

University of Groningen

Beslistool bij de behandeling van psycho-tische aandoeningen

Roebroek, L. O.; Bruins, J.; Knegtering, H.; Bruggeman, R.; Delespaul, P. H.; Castelein, S.

Published in:
Tijdschrift voor Psychiatrie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Roebroek, L. O., Bruins, J., Knegtering, H., Bruggeman, R., Delespaul, P. H., & Castelein, S. (2019). Beslistool bij de behandeling van psycho-tische aandoeningen: de ontwikkeling van TReatment E-AssisT (TREAT). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(2), 92-96.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Beslistool bij de behandeling van psychotische aandoeningen: de ontwikkeling van TReatment E-AssisT (TREAT)

L.O. ROEBROEK, J. BRUINS, H. KNEGTERING, R. BRUGGEMAN, PH. DELESPAUL, S. CASTELEIN

ACHTERGROND In de medische wereld wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van beslistools en deze worden nu ook binnen de Nederlandse ggz geïntroduceerd. We beschrijven de context van deze ontwikkeling en laten zien hoe beslistools mogelijk evidence-based psychiatrie kunnen faciliteren.

DOEL Beschrijven van de ontwikkeling van een beslistool in de Nederlandse ggz: TReatment E-AssisT (TREAT), gericht op het optimaliseren van de behandeling van mensen met een psychotische aandoening.

METHODE Beschrijven hoe de TREAT-applicatie werkt en illustreren hoe deze een bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van mensen met een psychotische aandoening.

RESULTATEN Tijdens een pilotstudie werd TREAT beoordeeld als gebruikersvriendelijk en nuttig. TREAT leek de integratie van ROM-uitkomsten in de behandeling te bevorderen en de adviezen boden nieuwe gezichtspunten voor de behandelaars.

CONCLUSIE TREAT is een innovatieve applicatie die uitkomsten van routine outcome monitoring koppelt aan geldende richtlijnen en zorgstandaarden om een behandeladvies op maat te geven in de context van een psychiatrisch behandeltraject. Momenteel loopt een studie in meerdere zorginstellingen uit verschillende provincies met als doel de effectiviteit van de door ons ontwikkelde beslistool TREAT te onderzoeken.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 92-96

TREFWOORDEN beslistool, psychotische aandoening, richtlijn, routine outcome monitoring, zorgstandaard



ARTIKEL



In dit artikel beschrijven wij de ontwikkeling van een beslistool in de Nederlandse ggz: TReatment E-AssisT (TREAT), gericht op het optimaliseren van de behandeling van mensen met een psychotische aandoening. We beschrijven eerst beknopt een casus om een situatie te schetsen waarbij gebruik van deze tool nuttig zou zijn.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een alleenstaande 33-jarige vrouw met schizofrenie en obsessieve-compulsieve klachten, werd enkele keren per jaar bezocht door haar casemanager. Tijdens deze bezoeken maakte patiënte een stabiele indruk, sprak uit dat het wel goed met haar ging en uitte geen verdere

zorgbehoeften. Wel vroeg ze of ze niet eens mocht stoppen met de medicatie. De afgelopen jaren was haar antipsychotica gewisseld naar 15 mg olanzapine. Haar hallucinaties waren sterk afgenomen ten opzichte van de jaren daarvoor. Op het eerste gezicht leek haar situatie dus stabiel en stoppen met medicatie werd dan ook niet geadviseerd. Bij het jaarlijkse uitgebreide screeningonderzoek van de ROM-Phamous bleek echter dat het minder goed ging dan in eerste instantie werd verondersteld. Er was sprake van vrijwel geen dagbesteding en uit het gestructureerde interview met de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) bleek dat patiënte veel last had van negatieve symptomen. Daarnaast gaf ze op vragenlijsten aan bijwerkingen te

ervaren van de antipsychotica, problemen te hebben met haar seksueel functioneren en sterk in gewicht te zijn aangekomen sinds de start met olanzapine. Uit het laboratoriumonderzoek bleken een verhoogde nuchtere glucosewaarde van 6,8 mmol/l (norm 5,5 mmol/l) en een triglyceridewaarde van 3,25 mmol/l. Op een kwaliteit-van-leveninstrument gaf ze aan eenzaam te zijn en een relatie te missen. Patiënte relateerde dit aan de bijwerkingen van de medicatie.

