

# VU Research Portal

## Shared decision making in mental health care

Metz, M.J.

2018

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Metz, M. J. (2018). *Shared decision making in mental health care: the added value for patients and clinicians*.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# **Samen beslissen in de geestelijke gezondheidszorg**

**De toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars**

## **Samenvatting**



## Samenvatting

Zoals in **Hoofdstuk 1**, de algemene inleiding, is omschreven, gaat dit proefschrift over de toegevoegde waarde van de toepassing van samen beslissen voor patiënten en behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). We hebben tevens onderzocht in hoeverre het gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) en eHealth patiënten en behandelaars kunnen helpen bij de gezamenlijke besluitvorming over keuzes in de behandeling. Tot nu toe is in de geestelijke gezondheidszorg nog weinig onderzoek bekend, waarin de toepassing van samen beslissen is geïntegreerd met ROM en eHealth als hulpmiddelen. In de Nederlandse ggz worden jaarlijks zo'n 700.000 patiënten behandeld door ongeveer 175 ggz-organisaties, variërend van grote, regionale ggz organisaties tot kleine behandelpraktijken. Naar schatting 89.000 medewerkers zijn werkzaam in de ggz.

In de ggz is er de laatste jaren toenemende aandacht voor de implementatie van samen beslissen in de behandelpraktijk. Bij deze aanpak nemen patiënten samen met hun naasten en behandelaars in dialoog besluiten over keuzes in de behandeling. Deze dialoog vindt plaats op een gelijkwaardige wijze, waarbij ieders expertise wordt ingebracht, informatie uitwisseling plaatsvindt over keuzes in de behandeling en patiënten worden ondersteund om actief te participeren. Onderzoek naar de toepassing van samen beslissen in de ggz laat zien dat deze aanpak een positief effect kan hebben op beter geïnformeerde patiënten, meer betrokkenheid van patiënten in de behandeling, een hogere patiënt tevredenheid, het beter opvolgen van behandelafspraken en uiteindelijk ook tot betere behandeluitkomsten kan leiden. Ondanks deze veelbelovende resultaten van samen beslissen, wordt samen beslissen in de ggz nog niet breed toegepast; er is hierin dus nog veel te verbeteren. Om deze kloof tussen de veelbelovende onderzoeksresultaten en de dagelijkse praktijk te overbruggen, is het belangrijk dat zowel behandelaars als patiënten worden ondersteund in het vervullen van hun rol bij deze relatief nieuwe manier van samenwerken. Zoals uitgelegd in **Hoofdstuk 1**, hebben we in dit proefschrift onderzocht in hoeverre de inzet van ROM en eHealth hierbij behulpzaam kan zijn.

ROM is een gepersonaliseerde informatiebron die patiënten en behandelaars inzicht geeft in de aard en ernst van de problematiek aan het begin, gedurende

en eind van de behandeling. Primair doel van ROM is om feedback te geven aan patiënten en behandelaars over de voortgang van de behandeling. ROM kan daarom ook als informatiebron gebruikt worden bij gezamenlijke besluitvorming over keuzes in de behandeling. Onderzoek wijst uit dat het gebruik van ROM de communicatie tussen patiënten en behandelaars kan verbeteren en ook een positieve invloed kan hebben op behandeluitkomsten. Vooral wanneer patiënten onvoldoende baat hebben bij de ingezette behandeling en feedback uit ROM, door behandelaars in samenspraak met patiënten, wordt gebruikt om tijdig bij te sturen. In aanvulling op het hierboven genoemde primaire doel van ROM, wordt ROM tevens gebruikt om binnen teams van te leren en zorgprocessen mee te verbeteren, voor wetenschappelijk onderzoek en tot slot voor externe verantwoording. De laatste jaren is in Nederland de aandacht vooral gericht geweest op het gebruik van ROM voor externe verantwoording, waardoor bij patiënten en behandelaars een negatief beeld ontstond van ROM en het instrument over het algemeen weinig werd gebruikt in de behandelpraktijk. Dit terwijl, als ROM aansluitend op de informatiebehoefte per patiëntengroep goed is geïmplementeerd, het een zinvol feedback instrument voor patiënten en behandelaars kan zijn. Aansluitend op de potentie van ROM en met als doel om het gebruik van ROM in de behandelpraktijk te stimuleren, is in 2014 het landelijke Doorbraak project ROM gestart. Hieraan hebben ggz teams en vrijgevestigde behandelpraktijken werkzaam voor diverse doelgroepen, verspreid over het gehele land deelgenomen. Doorbraak ROM is in opdracht van het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut van Psychologen en GGZ Nederland met subsidie van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ uitgevoerd door het Trimbos-instituut.

