

**Praxis 2024**

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

**GEZAMENLIJK BESLISSEN OVER DE BEHANDELING;  
DE SLEUTEL TOT MEDICATIETROUW?**

*Kim Knijnenburg*



**KIM KNIJENBURG** (27) is sinds 2020 als hbo-verpleegkundige werkzaam bij GGZ Oost Brabant. In januari 2023 kreeg zij de kans om binnen GGZ Oost Brabant te starten met de opleiding tot Verpleegkundig Specialist GGZ.

Het eerste praktijkleerjaar was zij werkzaam bij FACT Land van Cuijk. Hier werd het Kim duidelijk dat medicatieontrouw een veel voorkomend probleem is in de behandeling van patiënten met schizofrenie. Dat inspireerde haar om hier literatuuronderzoek naar te doen. In het tweede praktijkleerjaar is Kim werkzaam bij de klinische revalidatieafdeling van het Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie. Het laatste leerjaar zou zij graag binnen de acute psychiatrie willen voltooien. In 2026 hoopt zij haar getuigschrift Verpleegkundig Specialist GGZ in ontvangst te mogen nemen.

### **SAMENVATTING**

**AANLEIDING, ACHTERGROND EN ONDERZOEKSDOEL** Bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie is de mate van medicatietrouw laag. Lage medicatietrouw is een van de grootste problemen voor een effectieve behandeling bij schizofrenie. Het is onbekend of gezamenlijk behandelbeslissingen nemen de medicatietrouw bevordert. Deze literatuurstudie heeft als doel uit te zoeken in hoeverre gezamenlijk beslissen over de behandeling leidt tot betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie.

**METHODE** Met het platform Ovid is relevante literatuur gezocht in de databanken Medline, Embase en PsycInfo. De artikelen zijn op validiteit beoordeeld met de RCT checklist van Cochrane.

**RESULTATEN** Er zijn drie randomized controlled trials (RCT's) en één controlled trial (CT) geïncludeerd. In drie daarvan is een verbetering van medicatietrouw gemeten na een gezamenlijke besluitvormingsinterventie. In één onderzoek is er een effectduur van drie weken, bij de andere twee onderzoeken houdt de verbetering van medicatietrouw aan bij follow-up van zes maanden of twaalf maanden.

**CONCLUSIE** Afhankelijk van de interventie kan gezamenlijk beslissen over de behandeling leiden tot betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie. Interventies gericht op de individuele patiënt leiden tot betere medicatietrouw op langere termijn. Er zijn meer praktijkonderzoeksresultaten nodig om het effect van gezamenlijk beslissen over de behandeling op medicatietrouw sensitiever te bepalen.

# Gezamenlijk beslissen over de behandeling; de sleutel tot medicatietrouw?

Een literatuurstudie naar de mate waarin gezamenlijk beslissen over de behandeling leidt tot betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie.

## **LITERAATUURSTUDIE**

## **INLEIDING**

In Nederland zijn naar schatting 120.000 mensen gediagnosticeerd met schizofrenie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, in Kenniscentrum Phrenos, z.d.). De diagnose schizofrenie wordt in de DSM-5 beschreven als een aandoening die gekenmerkt wordt door een periode van zes maanden of langer met ten minste twee van de symptomen: wanen, hallucinaties, gedesorganiseerd spreken, ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag en/of negatieve symptomen (American Psychiatric Association, 2022). Voor een effectieve behandeling van schizofrenie is het noodzakelijk dat de patiënt therapietrouw is, zich verantwoordelijk voelt voor het omgaan met de aandoening en dat er een goede therapeutische relatie is tussen de patiënt en behandelaar (Cochran

et al., 2022). Therapieontrouw aan antipsychotica is een van de grootste problemen voor een effectieve behandeling bij schizofrenie (Garcia et al., 2016; Stentzel et al., 2018; Van Alphen et al., 2012). Bijna de helft van de patiënten stopt met het gebruiken van antipsychotica, wat in driekwart van de gevallen binnen één jaar leidt tot een terugval, vaak gepaard gaand met een toename van psychotische symptomen en ziekenhuis(her)opnames (Leijala et al., 2021; Rijkeboer et al., 2018; Velligan et al., 2017).

