

Keuzehulp bij bipolaire stoornis

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten die gebruik maken van een digitale keuzehulp binnen Antes

Inleiding

De bipolaire stoornis is een stemmingsstoornis die bij 1,3% van de Nederlandse bevolking voorkomt (De Graaf, Ten Have, & Van Dorselaer, 2010). Deze stoornis wordt in de DSM-5 omschreven als een terugkerende stemmingsstoornis, waarbij in de tijd afgebakende periodes van manie, hypomanie en depressie elkaar afwisselen. Tussen deze episoden is er meestal sprake van een gemiddelde stemming (American Psychiatric Association, 2015).

Volgens de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (Kupka *et al.*, 2015) zijn farmacotherapie en psycho-educatie hoekstenen van de behandeling in elke fase van de bipolaire stoornis. Van der Voort, Van Meijel, Kupka, Goossens en Beekman (2015) beschrijven dat een deel van de patiënten goed reageert op de ingezette behandeling. In veel gevallen echter heeft de bipolaire stoornis een veel minder gunstig beloop; die patiënten reageren minder goed op de behandeling en hebben relatief vaak een terugval, veel restverschijnselen, cognitieve functiestoornissen, beperkte sociale steun en een slecht sociaal functioneren.

Robert *et al.* (2010) schrijven dat medicatietrouw de gezondheidstoestand kan verbeteren.

Patiënten met een bipolaire stoornis staan echter vaak ambivalent tegenover de behandeling met medicijnen, wat zich uit in medicatie-ontrouw. Dit is een belangrijke oorzaak van terugval. Perlis *et al.* (2006) vonden dat van de 1469 deelnemers met een bipolaire stoornis aan het begin van de studie, na behandeling bij 858 deelnemers (58,4%) sprake was van herstel; Bij 416 (48,5%) van deze herstelde deelnemers recidiveerde de bipolaire stoornis binnen twee jaar na behandeling. Volgens Velligan *et al.* (2009) is slechts 35% van de patiënten met een bipolaire stoornis medicatietrouw. Medicatie-ontrouw wordt verder geassocieerd met een groter risico op ziekenhuisopna-

mes (Hassan & Lage, 2009), verslechtering van het beloop en functionele beperkingen (Scott & Pope, 2002), suïcide (Gonzalez-Pinto *et al.*, 2006) en hogere gezondheidszorgkosten (Gianfrancesco, Sajatovic, Rajagopalan, & Wang, 2008).

Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk thema binnen de Nederlandse gezondheidszorg (Härter, Elwyn, & Van der Weijden, 2011). De multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (Kupka *et al.*, 2015) beveelt SDM aan bij de zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis.

Internationaal wordt veelal de term *shared decision making* (SDM) gehanteerd. SDM is het proces waarbij een hulpverlener en een patiënt samen een keuze voor een bepaalde behandeling (Legare *et al.*, 2018). Bauer *et al.* (2006) concludeerden dat SDM een gunstige uitwerking heeft op het voorkomen van de manische symptomen, sociale rolvervulling, kwaliteit van leven en tevredenheid over de behandeling. Bij een onderzoek van Inder, Lacey en Crowe (2018) benoemden patiënten met een bipolaire stoornis dat medicatietrouw gemakkelijker wordt door een grotere nadruk op shared decision making te leggen binnen de behandeling. Bij de toepassing van SDM voelen patiënten zich meer betrokken en geactiveerd. Hierdoor maken zij doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze en ervaren zij minder twijfel en spijt (Stalmeier *et al.*, 2009). Van der Voort *et al.* (2015) onderzochten het effect van een 'Zorg in Samenwerking' programma waarbij beslissingen over de behandeling genomen werden door middel van SDM. Het bleek dat patiënten minder lang depressief waren en na twaalf maanden ook minder ernstig depressief dan patiënten die de gebruikelijke zorg ontvingen. Het 'Zorg in Samenwerking' programma bestond echter uit meerdere onderdelen; dus het effect is waarschijnlijk niet alleen aan SDM toe te schrijven.

