



Minerva

8

oktober 2014 | volume 13

onafhankelijk tijdschrift

Evidence

Based

Medicine

voor de eerste lijn

www.minerva-ebm.be

Maandblad ~ verschijnt niet in de maanden
januari en augustus

P 309115 ~ Afgiftekantoor Kortrijk

EDITORIAAL

- Suiker, van energiebron naar dodelijke drug** 92
Barbara Michiels

MINERVA

- Geïntegreerde multidisciplinaire zorg
voor patiënten met de ziekte van Parkinson** 93
Giannoula Tsakitzidis

- Interdisciplinaire eerstelijnszorg voor
thuiswonende kwetsbare ouderen** 95
Birgitte Schoenmakers

- Welke vorm van psychotherapie voor
ambulante patiënten met anorexia nervosa?** 97
Myriam Vervaeet

- Voor wie zijn implanteerbare cardioverter-
defibrillatoren voor de primaire preventie
van plotse hartdood nuttig?** 99
Bert Vandenberk en Rik Willems

- Acupunctuur en counseling voor de aanpak
van depressie in de eerste lijn** 101
Tom Declercq en Tom Poelman

EBM-BEGRIPPEN

- Continue variabelen analyseren met ANCOVA** 103
Tom Poelman

- VERKLARENDE WOORDENLIJST** 104



Minerva ~ onafhankelijk tijdschrift voor Evidence Based Medicine (EBM)

Minerva is een tijdschrift voor Evidence-Based Medicine en heeft als doelstelling onafhankelijke, wetenschappelijke informatie te verspreiden. Minerva brengt een kritische duiding van relevante publicaties uit de internationale literatuur.

Minerva is lid van de International Society of Drug Bulletins (ISDB), een internationaal netwerk van tijdschriften, financieel en intellectueel onafhankelijk van de farmaceutische industrie. Dit netwerk bestaat momenteel uit een 60-tal leden, verspreid over meer dan 40 regio's in de wereld. Meer informatie op: www.isdbweb.org



Doelpubliek

Artsen, apothekers en alle gezondheidswerkers in de eerste lijn

Hoe komt Minerva tot stand?

De redactie volgt systematisch de wetenschappelijke literatuur op en maakt hieruit een strenge selectie van relevante artikels. Op basis van hun expertise maken deskundige collega's of leden van de redactie kritische duidingen. Binnen de redactie worden alle teksten peer reviewed.

Redactie

Paul De Cort, Michel De Jonghe, Bénédicte Fraipont, Gilles Henrard, Gert Laekeman, Marc Lemiengre, Barbara Michiels, Tom Poelman, Erwin Van De Vijver

Medewerkers aan dit nummer

- Hoofdredactie: Marc Lemiengre
Adjunct-hoofdredactie: Tom Poelman
- Redactieraad: Paul De Cort, Gert Laekeman, Barbara Michiels, Erwin Van De Vijver

Belangenconflicten

De redactieleden vullen jaarlijks een document in waarin ze verklaren geen belangen te hebben die strijdig zijn met hun functie in Minerva. De duiders maken hun eventuele belangenconflict schriftelijk bekend aan de redactie.

Secretariaat

Minerva centraal secretariaat: Brenda Dierickx ~
UZ-6K3, De Pintelaan 185, B-9000 Gent ~
09 332 24 55 ~ redactie@minerva-ebm.be

MinervaF: Anne De Waele ~ CAMG-UCL, Tour Pasteur B1.53.11, B-1200 Bruxelles ~ 02 764 53 44 ~
anne.dewaele@uclouvain.be

Abonnementen

België: gratis abonnement via de website of via het secretariaat (redactie@minerva-ebm.be of anne.dewaele@uclouvain.be)

Buiten België: 50 euro per jaar te storten op IBAN BE52 7370 1217 0109

Elektronisch abonnement: maandelijksse email-alert met rechtstreekse link naar de artikelen: abonneren via de website.

Grafische vormgeving en layout

Kris Soenen

Druk

Creative Printing bvba, Roeselare

Verantwoordelijke uitgever

Etienne Vermeire, Kwaad Einde 13, B-2390 Malle

Financiering

Minerva komt tot stand met de financiële steun van het RIZIV, dat de redactionele onafhankelijkheid respecteert.



Copyright

Het is niet toegelaten om de informatie in Minerva te gebruiken voor promotionele of commerciële doeleinden, noch bij het uitvoeren van commerciële of promotionele activiteiten.

Verklarende woordenlijst Evidence-Based Medicine

In elk Minervanummer is de uitleg over enkele belangrijke begrippen beschikbaar op de laatste pagina. Alle termen zijn tevens gebundeld in een handig, gedrukt boekje.

Bestellen: door overschrijving van 6,83 euro (5 euro voor het boekje + 1,83 euro voor de verzendkosten) op rekeningnummer 737-0121701-09 van Minerva, De Pintelaan 185, 6K3, 9000 Gent met vermelding van uw naam en adres en 'Verklarende Woordenlijst'. Bestellingen buiten België: via het secretariaat (redactie@minerva-ebm.be).

Continue Medische Navorming online www.minerva-ebm.be

Op haar website stelt Minerva leestesten ter beschikking. Deze leestestmodules zijn gebaseerd op teksten die verschenen in twee Minervanummers. Voor deelname aan deze navorming is een (gratis) registratie op de website vereist. Het afwerken van een leestest geeft, indien gewenst, recht op accrediteringspunten.

Barbara Michiels,
Vakgroep Eerstelijns-
en Interdisciplinaire
Zorg, Centrum voor
Huisartsgenees-
kunde, Universiteit
Antwerpen

Referenties: zie
website

Wereldwijd neemt de consumptie van suiker exponentieel toe^{1,2}. Suiker (sucrose = fructose + glucose) wordt toegevoegd aan tal van bereide producten zoals fruityoghurt, nagerechtjes, koekjes, snoepgoed, frisdrank, ontbijtgranen, maar ook aan niet zoet smakende producten zoals ketchup, mayonaise, spaghettisaus, vinaigrette, brood,... In alliantie met zout gebruikt de voedingsindustrie suiker om een verslavend product op de markt te gooien. Als er daarnaast nog een gezondheidsclaim aan vastgeknoopt kan worden, bijvoorbeeld voor yoghurt, ontbijtgranen of energiedrankjes, zit de industrie gebeiteld. Snoepgoed, koffiekoeken en fijn gebak dat oorspronkelijk bestemd was voor feestmaaltijden zijn nu dagelijkse consumptie.