Therapietrouw wordt beschreven als: ‘de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar’ (Westein, 2008, p. 5). Het huidige onderzoek is gericht op het gebruik van medicatie, waarvoor de term ‘medicatietrouw’ wordt gebruikt. Lage medicatietrouw komt bij alle chronische aandoeningen voor, maar bij schizofrenie is de mate van medicatietrouw extreem laag (Haddad, 2014). Volgens de Richtlijnwerkgroep Medicatietrouw (2022) is medicatieontrouw een multifactorieel probleem. Vele onderzoeken binnen de geestelijke gezondheidszorg gaan over ziekte en patiënt-gerelateerde factoren, zoals gebrek aan ziekte-inzicht en middelenmisbruik. Er is relatief weinig aandacht geschonken aan behandelinhoudelijke factoren. Een belangrijke factor die medicatietrouw kan beïnvloeden is de therapeutische relatie – of samenwerkingsverband tussen de patiënt en de behandelaar (De Hert & Detraux, 2015; Zugai et al., 2015). Het gezamenlijk maken van een behandelingskeuze

vormt hierbij een belangrijk aspect. De patiënt geeft informatie op basis van ervaring; de behandelaar op basis van expertise (Beaten, 2018).

Het is onbekend of gezamenlijk behandelbeslissingen nemen de medicatietrouw bevordert. Deze literatuurstudie heeft als doel om na te gaan in hoeverre gezamenlijk beslissen over de behandeling leidt tot betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie. De uitkomsten kunnen mogelijk bijdragen aan de verbetering van medicatietrouw. Dit kan vervolgens leiden tot een effectievere behandeling van schizofrenie, met minder kans op terugval. De onderzoeksvraag luidt: in hoeverre leidt gezamenlijk beslissen (I) over de behandeling tot betere medicatietrouw (O) bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie (P)?

### METHODE

Voor het zoeken naar relevante literatuur zijn met het platform Ovid de databanken Medline, Embase en PsycInfo geraadpleegd in de periode 13-03-2023 tot 31-03-2023. Per databank is apart gezocht naar geschikte Medical Subject Headings (MeSH). Om tot een zo volledig mogelijke zoekstrategie te komen, zijn de zoekstrings (weergegeven in Tabel 1) opgesteld in samenwerking met de medisch informatiespecialist van GGZ Oost Brabant. De MeSH-termen en keywords zijn gecombineerd met de booleaanse operatoren AND en OR. Voor het verkrijgen van bruikbare resultaten zijn deze termen specifiek gezocht in de velden Title en Abstract. De zoekstra-

**Tabel 1**  
Zoekstrings

#### Medline

(Medication Adherence/ OR Patient Compliance/ OR Treatment Adherence and Compliance/ OR medication-adherence.ab,ti OR drug-adherence.ab,ti OR medication-non-adherence.ab,ti OR drug-non-adherence.ab,ti OR medication-nonadherence.ab,ti OR drug-nonadherence.ab,ti OR medication-compliance.ab,ti OR drug-compliance.ab,ti OR medication-non-compliance.ab,ti OR drug-noncompliance.ab,ti OR patient-adherence.ab,ti OR patient-compliance.ab,ti OR patient-non-compliance.ab,ti OR patient-nonadherence.ab,ti) AND (exp Schizophrenia/ OR schizophrenic.ab,ti OR schizophrenia ab,ti OR schizophrenias ab,ti OR schizophrenic disorder ab,ti OR schizophrenic disorders ab,ti) AND (Decision Making, Shared/ OR shared decision making.ab,ti)

#### Embase

(exp medication compliance/ OR medication-adherence.ab,ti OR drug-adherence.ab,ti OR medication-non-adherence.ab,ti OR drug-non-adherence.ab,ti OR medication-nonadherence.ab,ti OR drug-nonadherence.ab,ti OR medication-compliance.ab,ti OR drug-compliance.ab,ti OR medication-non-compliance.ab,ti OR drug-noncompliance.ab,ti OR patient-adherence.ab,ti OR patient-compliance.ab,ti OR patient-non-compliance.ab,ti OR patient-nonadherence.ab,ti) AND (exp schizophrenia spectrum disorder/ or exp schizophrenia/ OR schizophrenic.ab,ti OR schizophrenia ab,ti OR schizophrenias ab,ti OR schizophrenic disorder ab,ti OR schizophrenic disorders ab,ti) AND (shared decision making/ OR shared decision making.ab,ti)