Volgens Stacey *et al.* (2017) ondersteunt een keuzehulp het proces van SDM. Hawley, Newman, Griggs, Kosir en Katz (2016) omschrijven een keuzehulp als een interventie om SDM mogelijk te maken. Een keuzehulp is een instrument dat begrijpelijke en op bewijs gebaseerde informatie bevat over de diagnose en de voor- en nadelen van de mogelijke behandelingen. Ook kan het de patiënt inzichtelijk maken wat zijn of haar voorkeuren zijn. Zo wordt beoogd iemand voor te bereiden op het nemen van een beslissing (Elwyn *et al.*, 2006). Een digitale keuzehulp kan bijvoorbeeld ingevuld worden voorafgaand aan een gesprek met een zorgprofessional. Doordat een keuzehulp informatie bevat over de aandoening en behandelingsopties kunnen patiënten gerichte vragen stellen en van gedachten wisselen met de zorgprofessional over de best mogelijke behandeling.

Voor veel somatische aandoeningen bestaan reeds keuzehulpen; voor psychiatrische aandoeningen zijn deze nog nauwelijks beschikbaar. Binnen Antes is een digitale keuzehulp ontwikkeld om patiënten

met een bipolaire stoornis te ondersteunen bij hun keuze tussen verschillende opties voor een onderhoudsbehandeling met medicijnen (Patientplus, 2018). Het is echter niet bekend hoe patiënten het gebruik van deze keuzehulp ervaren.

Onderzoeksdoel

Inzicht verkrijgen in hoe patiënten met een bipolaire stoornis het gebruik van de digitale keuzehulp ervaren. Met dit inzicht kan het proces van gezamenlijke besluitvorming worden geoptimaliseerd en de medicatietrouw mogelijk worden bevorderd.

Onderzoeksvraag

Hoe ervaren patiënten met een bipolaire stoornis binnen GGZ-instelling Antes het gebruik van de keuzehulp voor een onderhoudsbehandeling met medicijnen?

Methoden

Onderzoeksdesign

Dit betreft een kwalitatief onderzoek, beschreven en geïnterpreteerd vanuit de descriptieve fenomenologische benadering (Finlay, 2014; Husserl, 1962). Het onderzoek richtte zich op de doorleefde ervaring van patiënten en de begripsvorming hiervan. Dit past bij fenomenologisch onderzoek (Boeije, 2014). Het onderzoek heeft een exploratief onderzoeksdesign.

Onderzoekspopulatie

Er is een doelgerichte steekproeftrekking genomen onder patiënten met een bipolaire stoornis in zorg bij klinische en poliklinische afdelingen van Antes (Baarda & De Goede, 2001). Men kwam in aanmerking voor deelname als men over de volgende – door de onderzoeker vastgestelde – kenmerken beschikte:

Inclusiecriteria

- Diagnose Bipolaire-I-stoornis en Bipolaire-II-stoornis volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015)
- Voldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Leeftijd tussen de 18-65 jaar
- Klinisch of ambulant in behandeling bij Antes

Exclusiecriteria

- Wilsonbekwaam
- Dwangbehandeling of inbewaringstelling
- Ernstige psychiatrische crisis
- Betrokkenheid van de onderzoeker bij de behandeling
- IQ lager dan 85

Dataverzameling

De onderzoeker heeft toestemming gevraagd voor het afnemen van interviews aan de directies van klinische en poliklinische afdelingen binnen Antes waar patiënten met een bipolaire stoornis in behandeling zijn. Daarna zijn de psychiaters en betrokken medewerkers van de afdelingen door de onderzoeker geïnformeerd over het onderzoek door middel van presentaties en gesprekken. Hen werd vervolgens gevraagd patiënten aan te dragen voor het onderzoek. Deze zijn telefonisch of face-to-face benaderd door de onderzoeker waarna zij mondeling uitleg kregen en gevraagd werden deel te nemen aan het onderzoek.

Naast dataverzameling door middel van diepte-interviews zijn memo's gemaakt.

Gestreefd werd naar datasaturatie met een maximum van tien interviews (Balls, 2009).

