

TREAT (TReatment E-AssisT)

A digitaal hulpmiddel in de psychose zorg

Lukas Roebroek MSc
Lentis Research / Rijksuniversiteit Groningen



rijksuniversiteit
groningen





Ontwikkeling TREAT



Bron: Tasma & Roebroek (eerste auteurs), Liemburg, et al (2018), BMC Psychiatry

TREAT = Treatment E-Assist, computer applicatie voor de behandeling van psychotische aandoeningen

Methode: Combineert routine outcome monitoring (PHAMOUS) met multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden

Doelen: Integreren van ROM in de behandeling & richtlijnimplementatie



Aandachtsgebieden

Symptomen

- Positieve symptomen
- Negatieve symptomen
- Depressieve symptomen
- Dwangklachten
 - Middelengebruik
 - Agitatie/agressie
 - Angstklachten
- Zelfverwonding

Lichamelijk

- Hypertensie
 - (Pre)diabetes type II
- Lipidenstoornis
- Gewicht
- Roken
- Bewegingsstoornis
- Seksuele functiestoornis
 - Prolactine verhoging
 - Anticholinerge bijwerkingen

Psychosociaal

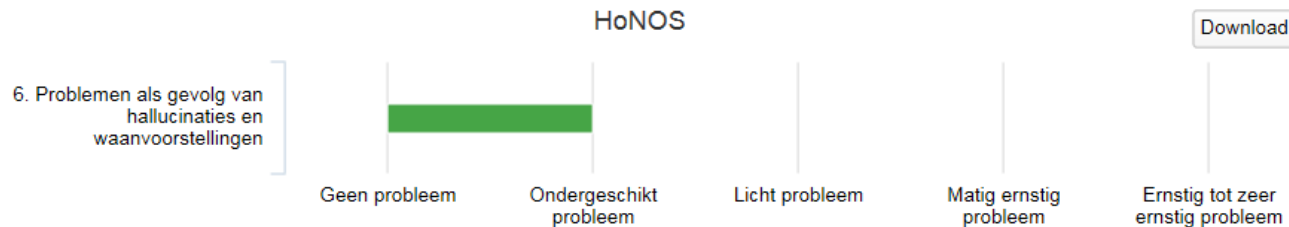
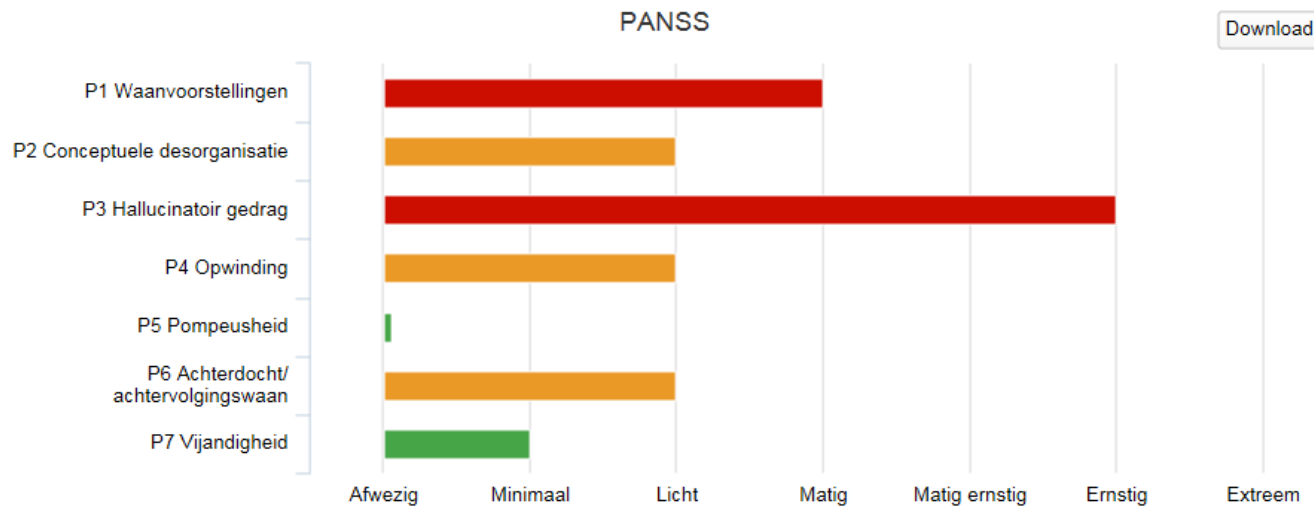
- Sociale relaties
- Intieme relaties
- Seksuele leven
- Woonomstandigheden
 - Dagbesteding
 - Familie
 - Persoonlijke veiligheid