Suiker werd lang aanzien als de voornaamste brandstof waaruit ons lichaam energie haalt. Onze hersenen en spieren presteren het best op glucose. Glucose kan ons metabolisme zelf maken uit zetmeel, eiwitten en vetten. Vetten hebben echter al decennia lang een slechte reputatie sinds hoge cholesterolemie in verband wordt gebracht met cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit³. In dieetadviezen zijn daarom steevast de vetten door koolhydraten vervangen^{4,5}. Nu blijkt dat overtollige koolhydraten en fructose in het bijzonder een nefast verhogend effect hebben op triglyceriden en cholesterol⁵.

Diabetici hebben ons wel iets geleerd over het nadeel van insulinepieken en het uitputten van de pancreas door suiker, maar was dat niet een probleem waar alleen genetisch voorbeschikte personen last van hebben? Suiker is sinds lang ook in verband gebracht met tandcariës. Suiker en bij uitbreiding koolhydraatrijke producten met een hoge glykemische index maken het de mens lastig om op tijd te stoppen met eten, wat leidt tot overtollige calorie-inname en overgewicht (door toename van de vetreserves). Suiker is potentieel verslavend en komt zo in het rijtje van alcohol- en tabaksmisbruik.

Er is ondertussen een tsunami aan chronische pathologieën ontstaan, die we niet kunnen verklaren door de stijging van de gemiddelde leeftijd. Observatieel onderzoek toont meer en meer een link aan tussen suikerinname en metabool syndroom, diabetes, kanker, cardiovasculaire aandoeningen, dementie en vroegtijdige sterfte^{3,6,7}. Aanvankelijk werd obesitas of totale calorie-inname als verklaring naar voor geschoven, maar in de nieuwere studies wordt hiervoor specifiek gecorrigeerd.

Een recente, degelijk uitgevoerde cohortstudie¹² toonde duidelijk aan dat er een significante en exponentiële toename merkbaar is van cardiovasculaire mortaliteit vanaf een dagelijkse consumptie van toegevoegde suikers van meer dan 10% van de calorie-inname, wat neerkomt op ongeveer 2 blikjes cola (25 cl) per dag (op een totaal van 2.000 kcal/dag). Vanaf

een dagelijkse inname van toegevoegde suikers van meer dan 20% van de calorie-inname heb je een nummer needed to harm voor cardiovasculaire mortaliteit van 22! In deze analyse is gecorrigeerd voor de belangrijkste beïnvloedende factoren zoals onder andere rookgedrag, socio-economische achtergrond, BMI en fysieke activiteit. Deze studie is zeker niet alleenstaand en de evidentie stapelt zich op. Al in 1972 publiceerde een Britse biochemist John Yudkin het boek met de veelzeggende titel "Pure, White and Deadly", waarin de nadelige gevolgen van suiker- en koolhydraatconsumptie op coronair hartlijden beschreven zijn⁸. Zijn collega's traden hem niet bij en de industrie verguisde hem waardoor zijn stelling lange tijd in de vergetelheid geraakte.

Onderzoek naar de effecten van een voedingspatroon is nooit eenvoudig. Voeding is complex, variabel, de effecten zijn pas na enkele decennia te meten, een groot aantal deelnemers is een must. Wat twintig jaar geleden als een relevante confounder (bijvoorbeeld vetconsumptie) werd meegenomen is nu te beperkt. Het belang van voedingsfactoren in ziektemechanismen is onderbelicht. Genetische aanleg betekent dat gezonde voeding nog belangrijker is. Een recente cohortstudie over de invloed van gesuikerde dranken op de BMI⁹ gebruikte voor het eerst deze gen-dieet interactie analyse. Hoe groter de genetische aanleg, hoe groter het effect van frisdrank op de BMI blijkt te zijn. Bij toekomstig onderzoek moet er meer rekening gehouden worden met bepaalde voedingsgewoonten als effectmodifier. Dieetadviezen moeten onderwerp worden of deel gaan uitmaken van interventies voor chronische aandoeningen.

Wat nu met de voedingsadviezen? Wat is nu wel gezond? Kan een verandering van eetgewoonten bepaalde aandoeningen verbeteren? Het mediteraan dieet bestaande uit veel groenten, peulvruchten, fruit, noten, olijven en vette vis scoort tot op heden het beste¹⁰⁻¹². De WHO heeft recent een strengere aanbeveling gepubliceerd in verband met de dagelijkse suikerconsumptie en verwerkt nu de gemaakte opmerkingen. Zij geven aan dat een dagelijkse consumptie van toegevoegde suikers idealiter minder dan 5% van de calorie-inname bedraagt. Daarmee halveren ze hun eerder aanbevolen grens van 10%¹³. Ook de Hoge Gezondheidsraad heeft in zijn voedingsaanbevelingen van 2009 aangegeven dat toegevoegde suikers niet meer dan 10% van de totale energiebehoefte mogen uitmaken¹⁴. Er is duidelijk werk aan de winkel. Dit probleem aanpakken is niet eenvoudig en is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, artsen, producenten en consumenten. Waarom niet starten met het aan banden leggen van frisdrank- en snoepautomaten op school en werk? Het moet tenslotte niet alle dagen suikerfeest zijn!

Geïntegreerde multidisciplinaire zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson

Achtergrond

De ziekte van Parkinson is een multidimensionele aandoening. Naast de gekende motorische symptomen hebben patiënten ook veel niet-motorische symptomen. Deze hebben vaak een grote invloed op de kwaliteit van leven en worden niet routinematig behandeld¹. Klachten zoals orthostatische hypotensie en cognitieve achteruitgang verbeteren nauwelijks of worden zelfs slechter door het gebruik van medicatie¹. Vandaar dat een multidisciplinaire benadering met inbegrip van zowel een medicamenteuze als een niet-medicamenteuze behandeling nuttig kan zijn. Het effect van dergelijke multidisciplinaire aanpak is echter nog onvoldoende aangetoond en evenmin ligt de inhoud ervan vast.

Samenvatting

Duiding

Ciannoula Tsakitzidis, kinesitherapeute, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Referentie

van der Marck MA, Munneke M, Mulleners W, et al. Integrated multidisciplinary care in Parkinson's disease: a non-randomised, controlled trial (IMPACT). *Lancet Neurol* 2013;12:947-56.

