

# TREAT-tool voor een beter gesprek

**De titel van zijn proefschrift ‘Connecting needs and care in psychosis’ geeft al weg dat de onderlinge verbinding tussen patiënt en behandelaar centraal staat in het promotieonderzoek van Lukas Roebroek.**

**Onlangs promoveerde hij aan de Rijksuniversiteit Groningen en hij toont met zijn onderzoek aan dat het bespreken van zorgbehoeften slim ondersteund kan worden door de digitale beslistool TREAT. Een applicatie die het voor patiënten én behandelaren mogelijk maakt in een oogopslag te zien wat iemands zorgbehoefte is. “Door het overzicht dat de tool biedt, hebben behandelaren en patiënten meer overleg over lichamelijke klachten.”**

**L**ukas kwam – na een bachelor Sociale Psychologie in Tilburg en een research master in Utrecht – als onderzoeker te werken bij ggz-instelling Lentis in Groningen. Hij koos er bewust voor om zijn promotieonderzoek te richten op het al ontwikkelde, maar nog in de kinderschoenen staande concept TREAT; een digitale beslistool die mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen kan ondersteunen. “Als je vier jaar lang in een onderwerp gaat verdiepen, dan moet dat wel iets zijn wat je oprecht heel interessant vindt,” zegt Lukas. “De mogelijkheden die de tool zou kunnen bieden spraken me erg aan, net als de doelgroep. Dat het geen standaard promotieonderzoek op een universiteit zou zijn, vond ik ook leuk. Ik kon in de praktijk onderzoek doen en werken aan een vraag die rechtstreeks van de werkvloer afkwam. Een praktische en concrete behoefte en ik zag direct de meerwaarde die ik misschien zou kunnen bieden met dit onderzoek. Ik hoopte iets positiefs te kunnen bijdragen aan de instelling.”

## BERGEN (ONBRUIKBARE) DATA

Mensen die met een ernstige psychiatrische aandoening bij Lentis terechtkomen, worden jaarlijks uitgebreid gescreend, vertelt Lukas. “Dat gebeurt aan de hand van vragenlijsten, diagnostische interviews en labonderzoek.

Deze outcome monitoring brengt in kaart welke verschillende soorten zorg iemand nodig heeft, maar levert ook heel veel data op. Zorgprofessionals vanuit de behandelpraktijk gaven aan dat er geen goede, gestandaardiseerde manier was om deze gegevens inzichtelijk én beter bruikbaar te maken. ‘Hoe kunnen we de uitkomsten van de screening op een passende manier koppelen aan de zorgstandaard?’, was een veelgehoorde vraag. Vanuit dat vraagstuk ontstond het plan voor de TREAT-applicatie. Toen ik aan dit onderzoek begon, was de tool al gedeeltelijk in ontwikkeling,” licht Lukas toe. “Er lag al een experimentele onderzoeksopzet en het idee was dit verder vorm te geven en in verschillende ggz-instellingen uit te proberen. TREAT moest vanuit alle verzamelde patiëntgegevens, opgehaalde informatie en data direct het juiste behandeladvies geven. De techniek van de tool werd elders gedaan, ik hield me bezig met het inzichtelijk maken van zorgbehoeften en op basis daarvan passende adviezen geven.”

## UP-TO-DATE

“Het fijne aan promotieonderzoek doen binnen een ggz-instelling, is dat je kan meekijken met de behandelaren,” is de ervaring van Lukas. “Ik was bij besprekingen tussen behandelaren en patiënten, interne overleggen en heb



## “HET IS EEN VOORZICHTIGE INDICATIE DAT DEZE BESLISTOOL EEN VORM VAN RICHTLIJN-IMPLEMENTATIE KAN ZIJN”

veel gesprekken gevoerd met zorgverleners binnen de instellingen. Ik wilde vooral weten waar ze tegenaan liepen met het oog op het verwerken van die input in de applicatie. Het viel me in een vroeg stadium van mijn onderzoek al op dat zij alles weten over de zorgbehoeftes, maar als ik vroeg hoeveel mensen in behandeling nog waanbeelden hadden of eenzaam waren, dan wisten ze dat niet precies. In een longitudinaal onderzoek zijn die zorgbehoeftes nader onderzocht en als los onderzoek opgenomen in mijn proefschrift.”