Data-analyse

Data-analyse is gedaan volgens de methode van Colaizzi. Bij deze methode wordt door identificatie van essentiële thema's de betekenis van een ervaring beschreven. Kenmerkend is de constante afwisseling tussen dataverzameling en data-analyse, wat tot een cyclisch proces leidt (Polit & Beck, 2012). Morrow, Rodriguez en King (2015) beschrijven zeven stappen bij deze methode, die alle door de onderzoeker zijn uitgevoerd. De onderzoeker maakte zich vertrouwd met de verkregen gegevens door de uitgeschreven interviews aandachtig door te lezen. Zinsdelen die betrekking hadden op de onderzoeksvraag werden apart gezet en kregen een betekenis (*spell out the meaning*). Vervolgens werden de geformuleerde betekenissen geclusterd in codes met een betekenis (*organize meanings into clusters*). Daarna werden de fundamentele thema's uitvoerig beschreven (*integrate results into an exhaustive description*). Om de data te ordenen is gebruik gemaakt van het computerprogramma Excel.

Het iteratieve onderzoeksproces, waarbij dataverzameling en -analyse elkaar afwisselden en aanvulden, was er op gericht diepgaand inzicht te krijgen in de ervaringen van de deelnemende patiënten (Bryman, 2016).

De onderzoeksbegeleider fungeerde als *peer reviewer*. Als eerste nam de onderzoeker een proefinterview met een patiënt af, dat daarna werd geëvalueerd met de *peer reviewer*. De daaropvolgende interviews werden door de onderzoeker en de *peer reviewer* afzonderlijk gecodeerd. Na steeds consensus bereikt te hebben over de interpretaties van gebruikte codes werden nieuwe data verzameld en gecodeerd.

Methodologische kwaliteit

Om de methodologische kwaliteit te waarborgen werd *trustworthiness* nagestreefd (Polit & Beck, 2012). Ter vergroting van de *credibility* zijn alle interviews opgenomen met een geluidsrecorder, en verbatim getranscribeerd. Tevens is *member check* toegepast, waarbij de geïnterviewden na tussentijdse analyse van de interviews is gevraagd de resultaten te valideren. Door de onderzoeksbegeleider te betrekken bij het gehele proces van data-analyse werd *peer review* toegepast.

Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker een logboek bijgehouden om *confirmability* te vergroten (Mortelmans, 2013). Hierin werd gereflecteerd op het onderzoek, het onderzoeksproces en de rol van de onderzoeker.

De onderzoeker heeft door middel van *bracketing* de eigen vooronderstellingen tijdens gesprekken met de *peer reviewer* onderzocht, erop gereflecteerd en het persoonlijk oordeel opgeschort (Ahern, 1999).

Dependability werd nagestreefd door het zorgvuldig vastleggen van alle stappen en keuzes in memo's en veldnotities.

Door een doelgerichte steekproef uit te voeren is de *transferability* vergroot. Ook is een rijke en zorgvuldige beschrijving gegeven van de onderzoekscontext en de respondenten (*thick description*). Bij de uitwerking van de gegevens zijn de onderzoeksresultaten onderbouwd met letterlijke citaten uit de interviews, wat bijdraagt aan *authenticity* (Polit & Beck, 2012).

Ethische aspecten

Het onderzoeksplan is ter beoordeling voorgelegd aan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (cwo) van Antes. De cwo heeft verklaard dat het onderzoek niet voorgelegd hoeft te worden aan een medisch-ethische toetsingscommissie (Centrale Commissie Mensgericht Onderzoek, 2018).

Wanneer een patiënt bereid werd gevonden om deel te nemen aan het onderzoek gaf de onderzoeker in een face-to-face gesprek uitleg over het onderzoek. Na de informatie verstrekt te hebben werd schriftelijk informed consent voorgelegd. Bij de uitwerking van de verkregen informatie uit interviews is de data geanonimiseerd. Een patiënt kon zonder opgave van reden ieder moment stoppen met deelname aan het onderzoek.

Tabel 1
Demografische gegevens respondenten

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Klinisch/Poliklinisch/Fact
1	v	51	Poliklinisch
2	M	37	Fact
3	v	57	Fact
4	v	61	Fact
5	v	55	Fact
6	v	34	Klinisch
7	M	55	Poliklinisch
8	v	49	Poliklinisch

Resultaten

In totaal zijn acht patiënten geïnterviewd (Tabel 1). De onderzoeksdata zijn na codering in vijf thema's ondergebracht: informatie, kiezen, contact met behandelaar, medicatietrouw en voorbereid op gesprek.