Positieve symptomen

[Terug naar overzicht](#)

Positieve symptomen zijn (nog) aanwezig en geven hinder in het functioneren





Behandeladvies

Medicatie aanpassen:

1. Ga na of de dosering van het antipsychoticum overeenkomt met de maximaal aanbevolen dosering. Bepaal eventueel een spiegel en verhoog zo nodig. Evalueer opnieuw na 2, 4 en 6 weken. Geen effect? Ga naar stap 2.

Fysische behandelingen:

Overweeg **rTMS** bij aanhoudende auditieve hallucinaties. Het is aangetoond dat rTMS effectief kan zijn en veilig is bij de behandeling van (therapieresistente) auditieve hallucinaties bij mensen met schizofrenie ([bewijsniveau 1](#)). Kanttekening: rTMS wordt alleen vergoed in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Psychosociale behandelingen:

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is geïndiceerd bij hallucinaties en kan overwogen worden bij wanen. Individuele therapie geniet de voorkeur, waarbij minimaal zestien sessies geprotocolleerd aangeboden moeten worden. Het is aangetoond dat CGT vergeleken met standaardzorg hallucinaties of de stress veroorzaakt door hallucinaties vermindert aan het einde van de behandeling. De bevindingen bij wanen zijn inconsistent ([bewijsniveau 1](#)) ([meer informatie: https://www.gedachtenuitpluizen.nl](https://www.gedachtenuitpluizen.nl), [protocol overmatige achterdocht en of één van de protocollen voor mensen met stemmen](#)).



TREAT Trial



Multicenter trial met 27 behandelaren uit 19 FACT teams (Lentis, GGz Drenthe, GGz Friesland & UCP)

ABC design: A fase treatment as usual (TAU1), B fase TREAT, C fase treatment as usual (TAU2)

Patiëntniveau: shared decision-making en beoordeling behandelcontact

Behandelaarsniveau: kwalitatief & klinische besluitvorming



Demografische kenmerken TREAT Trial (n=166)

Demografische kenmerken	TAU 1 M	TREAT M	TAU 2 M	p-waarde / χ^2
Leeftijd (SD)	48.3 (9.5)	47.8 (10.8)	48.2 (11.8)	0.95
Geslacht man, % (n)	64.1 (41)	73.8 (48)	77.8 (28)	0.28
Ziekte duur (SD)	23.6 (10.8)	19.7 (11.7)	24.5 (12.2)	0.09
Diagnose % (n)	TAU 1 M	TREAT M	TAU 2 M	χ^2
Schizofrenie	49.0 (32)	53.8 (35)	65.6 (23)	0.55
Schizo affectieve stoornis*	22.3 (14)	12.3 (8)*	0 (0)*	0.06
Psychose middelengebruik	12.1 (8)	10.8 (7)	14.3 (5)	0.92
Psychose NOS	4.5 (3)	6.2 (4)*	0 (0)	0.31
Schizofreniforme stoornis	3.0 (2)	0 (0)	2.9 (1)	0.16
Waanstoornis	0 (0)	1.5 (1)	2.9 (1)	0.47
Diagnose ontbreekt	9.1 (6)	15.3 (10)	14.3 (5)	0.58
Zorgbehoeften	TAU 1 M	TREAT M	TAU 2 M	p-waarde
Symptomen (range 0-8)	1.2 (1.2)	1.3 (1.1)	1.2 (0.98)	0.98
Lichamelijk (range 0-8)	3.7 (1.5)	3.9 (1.5)	3.8 (1.3)	0.74
Psychosociaal (range 0-7)	1.2 (1.5)	1.2 (1.7)	1.2 (1.4)	0.99
Totaal (range 0-23)	5.7 (2.4)	6.1 (2.5)	6.0 (2.4)	0.68

* significant verschil tussen twee condities
SD, standaard deviatie

Geen verschillen tussen condities op demografische kenmerken ook niet in zorgbehoeften!