Naast ROM kan ook eHealth behulpzaam zijn bij het toepassen van samen beslissen. In ons onderzoek omvat eHealth een internet interventie tijdens de intake gericht op de voorbereiding van patiënten op de intake gesprekken door middel van voorlichting en het kenbaar maken van verwachtingen, voorkeuren en behoeftes. Deze zogenoemde blended eHealth interventie, bestond uit twee modules, geïntegreerd met de intake ROM, die patiënten (samen met hun naasten) volgden. Hierdoor zouden ze beter voorbereid kunnen deelnemen aan de intake gesprekken met de behandelaar. Ondanks dat uit onderzoek blijkt dat eHealth een positieve invloed kan hebben op een actieve deelname van

patiënten aan de behandeling en tot betere behandeluitkomsten kan leiden, is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de toepassing van eHealth in de ggz. Daarnaast is in de behandelpraktijk de integratie van eHealth en ROM qua aanpak nog betrekkelijk nieuw.

In het verlengde van de toenemende aandacht voor samen beslissen, is ook de behoefte ontstaan om de toepassing ervan in de praktijk te evalueren. Een construct dat hierbij behulpzaam kan zijn is 'decisional conflict'. Dit construct is in **Hoofdstuk 2** aan de hand van een literatuur studie nader uitgelegd en gevisualiseerd in een model. 'Decisional conflict' is een multi-dimensioneel concept dat vanuit patiënt perspectief inzicht geeft in de kwaliteit van het besluitvormingsproces en de genomen besluiten. 'Decisional conflict' is gerelateerd aan de manier van samenwerken tussen patiënt en behandelaar, en is dus een transactioneel concept. De dimensies van het construct 'decisional conflict' zijn: 1) zich geïnformeerd voelen over behandelopties, 2) zich bij het maken van keuzes gesteund en niet onder druk gezet voelen, 3) helderheid hebben over eigen waarden, die belangrijk zijn bij de besluitvorming, 4) de mate waarin men zich (on)zeker voelt over de te kiezen opties, 5) de mate van tevredenheid en commitment ten aanzien van de genomen besluiten. Wanneer over de behandeling een moeilijk besluit genomen moet worden, is het logisch dat de mate van 'decisional conflict' aan het begin van dit besluitvormingsproces hoog is. Wanneer vervolgens dit proces zorgvuldig en naar tevredenheid is verlopen, voelen patiënten zich doorgaans minder onzeker en meer comfortabel over het genomen besluit, waardoor de mate van 'decisional conflict' afneemt. Het is gunstig als patiënten minder 'decisional conflict' ervaren, omdat dit een positieve invloed heeft op de tevredenheid over de behandeling, de mate van commitment aan de behandeling en de behandeluitkomsten. Een hoge mate van 'decisional conflict' kan negatieve consequenties hebben zoals uitstel van besluitvorming, teleurstelling, ontevredenheid over de behandeling, uitval en slechtere behandeluitkomsten. Uit onderzoek blijkt dat het toepassen van samen beslissen de mate van 'decisional conflict' kan verminderen. 'Decisional conflict' is, zoals vooral uit onderzoek in de algemene gezondheidszorg blijkt, een bruikbare maat om de kwaliteit van de klinische besluitvorming te evalueren. Dit concept kan ten behoeve van onderzoek en gebruik in de klinische praktijk gemeten worden met de decisional conflict schaal. Dit instrument heeft, naast een totaal