Informatie

Voor de meerderheid van de respondenten bevatte de keuzehulp nieuwe informatie over de aandoening en de mogelijke behandeling. Zij vonden dit prettig en konden daardoor gemakkelijker een keuze voor behandeling maken.

'Het was voor mij echt een eye-opener op verschillende terreinen. Er werd duidelijk uitgelegd wat een bipolaire stoornis precies is en welke soorten medicatie er zijn.'

De meeste respondenten vonden de hoeveelheid verstrekte informatie juist goed.

'Boeken lezen met informatie doe ik niet hoor over manische depressiviteit, dat is veel te veel, maar dit was precies genoeg informatie.'

Sommigen echter vonden de informatie te veel, of vonden dat de keuzehulp geen nieuwe informatie bevatte.

'Ik moest vragen doorlopen en ze gaven uitleg. Toen dacht ik wat schiet ik hier nou mee op, want dat weet ik allemaal al.'

Kiezen

Enkele respondenten vonden de keuzehulp sturend naar een medicijn toe, en ervoeren het daardoor niet als hulp bij het nemen van een beslissing.

'Je wordt gestuurd naar een bepaald medicijn. Al die andere medicijnen hadden die en die nadelen en Lithium had dat niet dus die kwam elke keer als beste uit de race.'

De meeste respondenten vonden dat de keuzehulp hen wel heeft geholpen in het maken van de keuze voor onderhoudsbehandeling. Zij ervoeren het juist als een bevestiging dat van een medicijn de meeste voordelen worden genoemd. Hierdoor vonden ze het behulpzaam bij het maken van een keuze. Ze zeiden door het gebruik van de keuzehulp ook meer het besef te hebben dat er een keuze mogelijk is.

'Ik was er niet zo zeker van dat Lithium een goed medicijn was voor mij, maar dit heeft gemaakt dat ik er nu zeker van ben dat ik het toch moet blijven slikken.'

Contact met behandelaar

Alle respondenten benadrukten dat de invloed van een goede relatie met hun behandelaar het grootst is op het maken van een keuze. De uitleg van de behandelaar – in combinatie met de keuzehulp – werd als noodzakelijk ervaren.

'Ik heb veel behandelaars gehad en als ik me begrepen voel is het makkelijker om over medicijnen te praten.'

'De keuzehulp heeft me geholpen, maar voor het maken van de keuze heb ik het contact met de behandelaar echt nodig gehad.'

Bijna alle respondenten zeiden dat de keuzehulp inhoud gaf aan handelsgesprekken en een positief effect had op de communicatie met de behandelaar.

'Door die keuzehulp samen met mijn behandelaar te bespreken voelde ik me toch weer wat serieuzer genomen. Het is een goed hulpmiddel om samen je medicijnen te bespreken.'

Het contact met de behandelaar werd als doorslaggevend ervaren voor de medicatiekeuze.

'Ze was belangstellend, oprecht geïnteresseerd en ik vertrouwde haar, dus toen ze Lithium voorstelde ging ik direct akkoord. Ik zou niet weten hoe die keuzehulp me zou moeten helpen.'

Medicatietrouw

Sommige respondenten zeiden trouwer medicatie te zullen blijven nemen naar aanleiding van hun toegenomen kennis en invloed op de besluitvorming.

'Ik heb naar aanleiding van de keuzehulp besloten om Lithium te blijven innemen.'

'Nu we het over de medicatie eens zijn, houd ik me er ook aan.'

Anderen noemden het contact met de behandelaar doorslaggevend of zeiden dat de keuzehulp geen invloed had op hoe trouw ze de medicatie zullen blijven innemen.

'Ik slik die medicijnen omdat het helpt, daar heeft die keuzehulp geen invloed op gehad.'

Vorbereid op gesprek

De meeste respondenten gaven aan door de keuzehulp beter voorbereid te zijn op het gesprek met de behandelaar.

'Ik kon goed beslagen ten ijs komen bij het gesprek.'

Enkelen ervoeren de keuzehulp niet als behulpzaam bij de voorbereiding op het gesprek.