TAU 1 (A) n = 65, TREAT (B) n = 65, TAU 2 (C) n = 36

Decisional Conflict Scale (DCS) voor shared decision-making, Session Rating Scale (SRS) voor beoordeling behandelcontact en de Clinical Decision-making in Routine Care (CDRC) voor klinische besluitvorming



Shared Decision-making



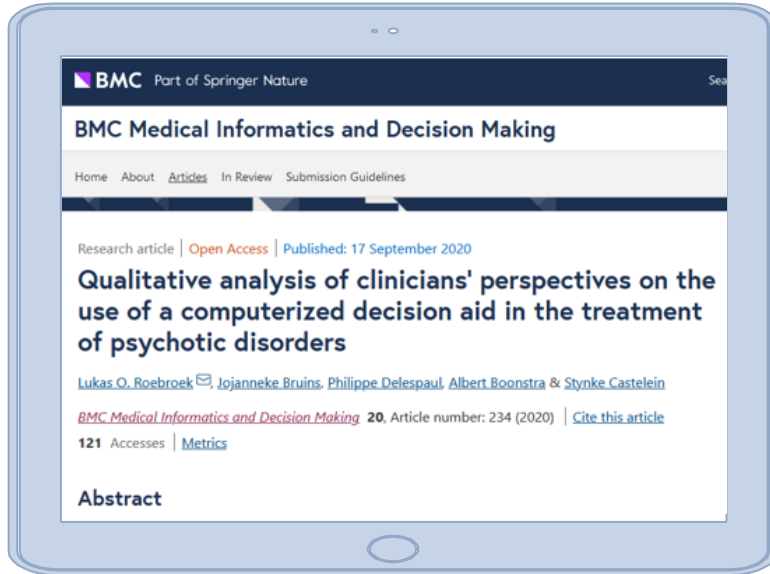
Geen verschillen shared decision-making tussen TAU 1, TREAT en TAU 2

Geen verschil tussen beoordeling behandelcontacten TAU 1, TREAT en TAU 2

Patiënten ervaren een hoge mate van shared decision-making en beoordelen de behandelcontacten met hoge scores



Klinische besluitvorming



Bron: Roebroek, Bruins, et al (2020), BMC Medical Informatics and Decision Making

