

Cognitieve Adaptatie Training in Nederland: een verpleegkundige interventie om het dagelijks functioneren van mensen met schizofrenie te verbeteren

Gepubliceerd: 04-09-2009 Laatste bijgewerkt: 06-05-2024

Uit deze pilot studie moet blijken i) welke meetinstrumenten het meest geschikt zijn voor de bepaling van de (kosten-) effectiviteit; ii) of CAT in de Nederlandse situatie uitvoerbaar is als een verpleegkundige interventie.

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON36503

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

CAT-NL

Aandoening

- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Synoniemen aandoening

psychotische stoornis, stoornis van het denken

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Universitair Medisch Centrum Groningen

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W, Subsidie is aangevraagd bij UMCG om doelmatigheid te kunnen onderzoeken; verder wordt het onderzoek gefinancierd door GGZ Lentis

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: cognitieve stoornissen, dagelijks functioneren, revalidatie en training, verpleegkunde

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Voorafgaand aan de baseline-assessment (T0) zullen de patiënten worden gevraagd om deel te nemen aan ofwel CAT ofwel TAU. Effectmetingen vinden plaats na 4 maanden (T4) en na 8 maanden (T8).

Het is nog onduidelijk is welke uitkomstmaten het meest geschikt zijn voor de beantwoording van de eerste vraag (effectiviteit). Daarom zullen er meerdere uitkomstmaten worden geïncorporeerd in het onderzoek. De verwachting is dat de GAF-D de meest gevoelige indicator is voor verbetering in dagelijks functioneren, daar recent onderzoek door Velligan en collega's (Velligan et al., 2008) een effectgrootte van Cohen's $D > 1.0$ hierop vindt. Verder worden de Multnomah Community Ability Scale (MCAS) en Negative Symptom Assessment (NSA) beide afgenomen. Dit zijn semi-gestructureerde interviews, die ook in de Amerikaanse situatie zijn gebruikt. De MCAS bevat 17 items die gaan over domeinen die met het functioneren interfereren, zelfredzaamheid en acceptatie, sociale bekwaamheid en gedragsproblemen. Uit de NSA komt de subschaal motivatie, hieronder vallen items over zelfzorg, activiteiten en gevoelens van nuttigheid.

Voor beantwoording van de tweede onderzoeksvraag (uitvoerbaarheid van CAT als verpleegkundige interventie), zullen de Quality Assurance Measures Form (QAMF) en de Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) worden afgenomen. De QAMF wordt één keer per twee weken afgenomen bij de CAT-therapeut, om na te gaan of deze zich houdt aan de richtlijnen die CAT voorschrijft. De QAMF wordt ook afgenomen in de onderzoeken van Velligan et al., en wordt gescoord aan hand van supervisie bijeenkomsten en geluidsopnamen van de CAT-sessie. Een voor CAT aangepaste versie van de CSQ zal worden afgenomen bij de patiënt om cliëntentevredenheid te evalueren.

De verwachting is verder dat empowerment een belangrijke uitkomstmaat zal zijn. De Mental Health Confidence Scale zal hiervoor gebruikt worden, omdat deze schaal gevoelig is voor verandering en het best aansluit bij de beoogde doelen (Castelein et al., 2008).

Hieronder, en in het volgend gedeelte, volgt een overzicht van alle meetinstrumenten die worden afgenomen tijdens het onderzoek.

Effectmetingen (T0, T4 en T8)

Totale duur: 1* uur

Dagelijks functioneren:

1. Global Assessment of Functioning - Disabilities (American Psychiatric Association, 1994), wordt gescoord door een externe rater

Secundaire uitkomstmaten

De volgende meetinstrumenten worden afgenomen tijdens de effectmetingen (T0, T4 en T8):

Dagelijks functioneren:

2. Multnomah Community Ability Scale (Barker), semi-gestructureerd interview
3. Motivatie uit Negative Symptom Assessment (Alphs), semi-gestructureerd interview
4. Social Functioning Scale (Birchwood et al., 1990), self-report en proxy
5. Goal Attainment Scale (Steinbook et al., 1977), semi gestructureerd interview

Psycho-sociaal welbevinden:

1. Mental Health Confidence Scale (Carpinello et al., 2000), self-report
2. Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al., 1999), self-report
3. EuroQoL - 5D (König et al., 2007), self-report

Cognitieve taken en Functionele Capaciteitstaken:

1. Mini Mental State Examination (Roper et al., 1996)
2. Frontal Assessment Battery (Dubois et al., 2000)
3. Self-Medication uit Test of Adaptive Behavior for Schizophrenia (Velligan et al., 2007)

Evaluatieformulieren:

1. Quality Assurance Measures Form (Velligan, niet gepubliceerd)
2. Client Satisfaction Questionnaire (aangepast voor CAT) (de Brey, 1983)

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

De prevalentie van schizofrenie is tenminste 0,6% (Saha et al., 2006), naar schatting zijn er in Nederland tenminste 100000 mensen die ooit in hun leven een diagnose schizofrenie hebben gekregen. Hiervan maakt 15% een goede remissie door met volledig herstel. Bij 65% is het beloop wisselend en gaat dikwijls gepaard met langdurige zorgafhankelijkheid. De overige 20% blijft chronisch psychotisch, al dan niet in combinatie met institutionele afhankelijkheid (Saha et al., 2006). Naast chroniciteit en relapse is er een hoog risico op zelfmoord (Wiersma et al., 1998). Het onvolledige herstel en bijbehorende zorgafhankelijkheid bij schizofrenie leidt vaak tot sociaal disfunctioneren. Om patiënten hierbij te ondersteunen is er een interventie nodig die leidt tot meer activiteiten, minder sociale isolatie en een zo groot mogelijk maatschappelijke participatie.

Een fundamenteel probleem bij schizofrenie vormen de cognitieve stoornissen, die meer nog dan de wanen en hallucinaties verantwoordelijk zijn voor het disfunctioneren (Velligan et al., 1997) en voor de mate van zorgafhankelijkheid (McGurk et al., 2004). Bij schizofrenie vormen de cognitieve stoornissen in wezen de kern van de aandoening. Het probleem is echter dat een interventie die de koppeling maakt tussen cognitief en sociaal functioneren momenteel ontbreekt in de Nederlandse zorg voor patiënten met schizofrenie. Daarom is er behoefte aan methoden die elders effectief gebleken zijn.

Cognitieve Adaptatie Training (CAT (Velligan et al., 1996)) richt zich op het verminderen van de negatieve gevolgen die cognitieve stoornissen hebben op het dagelijks functioneren. Hierbij worden vooral stoornissen in het executieve functioneren (het planmatig denken en doelgericht handelen) ondervangen door middel van omgevingshulpmiddelen en compensatiestrategieën. Omdat CAT zich richt op verschillende terreinen van het dagelijks functioneren is de methodiek geschikt voor zowel patiënten in residentiële instellingen (APZ/RIBW) als patiënten die (begeleid) zelfstandig wonen (BZW/poliklinische patiënten).

Doel van het onderzoek

Uit deze pilot studie moet blijken i) welke meetinstrumenten het meest geëigend zijn voor de bepaling van de (kosten-) effectiviteit; ii) of CAT in

de Nederlandse situatie uitvoerbaar is als een verpleegkundige interventie.