Bestudeerde populatie

- 301 patiënten met de ziekte van Parkinson (op basis van de **UK Brain Bank criteria** gediagnosticeerd door een neuroloog), tussen 20 en 80 jaar oud (gemiddelde leeftijd van 66,5 tot 69,3 jaar), waarvan 96 tot 92% mannen; gerekruteerd in zes poliklinieken voor neurologie in Nederland
- andere inclusiecriteria: zelfstandig wonen, MMSE-score ≥ 24 , capabel om vragenlijsten in te vullen, geen ernstige co-morbiditeit die interfereert met het dagelijks functioneren, een routine opvolgingsconsultatie gepland bij de behandelende neuroloog
- exclusiecriteria: atypische symptomen van Parkinson, rolstoelgebonden, andere neurologische aandoeningen, geplande behandeling met hersenstimulator, eerder uitgebreid geëvalueerd geweest in een polikliniek van de interventiegroep.

Onderzoekopzet

- niet-gerandomiseerde, gecontroleerde studie met twee groepen:
 - ~ interventiegroep (2 poliklinieken met samen 150 patiënten in één regio): patiënten kregen een 3 dagen durende, individueel aangepaste evaluatie door een multidisciplinair 'Parkinson' expert-team bestaande uit artsen en andere gezondheidswerkers; een hieruit voortvloeiend behandelingsplan (medisch advies, verwijzing naar een regionaal gespecialiseerd netwerk van kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten) werd voorgesteld aan de patiënt en zijn behandelende neuroloog
 - ~ controlegroep (4 poliklinieken met samen 151 patiënten in 4 regio's): patiënten kregen de gebruikelijke zorg
- follow-up: na 2, 4, 6 en 8 maanden met opvolgconsult (enkel na 4 maanden), vragenlijsten voor patiënten en zorgverleners.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: dagelijks functioneren (gemeten met **ALDS**) en levenskwaliteit (gemeten met **PDQL**) na 4, 6 en 8 maanden
- secundaire uitkomstmaten: motorisch functioneren (gemeten met UPDRS III (Unified Parkinson's Disease Rating Scale part III)) na 4 maanden; psychologische belasting voor de hulpverlener (gemeten met BELA-A-k (Belastingsvraagbogen Parkin-

Klinische vraag

Wat is het effect van geïntegreerde multidisciplinaire zorg op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven bij patiënten met de ziekte van Parkinson?

- son Angehörigen-kurzversion) na 4 en 8 maanden; gezondheidskosten na 4 en 8 maanden
- tertiaire uitkomstmaten: o.a. levenskwaliteit (SF-36) en depressie en angst (HADS) van patiënt en hulpverlener
- **intention to treat analyse** met correctie voor verschillen in motorisch functioneren (UPDRS III), ziekteduur, rolstoelgebondenheid, niet-motorische symptomen en dagelijks gebruik van levodopa tussen beide groepen bij de start van de studie.

Resultaten

- 5% studie-uitval
- primaire uitkomstmaten: geen significant verschil in ALDS ($p=0,045$) noch in PDQL ($p=0,03$) tussen de interventie- en de controlegroep na 4, 6 en 8 maanden
- geen significante verschillen in secundaire en tertiaire uitkomstmaten tussen beide groepen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een geïntegreerde zorgaanpak slechts een gering voordeel heeft voor patiënten met de ziekte van Parkinson. Dit effect verdween helemaal na statistische correctie voor de ernst van deze ziekte bij het begin van de studie. Deze resultaten suggereren dat andere benaderingen nodig zijn om meer substantiële gezondheidsvoordelen te behalen.

Financiering van de studie NutsOhra fonds, Stichting Parkinson Nederland, nationaal Parkinson fonds.

Belangenconflicten van de auteurs verschillende auteurs hebben banden met de sponsors van deze studie en met verschillende farmaceutische firma's.

Methodologische beschouwingen

Het betreft hier een niet-gerandomiseerde, gecontroleerde studie. Randomisatie was niet mogelijk omdat de interventie slechts door 2 (in één zorgregio) van de 6 gerekruteerde poliklinieken aangeboden werd. Het ontbreken van randomisatie zorgde voor verschillen in basiskenmerken tussen beide groepen. Zo waren de patiënten in de interventiegroep jonger, hadden ze een kortere ziekteduur en waren hun symptomen minder uitgesproken. In de analyse corrigeerden de auteurs voor deze verschillen. Ook deden ze post hoc een per protocol analyse omdat 33% van de deelnemers in de interventiegroep niet had deelgenomen aan de evaluatie door het expertteam. Deze analyse veranderde de resultaten niet. Het is echter niet duidelijk of de auteurs bij de powerberekening rekening hielden met de 5% studie-uitval. Het is dus mogelijk dat de studie te weinig power had om een effect aan te tonen.

Volgens de onderzoekers zijn er voldoende argumenten om te beweren dat de studie geblindeerd verlopen is: de patiënten en de hulpverleners konden niets te weten komen van de verschillen in zorgorganisatie omdat ze in een geografisch verschillende regio leefden en werkten; de onderzoekers die onder meer de data verzamelden speelden geen enkele rol in de multidisciplinaire evaluatie en behandeling van de patiënten; de hulpverleners hadden geen weet van welke patiënt wel en welke niet deelnam aan de studie en waren evenmin betrokken bij de uitkomstmeting.

Resultaten in perspectief

Er zijn in de literatuur heel wat studies te vinden die het effect poogden aan te tonen van multi- en/of interdisciplinaire samenwerking. De interventies zijn echter niet altijd even duidelijk beschreven waardoor het bijvoorbeeld niet altijd duidelijk is of het gaat om multi- en/of interdisciplinaire samenwerking^{2,3}. Omdat de hulpverleners van de patiënt niet echt betrokken waren bij de totstandkoming van het behandelplan gaat het in de hier besproken studie eerder om multidisciplinaire dan om interdisciplinaire samenwerking. Een systematische review⁴ vond

globaal geen aantoonbare effecten van multidisciplinaire samenwerking. Het blijft echter moeilijk de juiste uitkomstmaten te kiezen om het effect van samenwerking tussen hulpverleners op de kwaliteit van zorg op patiëntniveau aan te tonen^{4,5}. De gekozen primaire, secundaire en tertiaire uitkomstmaten van de hier besproken studie waren wel relevant om de 'brede' problematiek van patiënten met de ziekte van Parkinson in kaart te brengen. Hoewel we op het eerste zicht intuïtief verwachten dat een multidisciplinaire aanpak met een geïndividualiseerd zorgtraject op basis van een multidisciplinaire evaluatie een positief effect zal hebben op het functioneren in het dagelijkse leven en op de kwaliteit van leven, kon dit in de hier besproken studie statistisch niet aangetoond worden.