score, ook subscores op de bovengenoemde vijf dimensies. Tot nu toe is het concept 'decisional conflict' nog weinig gebruikt in de ggz, terwijl dit concept in deze sector ook meerwaarde kan bieden om de besluitvorming over de behandeling en de mate van toepassing van samen beslissen beter in beeld te brengen. In **Hoofdstuk 3** zijn de onderzoeksresultaten beschreven van een cross-sectionele studie naar de mate waarin patiënten in de specialistische ggz (sggz) 'decisional conflict' ervaren. Tevens is onderzocht wat de invloed is van socio-demografische en klinische kenmerken op de ervaren mate van 'decisional conflict'. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten die behandeld worden in de sggz over het algemeen veel 'decisional conflict' rapporteren op alle vijf dimensies. Deze bevinding laat dus zien dat er nog ruimte is om de kwaliteit van de klinische besluitvorming in de sggz te verbeteren. Vooral patiënten die weinig controle ervaren over de omstandigheden in hun eigen leven, dus minder 'interne locus of control' rapporteren, scoren significant meer 'decisional conflict' op de totaal schaal en alle vijf dimensies van de decisional conflict schaal. Zoals we van te voren veronderstelden, ervaren patiënten met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose ook meer 'decisional conflict'. Dit werd beïnvloed door het gegeven dat deze groep minder 'interne locus of control' ervaart. Zoals op basis van eerder onderzoek verwacht, vonden we in deze studie dat vrouwen minder 'decisional conflict' rapporteren op het subdomein informatie. Patiënten met de hoofddiagnose psychose ervaren ook minder 'decisional conflict', namelijk op het subdomein zekerheid over de te maken keuzes. Dit zou verklaard kunnen worden door de vaak langere behandelduur van deze patiënten bij hetzelfde behandelteam. Dit kan een positieve invloed hebben op de werkrelatie en deelname aan de besluitvorming, waardoor de mate van 'decisional conflict' afneemt. Aan de andere kant zou het ook zo kunnen zijn dat een langere behandelduur tot hospitalisatie en een passieve rol van patiënten leidt. Mogelijk dat patiënten daardoor makkelijker behandelbesluiten accepteren of denken dat, als ze niet instemmen met de behandelaar, dwang behandeling aan de orde is. Opvallend is dat patiënten met een hogere opleiding meer 'decisional conflict' ervaren op het subdomein helderheid over eigen waarden. Verklaring van deze bevinding kan zijn dat hoger opgeleiden beter geïnformeerd zijn over behandelkeuzes en daardoor meer inzicht hebben in de complexiteit van het te nemen besluit. Mogelijk is het voor deze groep hierdoor moeilijker om voor zichzelf helder te krijgen welke waarden voor hen belangrijk zijn om een passend besluit te

nemen. Tot slot, hebben we in deze studie geen invloed gevonden van leeftijd en behandelsetting op de mate waarin patiënten 'decisional conflict' ervaren.