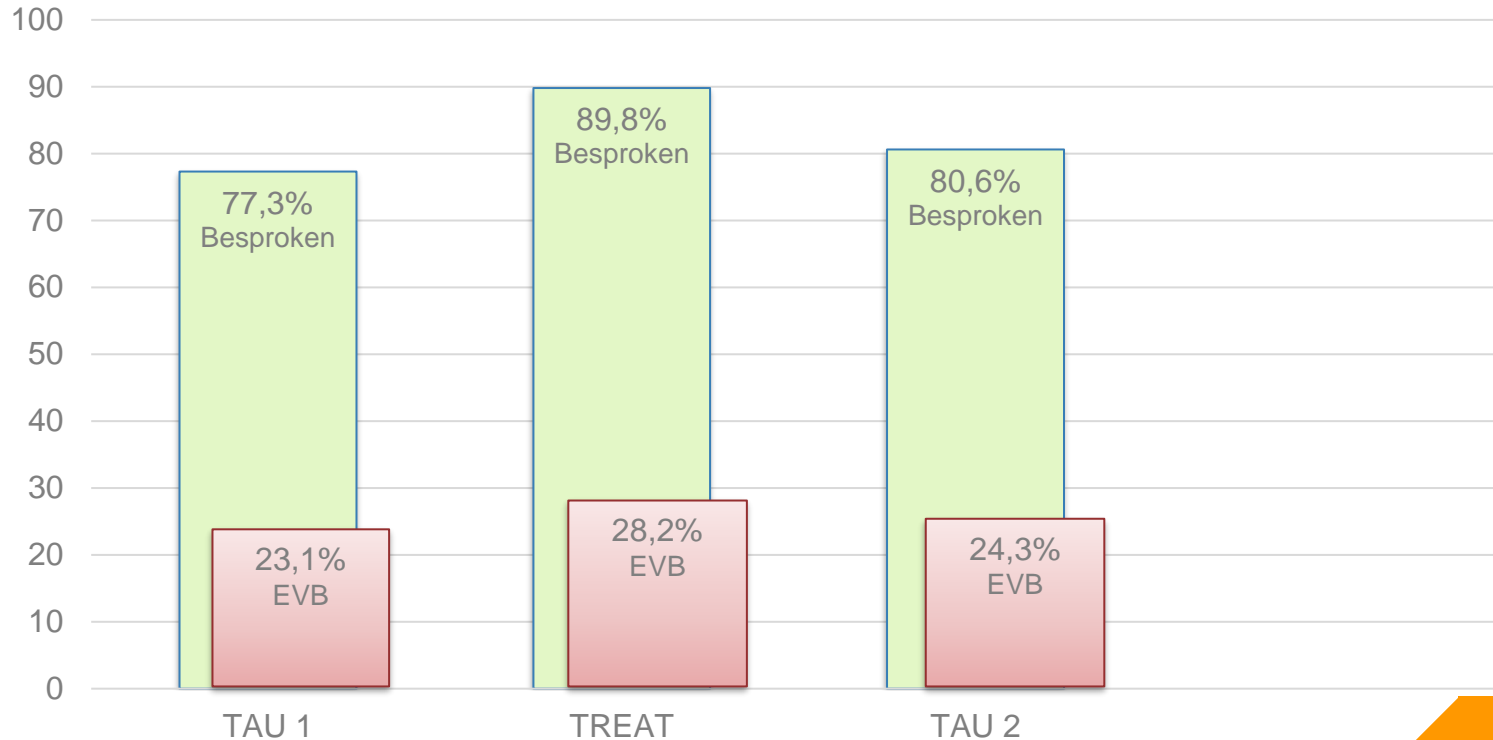
Geen effect op shared decision-making, heeft het wel zin om TREAT te gebruiken?

Kwalitatieve studie merendeel van de behandelaren vond TREAT van toegevoegde waarde

Worden zorgbehoeften vaker besproken en worden er meer evidence-based behandeling gestart?