Een eerdere kleinere, niet-geblindeerde studie met een gelijkaardig studie-opzet⁶ vond wel een positief effect op levenskwaliteit, motorisch functioneren, depressie en psychosociaal functioneren. Het ging hier echter om een kleiner team bestaande uit een bewegingsspecialist, een Parkinsonverpleegkundige en een sociaal werker, die meer onderlinge contacten hadden. De gebruikelijke zorg was ook minder gestructureerd en alleen patiënten die nood hadden aan extra hulp, werden doorgestuurd naar het expertteam. In de hier besproken studie is een standaardprocedure toegepast voor alle patiënten. Mogelijk is dat niet ideaal om het effect van multidisciplinaire zorg te meten. Misschien werd de interventie zelf ook niet correct toegepast. Door gebrek aan procesindicatoren is dat echter moeilijk te beoordelen. Het is niet duidelijk hoe en wanneer precies patiënten betrokken waren bij het bepalen van het zorgplan en/of de verwijzing naar andere disciplines. De auteurs vermelden evenmin hoe ze de opvolging organiseerden eens de behandelingen gestart waren of wanneer welke therapie gewijzigd of zelfs gestopt moest worden. Door het feit dat de studie plaatsvond in een land met een goed uitgebouwde en toegankelijke gezondheidszorg is het mogelijk dat de kwaliteit van de gebruikelijke zorg zo goed was dat gestructureerde interventies geen meetbare winst meer kunnen opleveren.

Referenties

1. Chaudhuri KR, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol* 2009;8:464-74.
2. Page R. Interprofessional education: principles and application. A framework for Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2009;29:145-64.
3. Tsakitzidis C, Van Royen P. *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 2012.
4. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 3.
5. Tan SB, Williams AF, Kelly D. Effectiveness of multidisciplinary interventions to improve the quality of life for people with Parkinson's disease: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014;51:166-74.
6. van der Marck MA, Bloem BR, Borm GF, et al. Effectiveness of multidisciplinary care for Parkinson's disease: a randomized, controlled trial. *Mov Disord* 2013;28:605-11.
7. Bloem BR, Van Laar T, Keus SH, et al; namens de Centrale Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Parkinson 2006-2010. Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 2010.

Besluit van Minerva

Deze studie toont aan dat een multidisciplinaire aanpak van patiënten met de ziekte van Parkinson niet beter is dan gebruikelijke zorg (met Parkinsonverpleegkundige) op het vlak van dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.

Voor de praktijk

Op basis van studies met niveau van bewijskracht 2 krijgt de Parkinsonverpleegkundige in Nederland een centrale rol in de (gebruikelijke) zorg van patiënten met de ziekte van Parkinson⁷. De verpleegkundige staat in voor de coördinatie van de zorg, heeft een voorlichtende rol, heeft een signalerende functie (naar huisarts en specialist toe), staat in voor de monitoring van de effecten van medicamenteuze therapie; controleert en begeleidt de niet-motorische complicaties van de ziekte. Het toevoegen van multidisciplinaire zorg door een team van medici, paramedici en verpleegkundigen (eventueel in een kliniek met ruime (ambulante) multidisciplinaire behandel mogelijkheden) aan patiënten met manifeste of dreigende (complexe) problematiek op het gebied van ADL, huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) of participatie is aanbevolen maar onvoldoende onderbouwd (niveau van bewijskracht 3)⁷. Ook de hier besproken studie kan geen meerwaarde aantonen van multidisciplinaire zorg bij patiënten met de ziekte van Parkinson.

Interdisciplinaire eerstelijnszorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen

Achtergrond

Met de toenemende vergrijzing neemt het belang van een kosteneffectieve thuiszorg van kwetsbare ouderen steeds maar toe. Huisartsen zijn het best geplaatst om deze zorg te initiëren en te begeleiden¹. De mate van thuiszorg is sterk afhankelijk van de kwetsbaarheid en van de afhankelijkheid voor taken in het dagelijks leven². Een preventieve aanpak is daarom nuttig om deze afhankelijkheid tijdig te verbeteren met als doel ouderen langer thuis te houden³. In een eerdere systematische review kon men besluiten dat thuiszorg voor kwetsbare ouderen het best wordt begeleid door een interdisciplinair eerstelijnszorgteam^{4,5}.



Duiding

Birgitte Schoenmakers,
Academisch Centrum
voor Huisartsgeneeskunde,
KU Leuven

Referentie

Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f5264.

Bestudeerde populatie

- 346 patiënten ouder dan 70 jaar (gemiddelde leeftijd 77,2 (SD 5,1) jaar); 58% vrouwen; 49% alleenwonend; 58% met laag opleidingsniveau; met een score van ≥ 5 op de **Groningen Frailty Indicator**; gerekruteerd in 12 huisartspraktijken in Nederland waar geen beleid voorzien is voor systematische opsporing en opvolging van kwetsbare ouderen
- exclusiecriteria: op basis van advies van de huisarts: terminale ziekte, bedlegerigheid, ernstige cognitieve of psychosociale beperkingen, niet kunnen communiceren in het Nederlands.

Onderzoekopzet

- clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie met blinding van de effectbeoordeelaars
- interventiegroep (6 praktijken; n=193): Prevention of Care (PoC)-aanpak: de praktijkverpleegkundige (i.c. de casemanager) bezoekt de kwetsbare oudere en zijn mantelzorger om bestaande problemen inzake de uitvoering van dagelijkse activiteiten en risicofactoren voor functionele achteruitgang in kaart te brengen; vervolgens stellen de praktijkverpleegkundige, de huisarts en eventuele andere zorgverleners samen een behandelingsplan op met een lijst van doelstellingen en strategieën om te voldoen aan de noden van de oudere (versterken van dagelijkse activiteiten, sociale activiteiten,...); de praktijkverpleegkundige is verder verantwoordelijk voor de implementatie en de evaluatie van het behandelingsplan en houdt de andere zorgverleners hiervan op de hoogte
- controlegroep (6 praktijken; n=153): gebruikelijke zorg
- follow-up na 6, 12 en 24 maanden via vragenlijsten per post en telefonische interviews.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: functionele beperking na 24 maanden, gemeten met de **Groningen Activity Restriction Scale** (GARS)
- secundaire uitkomstmaten: Hospital Anxiety and Depression Scale; Social Support List (om sociale interactie te meten); Short Falls Efficacy Scale (om de angst voor vallen te meten); Maastricht Social Participation Profile (om sociale participatie te meten)

Klinische vraag

Wat is het effect van interdisciplinaire eerstelijnszorg versus gewone zorg op het verminderen van fysieke beperkingen en de preventie van verdere functionele achteruitgang bij thuiswonende kwetsbare ouderen?