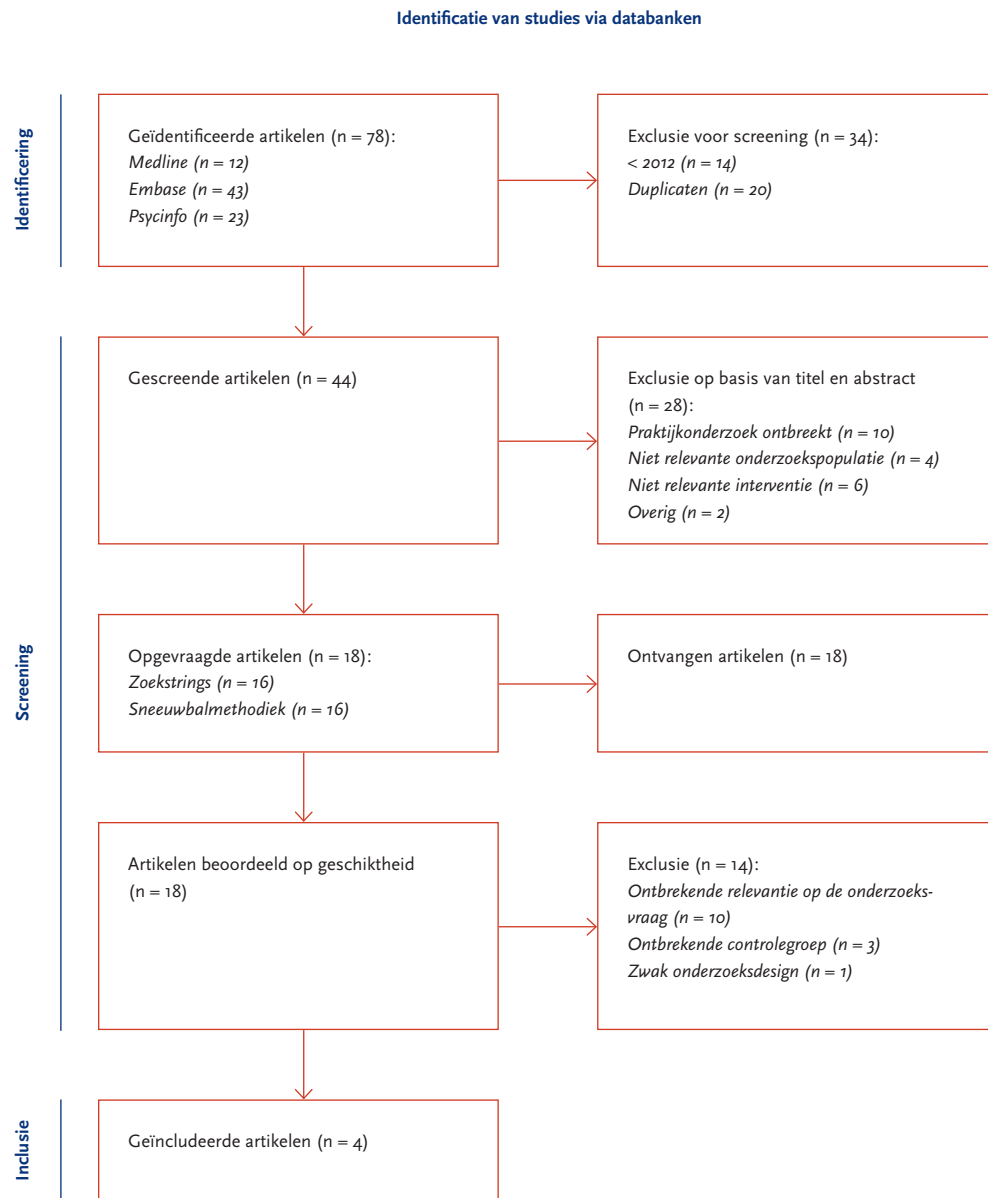
#### PsycInfo

(exp Treatment Compliance/ OR medication-adherence.ab,ti OR drug-adherence.ab,ti OR medication-non-adherence.ab,ti OR drug-non-adherence.ab,ti OR medication-nonadherence.ab,ti OR drug-nonadherence.ab,ti OR medication-compliance.ab,ti OR drug-compliance.ab,ti OR medication-non-compliance.ab,ti OR drug-noncompliance.ab,ti OR patient-adherence.ab,ti OR patient-compliance.ab,ti OR patient-non-compliance.ab,ti OR patient-nonadherence.ab,ti) AND (exp Schizophrenia/ OR schizophrenic.ab,ti OR schizophrenia ab,ti OR schizophrenias ab,ti OR schizophrenic disorder ab,ti OR schizophrenic disorders ab,ti) AND (decision making/ OR shared decision making.ab,ti)