Onderzoeksopzet

Het betreft een pilot onderzoek, waarbij patiënten worden geïnccludeerd die ofwel CAT ofwel de reguliere behandeling (Treatment As Usual, TAU) krijgen. Potentiële participanten worden voorafgaand aan het onderzoek benaderd met de vraag of zij instemmen met afname van enkele interviews/vragenlijsten die gaan over het dagelijks functioneren en zaken die hiermee te maken hebben. Wanneer na afname hiervan blijkt dat de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria dan wordt deze geïnformeerd over de aard, omvang en inhoud van de training en of patiënt geïnteresseerd is om hieraan deel te nemen. Deelnemers aan TAU worden in de gelegenheid gesteld om aan CAT deel te nemen bij een vervolgonderzoek. Tijdens CAT worden patiënten wekelijks gezien in de thuissituatie (danwel de eigen woonruimte in de residentiële instelling) gedurende 45 minuten. Na verloop van tijd kunnen de sessies worden afgebouwd naar één keer in de twee weken. De training duurt in de pilot studie 8 maanden.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Behandelplannen voor CAT hebben twee dimensies als uitgangspunt: (1) het niveau van apathie versus disinhibitie en (2) het niveau van executief disfunctioneren (het vermogen om te plannen en doelgerichte activiteiten uit te voeren). Deze dimensies worden tijdens de baseline meting getoetst (Velligan, 2000). Gedrag dat zich kenmerkt door apathie kan worden veranderd door het geven van een aanzet of cue (bijvoorbeeld een alarm) die zorgt voor de initiatie van elke opeenvolgende stap in een taak. Gedrag dat zich kenmerkt door disinhibitie kan worden veranderd door het weghalen van afleidende prikkels en het terugbrengen van de aandacht, bijvoorbeeld door het uitsplitsen van kledingssets in plastic boxen die de dag in de week aangeven. De mate van structuur die de omgevingshulpmiddelen hebben wordt in de eerste plaats bepaald door het niveau van executief functioneren. Daarnaast spelen geheugen, aandacht en individuele factoren een rol. Tijdens de bezoeken in de thuissituatie worden de interventieplannen uitgelegd, voortgezet, en eventueel gewijzigd. Uit klinische ervaringen van CAT-therapeuten blijkt, dat patiënten genieten van het contact met de hulpverlener, positief staan tegenover de ontvangen producten, en uitkijken naar het bezoek. Omdat CAT ook een positief effect heeft op motivatie en kwaliteit van leven, verwachten we dat belasting van deze interventie op de patiënt laag is. Omgevingshulpmiddelen die gebruikt worden in de studie zullen onder andere bestaan uit kalenders, horloges, agenda's, elektronische apparatuur, instructiebordjes, huishoudelijke spullen (opbergbakken, schoonmaakspullen e.d.) en middelen ter bevordering van mobiliteit en vrijetijdsbesteding (strippenkaart, regenpak e.d.).

Inschatting van belasting en risico

Er zijn een aantal argumenten om aan te nemen dat de belasting op de patiënt laag is:

- de patiënt wordt wekelijks gezien in de thuissituatie, deze hoeft niet de

instelling te bezoeken

- de training is toegespitst op het individu. Tempo en aandachtsgebieden wordt vastgesteld aan de hand van uitkomsten uit de baseline meting en in samenwerking met de patiënt.

- tijdens de training worden niet alleen omgevingshulpmiddelen ingezet, deze worden ook uitgelegd en geëvalueerd/bijgesteld.

Contactpersonen

Publiek

Universitair Medisch Centrum Groningen

Hanzeplein 1
9700 RB Groningen
NL

Wetenschappelijk

Universitair Medisch Centrum Groningen

Hanzeplein 1
9700 RB Groningen
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen

(Inclusiecriteria)

Inclusiecriteria zijn: DSM-IV diagnose in het schizofrenie spectrum, leeftijd tussen 21 en 65 jaar, beheersing van de Nederlandse taal, geobjectiveerde cognitieve beperkingen, problemen in het dagelijks functioneren (zich uitend in een GAF score < 60), in staat en bereid zijn om op wekelijkse basis aan de training deel te nemen.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Exclusiecriteria zijn: premorbide IQ < 75, cognitieve functiestoornissen die toe te schrijven zijn aan een neurologische aandoening, in het verleden langer dan 30 minuten buiten bewustzijn geweest, agressief gedrag en drank- of drugsafhankelijkheid tot 6 maanden voor inclusie.

Onderzoekopzet

Opzet

Fase onderzoek:	3
Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Anders
Toewijzing:	Niet-gerandomiseerd
Blinding:	Open / niet geblindeerd

Doel: Organisatorisch/zorgonderzoek

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestopt
(Verwachte) startdatum:	01-10-2009
Aantal proefpersonen:	48
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO

Datum:	04-09-2009
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Universitair Medisch Centrum Groningen (Groningen)
Goedgekeurd WMO	
Datum:	21-11-2011
Soort:	Amendement
Toetsingscommissie:	METC Universitair Medisch Centrum Groningen (Groningen)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL27675.042.09