- **mixed model multilevel analyse** met correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau
- analyse volgens **intention to treat**.

Resultaten

- studie-uitval: 76 patiënten (26% in de interventie-versus 17% in de controlegroep; $p < 0,05$ voor het verschil in uitval)
- geen verschil in functionele beperking na 24 maanden tussen de interventie- en de controlegroep (GARS resp. 31,50 (SD 10,92) versus 34,39 (SD 11,58); gemiddeld verschil van 1,18 met 95% BI van -0,35 tot 2,71 en $p = 0,35$); wel significante toename in GARS voor beide groepen over een periode van 24 maanden
- geen verschil in secundaire uitkomstmaten tussen beide groepen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat deze studie niet kan aantonen dat de PoC-aanpak doeltreffend is. De studie draagt wel bij tot het inzicht dat gemeenschapsgebaseerde zorg voor kwetsbare ouderen een uitdagende taak is en dat hierover meer onderzoek nodig is.

Financiering van de studie Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en ontwikkeling

Belangenconflicten van de auteurs geen aangegeven

Methodologische beschouwingen

In deze clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie besteedden de auteurs veel zorg aan het proces van rekruteren, randomiseren en stratificeren. De selectie van 12 uit een totaal van 24 gerekruteerde huisartspraktijken gebeurde op een geblindeerde manier. De onderzoekers wezen de praktijken toe aan de interventie- of de controlegroep alvorens de kwetsbare ouderen op te sporen. Deze aanpak is zeker terecht omdat de studiepopulatie bestond uit kwetsbare ouderen waar heel wat factoren meespelen in de beslissing tot deelname aan een studie. Vóór de randomisatie stratificeerden de onderzoekers de praktijken op basis van praktijken met meer dan 350 oudere patiënten versus praktijken met minder dan 350 oudere patiënten en op basis van praktijken in stedelijk versus praktijken in landelijk gebied. Hiermee wilden ze corrigeren voor het feit dat in praktijken met veel ouderen de artsen meer vertrouwd zijn met ouderenzorg en dat ouderen in landelijke gebieden meer zorgondersteuning krijgen van familie, burens,... Om de resultaten achteraf ook beter te kunnen extrapoleren, zorgden de onderzoekers ervoor dat stedelijke praktijken met veel ouderen dubbel zoveel kans hadden om in de interventiegroep te belanden. Of ze met deze strategie rekening hielden in de analyses is onduidelijk. De powerberekening hield rekening met het clustereffect en met een grote studie-uitval. De interventie op zich is transparant beschreven en was in een pilootstudie effectief gebleken⁵. De opvolging van de interventie was voldoende lang en de studie-uitval bleef beperkt om een betrouwbaar resultaat te meten. De effectmeting gebeurde blind aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten⁶. Bij de analyse van de resultaten hielden de auteurs rekening met verschillende factoren en ze corrigeerden voor het verschil tussen de interventie- en de controlegroep in kwetsbaarheid en functionele beperking van de deelnemers.

Resultaten in perspectief

Tal van studies onderzochten het effect van verschillende interventies die pro-actief risicofactoren opsporen bij ouderen met als doel een beperkt functioneren te voorkomen en het gebruik van zorg en kosten te besparen.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde, clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie toont aan dat een complexe interventie met een interdisciplinair team onder leiding van een casemanager om de kwetsbaarheid en de beperkingen in functioneren van ouderen vroegtijdig op te sporen en te behandelen niet beter is dan de gebruikelijke zorg.

Voor de praktijk

De ondersteuning van ouderen in hun thuissituatie richt zich meer en meer op het behoud van zelfstandigheid en de preventie van acute afhankelijkheid. Deze strategie vereist een actieve aanpak met inzet van verschillende disciplines in de hulpverlening. Toch blijkt een interdisciplinair programma met intensieve opsporing, begeleiding en opvolging niet te leiden tot het verwachte resultaat. De vraag blijft dus of dergelijke dure en tijdrovende interventies te verkiezen zijn boven breedmaatschappelijke inspanningen om de zorg voor ouderen te stimuleren en te garanderen. In de Vlaamse zorgstructuur zal het eerder de maatschappelijk werker zijn, ingebed in een zorgorganisatie, die de rol van casemanager zal opnemen. Daardoor zal de zorgaanpak eerder aansluiten bij het aanbod van de organisatie dan bij de interesse of de mogelijkheden van de zorgvrager. Misschien is extra ondersteuning van de huisarts en de patiënt om de bestaande zorgvoorzieningen beter te gebruiken een eerste stap.

De resultaten waren tot nog toe echter tegenstrijdig⁷ en ook de huidige studie kan niet aantonen dat een interdisciplinaire interventie effectief is voor de preventie van verdere functionele achteruitgang. Ondanks deze aanpak nam het kwetsbaarheidsprofiel van ouderen zelfs verder toe. Volgens de auteurs zou dit kunnen te wijten zijn aan contaminatie tussen de interventie- en de controlegroep. Ze wijzen ook op de hogere kwetsbaarheid van de studiepopulatie in vergelijking met de algemene bevolking⁸, waardoor elke activerende interventie tevergeefs is. Omgekeerd bleek ook dat volgens de deelnemende praktijkverpleegkundigen en huisartsen een belangrijk deel van de deelnemers geen beperkingen in het dagelijks functioneren had. Een andere mogelijke oorzaak voor het uitblijven van een effect was het mogelijk onjuist of onvolledig toepassen van het interventieprotocol. Uit de procesevaluatie van de studie bleek immers dat een aantal stappen niet zijn uitgevoerd zoals het hoorde. Veel zorgverleners vermeldde hierbij dat sommige items van de interventie te tijdrovend en te moeilijk waren om te implementeren. We kunnen ons dan ook afvragen of dergelijke complexe interventies in België en andere Europese landen wel uitvoerbaar zijn. In België beschikken huisartsen niet over een praktijkverpleegkundige die de verschillende huisbezoeken kan afleggen, evaluaties kan uitvoeren, afspraken kan maken en opvolgen. Er wordt ook een maximale betrokkenheid van andere hulpverleners gevraagd. Laten we ook niet vergeten dat dergelijke programma's erg belastend zijn voor de doelgroep zelf. De significant hogere studie-uitval in de interventie-arm kan deze veronderstelling ondersteunen. Als laatste verklaring voor het uitblijven van enig effect geven de auteurs aan dat de zorgstandaard in Nederland al bijzonder hoog ligt waardoor er mogelijk geen nood is aan extra interdisciplinaire interventies.