Nadat in **Deel I** van dit proefschrift is ingegaan op het begrip en de mate van 'decisional conflict', beschrijft **Deel II** de resultaten van het landelijke Doorbraak ROM project. In dit landelijke project is ROM door de deelnemende Doorbraak teams passend bij de patiëntengroep geïmplementeerd als gepersonaliseerde informatiebron bij de toepassing van samen beslissen. De Doorbraak, of te wel interventie teams, volgden volgens de Doorbraak methode een uitgebreid verbeterprogramma, bestaande uit landelijke en regionale implementatie methoden, waarbij de Plan Do Check Act (PDCA) cyclus centraal stond. Denk hierbij onder meer aan: het volgen van conferenties, training en opfrissessies ten behoeve van deskundigheidsbevordering, het aanleren van vaardigheden en het uitwisselen van ervaringen, de mogelijkheid om inhoudelijke en proces experts waaronder patiënt vertegenwoordigers te consulteren, het bijwonen van lokale multidisciplinaire team bijeenkomsten waarin gewerkt werd aan de eigen verbeterplannen en het ontvangen van feedback informatie ten behoeve van de leer-en verbetercyclus van het team. In dit tweede deel van het proefschrift gaat **Hoofdstuk 4** in op de resultaten van de implementatie studie, waarin onderzocht is in hoeverre behandelaars van de Doorbraak (interventie) teams, vergeleken met de Schaduw (controle) teams, de ROM beter zijn gaan gebruiken in de dagelijkse praktijk en dit ook als een zinvol instrument zijn gaan ervaren. De resultaten van deze studie laten zeer positieve resultaten ten gunste van de interventie teams zien. Alle drie de groepen behandelaars uit de interventieteams, artsen, psychologen en verpleegkundigen, zijn meer voordeel gaan ervaren van het gebruik van ROM in de behandelpraktijk. **Hoofdstuk 5** behandelt vervolgens het studieprotocol van de nationale, multi-center studie waarin de effecten van de implementatie van samen beslissen met behulp van ROM zijn onderzocht. In deze trial zijn paren van twee gelijkwaardige teams uit dezelfde ggz-organisatie onderling gerandomiseerd, het zogenoemde 'matched pair' cluster randomised design. In de interventie teams is, naast een bruikbare ROM, met behulp van training en intervisie bijeenkomsten voor behandelaars, het 5 stappen model van samen beslissen met ROM geïmplementeerd. Deze methode bestond uit de volgende stappen: 1) introductie van de keuze, verkennen van doelen en verwachtingen, bespreken welke rol patiënten en naasten willen en kunnen vervullen 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 afspraken maken over het vervolg. Onze hypothesen waren dat de toepassing van samen beslissen met ROM in de interventie teams primair zou leiden tot minder 'decisional conflict' en secundair een positieve invloed zou hebben op de werkalliantie, commitment aan de behandeling en behandeluitkomsten. De resultaten van de RCT zijn vervolgens beschreven in **Hoofdstuk 6**. In totaal hebben 186 patiënten (94 interventie, 92 controle), 57 behandelaars (25 interventie, 32 controle) en 14 teams (7 interventie, 7 controle) van 4 organisaties verspreid over het land deelgenomen aan deze studie. Kijkend naar de totale patiëntengroep die deelnam aan dit onderzoek, is vanuit patiëntperspectief geen verschil gevonden tussen de twee condities in de primaire en secundaire uitkomstmaten. Echter subgroep analyses lieten een significant positief effect van de interventie op minder ervaren 'decisional conflict' zien bij de groep patiënten met een depressie als primaire diagnose. Alhoewel we aanvankelijk dachten dat samen beslissen in de sggz zou kunnen worden gestimuleerd met een generieke interventie gericht op behandelaars, blijkt uit deze onderzoeksresultaten dat deze interventie niet voldoende en te generiek is geweest om samen beslissen te stimuleren voor de gevarieerde groep patiënten die in de sggz wordt behandeld. In tegenstelling tot de uitkomstparameters gescoord door patiënten, gaven behandelaars uit de interventiegroep wel aan een betere werkrelatie te ervaren en ook meer achter de genomen behandelbesluiten te staan. Het positievere oordeel van behandelaars zou uitgelegd kunnen worden door het feit dat deze landelijke interventie behandelaars direct ondersteunden bij de toepassing van samen beslissen met behulp van ROM. Hierdoor waren zij zich bewust van de andere manier van samenwerken, terwijl patiënten nog moesten wennen aan deze nieuwe rol en hierbij niet direct ondersteund werden. De uitkomsten op de proces parameters laten zien dat in de interventiegroep volgens patiënten én behandelaars ROM in de behandeling beter werd gebruikt, terwijl de toepassing van samen beslissen in de interventiegroep ten opzichte van de controle groep nog niet was verbeterd. Tot slot vonden we dat als samen beslissen en ROM in de behandelpraktijk volgens patiënten goed werd toegepast, positieve verbanden met minder ervaren 'decisional conflict' en betere behandeluitkomsten. Deze gevonden verbanden zijn, ondanks de beperkte trial resultaten, zeer bemoedigend voor verdere investeringen in de

implementatie van en onderzoek naar samen beslissen in de behandelpraktijk.

Aanvullend op het nationale initiatief zijn in **Deel III** de implementatie, onderzoeks- aanpak en resultaten van samen beslissen in een vernieuwde intake bij GGz Breburg beschreven. GGz Breburg is een geïntegreerde, specialistische ggz organisatie in de regio Breda en Tilburg. In deze aanpak werden zowel patiënten als behandelaars in de intake fase direct ondersteund bij samen beslissen, waarbij eHealth werd gecombineerd met ROM, de inzet van ervaringsdeskundigen en training inclusief intervisie van behandelaars. De resultaten van deze aanpak zijn geëvalueerd in een matched-pair cluster gerandomiseerde trial. **Hoofdstuk 7** behandelt het studieprotocol van deze trial, waarbij gelijkwaardige intake teams binnen een afdeling onderling werden gerandomiseerd. Hypotheses waren dat, vergeleken met de gebruikelijke intake, de aanpak van samen beslissen in de vernieuwde intake zou leiden tot: 1) minder 'decisional conflict', 2) betere toepassing van samen beslissen, 3) meer patiënt participatie, 4) betere werkrelatie, 5) meer commitment aan de behandeling, en 6) betere behandeluitkomsten. In **Hoofdstuk 8** zijn de resultaten van deze studie beschreven. In totaal hebben 8 teams (4 interventie, 4 controle), 56 koppels van intake behandelaars (29 interventie, 27 controle) en 200 patiënten (94 interventie, 106 controle) geparticipeerd in deze studie. Er zijn geen significante effecten van de interventie gevonden op de primaire uitkomstmaat 'decisional conflict'. Echter de tweede meting, twee maanden na de intake, liet in de interventie groep een significant verbeterde toepassing van samen beslissen en betere behandeluitkomsten zien. De andere secundaire uitkomst parameters, patiënt participatie, werkalliantie, commitment aan de behandeling en behandeluitkomsten, verschilden niet tussen de condities. Ondanks dat de aanpak zowel was gericht op patiënten als behandelaars, was deze interventie niet voldoende om alle uitkomst parameters positief te beïnvloeden. Gezien de positieve resultaten van de interventie op het gebied van de toepassing van samen beslissen en reductie van symptomen, lijkt het er op dat de training van behandelaars in samen beslissen, waarbij tevens aandacht was voor de herstelgerichte aanpak in de behandeling, de meest effectieve component in deze interventie is geweest. Net als in de nationale trial vonden we in dit onderzoek ook een positieve invloed van een betere toepassing van samen beslissen op de vermindering van 'decisional conflict'. Dit was vervolgens geassocieerd met betere behandeluitkomsten.

