

# Keuzehulpen voor *shared decision making*

## Referentie

Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5

## Duiding

Nicolas Delvaux en Bert Aertgeerts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

## Klinische vraag

Wat is de invloed van keuzehulpen op beslissingen rond behandelingen of screeningsonderzoeken?

## Achtergrond

Tijdens het formuleren van aanbevelingen baseren richtlijnontwikkelaars zich op een grondige beoordeling van het beschikbare wetenschappelijke bewijs en wegen ze voor- en nadelen van beleidsopties tegenover elkaar af. Sommige aanbevelingen zijn sterk omdat de voordelen de nadelen duidelijk overtreffen. Vaak is de afweging van voor- en nadelen van verschillende beleidsopties minder duidelijk en zullen richtlijnontwikkelaars eerder conditionele aanbevelingen formuleren. Van artsen wordt dan verwacht dat ze de verschillende argumenten pro en contra op een begrijpelijke manier aan de patiënten voorstellen om samen met hen tot een gedeelde beslissing te komen (*shared decision making* of SDM). *Shared decision making* wordt wereldwijd gedragen als een basisprincipe voor goede medische zorg (1-4). Deze aanpak eist niet alleen om een cultuuromslag bij zorgverleners maar vraagt ook om het ontwikkelen van keuzehulpen die patiënten ondersteunen wanneer ze moeten kiezen tussen beleidsopties gerelateerd aan hun gezondheid (5). Naast het aanbieden van evidence-based informatie over gezondheidsproblemen, beleidsopties, geassocieerde voor- en nadelen, kansen en wetenschappelijke onzekerheden, hebben alle keuzehulpen als gemeenschappelijke kenmerken dat ze expliciet vermelden welke beslissing over het beleid genomen moet worden en dat ze patiënten helpen bij een persoonlijke afweging tussen voor- en nadelen die met een bepaalde beslissing gepaard gaan, zonder hierbij patiënten een bepaalde optie op te dringen.

## Samenvatting

### Methodologie

Systematische review en meta-analyses

### Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (tot 24 april 2015), MEDLINE Ovid (1966 tot 24 april 2015), Embase Ovid (1980 tot 24 april 2015), PsycINFO Ovid (1806 tot 24 april 2015), CINAHL Ovid en Ebsco (1982 tot 24 april 2015)
- WHO trial register, ClinicalTrials.gov, Google Scholar en Google, Decision Aid Library Inventory.

### Geselecteerde studies

- gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) die een keuzehulp voor patiënten vergelijken met usual care, algemene informatie, placebo of geen interventie
- exclusie van studies met focus op leefstijlveranderingen, met educatieprogramma's die niet gericht zijn op een specifieke beslissing, met interventies om de therapietrouw te verhogen; ook studies waarbij deelnemers via casuïstiek een hypothetische keuze moesten maken en waarbij men twee keuzehulpen vergeleek werden geëxcludeerd
- in totaal includeerde men 105 studies.

### Bestudeerde populatie

- volwassenen van 18 jaar of ouder die een beslissing moesten nemen over screenings- of behandelingsopties voor henzelf, een kind of een wilsonbekwame persoon
- in totaal includeerde men 31 043 patiënten.

### Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
  - gebaseerd op de IPDAS (International Patient Decision Aids Standards)- criteria:
    - kennis, correcte inschatting van risico's, overeenstemming tussen keuze en waardeoordeel van de geïnformeerde patiënt
    - het besef dat er een keuze gemaakt moet worden, het gevoel geïnformeerd te zijn, duidelijkheid over de belangrijkste kenmerken van de opties, samen met de arts discussiëren over waarden, betrokkenheid bij de besluitvorming
  - andere criteria: beslissingsconflict, arts-patiënt-communicatie, participatie in besluitvormingsproces, aandeel onbeslist, tevredenheid met de keuze, het proces en de voorbereiding van de besluitvorming
- secundaire uitkomstmaten:
  - gedrag: zowel de keuze zelf als de naleving van de gekozen optie
  - gezondheidsuitkomsten: gezondheidsstatus en kwaliteit van leven, angst, depressie, emotionele nood, spijt, vertrouwen
  - gezondheidszorgsysteem: kosten en kosteneffectiviteit, duur van de raadpleging, aantal gerechtelijke klachten.

### Resultaten

- van de primaire uitkomstmaten (zie tabel 1):
  - in vergelijking met een controlegroep scoorden patiënten die over een keuzehulp beschikten statistisch significant beter op kennis en konden tweemaal meer patiënten de risico's correct inschatten en/of een keuze maken die overeenstemde met hun waardeoordeel
  - in vergelijking met een controlegroep voelden patiënten met een keuzehulp zich statistisch significant beter geïnformeerd en was het voor hen duidelijker wat hun eigen waarden waren
  - in vergelijking met een controlegroep werden er in de groep met patiënten met een keuzehulp ongeveer de helft minder arts-gecontroleerde eenzijdige beslissingen genomen

Tabel 1. Primaire uitkomstmaten tussen de controlegroep en de groep die over een keuzehulp beschikte.

