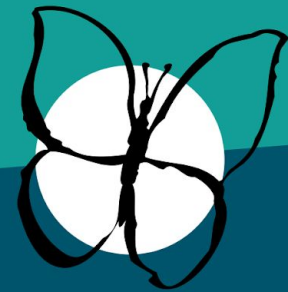


Workshop: Gedeelde besluitvorming in de behandeling van Anorexia Nervosa



NAE CONGRES, 'GISTEREN, VANDAAG en MORGEN'

Alberte Jansingh

7 NOVEMBER '22

ALTRECHT SPECIALIST IN
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



Programma

- Achtergrond
- Gedeelde Besluitvorming / SDM
- Hoe passen wij dit toe?
- Stappen
- Samen oefenen
- Waar nog meer toe te passen?



www.fokkesuk.nl

Gisteren, Vandaag, Morgen

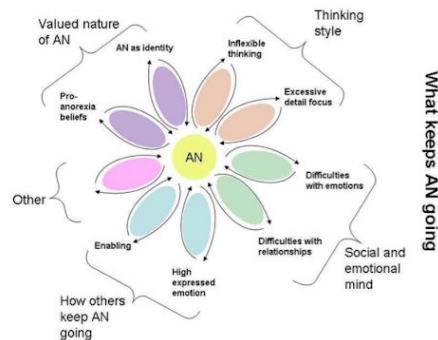
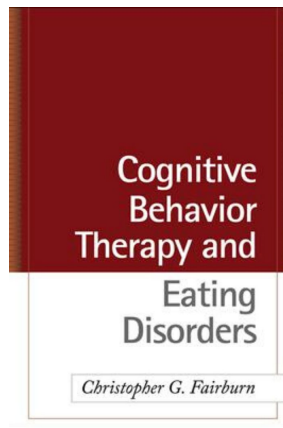


Achtergrond



Richtlijn behandelingen Anorexia Nervosa

- Cognitive Behavior Therapy – Enhanced (CBT-E)
- The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)
- Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)



McIntosh *Journal of Eating Disorders* 2015, 3(Suppl 1):01
<http://www.jeatdisord.com/content/3/S1/O1>



ORAL PRESENTATION

Open Access

Specialist supportive clinical management (SSCM) for anorexia nervosa: Content analysis, change over course of therapy, and relation to outcome

Virginia McIntosh^{1,2}

From 2015 ANZAED Conference: Riding the Waves to Recovery
Surfers Paradise, Australia. 21-22 August 2015

Gedeelde Besluitvorming / SDM

Proces waarin zorgverlener en patiënt samen tot een beslissing komen over diagnostiek, behandeling of nazorg, op basis van de 3 pijlers van evidence-based medicine:

1. Best beschikbare evidentie
2. Klinische kenmerken
3. De voorkeur van de patiënt.

Stiggelbout et al., 2015

Gedeelde Besluitvorming

Uitgangspunt:

Hulpverleners kunnen niet goed voorspellen wat patiënten wel/niet willen weten

Welke rol zij willen hebben in de besluitvorming

Welke behandeling zij prefereren.

Gedeelde Besluitvorming

Maar:

Patiënten

- Willen vaak meer weten dan hulpverleners denken
- Weten vaak niet wat de mogelijkheden zijn en maken daarom geen keuze
- Realiseren zich niet wat de risico's zijn
- Voelen zich vaak niet goed geïnformeerd.
- Willen soms minder 'agressieve' behandelingen dan behandelaren denken
- Hebben vaak voorkeur voor behandeling gericht op kwaliteit van leven.

Na gedeelde besluitvorming

Zijn patiënten:

- Beter geïnformeerd
- Besluitvaardiger
- Beter bewust van voor- en nadelen
- Vaker tevreden over het besluit
- Minder twijfelend over genomen besluit.

Joosten et al., 2008, 2011

Gedeelde besluitvorming

Leidt mogelijk tot:

- Betere therapietrouw
- Minder klachten en procedures
- Betere behandelrelatie
- Besparing van kosten.

Performance Gap

Zorgverlener zegt dat er sprake is van gedeelde besluitvorming, maar dat is er niet.



Stiggelbout et al., 2019
Couët et al., 2015

Hoe passen wij dit toe?