tegie heeft 78 resultaten opgeleverd. De totale zoekstrategie is geïllustreerd in Figuur 1. Na het verwijderen van de duplicaten en minder recente artikelen, gepubliceerd voor 2012, resteerden er 44 artikelen. Deze zijn op basis van de titels en abstracts gescreend op praktijkonderzoek, relevantie van de onderzoekspopulatie en interventie. Hierna resteerden er zestien artikelen. Tevens zijn er relevante reviews gescreend door het toepassen van de sneeuw-

balmethodiek, wat twee extra artikelen heeft opgeleverd. Na screening van de abstracts zijn achttien artikelen opgevraagd bij de bibliotheek. Deze zijn alle verkregen en geheel gelezen. Veertien artikelen zijn alsnog geëxcludeerd: bij tien ontbrak de relevantie op de onderzoeksvraag, bij drie ontbrak de controlegroep en één artikel had een te zwak onderzoeksdesign. Geëxcludeerd zijn Controlled Trials (CT) en Randomised Controlled Trials (RCT),

**Figuur 1**  
Flowchart zoekstrategie



Aangepast overgenomen van PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only, door M.J. Page et al., 2020, PRISMA (<http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>).

gericht op onderzoekspopulatieleeftijd van 16- tot 65-jarigen en (poli)klinische behandelsettings. Artikelen, waarbij de focus heeft gelegen op depotmedicatie en de onderzoekspopulatie heeft bestaan uit meerdere diagnoses dan enkel schizofrenie, zijn geëxcludeerd. Uiteindelijk zijn er vier artikelen overgebleven, die met de RCT checklist van Cochrane beoordeeld zijn op validiteit. Er is gecontroleerd op randomisatie, blinding, gelijkheid van onderzoekspopulatie in de interventie- en controlegroep, betrouwbaarheid van de follow-up en het biasrisico (Scholten et al., 2018). Bij geen van de betreffende onderzoeken waren de behandelaren geblindeerd, en de behandelaar was vaak ook de effectbeoordelaar. Aan de overige criteria wordt in de meeste gevallen voldaan. De vier artikelen zijn alle geïnccludeerd.

Voor de data-extractie zijn de volgende gegevens verzameld: auteurs, publicatiejaartal, land, design met level of evidence, onderzoekspopulatie, steekproefgrootte (n), interventiegroep, controlegroep, meetinstrument, follow-up en de relevantste resultaten (Polit & Beck, 2021). De data-analyse is zorgvuldig uitgevoerd door de artikelen te herlezen, samen te vatten en de gegevens te ordenen in een evidentietafel (Tabel 2). Om tot een waardevolle evaluatie op de onderzoeksvraag te komen, zijn de resultaten met elkaar vergeleken aan de hand van thema's. Op basis van de methodologische kwaliteit is de meeste waarde toegekend aan de follow-up effectduur.

## RESULTATEN

Er zijn in totaal drie RCT's en één CT geïnccludeerd. Voor de data-synthese zijn de belangrijkste gegevens uit de artikelen samengevoegd in een evidentietafel (Tabel 2). Deze gegevens zijn thematisch met elkaar vergeleken op basis van de algemene effecten op medicatietrouw, korte- en langetermijneffecten en de vergelijking van individuele interventies met groepsinterventies.

### Effect op medicatietrouw na een gezamenlijke besluitvormingsinterventie:

In twee RCT's en de CT is een verbetering van medicatietrouw gemeten na een gezamenlijke besluitvormingsinterventie (Finnerty et al., 2018; Hamann et al., 2020; Ishii et al., 2017). In één onderzoek is medicatietrouw niet beïnvloed door de interventie (Hamann et al., 2016).

In het onderzoek van Hamann et al. (2016) hebben de deelnemers van de interventiegroep, tijdens de opname in het psychiatrisch ziekenhuis, een Shared Decision-Making (SDM) groepstraining gekregen van vijf sessies. De training ging in op onderwerpen als patiëntenrechten, perspectieven van SDM, communicatievaardigheden en behandelconsulten om gezamenlijke besluitvorming te bevorderen. De deelnemers in de controlegroep hebben een cognitieve training van vijf sessies gekregen. De medicatietrouw is zes ( $p = 0,72$ ) en twaalf ( $p = 0,42$ ) maanden na ontslag gemeten middels de Medication Adherence Report Scale (MARS). Na twaalf maanden is aanvullend een uitgebreidere vergelijkings-