Referenties

1. Stijnen MM, Duimel-Peeters IC, Jansen MW, Vrijhoef HJ. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices—project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr* 2013;13:7.
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63.
3. Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *J Clin Nurs* 2004;13(6B):112-20.
4. Daniels R, Metzelthin S, Van Rossum E, et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing* 2010;7:37-55.
5. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil* 2011;25:963-74.
6. Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1996;43:1601-10.
7. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:298-307. Erratum in: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:318.
8. Daniels R, Van Rossum E, Beurskens A, et al. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health* 2012;12:69.

Welke vorm van psychotherapie voor ambulante patiënten met anorexia nervosa?

Achtergrond

Anorexia nervosa gaat gepaard met ernstige morbiditeit en met uitgesproken psychosociale co-morbiditeit¹. Anorexia nervosa heeft bovendien de hoogste mortaliteit onder alle psychiatrische aandoeningen en heeft een hoog hervalpercentage². In richtlijnen geniet psychotherapie de voorkeur³, maar de doeltreffendheid is weinig onderbouwd⁴ en de aanbevelingen zijn grotendeels gebaseerd op klinische ervaring.

Samenvatting

Duiding

Myriam Vervaeke, Centrum voor Eetstoornissen, Universitair Ziekenhuis Gent

Referentie

Zipfel S, Wild B, Croß C, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (AN-TOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:127-37.

Bestudeerde populatie

- 242 vrouwen, 18 jaar of ouder (gemiddelde leeftijd 27,7 jaar), met anorexia nervosa of een subsyndromale vorm ervan volgens de DSM-IV-criteria en een BMI tussen 15 en 18,5 kg/m² (gemiddeld 16,7 kg/m² (SD 1,0)); waarvan 39% met een ziekte duur >6 jaar, 53% met een restrictieve vorm van anorexia nervosa en 40% met minstens één bijkomende mentale aandoening; gerekruteerd in 10 Duitse universiteitsdepartementen voor ambulante zorg in psychosomatische geneeskunde en psychotherapie
- exclusiecriteria: middelenmisbruik; gebruik van neuroleptica; psychotische of bipolaire stoornis; ernstige niet-gestabiliseerde lichamelijke ziekte; lopende psychotherapeutische behandeling.

Onderzoekopzet

- multicenter, gerandomiseerde, gecontroleerde studie met 3 groepen die gedurende 10 maanden werden behandeld met ofwel:
 - ~ focale psychodynamische therapie (n=80): patiënten doelgericht helpen om intrapsychische en interpersoonlijke conflicten (zoals verlies aan gevoel van eigenwaarde) in relatie tot hun eetstoornis te exploreren en te verwerken
 - ~ verbeterde cognitieve gedragstherapie (n=80): patiënten krijgen educatie over ondergewicht en uithongering en krijgen hulp bij het starten en onderhouden van regelmatige voeding en gezonde gewichtstoename
 - ~ geoptimaliseerde standaardbehandeling (n=82): patiënten krijgen een lijst van psychotherapeuten met ervaring in de behandeling van eetstoornissen (gedekt door de ziekteverzekering in Duitsland) en bezoeken regelmatig de huisarts voor o.a. de opvolging van het gewicht; aan huisartsen werd gevraagd om patiënten met een BMI <14 kg/m² door te verwijzen naar het ziekenhuis en alert te zijn voor psychologische en psychiatrische stoornissen van de patiënten
- follow-up na 4, 10 (einde behandeling), 13 en 22 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: BMI na 10 en 22 maanden
- secundaire uitkomstmaten: algemene psychopathologie en eetstoornis gerelateerde psychopathologie, gemeten met verschillende schalen: **EDI-2**, **SCID-I**, **SIAB-EX**, **PSR**; feedback van de patiënten over het nut (VAS van 0 tot 10) en de duur van de psychodynamische therapie en de cognitieve ge-

Klinische vraag

Wat is het effect en de veiligheid van focale psychodynamische psychotherapie en verbeterde cognitieve gedragstherapie in vergelijking met een geoptimaliseerde gebruikelijke behandeling bij ambulante volwassenen met anorexia nervosa?

dragstherapie (te kort, adequaat, te lang); globale uitkomst op basis van PSR en BMI (variërend van score 3 (genezen) = PSR van 1 of 2 + BMI >18,5 kg/m² tot score 1 (volledig syndroom van anorexia nervosa) = PSR van 5 of 6 + BMI ≤17,5 kg/m²)

- **intention to treat analyse.**

Resultaten

- studie-uitval van 54 patiënten (22%) na 10 maanden (einde therapie) en van 73 (30%) patiënten na 22 maanden follow-up (significant het hoogst in de groep met standaardbehandeling)
- BMI nam toe in alle groepen, zowel na 10 maanden (resp. 0,73 kg/m², 0,93 kg/m² en 0,69 kg/m² in de groep met psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie en gebruikelijke zorg) als na 22 maanden (resp. 1,64 kg/m², 1,30 kg/m² en 1,22 kg/m²), in beide gevallen zonder significant verschil in toename tussen de groepen
- na 22 maanden was er een significant hoger percentage patiënten met volledig herstel in de groep met psychodynamische therapie versus de groep met gebruikelijke zorg (35% versus 13%, p=0,036).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat geoptimaliseerde gebruikelijke zorg waarbij men psychotherapie combineert met een gestructureerde zorg door de huisarts, de basisbehandeling zou moeten worden voor volwassenen met anorexia nervosa. Focale psychodynamische therapie toonde wel voordelen aan in termen van herstel na 22 maanden en verbeterde cognitieve gedragstherapie was effectiever op het vlak van snelheid van gewichtstoename en verbetering van eetstoornis gerelateerde psychopathologie. Resultaten op lange termijn zullen in de toekomst moeten helpen om deze nieuwe op een handboek gebaseerde behandelingsstrategieën aan te passen en te verbeteren.