Deze verbanden bevestigen het belang van verdere investeringen in de implementatie van samen beslissen, vooral gericht op het ondersteunen van patiënten in deze relatief nieuwe manier van werken.

**Hoofdstuk 9** behandelt de algemene discussie van dit proefschrift. Hierin zijn de resultaten samengevat en vanuit een breder perspectief nader beschouwd. Ook vindt een bespreking plaats van de kwaliteiten en beperkingen van de uitgevoerde onderzoeken en is beschreven welke invloed deze kunnen hebben gehad op de resultaten. Sterke kanten van dit proefschrift zijn dat verschillende onderzoeksmethoden, waaronder twee cluster gerandomiseerde trials naar de effecten van samen beslissen, zijn uitgevoerd. Deze twee trials hebben plaatsgevonden in de dagelijkse behandelpraktijk onder een gevarieerde groep patiënten, waardoor de externe validiteit van deze onderzoeken hoog is en de resultaten te generaliseren zijn naar een brede patiëntengroep die in de sggz behandeld wordt. Voor zover bekend, zijn dit de eerst uitgevoerde gerandomiseerde trials die dergelijke gecombineerde initiatieven op het gebied van samen beslissen met ROM en eHealth hebben onderzocht. Beide trials zijn uitgevoerd volgens een matched-pair design, waarbij gerandomiseerd is tussen gelijkwaardige teams. Mede hierdoor zijn in beide studies tussen de condities geen verschillen gevonden in patiënt –en klinische kenmerken en drop out percentages. Een andere sterke kant van beide trials is de onafhankelijke dataverzameling, grotendeels met vragenlijsten apart van de behandeling en uitgevoerd door onafhankelijke onderzoeksassistenten. Hierdoor is de kans op sociaal wenselijke antwoorden en invloed van de onderzoeker of behandelaars op de uitkomsten gereduceerd. Tot slot vonden we, waarschijnlijk mede door de gestratificeerde wijze van randomisatie op teamniveau, geen significante cluster effecten op dit team niveau. Opvallend was dat we in beide studies wel significante clustereffecten op behandelaar niveau vonden. 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 blijkt namelijk dat een grote samenhang bestaat tussen de mate van toepassing van samen beslissen en de samenwerkingsstijl, attitude en vaardigheden van behandelaars. Ook onderzoek naar de implementatie van ROM toont dergelijke verbanden aan tussen behandelaar kenmerken en het gebruik van ROM feedback in de behandeling. Het is daarom aan te bevelen

om meer zicht te krijgen op de invloed van deze behandelaar kenmerken op de toepassing van samen beslissen, zodat bij toekomstige interventies hierop ingespeeld kan worden.