**Tabel 2**  
Evidentietabel

Auteurs (jaar) en land	Design: level of evidence	Populatie en steekproefgrootte (n)	Interventiegroep	Controlegroep	Meetinstrument en follow-up	Relevantste resultaten
Finnerty et al. (2018). New York.	CT: level III	Volwassenen met schizofrenie, poliklinisch in behandeling bij de GGZ (n = 564).	MyCHOIS-CommonGround-programma.	Behandeling zoals gebruikelijk.	12 maanden na start van de interventie: <i>PDC van antipsychotica.</i>	Na 12 maanden heeft de interventiegroep een significant betere medicatietrouw (p = 0,01).
Hamann et al. (2016). Duitsland.	RCT: level II	Volwassenen (18- tot 65-jarigen) met schizofrenie (70%) of een schizo-affectieve stoornis, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (n = 264).	SDM groepstraining.	Cognitieve training.	6 en 12 maanden na ontslag: <i>MARS.</i>  Vergelijkingsmeting 12 maanden na ontslag: <i>MAQ.</i> <i>Vijfpuntschaal, medicatietrouwbeoordeling door artsen.</i> <i>Aanwezigheidsbeoordeling op consultafspraken door patiënten en artsen.</i>	Na 6 maanden (p = 0,72) en 12 (p = 0,42) maanden is er geen significant groepsverschil.  Bij de vergelijkingsmeting, na 12 maanden, is geen sprake van betere medicatietrouw in de interventiegroep (interventie; 56% en controle; 60%, p = 0,62).
Hamann et al. (2020). Duitsland.	RCT: level II	Volwassenen (18- tot 65-jarigen) met schizofrenie (70%) of een schizo-affectieve stoornis, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (n = 322).	SDM-PLUS groepstraining.	Behandeling zoals gebruikelijk.	3 weken, 6 en 12 maanden na uitschrijving/ontslag: <i>MARS.</i>	Na 3 weken heeft de interventiegroep een significant betere medicatietrouw (p = 0,004). Er is geen significant groepsverschil meer na 6 (p = 0,60) en 12 (p = 0,83) maanden.
Ishii et al. (2017). Japan.	RCT: level II	Patiënten (16- tot 65-jarigen) met een schizofreniespectrum-stoornis, eerste opname in een psychiatrisch ziekenhuis (n = 24).	Wekelijkse vergadering voor gezamenlijke besluitvorming over het behandelplan.	Behandeling zoals gebruikelijk.	6 maanden na ontslag: <i>Dossiercheck.</i> <i>Check middels telefonisch contact.</i>	Na 6 maanden heeft de interventiegroep een significant betere medicatietrouw (p = 0,05).

meting verricht, waarvan het gemiddelde is berekend (interventiegroep; 56% en controlegroep; 60%, p = 0,62) afkomstig van de uitslagen op de Medication Adherence Questionnaire (MAQ) en de vijfpuntschaal medicatietrouwbeoordeling door artsen. Tevens is de aanwezigheidsbeoordeling op consultafspraken door artsen en pa-

tiënten meegenomen. De interventie heeft geen significant groepsverschil opgeleverd en er is geen sprake van betere medicatietrouw in de interventiegroep.

**Verbetering van medicatietrouw met kortetermijneffect (na drie weken):**  
In het onderzoek van Hamann et al.

(2020) hebben de deelnemers van de interventiegroep tijdens de opname in het psychiatrisch ziekenhuis een SDM-PLUS groepstraining gekregen van minimaal twee bijeenkomsten. Daarnaast hebben de behandelteams twee workshops over de SDM-PLUS aanpak gevolgd. SDM-PLUS is specifiek gericht op ernstig zieke patiënten met

een verminderd beslissingsvermogen, waarin ze getraind zijn middels communicatietechnieken. De deelnemers in de controlegroep hebben een behandeling zoals gebruikelijk gekregen. De medicatietrouw is na drie weken, zes en twaalf maanden gemeten middels de MARS. Ondanks dat de interventiegroep zich na de training meer

betrokken heeft gevoeld bij de besluitvorming over medicatie, is het effect alleen tot drie weken significant beter in vergelijking met de controlegroep ( $p = 0,004$ ). Na zes ( $p = 0,60$ ) en twaalf ( $p = 0,83$ ) maanden is er namelijk geen significant groepsverschil. Er is sprake van een kortetermijneffect op betere medicatietrouw, maar niet van effecten op de langere termijn.