Het in de praktijk testen van de TREAT-applicatie gebeurde in eerste instantie op basis van een prototype in een pilotstudie. “Aan de hand van die testgegevens – zowel vanuit het perspectief van patiënten als behandelaren – is alles nog een keer gefinetuned,” legt Lukas uit. “Zo kwam in 2017 de zorgstandaard psychose uit en die is ook nog in de applicatie verwerkt. Daarna kregen dertig behandelaren die in vier verschillende ggz-instellingen werkten, voorafgaand aan het testen een korte training hoe zij de TREAT-tool kunnen inzetten en in gesprek kunnen gaan over de zorgbehoeftes die in beeld zijn.”

### GEDEELDE BESLUITVORMING

Vooraf dacht Lukas dat het goed mogelijk was dat patiënten door het gebruik van deze applicatie meer gedeelde besluitvorming zouden ervaren en het gevoel zouden hebben meer inspraak te hebben over de uiteindelijke behandeling. “Uit literatuur blijkt dat bij acute beslissingen er een hoge mate van beslissingsambivalentie is. Het inzetten van de applicatie zou dat – onder patiënten – mogelijk verminderen doordat gedeelde besluitvorming wordt gestimuleerd, maar dat hebben wij niet gevonden. De gezamenlijke besluitvorming bleef ook even hoog bij inzet van de tool en ook de beoordelingen van het behandelcontact bleven onveranderd. Het vermoeden bestaat dat gedeelde besluitvorming al heel gangbaar is in de ggz; dat daar vanuit de behandelaren al veel aandacht voor is.”

Voor de behandelaren zijn wel flinke effecten gevonden, vertelt Lukas. “Met name de somatische klachten worden beter behandeld. Uit de longitudinale analyse – waarbij alle zorgbehoeftes van meer dan 2.000 patiënten, 5.000 metingen vier jaar lang zijn gemonitord – blijkt dat de helft van de zorgbehoefte op somatische vlak ligt. Door het overzicht dat de tool biedt, hebben behandelaren en patiënten meer overleg over lichamelijke klachten. Dat laat zien dat de uitkomsten van de screening beter geïntegreerd worden. Het is een voorzichtige indicatie dat deze beslistool een vorm van richtlijnimplementatie kan zijn. Binnen ggz-instellingen zijn meer dan vijftig richtlijnen en zorgstandaarden, van soms wel vierhonderd pagina's lang. Dan kan de TREAT-tool – die je in de praktijk kunt inbedden – heel ondersteunend zijn.”

### BESPREEKBAAR

In een kwalitatief onderzoek hebben dertien behandelaren langere tijd met de tool gewerkt. “Het merendeel, namelijk acht van de dertien behandelaren – vond de tool van toegevoegde waarde in de dagelijkse behandelpraktijk. Zij zien een enorme verbetering ten opzichte van de eerdere manier van werken en vinden de data makkelijk te gebruiken in de praktijk,” aldus Lukas. Ook vinden zorgprofessionals het een goed middel om een gesprek te starten over een bepaald onderwerp, met name daar waar het gaat om een lastig bespreekbaar onderwerp als intimiteit. “Als zoiets uit onderzoek naar voren komt en je kunt dat als behandelaar op de computer laten zien, dan kun je eigenlijk niet meer om het gespreksonderwerp heen,” meent Lukas. “Patiënten worden ook meer eigenaar gemaakt van de data die met hen is verzameld en het samen naar deze data kijken, is een groot verschil.” Er zijn ook suggesties gekomen om de tool te verbeteren. Lukas: “Het zou mooi zijn als bij veelvoorkomende zorgbehoeftes behandelaren er zelf behandelingsuggesties in kunnen zetten.”



## Zinnige Zorg

Zorginstituut Nederland is in 2013 gestart met het programma ‘Zinnige Zorg’, de systematische doorlichting van het huidige basispakket met het oog op een gepast aanbod en gebruik van zorg. Kern ervan is de identificatie en het tegengaan van niet-effectieve of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden.