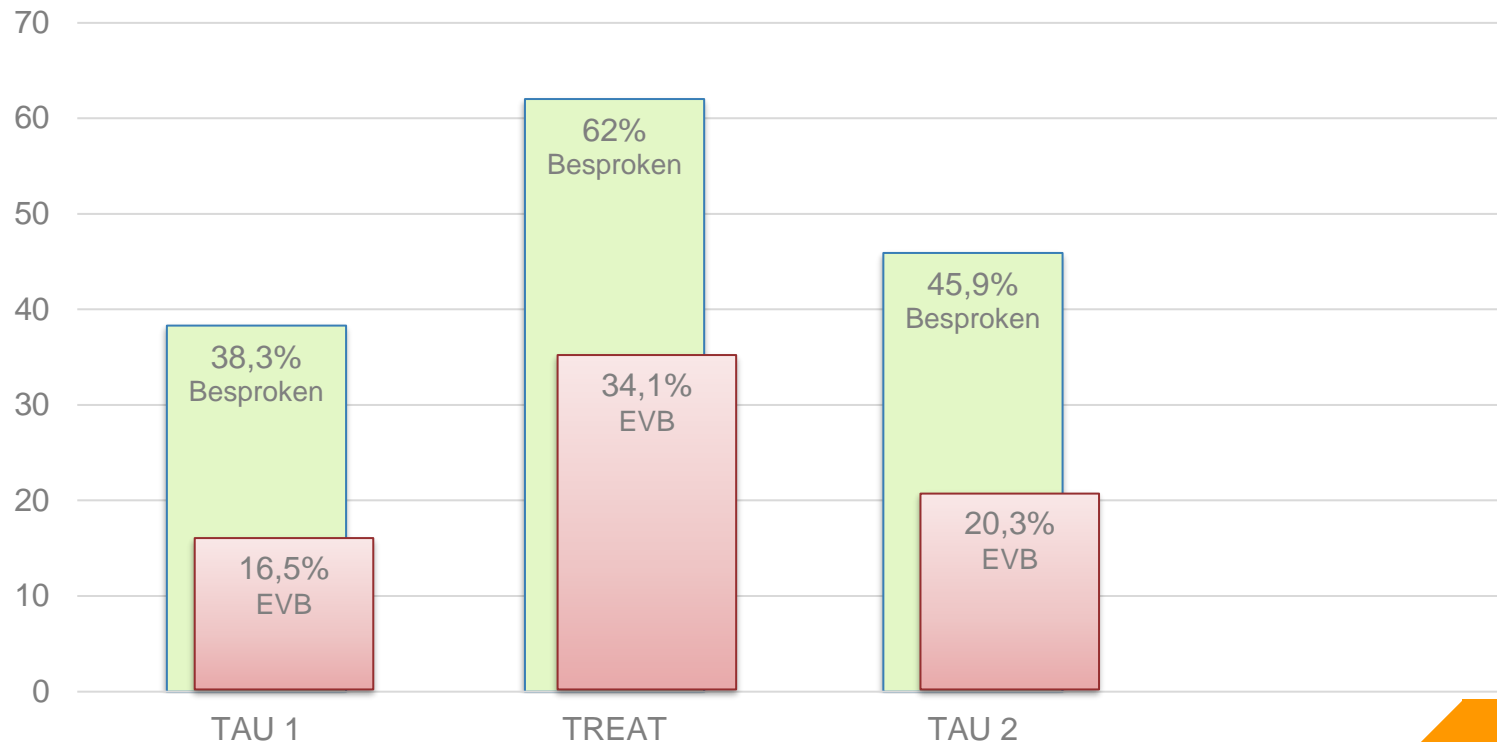


Symptomen (n=166)