#### **Verbetering van medicatietrouw met langetermijneffect (na zes maanden en twaalf maanden):**

In het onderzoek van Finnerty et al. (2018) hebben de poliklinische deelnemers van de interventiegroep één jaar gebruik gemaakt van een webgebaseerde applicatie voor gezamenlijke besluitvorming, genaamd MyCHOIS-CommonGround-programma. Voorafgaand aan een medicatieconsult heeft de patiënt een besluitvormingsrapport ingevuld. Tijdens het consult is het rapport met de behandelaar besproken en gewerkt naar een gezamenlijke behandelbeslissing. De deelnemers in de controlegroep hebben een behandeling zoals gebruikelijk gekregen. De medicatietrouw is twaalf maanden na start van de interventie gemeten middels de Proportion of Days Covered (PDC). De interventiegroep had een significant betere medicatietrouw in vergelijking met de controlegroep ( $p = 0,01$ ).

In het onderzoek van Ishii et al. (2017) hebben de deelnemers van de interventiegroep, die voor het eerst opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis, een wekelijkse vergadering met het behandelteam

gekregen om samen te beslissen over het behandelplan. De deelnemers in de controlegroep, die tevens voor het eerst opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis, hebben een behandeling zoals gebruikelijk gekregen. De voortzetting van de poliklinische medicatiebehandeling is na zes maanden beoordeeld middels een dossiercheck en telefonisch contact. De interventiegroep had een significant betere medicatietrouw in vergelijking met de controlegroep ( $p = 0,05$ ).

#### **Groepstraining of individuele interventie:**

De groepstrainingen uit de onderzoeken Hamann et al. (2016) en Hamann et al. (2020) hadden geen significante langere termijneffecten. De interventies gericht op de individuele patiënt in het kader van de onderzoeken Finnerty et al. (2018) en Ishii et al. (2017) hadden wel significant effect op de langere termijn.

### **DISCUSSIE**

In deze literatuurstudie is aan de hand van vier wetenschappelijke artikelen onderzocht in hoeverre gezamenlijke besluitvorming over de behandeling leidt tot betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie. In drie van de artikelen is een verbetering van medicatietrouw waargenomen na een gezamenlijke besluitvormingsinterventie. Bij twee van deze onderzoeken (Finnerty et al., 2018; Ishii et al., 2017) heeft de verbetering van medicatietrouw aangehouden bij de follow-up na zes of twaalf maanden. De interventie uit het onderzoek van Finnerty et al. (2018)

lijkt minder praktisch toepasbaar, aangezien deze een webgebaseerde applicatie vereist. Daarentegen is de interventie uit het onderzoek van Ishii et al. (2017) beter toepasbaar, omdat het een laagdrempelige aanpassing in de behandelconsulten betreft.

Om zoveel mogelijk relevante artikelen te vinden, is er gekozen voor een brede zoekstrategie in verschillende databanken. Voor het streven naar een hoog niveau van bewijs zijn alleen CT's en RCT's gezocht. Hoewel dit resulteerde in slechts vier artikelen, zijn andere praktijkonderzoeken uitgesloten om een optimale vergelijkbaarheid te behouden. Deze aanpak bevordert de interne validiteit en verhoogt de betrouwbaarheid van de conclusies. De onderzoekspopulaties omvatten zowel intra- als extramurale patiënten, wat gunstig is voor de externe validiteit en de generaliseerbaarheid van de resultaten vergroot. Het is ook van belang dat de geïncludeerde artikelen niet langer dan zeven jaar geleden gepubliceerd zijn. Twee van de onderzoeken hebben buiten Europa plaatsgevonden, wat mogelijk een minder gunstige invloed kan hebben op de externe validiteit.

De methodologische kwaliteit van de artikelen is voldoende sterk, met uitzondering van de blinding. Vanwege de behandelsettings bleek blinding van de behandelaren, die vaak ook de effectbeoordelaars waren, niet haalbaar. Dit kan leiden tot bias en mogelijk vertekende resultaten. Hetzelfde geldt voor het verschil in steekproefgroottes. Alhoewel alle onderzoeken een follow-up van minstens

zes maanden hebben gehad, had het onderzoek van Ishii et al. (2017) als enige geen follow-up van twaalf maanden. Consistente follow-upperiodes zijn essentieel voor vergelijkbaarheid van de resultaten.