'Ik wist alles al wat er stond en ik ga uit van de deskundigheid van degene die het voorschrijft.'

Discussie

Dit onderzoek heeft inzicht opgeleverd in de ervaringen van patiënten met een digitale keuzehulp voor onderhoudsbehandeling bij een bipolaire stoornis.

Door de verstrekte informatie in de keuzehulp nam de kennis over de aandoening en behandeling bij de meeste respondenten toe. Een onderzoek van Leinweber, Columbo, Kang, Trooboff en Goodney (2019) bevestigt inderdaad dat keuzehulpen geassocieerd worden met toegenomen kennis.

Uit een onderzoek van Hageman (2018) blijkt ook dat patiënten zich

beter toegerust voelen om een beslissing te nemen door gebruik te maken van een keuzehulp bij orthopedische chirurgie.

De meerderheid van de respondenten beseften nu beter dat een keuze voor behandeling mogelijk is. Dit besef blijkt ook uit een onderzoek van Cuypers (2016) naar een keuzehulp bij prostaatkanker.

Volgens Eliacin, Salyers, Kukla en Matthias (2015) is de therapeutische relatie is voor patiënten in het algemeen de grondslag voor gezamenlijke besluitvorming. Dit blijkt ook uit dit onderzoek, waarin de respondenten aangaven dat de keuzehulp het contact met een behandelaar niet kan vervangen. Grim, Rosenberg, Svedberg en Schön (2016) benadrukken ook het belang van contact met de therapeut voor het maken van een keuze naast het gebruik van een keuzehulp.

De helft van de respondenten gaf aan dat ze trouwer medicatie zullen innemen omdat men nu meer weet over de aandoening en de behandeling, en omdat men zelf invloed op de besluitvorming had. Stalmeier (2010) beschrijft dat er nog geen experimenteel bewijs is over de invloed van keuzehulpen op therapietrouw. Verband tussen gezamenlijke besluitvorming en medicatietrouw wordt wel gemeld door Inder, Lacey en Crowe (2018). Het feit dat de meeste respondenten zich beter voorbereid voelden op het gesprek met de behandelaar is in lijn met een onderzoek van Bozic *et al.* (2013) waarin patiënten aangaven meer vertrouwen te hebben in wat ze willen vragen aan de behandelaar door gebruik te maken van een keuzehulp. Een minderheid van deze patiënten in gaf aan beslissingen over medicatie liever over te laten aan de psychiater. Van Staveren (2011) beschrijft dat 30% van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg medische beslissingen liever overlaat aan een arts.

Een sterke kant van het huidige onderzoek is de relevantie van de bevindingen voor de praktijk. Evenals bij keuzehulpen voor somatische aandoeningen, blijkt dat een keuzehulp voor een psychiatrische aandoening een positieve uitwerking heeft.

Een mogelijke beperking van het onderzoek is dat geen rekening is gehouden met het stadium van de bipolaire stoornis waarin de respondenten verkeerden. Zo had de ene respondent nog maar net een eerste manische episode doorgemaakt en was de andere langdurig opgenomen na de zoveelste episode. Sommigen hadden al veel behandeling gehad, anderen niet. Mogelijk heeft dit de ervaringen met de keuzehulp beïnvloed.

Er zijn acht patiënten geïnterviewd. Hoewel de laatste twee interviews geen nieuwe informatie hebben opgeleverd, is het mogelijk te vroeg om te spreken van datasaturatie. Ten slotte, Omdat het onderzoek zich richtte op een selecte groep respondenten met een bipolaire stoornis is de overdraagbaarheid naar de hele populatie beperkt (Polit & Beck, 2012).

Conclusie

Dit onderzoek heeft antwoord opgeleverd op de vraag hoe patiënten met een bipolaire stoornis binnen GGZ-instelling Antes het gebruik van een digitale keuzehulp ervaren.

De meeste geïnterviewden associeerden het gebruik van de keuzehulp met betere kennis over de aandoening en de behandelmogelijkheden, en vonden de keuzehulp behulpzaam bij het maken van een keuze voor onderhoudsbehandeling. Ook leidde het gebruik van de keuzehulp tot meer medicatietrouw en betere voorbereiding op een gesprek met de behandelaar. De keuzehulp kan echter het contact met de behandelaar niet vervangen.