Financiering van de studie German Federal Ministry of Education and Research, German Eating Disorders Diagnostic and Treatment Network

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Methodologische beschouwingen

Het protocol van deze RCT voldoet aan alle methodologische vereisten. De inclusiecriteria en de interventies zijn duidelijk beschreven. De psychodynamische therapie en cognitieve gedragstherapie verliepen volgens een vast protocol en werden uitgevoerd door ervaren therapeuten. Deze werden zelf getraind door experts en geëvalueerd door een onafhankelijke commissie. De berekening van de steekproefgrootte gebeurde correct en de randomisatie verliep geblindeerd. Toch waren er minder patiënten met een co-morbide angststoornis in de groep met psychodynamische therapie. Volgens een sensitiviteitsanalyse had dit echter geen invloed op de resultaten. De effectbeoordeelaars waren goed opgeleid om de gebruikte meetinstrumenten te gebruiken en werden zoveel als mogelijk geblindeerd.

De studie-uitval is aanvaardbaar maar toch significant hoger in de groep met gebruikelijke zorg. Een sensitiviteitsanalyse kon geen verklaring vinden voor deze selectieve uitval. De intention to treat analyse corrigeerde op een gevalideerde manier voor ontbrekende gegevens. Een per protocol analyse leverde geen verschillende resultaten op. De tijdsduur van de studie kan als een probleem gezien worden omdat een eetstoornis een follow-up vraagt van minstens 5 jaar na de behandeling⁵.

Interpretatie van de resultaten

Noch focale psychodynamische therapie, noch cognitieve gedragstherapie hadden meer effect op de BMI dan geoptimaliseerde gebruikelijke zorg. Omdat BMI als uitkomstmaat voor anorexia nervosa te beperkt is, werden ook andere aspecten van de ziekte gemeten. Door de resultaten van BMI en PSR te synthetiseren tot een status van 'genezing', 'volledig' en 'onvolledig' syndroom van anorexia nervosa konden de onderzoekers de resultaten min of meer dichotomiseren. Zo was er na 22 maanden een hoger percentage genezing in de groep die focale psychodynamische therapie kreeg dan in de groep die

gebruikelijke zorg kreeg. Volgens de auteurs is dit resultaat het gevolg van het feit dat patiënten met anorexia nervosa psychodynamische psychotherapie beter aanvaarden omdat deze behandeling de nadruk legt op interpersoonlijke relaties, inzicht in de eigen emotionaliteit en het verwerven van autonomie. Cognitieve gedragstherapie is meer directief en legt meer de nadruk op gedrag en cognities, wat minder effect heeft bij patiënten en hun (directe) omgeving die de ernst van deze aandoening vaak minimaliseren. In tegenstelling tot andere Europese landen promoot Duitsland meer psychodynamische psychotherapie dan cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van anorexia nervosa⁶.

In tegenstelling tot andere studies vond men in de hier besproken studie geen effect van cognitieve gedragstherapie^{7,8}. Misschien is dit het gevolg van het feit dat de bestaande hulpverlening voor anorexia nervosa in Duitsland zeer goed geregeld is en dat het Duitse gezondheidssysteem een tussenkomst voorziet voor psychotherapie. Patiënten die door de huisarts begeleid werden kregen uiteindelijk evenveel psychotherapeutische hulp dan patiënten in de andere groepen.

Referenties

1. Fitzpatrick KK, Lock J. Anorexia nervosa. *Clinical Evidence* 2011.
2. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, et al. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000;355:721-2.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE clinical guideline 9. January 2004.
4. Hay P, Bacaltchuk J, Byrnes RT, et al. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1.
5. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
6. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord* 2013;46:462-9.
7. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psych Review* 2014;34:54-72.
8. Fairburn CC, Cooper Z, Doll HA, et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther* 2013;51:R2-8.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde studie toont aan dat er na één jaar geen verschil is in gewichtstoename bij volwassen vrouwelijke anorectische patiënten die gedurende tien maanden ambulante worden behandeld met een psychodynamische, een cognitief gedragstherapeutische of een geoptimaliseerde gebruikelijke behandeling. Patiënten in deze laatste groep kregen uiteindelijk wel evenveel psychotherapeutische hulp.

Voor de praktijk

Elke vorm van psychologische hulp bij de behandeling van anorexia nervosa moet samengaan met een regelmatige monitoring van de fysieke status (waaronder gewicht) van de patiënt en moet minstens 6 maanden aanhouden³. Elke psychologische behandeling moet gericht zijn op het verminderen van risico, het aanmoedigen van gewichtstoename en gezonde voeding, het verminderen van andere symptomen verbonden aan de eetstoornis en het bevorderen van psychologisch en fysiek herstel³. Bij de keuze voor een bepaalde vorm van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, focale psychodynamische therapie, familiale interventie) moeten zowel de patiënt als de hulpverlener betrokken worden³. De hier besproken studie ondersteunt de centrale rol van de huisarts bij de fysieke monitoring en de psychologische begeleiding van de patiënt en stelt geen meerwaarde vast van één bepaalde vorm van psychotherapie.

Voor wie zijn implanteerbare cardioverter-defibrillatoren voor primaire preventie van plotse hartdood nuttig?

Achtergrond

Plotse hartdood door ventriculaire ritmestoornissen is wereldwijd de tweede belangrijkste doodsoorzaak^{1,2}. Een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) spoort deze potentieel levensbedreigende ritmestoornissen op en beëindigt ze met een krachtige elektrische schok. Verscheidene grote prospectieve studies hebben intussen aangetoond dat ICD's het risico van plotse hartdood verminderen³. Uit subgroepenanalyses is echter gebleken dat ICD's minder doeltreffend zijn bij vrouwen^{4,5} en ouderen⁶.

Samenvatting

Duiding

Bert Vandenberk en Rik Willems, Dienst Hart- en Vaatziekten, Universitaire Ziekenhuizen Leuven; Departement Cardiovasculaire Wetenschappen, KU Leuven

Referentie

Earley A, Persson R, Carlitski AC, et al. Effectiveness of implantable cardioverter defibrillators for primary prevention of sudden cardiac death in subgroups: a systematic review. *Ann Intern Med* 2014;160:111-21.

Methodologie

Systematische review en meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- MEDLINE en Cochrane Central Register of Controlled Trials (tot 3 september 2013).