Voor een juiste interpretatie van de onderzoeken is het tevens belangrijk rekening te houden met een aantal methodologische beperkingen. Alhoewel we in dit proefschrift betogen dat 'decisional conflict' een bruikbaar construct is om de kwaliteit van de klinische besluitvorming te evalueren, is de totaal score op dit construct soms moeilijk te interpreteren. Door de multi-dimensionaliteit van het construct hoeven de scores op de subschalen niet altijd hetzelfde beeld te laten zien. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat bij een goede toepassing van samen beslissen de scores op een aantal subschalen in positieve zin worden beïnvloed, maar dat bij het nemen van een moeilijk besluit de onzekerheid over de best passende keuze hoog blijft. Tevens blijkt dat er samenhang is tussen patiëntkenmerken en scores op de verschillende dimensies van 'decisional conflict'. We bevelen daarom aan om bij toekomstig onderzoek en in de klinische praktijk niet alleen het totaal concept 'decisional conflict', maar juist ook de vijf dimensies van het construct in ogenschouw te nemen. Een beperking van beide trials is dat, door de aard van de interventie, de deelnemende behandelaars niet geblindeerd waren voor de conditie. Het is dus mogelijk dat behandelaars uit de controle condities zich ook inspanden om samen beslissen te verbeteren. Tegelijkertijd kan het zo zijn dat behandelaars in de controle teams ervaringen van collega's uit de interventie teams meekregen en/of werden beïnvloed door de toenemende aandacht die er in het gehele ggz veld was voor samen beslissen, ROM en eHealth. Mogelijk zijn daardoor de verschillen tussen de interventie en controle condities kleiner geworden. Verder weten we niet in hoeverre behandelaars en patiënten na de studies door zijn gegaan met de toepassing van samen beslissen met behulp van ROM en eHealth en hebben we ook nog geen inzicht in de lange termijn effecten van deze aanpak. Tevens hebben we met onze onderzoeken een beperkt beeld gekregen van het verband tussen patiënt en klinische kenmerken en de mate van ervaren 'decisional conflict'. Daarnaast hebben we niet onderzocht welke behandelaar kenmerken van invloed zijn op samen beslissen, terwijl we op de primaire uitkomstmaat wel een hoge clustering van resultaten tussen behandelaars vonden.

In het verlengde van de gevonden resultaten en de reflectie hierop, beschrijven we in **Hoofdstuk 9** tevens de implicaties van de onderzoeksbevindingen voor de dagelijkse praktijk en verder onderzoek.

Ten eerste bevelen we aan om het multi-dimensionele construct 'decisional conflict' meer te gaan gebruiken bij de evaluatie van de klinische besluitvorming en de toepassing van samen beslissen, zowel in de behandelpraktijk als in onderzoek. Het is hierbij belangrijk om zowel de vijf dimensies van dit construct als de invloed van patiëntkenmerken in ogenschouw te nemen. Het is namelijk het meest effectief om de ondersteuning van samen beslissen aan te laten sluiten op de dimensies die bij patiënten hoog scoren en per patiëntengroep anders kunnen zijn. In aanvulling op het construct 'decisional conflict' is het belangrijk om rekening te houden met de attitude van de patiënt en diens naasten ten opzichte van gezamenlijke besluitvorming over de behandeling. Om die reden presenteren we in **Hoofdstuk 9** een gecombineerd model, waarin zowel 'decisional conflict' als de motivatie van de patiënt voor samen beslissen een plek hebben gekregen.

Het is immers belangrijk om patiënten en naasten te ondersteunen bij samen beslissen, aansluitend op de rol die bij hen past. Het bespreken van de gewenste rol en de motieven hierbij zijn daarom essentiële stappen in de toepassing van samen beslissen.

Een tweede aanbeveling, die we in **Hoofdstuk 9** toelichten, is dat het belangrijk is om verder te investeren in de ontwikkeling en implementatie van hulpmiddelen om samen beslissen te bevorderen, waarbij implementatie strategieën uit de Doorbraak methode behulpzaam kunnen zijn. Deze aanbeveling onderbouwen we met de bevindingen dat patiënten in de sggz over het algemeen een hoge mate van 'decisional conflict' ervaren en dat we, ondanks de beperkte trial resultaten, veelbelovende verbanden hebben gevonden tussen de toepassing van samen beslissen, 'decisional conflict' en behandeluitkomsten. Omdat samen beslissen een andere werkwijze vraagt van zowel patiënten als behandelaars is het belangrijk om beide partijen hierbij te ondersteunen. Naast aandacht voor samen beslissen in de studie programma's van psychiaters, psychologen en verpleegkundigen, is het, gezien de gevonden verschillen in de aanpak tussen behandelaars, ook belangrijk dat behandelaars hierin van elkaar kunnen leren. Bij toekomstige trainingen en coaching zou