Vervolgonderzoek naar de ervaringen van patiënten met keuzehulpen op grotere schaal binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt aanbevolen om de resultaten van dit onderzoek te bevestigen. Tevens is vervolgonderzoek wenselijk naar het meest effectieve moment binnen de behandeling om de keuzehulp aan te bieden. Zo kan het proces van gezamenlijke besluitvorming verder geoptimaliseerd worden en de medicatietrouw worden bevorderd.

Literatuur

- Ahern, K. J. (1999). Ten tips for reflexive bracketing. *Qualitative Health Research*, 9(3), 407-411.
- American Psychiatric Association. (2015). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5: Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Baarda, D. B., & De Goede, M. P. M. (2001). *Basisboek methoden en technieken*. Groningen, Nederland: Wolters-Noordhoff.
- Balls, P. (2009). Phenomenology in nursing research: Methodology, interviewing and transcribing. *Nursing times*, 8(105), 30-33.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altschuler, L., Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, 7(57), 937-945.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Bozic, K. J., Belkora, J., Chan, V., Youm, J., Zhou, T., Dupaux, J., Huddleston, J. I. (2013). Shared Decision Making in patients with osteoarthritis of the hip and knee. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 95(18), 1633-1639.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5e ed.). New York, United States: Oxford University Press.
- Centrale Commissie Mensgericht Onderzoek. (2018). *Uw onderzoek wmo-plichtig of niet*. Geraadpleegd op 12 april 2019, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/weten-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Cuyppers, M. (2016). *Samen beslissen werkt: De gezamenlijke resultaten van de JIPPA-studie*. Geraadpleegd op 11 maart 2020, van <https://jippastudie.files.wordpress.com/2016/12/presentatiemaarten.pdf>
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Patients' understanding of shared decision making in a mental health setting. *Qualitative health research*, 25(5), 668-678.
- Elwyn, G., O'Connor, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A., Whelan, T. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. *British Medical Journal*, 333(7565), 417-0.
- Finlay, L. (2014). Engaging phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 11(2), 121-141.
- Gianfrancesco, F. D., Sajatovic, M., Rajagopalan, K., & Wang, R. H. (2008). Antipsychotic treatment adherence and associated mental health care use among individuals with bipolar disorder. *Clinical Therapeutics*, 7(30), 1358-1374.
- Gonzalez-Pinto, A., Mosquera, F., Alonso, M., Lopez, P., Ramirez, F., Vieta, E., & Baldessarini, R. J. (2006). Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disorders, an International Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 5(8), 618-624.
- Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U.K. (2016). Shared decision making in mental health care: A user perspective on decisional needs in community based services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 1-8.
- Hageman, M. G. J. S. (2018). *Decision-making in orthopaedic surgery*. Geraadpleegd op 22 april 2020, van <https://pure.uva.nl/ws/files/2332706/Thesis.pdf>
- Härter, M., Elwyn, G., & Van der Weijden, T. (2011). Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: An international perspective. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 4(105), 229-233.
- Hassan, M., & Lage, M. J. (2009). Risk of rehospitalization among bipolar disorder patients who are nonadherent to antipsychotic therapy after hospital discharge. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 4(66), 358-365.