Uitkomst	Vergelijking tussen		Relatieve effect (95% BI)	Aantal deelnemers (studies)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)
	controle groep	keuzehulp groep			
Kennisscore (gestandaardiseerd als 0 (geen kennis) tot 100 (perfecte kennis), kort na gebruik keuzehulp)	Gemiddelde score 56,9 (95% BI 27,0-85,2)	Gemiddelde score <b>13,27 hoger</b> (95% BI 11,32-15,23%)	-	13 316 (52 studies; I <sup>2</sup> =93%)	Hoog
Correcte inschatting van risico's (kort na gebruik van keuzehulp)	269 per 1000	565 per 1000 (447 tot 716 per 1000)	<b>RR 2,10</b> (95% BI 1,66 - 2,66)	5 096 (17 studies; I <sup>2</sup> =89%)	Matig

Overeenstemming keuze en waarden (kort na gebruik van keuzehulp)	289 per 1000	595 per 1000 (422 tot 841 per 1000)	<b>RR 2,06</b> (95% BI 1,46-2,91)	4 626 (10 studies; I <sup>2</sup> =95%)	Laag
Beslissingsconflict: subschaal onvoldoende geïnformeerd (gestandaardiseerd als 100 (niet geïnformeerd) tot 0 (geïnformeerd), kort na gebruik van keuzehulp)	Gemiddelde score van 11,1 tot 61,1	Gemiddelde score <b>9,28 lager</b> (95% BI 12,20-6,36)	-	5707 (27 studies; I <sup>2</sup> =89%)	Hoog
Beslissingsconflict: subschaal onduidelijkheid rond eigen waarden (gestandaardiseerd als 100 (onduidelijk) tot 0 (niet onduidelijk), kort na gebruik keuzehulp)	Gemiddelde score van 15,5 tot 53,2	Gemiddelde score <b>8,81 lager</b> (95% BI 11,99 - 5,63)	-	5068 (23 studies; I <sup>2</sup> =92%)	Hoog
Aandeel arts-gecontroleerde besluiten	228 per 1000	155 per 1000 (125 tot 189 per 1000)	<b>RR 0,68</b> (95% BI 0,55-0,83)	3810 (16 studies; I <sup>2</sup> =36%)	Matig

- van de secundaire uitkomstmaten:
  - met keuzehulpen verminderde in vergelijking met usual care het aantal keuzes voor majeure electieve chirurgische ingrepen (RR 0,84; 95% BI van 0,73 tot 0,97; n=3 108; N=17 studies; I<sup>2</sup>=66%) na exclusie van één studie met profylactische mastectomie
  - met keuzehulpen verminderde in vergelijking met usual care het aantal keuzes voor prostaatkankerscreening met PSA (RR 0,88; 95% BI van 0,80 tot 0,98; n=3 996; N=10 studies; I<sup>2</sup>=58%), en niet voor colonkankerscreening (n=4 529; N=10 studies)
  - in vergelijking met usual care nam met keuzehulpen het aantal diabetici toe dat ervoor koos om nieuwe medicatie op te starten (RR 1,65; 95% BI van 1,06 tot 2,56; n=447; N=4 studies; I<sup>2</sup>=0%)
  - met gebruik van keuzehulpen tijdens de raadpleging duurden de consultaties mediaan 2,6 (IQR -0,4 tot +23) minuten langer
  - geen enkele studie rapporteerde ongewenste effecten geassocieerd met het gebruik van keuzehulpen.

### Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat patiënten die in vergelijking met usual care kunnen beschikken over keuzehulpen voor uiteenlopende beleidsbeslissingen meer kennis ervaren, zich beter geïnformeerd voelen en een duidelijker beeld hebben van hun eigen waarden en voorkeuren. Waarschijnlijk stimuleren keuzehulpen patiënten tot een meer actieve rol in het beslissingsproces en kunnen patiënten door keuzehulpen een betere inschatting maken van de risico's. Bovendien is er een toenemend bewijs dat keuzehulpen de gemaakte keuzes en waarden beter tegenover elkaar afstemmen. Er zijn geen ongewenste effecten op vlak van gezondheid en tevredenheid. Verder onderzoek is nodig naar de invloed van keuzehulpen op de naleving van de gekozen optie, de kosteneffectiviteit en het gebruik van keuzehulpen bij lager geletterde personen.

### Financiering van de studie

De Universiteit van Ottawa, Canada en het Ottawa Hospital Research Institute; geen andere (externe) bronnen van financiering.

### **Belangenconflicten van de auteurs**

De meeste auteurs waren betrokken bij de geïncludeerde RCT's in deze systematische review. Het was echter niet toegelaten dat auteurs hun eigen studie(s) methodologisch beoordeelden. Verschillende auteurs waren ook betrokken bij het opstellen van de IPDAS-criteria en ontvingen hiervoor vergoedingen.