De VGcT is betrokken bij de trajecten voor Zinnige Zorg bij psychose en PTSS.

### NIET PATHOLOGISEREN

Lukas, die in maart zijn onderzoek verdedigde, kijkt positief terug op zijn promotietraject. “Voordat ik begon, had ik natuurlijk ook de horrorverhalen van PhD-studenten gehoord over loodzware en verschrikkelijke jaren. Gelukkig werkte ik in een leuk team op de researchafdeling van de instelling; we ondersteunden elkaar en iedereen was bereid mee te denken en suggesties aan te dragen. Er was – in mijn optiek – helemaal geen sprake van onderlinge competitie, eerder teamwork.” Naar eigen zeggen heeft hij de ggz de afgelopen jaren intensief meegemaakt en goed leren kennen. Opvallend vindt Lukas de verschillen tussen de instellingen. “Soms zijn er zelfs tussen teams binnen een instelling al grote verschillen. Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin vanuit een biomedisch model dan wel vanuit de herstelgedachte wordt behandeld of de mate waarin routine outcome monitoring onderdeel uitmaakt van de behandeling.” “Ik heb ook veel cliënten met ernstige psychische klachten gesproken, dat vond ik een heel mooi onderdeel van het proces. Deze mensen hebben soms het stigma van verwarde man of vrouw. Soms kan daar huiverig op worden gereageerd, bijvoorbeeld omdat men denkt dat zo iemand gevaarlijk is. Dat is een misvatting. Deze mensen zijn zoals jij en ik. Het is een heel diverse, heterogene groep mensen met allemaal hun eigen verhaal. Soms ervaren zij psychische problemen zonder duidelijke aanleiding, maar vaak is er sprake van vroegkinderlijk trauma of heftige life-events. Deze mensen hebben compassie vanuit de maatschappij nodig; dat is een mooiere benadering dan hen te pathologiseren. Ik geloof dat we deze groep mensen meer bij de samenleving kunnen betrekken.”

### MENSELIJK LEED

Binnenkort bezoekt Lukas de Raad van Bestuur van Lentis in Groningen. “De TREAT-applicatie is door die vier jaar onderzoek enorm verbeterd. Mijn onderzoek zal daar

## “EEN GOED MIDDEL OM EEN GESPREK TE STARTEN OVER LASTIG BESPREEKBARE ONDERWERPEN”

een vervolg krijgen, want ze gaan het verder uitzetten. Daar ben ik blij om, want ik heb zelf gezien dat de tool toegevoegde waarde heeft. Ik hoop dat het landelijk meer voeten aan de grond krijgt.” Inmiddels werkt Lukas als projectleider Zinnig Zorg bij Akwa en P3NL in Utrecht. Ook daar houdt hij zich bezig met zorgstandaarden. “De implementatie van psychosociale behandelingen uit de zorgstandaard is vaak weerbarstig door de bezuinigingen. In de praktijk zie ik regelmatig dat zeer hulpbehoevende mensen met bijvoorbeeld PTSS of een psychose niet snel genoeg kunnen starten met een psychosociale behandeling. Een aantal CGT-sessies voor psychotische klachten laat een significante verbetering zien, maar slechts 10 procent komt daarvoor in aanmerking, onder andere wegens personeelstekort. Er is onvoldoende capaciteit om interventies te starten. Dat is echt menselijk leed. Ook hier kijk ik welke rol een digitale beslistool kan bieden om dit landelijke probleem aan te pakken.”

### Bronnen

- Roebroek, L.O., Bruins, J., Roe, D., Delespaul, P. A., PHAMOUS Investigators, de Jong, S., Boonstra, A., Visser, E. & Castelein, S. 2021. Care needs and care consumption in psychosis: a longitudinal analysis of guideline concordant care. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, E73.
- Roebroek, L.O., Bruins, J., Delespaul, P. A., Boonstra, A. & Castelein, S. 2020. Qualitative analysis of clinicians' perspectives on the use of a computerized decision aid in the treatment of psychotic disorders. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1), 234.