Achter het verzoek om met de medicatie te stoppen bleek dus een impliciete hulpvraag schuil te gaan die niet opgemerkt was door hulpverleners.

ROM-Phamous

Deze casus illustreert een veelvoorkomende situatie bij mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Zij uitten zelden spontane klachten, maar er zijn bij hen veel latente hulpvragen. Om deze hulpvragen expliciet te maken werd in Noord-Nederland zo'n tien jaar geleden een kwaliteitssysteem met jaarlijkse evaluaties voor mensen met een ernstige psychische aandoening opgezet. Dit systeem is de *PHARmacotherapy Monitoring and Outcome Study*, oftewel ROM-Phamous (Bartels-Velthuis e.a. 2018). Dit programma voor routine outcome monitoring (ROM) werd door de jaren heen uitgebreid en verbeterd. Inmiddels is ROM-Phamous geïmplementeerd in diverse zorginstellingen in vier provincies.

Jaarlijks worden systematisch de psychische en lichamelijke gezondheid alsook het psychosociaal welbevinden van antipsychoticagebruikers in kaart gebracht. De uitkomsten van deze screening bespreekt de behandelaar met de patiënt en hij of zij bespreekt hoe het met de patiënt gaat en welke hulpvragen er zijn. Het behandelplan wordt aansluitend opgesteld of aangepast. Dit vergt voor de behandelaar de nodige kennis over de behandelrichtlijnen en zorgstandaarden. Zelfs deskundige behandelaars vinden het moeilijk om bij ingewikkelde, comorbide problematiek optimale aansluiting te vinden bij het diverse aanbod van bijbehorende behandelingen.

Gedigitaliseerde rechterhand van patiënt en behandelaar

Ondanks het bestaan van evidence-based richtlijnen zijn er in verschillende medische disciplines nog steeds veelvoorkomende behandelingen waarvan de effectiviteit onvoldoende kan worden vastgesteld op basis van bestaand wetenschappelijk onderzoek (<http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>). Het is moeilijk om als clinicus het overzicht te houden en voor de patiënten is het nog moeilijker om de informatie te vergaren die nodig is om geïnformeerd keuzes te maken. Daarom groeit het belang van zogenoemde beslistools

AUTEURS

LUKAS ROEBROEK, promovendus, Lentis Research, Groningen.

JOJANNEKE BRUINS, senior onderzoeker, Lentis Research, Groningen.

RIKUS KNEGTERING, psychiater en a-opleider, Lentis, hoofd Lentis Research, senior onderzoeker, Rob Giel onderzoekscentrum/UMCG, Groningen.

RICHARD BRUGGEMAN, hoogleraar Neuropsychiatrie van psychotische stoornissen en psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, Rob Giel Onderzoekscentrum/UMCG, Groningen.

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Zorginnovaties en klinisch psycholoog, Universiteit van Maastricht/Mondriaan, Maastricht.

STYNKE CASTELEIN, hoogleraar Herstelbevordering bij ernstige psychiatrische aandoeningen, Rijksuniversiteit Groningen, hoofd Lentis Research, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

L. Roebroek, Hereweg 80, 9725 AG, Groningen.
E-mail: lo.roebroek@lentis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-9-2018.

(*decision aids*) om de klinische besluitvorming te ondersteunen en te verbeteren door evidence-based kennis bij medische beslissingen ter beschikking te stellen (O'Connor e.a. 2005). In diverse medische disciplines (zoals oncologie, cardiologie en orthopedie) heeft het gebruik van beslistools de laatste jaren een hoge vlucht genomen.

In een recent verschenen review werden meer dan 100 studies naar beslistools uit verschillende medische domeinen beschreven (Stacey e.a. 2017). Hieruit bleek dat patiënten zich meer geïnformeerd en betrokken voelen bij de behandelbeslissingen wanneer het proces ondersteund wordt met een beslistool in vergelijking met de standaardzorg. Ook ervaren ze de gekozen behandelingen als meer in lijn met hun persoonlijke voorkeuren.

