

Borstkankerscreening: wat is de impact van gedeelde besluitvorming met patiënten?

Referentie

Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, et al. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2

Duiding

Gilles Henrard, médecin généraliste, Université de Liège
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Heeft het toepassen van (bepaalde aspecten van) gedeelde medische besluitvorming bij vrouwen van 40 tot 75 jaar impact op hun tevredenheid met het besluitvormingsproces, hun kennis van alle opties, hun betrokkenheid bij de besluitvorming, hun vertrouwen in de genomen beslissing, hun therapietrouw aan de gekozen optie, de overeenstemming tussen de gemaakte keuze en hun waarden, en hun mentale gezondheid in vergelijking met gebruikelijke zorg of een andere interventie zonder componenten van gedeelde medische besluitvorming?

Achtergrond

Minerva analyseerde onlangs een systematische review waaruit bleek dat het gebruik van tools voor beslissingsondersteuning bij patiënten die een medische beslissing moeten nemen, in het bijzonder aangaande screening, de overeenkomst tussen de gemaakte keuzes en hun waarden, hun perceptie van de risico's en hun deelname aan de besluitvorming verbeterde (1,2). In het kader van borstkankerscreening wordt vaak een proces van gedeelde medische besluitvorming aanbevolen op basis van het beste beschikbare bewijs, de voorkeuren van de patiënt en een overleg met de behandelaar (3). Het effect van gedeelde besluitvorming bij borstkankerscreening blijft echter onzeker. De hier geduide systematische review probeert deze vraag te beantwoorden (4).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyses.

Geraadpleegde bronnen:

- Cochrane Breast Cancer Group's Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, ClinicalTrials.gov en het World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (geraadpleegd op 8 augustus 2023)
- abstracts van relevante congressen tussen 2020 en 2023
- geen taalrestrictie
- geen beperkingen qua publicatiestatus.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria:
 - gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's), parallel- of cluster-gerandomiseerd
 - studies die interventies met verschillende componenten van gedeelde medische besluitvorming vergeleken met usual care of interventies zonder componenten van gedeelde medische besluitvorming
- studies met één enkele onderzoeksarm werden uitgesloten
- in totaal werden 19 studies geselecteerd: 2 studies hadden betrekking op alle aspecten van gedeelde medische besluitvorming, waarbij de zorgprofessionals opgeleid waren in het

toepassen van gedeelde besluitvorming of beschikken over keuzehulpen met betrekking tot risicocommunicatie en verheldering van waarden en voorkeuren van de deelnemers; 6 studies onderzochten enkele aspecten van gedeelde medische besluitvorming, inclusief verheldering van de risico's en de persoonlijke waarden, waarbij men de keuzehulpen met afgewogen informatie over de voordelen en de risico's van screening en oefeningen voor waardeverheldering aanbood aan de deelnemers vóór de ontmoeting met een zorgprofessional; 11 studies focusten zich op een verbeterde risicocommunicatie zonder de andere aspecten van gedeelde medische besluitvorming.

Bestudeerde populatie

- vrouwen tussen 40 en 75 jaar met een matig (of licht verhoogd) risico van borstkanker die een beslissing moesten nemen aangaande screening:
 - vrouwen met een levensrisico van 15-20% (door de aanwezigheid van een mutatie in genen die het risico verhogen, zoals BRCA1 of BRCA2)
 - vrouwen met een risico van meer dan 1,66% over 5 jaar wegens:
 - borstkanker bij een eerstegraadsfamiliedlid vóór de leeftijd van 65 jaar
 - een eerdere borstbiopsie dat een atypische hyperplasie of een lobulair carcinoom in situ aantoonde
- vrouwen met een hoog risico werden uitgesloten
- in totaal includeerde men 64 215 vrouwen in de systematische review.

Uitkomstmeting

- onderzochte uitkomstmaten: tevredenheid met het besluitvormingsproces, vertrouwen in de genomen beslissing, kennis van alle opties, therapietrouw aan de gekozen optie, betrokkenheid bij de gedeelde medische besluitvorming, overeenkomst tussen de gemaakte keuze en de waarden van de patiënte, mentale gezondheid
- de methoden om deze uitkomstmaten te meten (vragenlijsten, schalen, enzovoort) waren niet vooraf gespecificeerd (*zie bespreking*).

Resultaten

Tabel 1. Samenvatting van de resultaten van interventies met gedeelde besluitvorming versus usual care of interventies zonder gedeelde besluitvorming.

Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	N	n	Niveau van bewijs
Gedeelde medische besluitvorming die alle componenten omvat	Kennis van de leeftijd waarop screening begint	RR van 1,18 met 95% BI van 0,61 tot 2,28 <i>Statistisch niet significant verschillend</i>	1	133	Zeer laag
	Frequentie van screening	RR van 0,84 met 95% BI van 0,68 tot 1,04 <i>Statistisch niet significant verschillend</i>	1	133	Zeer laag
Verkorte vormen van gedeelde besluitvorming met verheldering van waarden en voorkeuren	Beslissingsconflict, schaal van 0 minst tot 100 meest, na 1-3 maanden follow-up	Gemiddeld verschil van 1,60 met 95% BI van -4,21 tot 0,87 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	4	1 714	Zeer laag
	Aandeel vrouwen met residueel beslissingsconflict na 1-3 maanden follow-up	RR van 0,75 met 95% BI van 0,56 tot 0,99	1	1 001	Zeer laag

		<i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>			
	Kennis van opties op een schaal van 0 tot 10	Gemiddeld verschil van 0,47 tot 1,44 <i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>	5	2 114	Laag
	Kennis van de verschillende opties, dichotoom (ja/nee)	RR van 1,24 met 95% BI van 0,95 tot 1,63 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	4	2 449	Laag
	Angst, op een schaal van 20 tot 80	Gemiddeld verschil van 0,54 met 95% BI van -0,96 tot 2,14 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	749	Laag
	Bezorgdheden met betrekking tot kanker, aandeel patiënten na 4-6 weken follow-up	RR van 0,88 met 95% BI van 0,73 tot 1,06 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	1	639	Laag
Verbeterde risicocommunicatie zonder andere aspecten van gedeelde medische besluitvorming	Vertrouwen in de beslissing, beslissingsconflict, schaal van 0 minst tot 100 meest, na 2 weken follow-up	Gemiddeld verschil van 2,89 met 95% BI van -2,35 tot 8,14 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	1 191	Laag
	Verwachte spijt over deelname aan screening	Gemiddeld verschil van 0,28 met 95% BI van 0,15 tot 0,41 <i>Statistisch significant in het nadeel van gedeelde besluitvorming</i>	idem		
	Verwachte spijt over niet deelname aan screening	Gemiddeld verschil van -0,28 met 95% BI van -0,42 tot -0,14 <i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>	idem		
	Kennis, op een schaal van 0 tot 10	Gemiddeld verschil van 1,14 met 95% BI van 0,61 tot 1,62 <i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>	4	2 510	Hoog
	Angst, op een schaal van 20 tot 80	Gemiddeld verschil van 0,33 met 95% BI van -1,55 tot 0,99 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	1 193	Hoog
	Depressie, op een schaal van 0 tot 21	Gemiddeld verschil van 0,02 met 95% BI van -0,41 tot 0,45 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	1 193	Hoog
	Bezorgdheden met betrekking tot kanker, op een schaal van 1 tot 4	Gemiddeld verschil van -0,17 met 95% BI van -0,26 tot -0,08 <i>Statistisch significant gedeelde besluitvorming in het voordeel van de interventie</i>	1	838	Hoog

N: aantal studies, n: aantal deelnemers, BI: betrouwbaarheidsinterval, RR: relatief risico

Besluit van de auteurs

De auteurs concluderen dat studies over verkorte vormen van gedeelde medische besluitvorming en andere vormen van verbeterde communicatie wijzen op een betere kennis en minder beslissingsconflicten. Er blijft echter onzekerheid bestaan over het effect van het proces van gedeelde

medische besluitvorming. De meeste studies evalueerden niet de als belangrijk beschouwde uitkomstmaten. Gerandomiseerde studies van hoge kwaliteit zijn nodig om de toepassing van gedeelde medische besluitvorming in verschillende culturele contexten te evalueren, met een focus op uitkomsten zoals tevredenheid van vrouwen en overeenstemming tussen hun keuzes en waarden.

Financiering van de studie

Geen vermeld.

Belangenconflicten van de auteurs

Verschillende auteurs hebben intellectuele belangenconflicten over het onderwerp (ontwikkeling van tools voor beslissingsondersteuning en publicatie van artikels over het onderwerp); maar er worden geen financiële belangenconflicten gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De onderzoeksvraag is zeer breed en de vooraf gedefinieerde uitkomstmaten zijn talrijk en weinig nauwkeurig. De auteurs bespreken ook andere uitkomstmaten die ze terugvonden in de geïncludeerde artikels. Twee auteurs beoordeelden onafhankelijk van elkaar de te includeren studies. Voor de gegevensextractie, de beoordeling van het risico van bias van de primaire studies en voor de bepaling van het niveau van bewijs volgens GRADE volgden ze de methodologische standaarden van de Cochrane Collaboration. Het niveau van bewijs varieerde van meestal zwak tot zeer zwak en dat voornamelijk wegens de aanzienlijke en soms tussen de groepen ongelijke uitval van deelnemers, het ontbreken van blinding van de deelnemers en/of onderzoekers en het feit dat de protocollen niet altijd vooraf waren gepubliceerd. Daardoor is er mogelijke selectiebias voor de gerapporteerde resultaten aanwezig. De meeste resultaten vertoonden weinig statistische heterogeniteit. Het beperkte aantal studies per vergelijking stond subgroepanalyses echter in de weg. De klinische heterogeniteit is wel uitgesproken: verschillende leeftijdsgroepen en soorten interventies, een studie uitgevoerd tussen 1997 en 2000 en een studie verricht in een land met een laag-middeninkomen, namelijk Iran.