Er zijn ook zwaktes voor de vergelijkbaarheid door het gebruik van verschillende meetinstrumenten in de onderzoeken, en het feit dat alle resultaten zijn gebaseerd op meetinstrumenten met een wisselende mate van objectiviteit. Dit vereist extra voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten. Voor een betere validiteit is het aan te bevelen om verschillende meetinstrumenten te combineren, zoals in het onderzoek van Hamann et al. (2016) (Yin Lam & Fresco, 2015). Ondanks de beperkingen tonen de resultaten vergelijkbare thema's, omdat ze gestructureerd zijn op basis van algemene effecten op medicatietrouw, korte- en langetermijneffecten, en individuele interventies versus groepsinterventies. Naast het gebruik van verschillende meetinstrumenten maakt ook het beperkte aantal geïncludeerde artikelen het moeilijk om definitieve conclusies te trekken over de mate waarin gezamenlijke besluitvorming over de behandeling leidt tot betere medicatietrouw. Desondanks zijn waardevolle aanbevelingen voortgekomen uit deze literatuurstudie, wat een solide theoretisch kader biedt voor specifiekere vervolgonderzoek. Deze aanbevelingen worden beschreven in de conclusie.



## CONCLUSIE

In deze literatuurstudie is onderzocht in hoeverre gezamenlijke besluitvorming over de behandeling leidt tot een betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie. Uit de resultaten blijkt dat gezamenlijke besluitvorming kan leiden tot betere medicatietrouw bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie, afhankelijk van het type interventie dat resulteert in gezamenlijke behandelbeslissingen. Groepstrainingen voor SDM hebben geen of slechts kortetermijneffecten op de medicatietrouw. Daarentegen leiden individueel gerichte interventies, waarbij tijdens de behandelconsulten aandacht wordt besteed aan het gezamenlijk nemen van beslissingen, tot verbeterde medicatietrouw op langere termijn. Een belangrijke conclusie is dat, ondanks het belang ervan, in de wetenschappelijke literatuur weinig praktijkonderzoeken te vinden zijn over het maken van gezamenlijke behandelbeslissingen en de effecten daarvan op medicatietrouw. Een hoogstwaarschijnlijke reden is dat het een uitdaging is om deze medicatieontrouwe patiëntenpopulatie te includeren en het ontbreken van specifieke methodische interventies voor gezamenlijk beslissen.

Er zijn meer resultaten uit praktijkonderzoek nodig om het effect van gezamenlijk beslissen over de behandeling op medicatietrouw nauwkeuriger te bepalen. Het wordt aanbevolen om toetsend vervolgonderzoek uit te voeren in de praktijk, met behulp van een nieuw ontwikkelde of bestaande gezamenlijke besluitvormingsinter-

ventie, waarbij in elk consult aandacht wordt besteed aan het maken van gezamenlijke behandelbeslissingen. Dit onderzoek zou idealiter plaatsvinden in een langdurige behandelsetting, met een follow-upduur van minimaal twaalf maanden en gericht op de individuele patiënt, aangezien dit de meest effectieve benadering lijkt te zijn voor een verbeterde behandeling van schizofrenie, en het verminderen van het risico op terugval.

## LITERATUUR

American Psychiatric Association. (2022). *Beknopt overzicht van de criteria: DSM-5-TR*. Boom.

Beaten, S. (2018). *Shared decision making en aansprakelijkheid in de geestelijke gezondheidszorg* [Masterscriptie, Katholieke Universiteit Leuven]. De Vlaamse scriptiebank. <https://www.scriptieprijs.be/sites/default/files/thesis/2018-09/Stefaan%20Baeten%20Shared%20decision%20making%20en%20aansprakelijkheid%20in%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg.pdf>

Cochran, J. M., Fang, H., Sonnenberg, J. G., Cohen, E. A., Lindenmayer, J. P., & Reuteman-Fowler, J. C. (2022). Healthcare provider engagement with a novel dashboard for tracking medication ingestion: impact on treatment decisions and clinical assessments for adults with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, (18), 1521-1534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S369123>

De Hert, M., & Detraux, J. (2015). Factoren die een invloed hebben op de medicamenteuze therapietrouw bij patiënten met schizofrenie. *NEURON*, 20(6), 1-11. [https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=lirias1768922&context=SearchWebhook&vid=32KUL\\_KUL:Lirias&lang=en&search\\_scope=lirias\\_profile&adaptor=SearchWebhook&tab=LIRIAS&query=any,contains,LIRIAS1768922&offset=0](https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=lirias1768922&context=SearchWebhook&vid=32KUL_KUL:Lirias&lang=en&search_scope=lirias_profile&adaptor=SearchWebhook&tab=LIRIAS&query=any,contains,LIRIAS1768922&offset=0)