MANTRA, CBT-E, SSCM

Voorkeursgevoelig beslissen:

Alle 3 de behandelingen zijn zinvol en
gelijkwaardig

Voorlichting

- filmpjes
- folder
- keuzehulp

Introductie: https://youtu.be/eBd39oAF_ms

CBTE: https://youtu.be/iv_eRJWSgxo

Mantra: https://youtu.be/j2GmQ_h0Hgc

SSCM: <https://youtu.be/odzxMreOGdw>

Shared Decision Making and Autonomic Motivation in the Treatment for Anorexia Nervosa: A Pilot RCT

Alberte Jansingh¹, Unna Danner^{1,2}, Arwen Pieterse³, Annemarie van Elburg^{1,2}

¹ Altrecht Eating Disorders Rintveld, Zeist; ² Department of Clinical Psychology, Utrecht University; ³ Department of Biomedical Data Sciences, Leiden University Medical Center The Netherlands

No commercial relationships to disclose

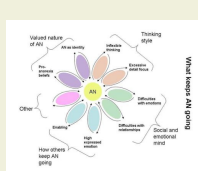
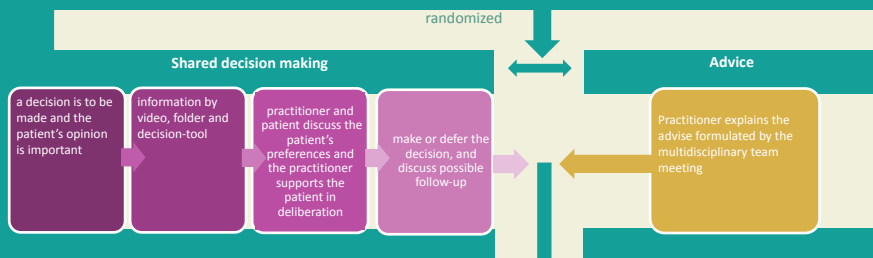
Introduction

- Three treatments are recommended for the treatment for anorexia nervosa: MANTRA, CBT-E and SSCM.
- Study results do not provide evidence on allocation. Shared Decision Making (SDM) was introduced in our treatment center as a way to help patients decide which treatment suits them best.
- Additionally our hypothesis was that SDM might enhance autonomous motivation (AM) for treatment.

Method

- 39 adult patients diagnosed with (atypical) AN were randomized over two conditions: SDM versus therapist advice. 8 practitioners were involved in these 2 conditions.
- The SDM process was evaluated using the Shared Decision Making Questionnaire-9 (SDMQ-9).
- AM was assessed 1) directly after treatment choice, and after the 2) first and 3) fourth treatment session using the Autonomous and Controlled Motivations for Treatment Questionnaire (ACMTQ).

39 patients with (atypical) AN



MANTRA
The Maudsley Model of Anorexia nervosa

Specialist Supportive Clinical Management

CBT-E
Cognitive Behavior Therapy - Enhanced

Oral presentation
Specialist supportive clinical management (SSCM) for anorexia nervosa: Content analysis, change over course of therapy, and relation to outcome
Vogels MC et al
Paper 2015 ANZAED Conference: Raising the Bar: New Research
Sydney Australia, 27-29 August 2015

Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders
Christopher G. Fairburn

Results

- No difference between the two conditions in age, age at onset, illness duration, BMI, diagnosis or gender (Table 1).
- SDMQ-9: higher scores in the Experimental condition compared to the Control condition, showing patients in the SDM condition perceived more SDM-related behavior from the practitioner than patients in the Advice condition did (Table 2).
- AM did not change over time ($F(2,60)=1.14$; $p=0.33$), or condition ($F(1,30)=0.01$; $p=0.91$). Neither an interaction effect between time and condition was found ($F(2,60)=0.35$, $p=0.70$) (Table 3).

Characteristics	SDM (n=18)		Advice (n=21)			
	Mean	SD	Mean	SD	F	p
Age (years)	25.50	8.41	25.05	5.69	0.04	0.84
Age at onset (years)	16.61	4.08	18.26	5.60	1.08	0.31
Illness duration (years)	8.75	10.06	6.85	6.20	0.52	0.48
BMI in kg/m ²	17.81	2.15	17.71	2.50	0.02	0.89
Diagnosis						
ANR	10		9		$\chi^2=1.43$	0.70
ANBP	3		7			
OSFED	5		5			
Female Gender	17		19		$\chi^2=0.22$	0.64

Table 1.

	SDM		Advice			
	Mean	Sd	Mean	Sd	t	p
SDMQ	79.86	18.99	62.01	25.53	2.34	.012

Table 2.