Evaluatie van de resultaten

De auteurs bepalen a priori 7 belangrijke uitkomstmaten. Opvallend is dat, afhankelijk van het soort interventie, de literatuur geen resultaten geeft voor 4 tot 6 van deze uitkomstmaten. Het toepassen van gedeelde medische besluitvorming is een complexe interventie. Meerdere componenten werken op elkaar in en de interventies richten zich op verschillende niveaus. De interpretatie van de resultaten van de primaire studies vraagt daarom veel inzicht in de context en het concrete proces van de interventie (de vraag 'hoe' en 'waarom' een interventie wel of niet werkt) (5). Dat zijn nu net de gegevens die vaak niet beschikbaar zijn bij de analyse van een systematische review.

Meestal hadden de interventies geen statistisch significante effecten. Soms waren ze wel statisch significant maar weinig klinisch relevant. Een positieve benadering zou dan ook kunnen zijn dat de toepassing van gedeelde medische besluitvorming vooral steunt op zowel ethische als pragmatische gronden waarbij we enigszins gerust kunnen zijn over de veiligheid van de aanpak (6). De impact van de toepassing van gedeelde medische besluitvorming op de participatiegraad aan screening en op de therapietrouw aan de gekozen optie wordt in deze systematische review niet belicht. De eerder genoemde Cochrane systematische review over keuzehulpen voor patiënten besluit wel dat er een statistisch significante, maar klinisch weinig relevante afname is van de participatiegraad (1,2). Een gerandomiseerde klinische studie in de eerste lijn bij patiënten ouder dan 75 jaar toonde eveneens een afname van de participatiegraad (7).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De laatste Belgische richtlijn voor de eerste lijn over borstkankerscreening dateert van 2016, en kaart gedeelde medische besluitvorming aan zonder het concept expliciet te benoemen (8). De richtlijn stelt: "Bespreek met de patiënte de voor- en nadelen van een screeningsmammografie zodat zij een

geïnformeerde keuze kan maken (GRADE 2C, dit betekent zwakke aanbeveling en laag niveau van bewijs)." Ook staat er: "Informatie over screening mag niet alleen met een voorgedrukte folder bezorgd worden, maar moet in een mondeling gesprek door de arts worden gegeven. De arts moet met de patiënte haar wensen en bezorgdheden bespreken zodat ze kan participeren aan de beslissing tot screening (Good Practice Point, dit wil zeggen een 'expertopinie', zonder onderliggend bewijs op dat moment)".

Besluit van Minerva

Deze systematische review met meta-analyses is van goede methodologische kwaliteit, maar hanteert een te brede onderzoeksvraag en kampt daarom met een aanzienlijke klinische heterogeniteit. De review toont dat de toepassing van gedeelde medische besluitvorming over borstkankerscreening bij vrouwen van 40 tot 75 jaar de kennis enigszins zou kunnen verbeteren en de beslissingsconflicten zou kunnen verminderen. Heel wat belangrijke aspecten van het thema zijn tot op heden nog niet onderzocht.

Referenties

1. Henrard G. Keuzehulpen voor patiënten? *Minerva* 2024;23(7):167-71.
2. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6
3. Maes-Carballo M, Moreno-Asencio T, Martín-Díaz M, et al. Shared decision making in breast cancer screening guidelines: a systematic review of their quality and reporting. *Eur J Public Health* 2021;31:873-83. DOI: 10.1093/eurpub/ckab084
4. Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, et al. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2
5. Noyes J, Booth A, Moore G, et al. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Glob Health* 2019;4(Suppl 1): e000893. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000893
6. Henrard G, Joly L, Buret L, Giet D. Moins c'est parfois mieux. Prévenir le surdiagnostic en partageant les décisions. *Revue Médicale de Liège*, 13/06/2024. Disponible sur : <https://hdl.handle.net/2268/319689>
7. Schonberg MA, Kistler CE, Pinheiro A, et al. Effect of a mammography screening decision aid for women 75 years and older: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180:831-42. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0440
8. Garmyn B, Govaerts F, Peremans, et al. Borstkankerscreening. *Domus Medica*, 2016 Beschikbaar op: <https://www.domusmedica.be/richtlijnen/borstkankerscreening>. Url: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Borstkankerscreening_0.pdf