Richtlijn op maat?

De ogenschijnlijke contradictie tussen gepersonaliseerde zorg en *evidence-based practice* volgens de algemene richtlijnen is een actueel punt van discussie. Wat is de generaliseerbaarheid van resultaten uit gerandomiseerd onderzoek en meta-analyses wanneer ruimte geboden wordt voor door de patiënt gekozen afwijkingen van de richtlijnen? Zorgde in het verleden het zogenaamd personaliseren van de zorg in de medische wereld niet voor het massaal toe-

passen van interventies waarvoor een gebrek aan evidentie bestaat? Kan wetenschappelijke kennis, gebaseerd op groepsuitkomsten, wel gebruikt worden voor individuele zorgtoewijzing?

In een recent verschenen meta-analyse komen Girlanda e.a. (2017) tot de voorzichtige conclusie dat mensen met een psychotische aandoening die conform de richtlijnen worden behandeld meer verbeteren wat betreft hun klinische conditie, de geleverde zorg meer waarderen en een kleinere kans hebben om opnieuw opgenomen te worden. Internationaal onderzoek uitgevoerd in 20 verschillende landen liet verder zien dat twee jaar van optimale, evidence-based behandeling leidt tot meer symptomatische en psychosociale verbetering in vergelijking met standaardzorg bij patiënten met een psychotische aandoening (Fallon e.a. 2004). De auteurs benadrukken dat actieve strategieën, zoals een beslistool, nodig zijn om deze wetenschappelijke evidentie naar de behandelpraktijk te brengen.

TREAT heeft als doel om het behandel aanbod zichtbaar te maken wanneer het in de behandeling relevant wordt voor een specifieke patiënt. Het is vervolgens aan patiënt en behandelaar om op basis van gezamenlijke besluitvorming te bepalen welke van deze adviezen zij meenemen in een gepersonaliseerd behandelplan. Gezondheidsuitkomsten die patiënten zelf als betekenisvol ervaren, komen steeds meer centraal te staan, zoals ook beschreven in het aan populariteit winnende model van *value-based healthcare* van Michael Porter (Porter 2010). Vanuit dit perspectief bezien, is gebruik van beslistools die een op maat gemaakt en evidence-based behandeladvies geven niet alleen gewenst, maar ook gepast.

De eerste beslistool binnen de ggz

Gaat de psychiatrie ook mee met deze nieuwe ontwikkeling van beslistools in de zorg? Er is vraag naar hoogwaardige beslistools in de ggz (Slade 2017). Beschikbare literatuur is echter schaars. In een Amerikaanse clustergerandomiseerde studie bleek het aantal heropnames bij mensen met schizofrenie lager na het gebruik van een beslistool (Hamann e.a. 2007). Deze bevindingen werden gerepliceerd in een niet-gerandomiseerd Duits onderzoek, dat verder ook een vermindering van klinische symptomen liet zien (Janssen e.a. 2010). Een nadeel van deze beslistools is de arbeidsintensiteit: behandelaars moeten bijvoorbeeld zelf diagnostische informatie verzamelen. De succesvolle implementatie van zulke hulpmiddelen is afhankelijk van de gebruiksvriendelijkheid en tijdsinvestering voor de veelal drukbezette behandelaars (Kux e.a. 2017).

Het moet dus efficiënter; dat staat ook in een rapport van het Trimbos-instituut (2011) aan het ministerie van vws. Daarin werd aanbevolen om ROM te koppelen aan beslistools om het behandelproces binnen de ggz te verbeteren

(van der Feltz-Cornelis e.a. 2011). Onderzoekers en diverse behandelaars in Noord-Nederland met verschillende professionele achtergronden (psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten) werkten de afgelopen jaren nauw samen om deze aanbeveling op te volgen en een dergelijk gebruiksvriendelijk systeem te ontwikkelen. Het resultaat hiervan was de computerapplicatie TREAT E-AssisT (TREAT) (Tasma e.a. 2018).