ACMTQ Autonomic	SDM		Advice	
	Mean	Sd	Mean	Sd
T1	5.59	1.13	5.69	.67
T2	5.54	1.21	5.44	.88
T3	5.64	1.27	5.75	.70

Table 3.

Conclusions

Contrary to the expectations, SDM does not enhance AM. However, all patients indicate strong AM. This is interesting considering the ambivalence that is often observed. Although no effects were found, SDM seems a practical solution for treatment allocation as there are no indication criteria and the practice of SDM went well (SDMQ scores). Future studies may want to focus on the experience of SDM by patients and practitioners.



ALTR ECHT

For more information:
a.jansingh@altrecht.nl



Stappen bij Gedeelde Besluitvorming

1. Keuze
2. Opties
3. Voorkeuren/ Afwegen
4. Beslissen



Stiggelbout 2015

Stap 1

De zorgverlener informeert de patiënt erover dat er een **keuze** gemaakt moet worden waarbij de **mening** van de patiënt belangrijk is.

- Expliciet noemen
- Tijd/ tijdspad noemen
- Goede sfeer
- Zijn er brandende vragen?

Stap 2

De zorgverlener legt de behandelmogelijkheden (**opties**) uit en de voor- en nadelen per behandelmogelijkheid.

- Bespreek neutraal
- Wat weet de patiënt al?
(evt foutieve ideeën corrigeren)
- Check begrip

Stap 3

A) De behandelaar en de patiënt bespreken de **voorkeuren** van de patiënt in het licht van de mogelijkheden.

- B) De behandelaar ondersteunt de patiënt bij het **afwegen** van de behandelmogelijkheden.
 - Bespreek wat patiënt belangrijk vindt mbt de keuze
 - Wat voor patiënt belangrijk is, hangt samen met diens verwachtingen, doelen en zorgen
 - Je bespreekt deze informatie in relatie tot de specifieke voor- en nadelen van de behandelopties.

Stap 3, vervolg

Vragen om voorkeur te onderzoeken:

- Wat is je gevoel bij wat ik je over de behandelmogelijkheden heb verteld?
- Als je aan een keuze denkt, welk aspect is voor jou dan het belangrijkste?

Concreet maken

Stap 4

De zorgverlener en de patiënt bespreken de **beslissing** en mogelijke verdere stappen.

- Heeft patiënt een voorkeur?

Ja: wat is de beslissing en wat is de onderbouwing?

Nee: wat heeft een patiënt nodig om tot een beslissing te komen?

(uitstellen, vervolggesprek, naasten overleggen)

Stap 4, vervolg

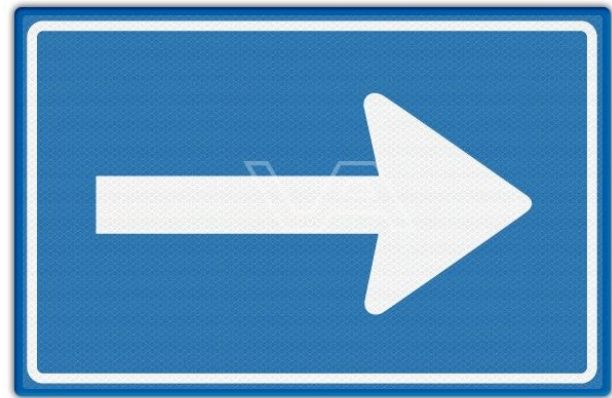
Als patiënt er om vraagt, kan je zelf advies geven over de beste behandelmogelijkheid. Geef dan expliciet de reden voor het advies en betrek daarin de voorkeur van de patiënt.

Let op!

Impliciete normativiteit:

Heb jij een voorkeur?

Hoe kan deze het gesprek beïnvloeden?



Oefenen

Groepjes van 3

Om de beurt

Gebruik de vragenlijst SDMQ-9

Nabespreken

- Therapeut zelf

- Patiënt

- Aanvullingen observator

Nabespreking



Toekomst

Bespreek met je buurvrouw/-man:

- passen jullie Gedeelde Besluitvorming toe? Waar en Hoe?
- waar zou Gedeelde Besluitvorming nog meer kunnen worden toegepast in jullie instelling?
- wanneer is Gedeelde Besluitvorming niet passend?

Vragen en Discussie



Dank voor jullie aandacht!