- Finnerty, M. T., Layman, D. M., Chen, Q., Leckman-Westin, E., Bermeo, N., Ng-Mak, D. S., Rajagopalan, K., & Hoagwood, K. E. (2018). Use of a web-based shared decision-making program: impact on ongoing treatment engagement and antipsychotic adherence. *Psychiatric Services*, 69(12), 1215-1221. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800130>
- Garcia, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., & González-Pinto, A. (2016). Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(4), 355-371. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523>
- Haddad, P., Brain, C., & Scott, J. (2014). *Patient related outcome measures*. Dovepress, 2014(5), 43-62. <https://doi.org/10.2147/PROM.S42735>
- Hamann, J., Parchmann, A., Sassenberg, N., Bronner, K., Albus, M., Richter, A., Hoppstock, S., & Kissling, W. (2016). Training patients with schizophrenia to share decisions with their psychiatrists: a randomized-controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (52), 175-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1327-z>
- Hamann, J., Holzhüter, F., Blakaj, S., Becher, S., Haller, B., Landgrebe, M., Schmauß, M., & Heres, S. (2020). Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, (29), 1-7. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000505>
- Ishii, M., Okumaru, Y., Sugiyama, N., Hasegawa, H., Noda, T., Hirayasu, Y., & Ito, H. (2017). Feasibility and efficacy of shared decision making for first-admission schizophrenia: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, (52). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1218-1>
- Kenniscentrum Phrenos. (z.d.). *Feiten en Cijfers*. <https://kenniscentrumphrenos.nl/thema/goede-zorg/over-psychosezorg/feiten-en-cijfers-over-psychose/>
- Leijala, J., Kampman, O., Suvisaari, J., & Eskelinen, S. (2021). Daily functioning and symptom factors contributing to attitudes toward antipsychotic treatment and treatment adherence in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 2021(37). <https://doi.org/10.1186%2F12888-021-03037-0>
- Polit, D. F., & Beck-Tatano, C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11e ed.). Wolters Kluwer.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . McGuinness, L. A. (2020). *PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*. PRISMA. <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>
- Richtlijnwerkgroep Medicatietrouw. (2022). *Richtlijn: medicatietrouw*. V&VN. [https://www.venvn.nl/media/hpvd1xe/202203-richtlijn-medicatietrouw\\_comm.pdf](https://www.venvn.nl/media/hpvd1xe/202203-richtlijn-medicatietrouw_comm.pdf)
- Rijkeboer, A., De Haan, J. H., & Deen, M. (2018). Medicatietrouw en wekelijks gebruik van antipsychotica. *Dé Verpleegkundig Specialist*, 13(1). <https://www.vakblad-dvs.nl/vakbladen/editie/artikel/t/medicatietrouw-en-wekelijks-gebruik-van-antipsychotica>
- Scholten, R. J. P. M., Offringa, M., & Assendelft, W. J. J. (Reds.). (2018). *Beoordelingscriteria voor een randomised controlled trial (RCT)*. Cochrane Netherlands. [https://netherlands.cochrane.org/sites/netherlands.cochrane.org/files/uploads/4.4\\_rct\\_checklist.pdf](https://netherlands.cochrane.org/sites/netherlands.cochrane.org/files/uploads/4.4_rct_checklist.pdf)
- Stentzel, U., Van den Berg, N., Schulze, L. N., Schwaneberg, T., Radicke, F., Langosch, J. M., Freyberger, H. J., Hoffmann, W., & Grijp, H.-J. (2018). *BMC Psychiatry*, (18). <https://doi.org/10.1186%2F12888-018-1737-4>
- Van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggemans, R., Castelein, S., Dekker, F. L., Van Duin, D., Van Ewijk, W. M., Van der Graag, M., Van Gool, R., De Haas, O., Henquet C., Hermens, M. L. M., Ketelaars, T., Knegtering, H., Krans, M. J., Lanssen, M., . . . Van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. <https://www.trimbos.nl/docs/od648a6d-5847-4168-bc30-4d3e55fc8de7.pdf>
- Velligan, D., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). *Patient preference and adherence*. Dovepress, 2017(11), 449-468. <https://doi.org/10.2147/PPA.S124658>
- Westein, M. (2008). *Tijd voor een beter gebruik van medicijnen*. Docplayer. <https://docplayer.nl/20357221-Tijd-voor-een-beter-gebruik-van-medicijnen.html>
- Yin Lam, W., & Fresco, P. (2015). Medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*, Artikel 217047. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>