TREAT is toegankelijk in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en vat de voor de individuele patiënt relevante aandachtsgedebieden uit de ROM-Phamouscreening op een overzichtelijke manier samen. De algoritmes van TREAT koppelen uitkomsten van de ROM-Phamous vervolgens aan de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (van Alphen e.a. 2012). De applicatie is in staat om op snelle en efficiënte wijze en in overeenstemming met evidence-based richtlijnen, een individueel behandeladvies te geven aan mensen met een psychotische aandoening.

Eerste ervaringen met TREAT

Tijdens een pilotstudie werkten 6 hoofdbehandelaars (3 psychiaters, 2 verpleegkundig specialisten en een arts) met TREAT. Zij vonden het systeem gebruikersvriendelijk en zouden ermee willen blijven werken wanneer het algemeen beschikbaar zou worden. TREAT leek de integratie van ROM-uitkomsten in de behandeling te bevorderen en gaf adviezen die behandelaars nog niet hadden overwogen of die voor hen onbekend waren. Soms werden adviezen als repetitief ervaren of werden behandelingen gesuggereerd die al eerder waren ingezet.

We moeten er daarbij rekening mee houden dat niet alle eindgebruikers dezelfde voorkennis hebben. Zo kan een medicatieadvies of een indicatie van afwijkende bloedwaarden voor een psychiater vanzelfsprekend zijn, maar voor een psycholoog of verpleegkundig specialist niet. Daarom werden alle behandelaars na afloop van de pilotstudie geïnterviewd. De kritische kanttekeningen en verbeterpunten van de gebruikers werden gebruikt in de doorontwikkeling van TREAT. Daardoor werd verbeterd hoe de applicatie omgaat met incomplete vragenlijsten en ook werd een koppeling gemaakt met de onlangs verschenen zorgstandaard psychose (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/ZS-Psychose.pdf>).

De kloof overbruggen

Met TREAT hopen we de huidige kloof te overbruggen tussen de identificatie van zorgbehoeften per aandachtsgedebied op basis van ROM-Phamous en het daadwerkelijk behandelen van deze problematiek. Verschillende onderzoeken hebben de afgelopen jaren aangetoond dat ROM-Phamous weliswaar goed in staat is om klachten op tijd te signaleren,

maar dat aansluitende behandelingen in de praktijk vaak uitblijven. Specifieke aandachtsgebieden zijn positieve en negatieve symptomen, overgewicht, hypertensie en dyslipidemie (Tasma e.a. 2016; Tasma e.a. 2017; Bruins e.a. 2017). De implementatie van een ROM-programma is onvoldoende voor kwalitatieve zorginnovatie. Met TREAT sluiten we hierop aan door de zorgbehoeften van patiënten expliciet weer te geven en overzichtelijk samen te vatten. Uit de verschillende opties vanuit de richtlijn en zorgstandaard selecteren de algoritmes vervolgens de relevante behandeladviezen, waarbij rekening wordt gehouden met de aard en ernst van de problematiek.

Bij de patiënte uit de in de inleiding beschreven casus adviseerde TREAT onder andere: toevoegen van of switchen naar aripiprazol wegens haar klachten van overgewicht en seksuele functiestoornis, doorverwijzing naar de huisarts voor de afwijkende bloedwaarden en lotgenotencontact voor doorbreking van het sociale isolement. Dit illustreert

hoe TREAT kan inspelen op de behoefte aan hoogwaardige beslistools binnen de ggz. Momenteel onderzoeken we het effect van de applicatie in een studie waar meerdere zorginstellingen uit verschillende provincies aan deelnemen.