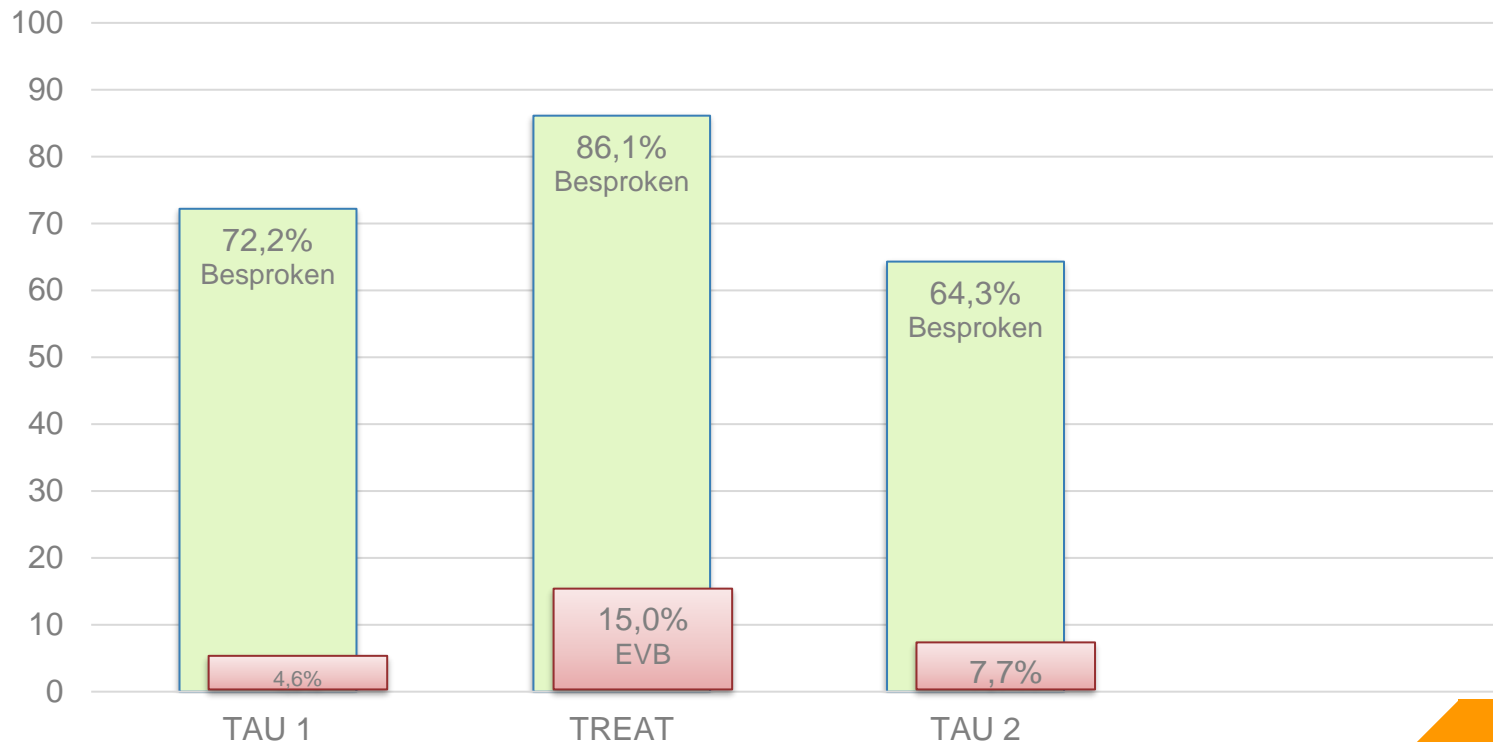


Lichamelijk klachten (n=166)