- Hawley, S. T., Newman, L., Griggs, J. J., Kosir, M. A., & Katz, S. J. (2016). Evaluating a decision aid for improving decision making in patients with early-stage breast cancer. *The Patient*, 2(9), 161-169.
- Husserl, E. (1962). *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. New York, United States: Macmillan.
- Inder, M., Lacey, C., & Crowe, M. (2018). Participation in decision-making about medication: A qualitative analysis of medication adherence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1(28), 181-189.
- Kupka, R., Goossens, P., Van Bendegem, M., Daemen, P., Daggenvoorde, T., Daniels, M., Van Duin, D. (2015). *Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen* (3e ed.). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Legare, F., Ratte, S., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchoko, J., Graham I. D., Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Library* (5).
- Leinweber, K. A., Columbo, J. A., Kang, R., Trooboff, S. W., & Goodney, P. P. (2019). A review of decision aids for patients considering more than one type of invasive treatment. *Journal of Surgical Research*, 235, 350-366.
- Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Learning from the lifeworld. *The psychologist*, 8(28), 642-646.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven, België: Acco.
- Patientplus. (2018). *Samen beslissen met keuzehulpen*. Geraadpleegd op 8 februari 2019, van <https://patientplus.info/>
- Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Patel, J. K., Maranchell, L. B., Zhang, H., Wisniewski, S. R., Thase, M.E. (2006). Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American Journal of Psychiatry*, 2(163), 217-224.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9e ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Robert, M. A., Hirschfeld, M. D., Bowden, C. L., Michael, M. D., Paul, M. D., Keck, E., Perlis, M.D. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder*. Geraadpleegd op 26 april 2019, van https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf
- Scott, J., & Pope, M. (2002). Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 11(159), 1927-1929.
- Stacey, D., Legare, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Library*, 4(5). Geraadpleegd op 8 februari 2019, van <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub5/epdf/full>
- Stalmeier, P. F. M. (2010). Adherence and decision aids. *Medical Decision Making*, 31(1), 121-129. <https://doi.org/10.1177/0272989X10370487>
- Stalmeier, P. F. M., Van Tol-Geerdink, J. J., Van Lin, E. N. J. T., Schimmel, E., Hui-zenga, H., Van Daal, W. A. J., & Leer, J. W. (2009). De patiënt kiest: Werkbaar en effectief. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 13(153), 74-82. Geraadpleegd op 3 april 2020, van <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-pati%C3%ABnt-kiest-werkbaar-en-effectief/volledig>
- Van der Voort, T. Y. G., Van Meijel, B., Goossens, P. J. J., Hoogendoorn, A. W., Draisma, S., Beekman, A., & Kupka, R. W. (2015). Collaborative care for patiënts with bipolar disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 5 (206), 393-400. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152520>
- Van der Voort, T. Y. G., Van Meijel, B., Kupka, R., Goossens, P.J.J., & Beekman, A. (2015). *Zorg in Samenwerking (Collaborative Care) voor patiënten met een bipolaire stoornis: Achtergronddocument*. Geraadpleegd op 15-9-2019, van <https://www.inholland.nl/media/10891/zis-achtergronddocument-herziene-versie.pdf>

- Van Staveren, R. (2011). Stand van zaken gezamenlijke besluitvorming in de praktijk: Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (155), 1-5.
- Velligan, I. D., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J. P. (2010). Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*, 1(16), 34-45.

Samenvatting

Om te bevorderen dat over een behandeling wordt beslist door middel van gezamenlijke besluitvorming kan gebruik gemaakt worden van een keuzehulp. Voor veel somatische aandoeningen bestaan reeds keuzehulpen; voor psychiatrische aandoeningen echter nog nauwelijks. Binnen Antes is een digitale keuzehulp ontwikkeld om patiënten met een bipolaire stoornis te ondersteunen bij hun keuze tussen verschillende opties voor onderhoudsbehandeling met medicijnen. Het is echter niet bekend hoe zij het gebruik van deze keuzehulp ervaren.

Doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in hoe patiënten met een bipolaire stoornis het gebruik van de keuzehulp ervaren. Met dit inzicht kan het proces van gezamenlijke besluitvorming worden geoptimaliseerd en de medicatietrouw worden bevorderd.

Het betreft een kwalitatief onderzoek, beschreven en geïnterpreteerd vanuit de descriptieve fenomenologische benadering. De data zijn verzameld door middel van acht interviews in een doelgerichte steekproef, en geanalyseerd volgens de methode van Colaizzi.

Het gebruik van de keuzehulp werd geassocieerd met toegenomen kennis, was behulpzaam bij het maken van een keuze voor onderhoudsbehandeling en leidde tot meer medicatietrouw en betere voorbereiding op een gesprek met de behandelaar. De keuzehulp kan echter het contact met de behandelaar niet vervangen, vonden de respondenten.

Vervolgonderzoek naar de ervaring van patiënten met keuzehulpen binnen de geestelijke gezondheidszorg en naar het geschiktste moment om de keuzehulp aan te bieden wordt aanbevolen.