Conclusie

Een beslistool zoals TREAT koppelt de door de patiënt ervaren problemen - zoals blijkt uit de screening met ROM-Phamous - aan de informatie uit de richtlijn schizofrenie en de zorgstandaard psychose. De problematiek en verschillende bijbehorende behandelopties worden hierdoor direct inzichtelijk gemaakt voor zowel behandelaar als patiënt. Hiermee faciliteert TREAT de gezamenlijke besluitvoering over de behandel aanpak. Op deze manier hopen we onder één overbehandeling tegen te gaan om de zorg verder te optimaliseren en kwalitatief te verbeteren. Het lopende onderzoek zal helpen de weg naar beslistools in de geestelijke gezondheidszorg verder te verkennen.

LITERATUUR

- Alphen van C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, e.a. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: de Tijdstroom; 2012.
- Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, Pijnenborg GHM, Wunderink L, Jorg F, e.a. Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). *Schizophr Res* 2018; doi: 10.1016/j.schres.2018.01.016.
- Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis AA, e.a. Persistent low rates of treatment of metabolic risk factors in people with psychotic disorders: A PHAMOUS Study. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 1117-25.
- Falloon IR, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, e.a. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry* 2004; 3: 104-9.
- Feltz-Cornelis C van der, Andrea H, Kessels E, Duivenvoorden H, Biemans H, Metz M. Does routine outcome monitoring have a promising future? An investigation into the use of shared decision-making combined with ROM for patients with a combination of physical and psychiatric symptoms. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 375-84.
- Girlanda F, Fiedler I, Becker T, Barbui C, Koesters M. The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 24-30.
- Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 992-7.
- Janssen B, Ludwig S, Eustermann H, Menke R, Haerter M, Berger M, e.a. Improving outpatient treatment in schizophrenia: effects of computerized guideline implementation--results of a multicenter-study within the German research network on schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 51-7.
- Kux BR, Majeed RW, Ahlbrandt J, Rohrig R. Factors influencing the implementation and distribution of clinical decision support systems (CDSS). *Stud Health Technol Inform* 2017; 243: 127-31.
- O'Connor A, Llewellyn-Thomas H, Stacey D. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS). Collaboration background document. ipdas.ohri.ca/IPDAS_Second_Round.pdf 2005.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-81.
- Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017; 16: 146-53.
- Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, e. a. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4: CD001431.
- Tasma M, Liemburg EJ, Knegtering H, Delespaul PAEG, Boonstra A, Castelein S. Exploring the use of routine outcome monitoring in the treatment of patients with a psychotic disorder. *Eur Psychiatry* 2017; 42: 89-94.

- Tasma M, Swart M, Wolters G, Liemburg E, Bruggeman R, Knegtering H, e.a. Do routine outcome monitoring results translate to clinical practice? A cross-sectional study in patients with a psychotic disorder. *BMC Psychiatry* 2016; 16:107.
- Tasma M, Roebroek LO, Liemburg EJ, Knegtering H, Delespaul PA, Boonstra A, e.a. The development and evaluation of a computerized decision aid for the treatment of psychotic disorders. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 163.

SUMMARY

Decision aid for the treatment of psychotic illness: development of TReatment E-AssisT (TREAT)

L.O. ROEBROEK, J. BRUINS, H. KNEGTERING, R. BRUGGEMAN, PH. DELESPAUL, S. CASTELEIN

- BACKGROUND** Use of decision aids in mental health care is increasing and will also be introduced in the Dutch mental healthcare system. We describe the context of this development and discuss how decision aids could facilitate evidence-based psychiatry.
- AIM** To describe the development of the decision aid TReatment E-AssisT (TREAT) in the Dutch mental healthcare system that aims to optimize treatment of people with a psychotic illness.
- METHOD** We describe how the TREAT application works and discuss its potential contribution to the treatment of people with a psychotic illness.
- RESULTS** In a pilot study TREAT was judged as user friendly and useful. TREAT seemed to increase the integration of ROM-results in treatment and the advice offered new view points for practioners.
- CONCLUSION** TREAT is a novel application which combines routine outcome monitoring results with current treatment guidelines and standards of care in order to generate personalised treatment recommendations in the context of a psychiatric treatment trajectory. A multicentre study is being conducted in different provinces in the Netherlands to investigate the effectiveness of TREAT.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 92-96

KEY WORDS care standard, decision aid, guideline, psychotic illness, routine outcome monitoring