkeuzes en de ervaren besluitvormingsrol van patiënten. We onderzochten de relatie tussen de verschillende variabelen. Uit de resultaten blijkt dat de meeste patiënten een voorkeur hadden voor de combinatie van CGT en een antidepressivum of CGT alleen ('Praten'). Slechts enkele patiënten gaven de voorkeur aan een behandeling met alleen een antidepressivum ('Pillen'). Verder bleek dat de meeste patiënten de voorkeur gaven aan een gedeelde besluitvormingsrol (een actieve patiëntenrol) en dat zij vertrouwen hadden in hun eigen vermogen om medische informatie te begrijpen en om een gesprek aan te gaan met hun arts of psycholoog (gezondheidsvaardigheden/'health literacy'). Patiënten die gezamenlijk hadden besloten en een actieve rol ervoerden hadden meer vertrouwen in de clinicus en rapporteerden minder beslissingsambivalentie ('decisional conflict'). Toch ervoerden veel patiënten achteraf dat ze de beslissing ofwel alleen hadden genomen of dat de clinicus deze had genomen. De resultaten laten zien dat patiënten al een voorkeur voor een behandeling hadden vóór het consult met de clinicus. En dat uiteindelijke keuzes voor een behandeling wel grotendeels in overeenstemming waren met de aanbevelingen van de klinische richtlijnen, maar niet werden beïnvloed door de à priori behandelvoorkeuren van patiënten. Deze keuzes hielden voornamelijk verband met de informatie die de clinicus tijdens het intakegesprek had verstrekt, de beschikbaarheid van de behandelingsopties en het advies van de clinicus. We vonden dat de overeenstemming tussen voorkeuren en de ervaringen van patiënten ten aanzien van de besluitvormingsrol laag was; hetzelfde gold

voor de overeenstemming tussen hun voorkeuren voor een behandeling en de uiteindelijke keuze. Patiënten die hoger scoorden op zelf-gerapporteerde gezondheidsvaardigheden kregen vaker de behandeling waar zij ook een voorkeur voor hadden (overeenstemming tussen voorkeur en keuze).

Tenslotte rapporteren we in **Hoofdstuk 6** over de validatiestudie van de naar het Nederlands vertaalde 9-Item Shared Decision Making Questionnaire voor patiënten (SDM-Q-9) en artsen (SDM-Q-Doc) in de eerstelijns- en gespecialiseerde zorg. De SDM-Q-9 en SDM-Q-Doc zijn twee veelgebruikte (oorspronkelijk Duitse) instrumenten, die zijn ontwikkeld om het proces SDM te meten, zoals waargenomen door respectievelijk patiënten en artsen (zelf-rapportage). We vertaalden beide instrumenten naar het Nederlands en voerden een validatiestudie uit in verschillende klinische settings. We concludeerden dat beide Nederlandstalige instrumenten geschikt zijn om SDM in de Nederlandse eerstelijns- en gespecialiseerde zorg te meten.

Concluderend laten de resultaten van dit proefschrift zien wat de belangrijkste elementen zijn van het besluitvormingsproces en welke factoren allemaal een rol spelen bij beslissingen rondom de behandeling van depressie en angststoornissen in de specialistische GGZ. Patiënten hebben al vóór de klinische ontmoeting sterke behandelvoorkeuren en deze zijn moeilijk te veranderen. Vooral klinische factoren (zoals de ernst van de ziekte en eerdere behandelervaringen) en eerder gemaakte keuzes lijken van invloed op voorkeuren en behandelbeslissingen (en daarmee toekomstige behandeltrajecten) van patiënten. De professionele en persoonlijke kenmerken van klinici kunnen daarnaast ook een rol spelen, specifiek in de communicatie over behandelopties en het behandeladvies. Hoewel eigenschappen en voorkeuren van de patiënt belangrijk worden gevonden, lijken deze niet genoeg meegenomen te worden in het besluitvormingsproces en de uiteindelijke behandelkeuze. Daarnaast is de overeenstemming tussen de voorkeursrol en de ervaren besluitvormingsrol van patiënten laag. Clinici en patiënten waarderen SDM, maar vinden het moeilijk om uit te voeren. Ze hebben verschillende opvattingen over SDM en ervaren andere belemmeringen. Ze hebben daarnaast verschillende houdingen ten opzichte van behandelingen, (en o.a. daardoor) verschillende voorkeuren. Al deze verschillen kunnen uiteindelijk leiden tot een discrepantie tussen wat een patiënt wil (of verwacht) en wat een clinicus kan of wil bieden, dus keuze. Belangrijke belemmeringen voor SDM zijn de beschikbaarheid van behandelingen en het gebrek aan besluitvaardigheid van de patiënten. Daarnaast lijken patiënten met betere gezondheidsvaardigheden meer te worden betrokken bij behandelbeslissingen, daarom kan het stimuleren van bijvoorbeeld 'health literacy' en 'participating self-efficacy' een belangrijk aangrijpingspunt zijn om SDM in deze setting te verbeteren. Clinici hebben nog te weinig kennis van de belangrijkste stappen van het SDM-proces en bezitten soms onvoldoende (SDM) vaardigheden om deze toe te passen in de klinische praktijk. Vanwege de substantiële rol die klinici hebben in het

besluitvormingsproces zijn zij cruciaal bij de initiatie en vervolgens de realisatie van SDM in de klinische praktijk. Daarom is het van belang om de communicatie- en SDM-vaardigheden van clinici te verbeteren, bijvoorbeeld door ze beter op te leiden, c.q. te trainen in SDM, zodat ze patiënten kunnen betrekken bij de besluitvorming, ook als dit soms moeilijk lijkt. Daarnaast zijn er meetinstrumenten zoals de SDM-Q-9 die de mate en stappen van SDM kunnen monitoren en keuzehulpen die het besluitvormingsproces ondersteunen of de patiëntervaring kunnen verbeteren.

Gebaseerd op het theoretische concept van SDM en de resultaten van dit proefschrift, denken we dat SDM het potentieel heeft om patiëntgerichte zorg in de gespecialiseerde GGZ te verbeteren en behandelbeslissingen te optimaliseren.