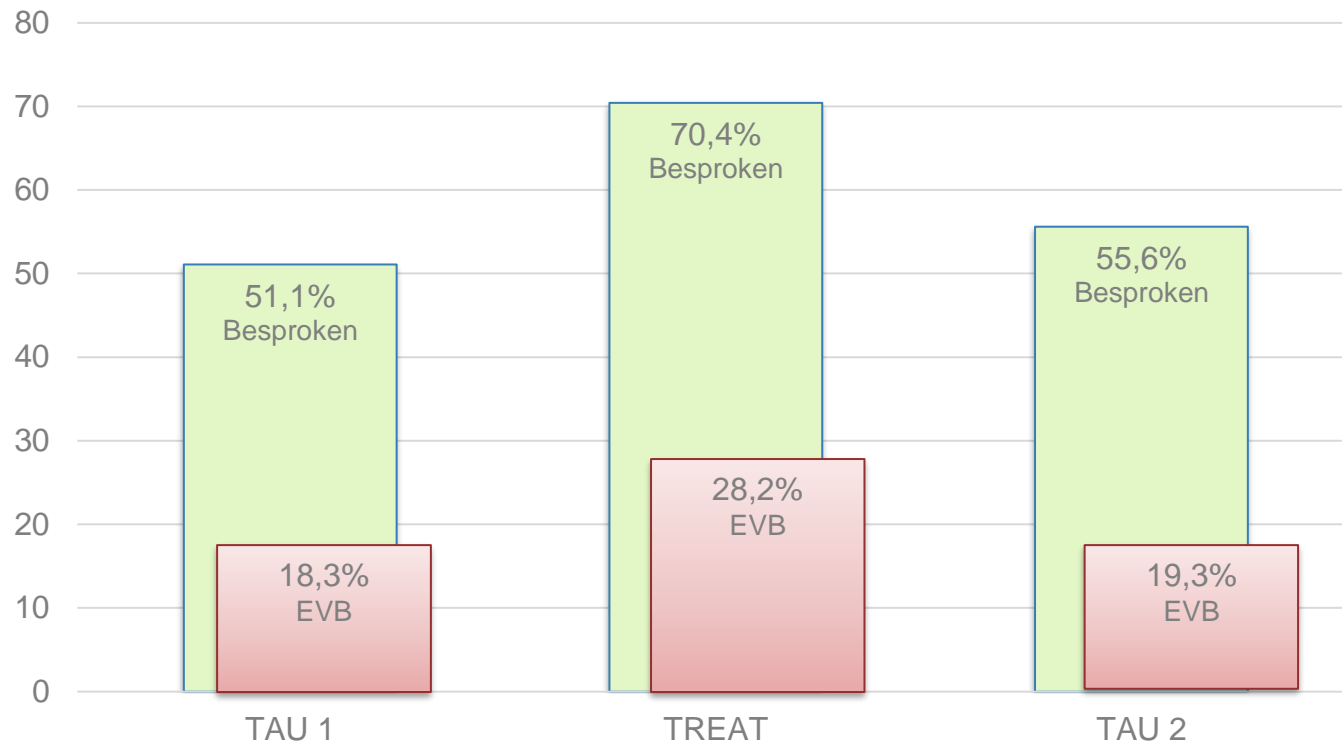


Psychosociale problematiek (n=166)



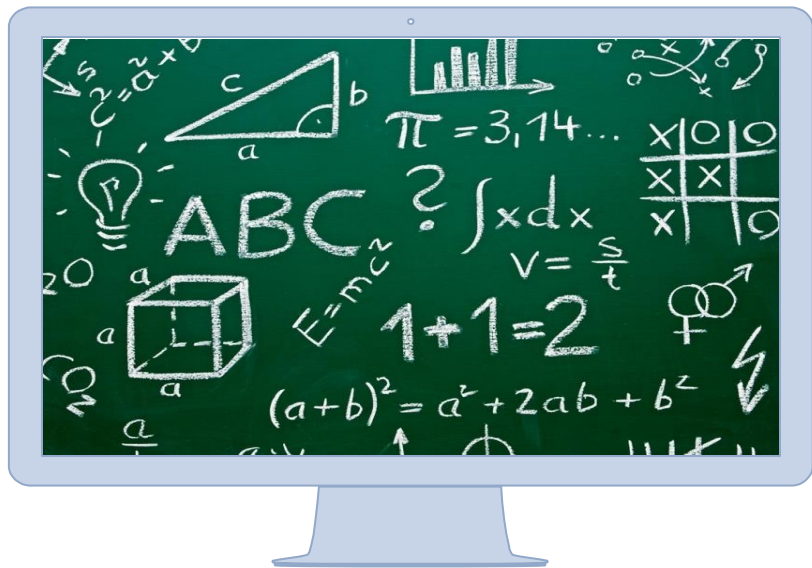


Totaal zorgbehoeften (n=166)





Take home message: TREAT werkt



Geen verschil op shared decision-making en beoordeling behandelcontact, beide scores hoog bij patiënten

Symptomen worden goed besproken klein effect van TREAT.

Psychosociale klachten goed besproken, medium effect van TREAT

Lichamelijke klachten worden minder besproken, groot effect TREAT

Er worden meer evidence-based behandelingen gestart met TREAT, voornamelijk voor lichamelijke klachten



Bedankt

Meer informatie:

lo.roebroek@lentis.nl / 0629600300

Onderzoeksteam:

Dr. J. Bruins (Lentis)

Dr. S. de Jong (Lentis)

Dr. H. Knegtering (Lentis)

Prof.dr. A. Boonstra (Rijksuniversiteit Groningen)

Prof.dr. P.H. Delespaul (Maastricht University)

Prof.dr. S. Castelein (Lentis / Rijksuniversiteit Groningen)