## **Bespreking**

### **Methodologische beschouwingen**

Deze rigoureuze opgezette systematische review met meta-analyse van de Cochrane Collaboration onderzocht het effect van keuzehulpen voor screening en behandelingen. Ze werd uitgevoerd volgens een vooraf bepaald protocol en men gebruikte de PRISMA-aanbevelingen om de resultaten te rapporteren. In vergelijking met andere systematische reviews over complexe interventies waren er opvallend weinig studies met een hoog risico van bias. Dat is enigszins verwonderlijk aangezien de onderzochte interventie noch voor de zorgverlener, noch voor de patiënt te blinderen is en het meestal gaat om subjectieve uitkomstmaten. Voor de meeste van de meer dan 40 verschillende uitkomstmaten was de kwaliteit van bewijs laag tot zeer laag. Vijf van de 6 primaire uitkomstmaten hadden een matige tot hoge GRADE. De auteurs beslisten om geen rekening te houden met de **statistische heterogeniteit** van de resultaten omdat deze heterogeniteit beperkt was tot de grootte en niet tot de richting van het effect. De hoge statistische heterogeniteit weerspiegelt waarschijnlijk wel een belangrijke **klinische heterogeniteit** als gevolg van een grote verscheidenheid aan keuzehulpen en situaties waarin ze gebruikt worden. Dat maakt het moeilijk om de gepoolde effecten correct te interpreteren. Vrijwel alle onderzochte uitkomstmaten waren zogenaamde procesuitkomsten. Er waren geen studies die klinische uitkomstmaten rapporteerden.

### **Interpretatie van de resultaten**

Uit de resultaten blijkt dat keuzehulpen de gezamenlijke besluitvorming positief beïnvloeden en voor gevolg hebben dat patiënten niet alleen meer geïnformeerde keuzes maken, meer kennis hebben, maar ook keuzes maken die dichter bij hun eigen waarden en voorkeuren liggen. Voor de meeste primaire uitkomsten zijn de **absolute effectgroottes** matig tot groot. Zo verdubbelen keuzehulpen het aantal patiënten met een correcte inschatting van de risico's die met verschillende keuzes gepaard gaan (van 25% tot meer dan 50%). Ook neemt het aantal patiënten dat keuzes maakt in overeenstemming met hun waarden en voorkeuren toe van ongeveer 30% tot meer dan 50%. Daarenboven leiden keuzehulpen ertoe dat patiënten afzien van majeure electieve chirurgische ingrepen. Patiënten kozen ook minder voor prostaatkankerscreening met PSA, maar er was geen invloed op de keuze voor colonkankerscreening, genetische borstkankerscreening en prenatale screening. Het gebruik van keuzehulpen ging wel gepaard met een toename van de consultatieduur met bijna 3 minuten.

## **Besluit van Minerva**

Uit deze goed uitgevoerde systematische review met meta-analyse van gerandomiseerde gecontroleerde studies kunnen we besluiten dat keuzehulpen leiden tot beter geïnformeerde patiënten die een duidelijker zicht hebben op de eigen waarden en voorkeuren (hoog kwaliteit van bewijs). Ze toont ook aan dat keuzehulpen de patiënten kunnen helpen om een meer actieve rol bij de besluitvorming op te nemen en beter de werkelijke risico's van verschillende beleidsopties in te schatten (matig kwaliteit van bewijs). Op basis van de resultaten van deze systematische review is het echter onmogelijk om een uitspraak te doen over welke soort keuzehulpen het meest effectief zijn of in welke setting ze het grootste resultaat opleveren.

## Voor de praktijk

*Shared decision making* of gezamenlijke besluitvorming is bijzonder relevant en actueel, ook in Vlaanderen (6,7). Keuzehulpen kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn om patiënten te ondersteunen in dit complexe beslissingsproces. Ze bestaan in verschillende vormen en formaten. De websites [www.gezondhedenwetenschap.be](http://www.gezondhedenwetenschap.be), [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) en [www.mongeneraliste.be](http://www.mongeneraliste.be) zijn Nederlandstalige of Franstalige informatiebronnen die kunnen helpen bij het beslissingsproces maar bieden strictu sensu geen keuzehulpen aan. Via de Cebam Digital Library for Health ([www.cdllh.be](http://www.cdllh.be)) heeft men toegang tot de Dynamed Plus kennisdatabank. Voor verschillende onderwerpen, zoals voor prostaatkankerscreening, worden hier Engelstalige EBSCO Health Option Grids® keuzehulpen aangeboden. De huidige systematische review en meta-analyse van de Cochrane Collaboration onderbouwt het belang van de verdere ontwikkeling van keuzehulpen in de zorgverlening.

### Referenties

1. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making - the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366:780-1. DOI: 10.1056/NEJMp1109283
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27:1361-7. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6
3. Leng G, Clark CI, Brian K, Partridge G. National commitment to shared decision making. *BMJ* 2017;359:j4746. DOI: 10.1136/bmj.j4746
4. Treweek S, Oxman AD, Alderson P, et al; DECIDE Consortium. Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): protocol and preliminary results. *Implement Sci* 2013;8:6. DOI: 10.1186/1748-5908-8-6
5. O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999;319:731-4. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.731
6. De patiënt/burger centraal. Tussentijds rapport. Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016.
7. Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: situering en veranderingstraject 2015-2019. Agentschap Zorg & Gezondheid, 2015.