Geselecteerde studies

- 10 gerandomiseerde, gecontroleerde studies
- 4 niet-gerandomiseerde, longitudinale, vergelijkende studies met minstens 10 patiënten per groep; met vergelijkbare groepen en met een multivariate analyse
- 6 studies uitgevoerd in de V.S. en Canada, 1 in Duitsland en 3 zowel in de V.S. als in Europa
- 1 studie met een ICD en ingebouwde cardiale resynchronisatietherapie (CRT).

Bestudeerde populatie

- 14555 volwassenen (103 tot 4685 per studie) met een gemiddelde leeftijd van 49 tot 82 jaar, waaronder 8 tot 33% vrouwen, die in aanmerking kwamen voor een ICD voor de primaire preventie van plotse hartdood en zijn opgevolgd vanaf de implantatie (n=4808); met ischemisch (N=5) of niet-ischemisch (N=4) hartlijden of allebei (4), een ventrikelejectiefractie ≤ 30 tot ≤ 40 en NYHA-klasse I tot IV.

Uitkomstmeting

- uitkomstmaten: verschil in totale mortaliteit en plotse hartdood tussen patiënten met ICD en zonder ICD
- subgroepenanalyses voor: leeftijd, geslacht, ras, NYHA-klasse, linkerventrikelejectiefractie, hartfalen, linker bundeltakblok, QRS-duur, onderliggend hartlijden, tijd sinds eerste myocardinfarct, voorafgaande coronaire revascularisatie en tijd sinds revascularisatie, diabetes mellitus, nierfunctie
- analyse met het random effects model.

Resultaten

- totale mortaliteit (*tabel met gedetailleerde gegevens: zie website*):
 - ~ daling van de totale mortaliteit met 31% (HR 0,69; 95% BI van 0,60 tot 0,79; $p < 0,001$; I^2 0%) (N=14) 3 tot 7 jaar na de implantatie van een ICD
 - ~ geen statistisch significant verschil in daling van totale mortaliteit tussen patiënten jonger versus

Klinische vraag

Is de effectiviteit van implanteerbare cardioverter-defibrillatoren (ICD's) voor primaire preventie van plotse hartdood afhankelijk van het geslacht, de leeftijd of de QRS-duur van het ECC bij patiënten met ischemisch en/of niet-ischemisch hartlijden en gedaalde ventrikelejectiefractie?

ouder dan 65 jaar (N=6), tussen mannen versus vrouwen (N=9), tussen patiënten met QRS kleiner versus groter dan 120 msec (N=4); onvoldoende gegevens beschikbaar voor andere subgroepenanalyses

- plotse hartdood (*tabel met gedetailleerde gegevens: zie website*):
 - ~ daling van het risico van plotse hartdood met 63% (HR 0,37; 95% BI van 0,26 tot 0,52; $p = 0,001$; I^2 0%) (N=9) twee tot zes jaar na de implantatie van een ICD
 - ~ onvoldoende gegevens beschikbaar voor subgroepenanalyses.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat men op basis van zwakke evidentie geen verschil kan aantonen in globale mortaliteit naargelang geslacht, leeftijd en QRS-interval. Op basis van de huidige evidentie kunnen we niets besluiten over globale mortaliteit in de andere subgroepen en over plotse hartdood in alle subgroepen.

Financiering van de studie Agency for Healthcare Research and Quality

Belangenconflicten van de auteurs de instituten van alle auteurs kregen fondsen van het Agency for Healthcare Research and Quality

Methodologische beschouwingen

De zoekstrategie en de selectie van de studies in deze systematische review zijn duidelijk beschreven. Na een eerste computergestuurde screening van titels en abstracts volgde een tweede screening door 7 hiertoe opgeleide onderzoekers. Deze werkten onafhankelijk van elkaar en bij discordantie zochten ze naar een consensus. De extractie van de gegevens gebeurde eveneens door 2 ervaren onderzoekers. Bij het zoeken en selecteren van de studies kunnen we 2 opmerkingen maken: de auteurs zochten niet naar ongepubliceerde gegevens en het is niet duidelijk waarom ze een studie met een cardioverter-defibrillator en bijkomende cardiale resynchronisatietherapie (CRT-D)⁷ includeerden. De invloed van deze studie op de gepoolde globale mortaliteit en plotse dood is niet duidelijk door gebrek aan een sensitiviteitsanalyse. De methodologische kwaliteit van de subgroepenanalyses van de verschillende studies is beoordeeld op basis van slechts 5 criteria⁸, terwijl er momenteel meer worden aanbevolen⁹. Respectievelijk slechts 7 en 5 van de 10 studies met een subgroepenanalyse namen subgroepenanalyses en subgroepcategorieën voor continue uitkomstmaten op in hun protocol. Geen enkele studie voerde een powerberekening uit voor subgroepenanalyses en slechts 4 studies corrigeerden voor basiskarakteristieken. Op één na voerden ze allemaal interactietesten

uit. Waarschijnlijk gaat het dus overwegend om post-hoc analyses waarbij de subgroepen vaak te weinig power hadden voor een correcte statistische besluitvorming.

Interpretatie van de resultaten

Deze analyse bevestigt het statistisch significante en klinisch relevante effect van een ICD voor de preventie van totale mortaliteit en plotse hartdood bij patiënten die in aanmerking komen voor een ICD. Uit de tabel met de basiskarakteristieken van de verschillende studies blijkt echter dat niet alle studies de huidige criteria voor implantatie van een ICD strikt toepasten. In 5 studies liet men ook patiënten toe met een NYHA-klasse I én een ejectionfractie <35% of afwezigheid van ventrikeltachycardie. In één studie hadden patiënten (gemiddelde leeftijd 74 jaar) noch ischemisch, noch niet-ischemisch hartlijden, alleen een ventrikelejectionfractie <35%. Uit nationale registers zoals het National Cardiovascular Data Registry (NCDR) van de V.S. blijkt bovendien dat patiënten die in de klinische praktijk een ICD krijgen een ander profiel hebben dan deze in gerandomiseerde studies¹⁰⁻¹³. Zo is op bevolkingsniveau het aandeel van patiënten met NYHA-klasse III 10 tot 15% hoger, betreft het frequenter vrouwen en zijn de patiënten doorgaans ouder.

Op basis van de huidige meta-analyse blijkt het effect op de totale mortaliteit niet afhankelijk te zijn van geslacht en leeftijd. Dat resultaat gaat in tegen het besluit van een eerdere meta-analyse van Chanbari et al. die aantoonde dat er bij vrouwen geen significante daling kon worden vastgesteld wanneer men alle puntschattingen bij vrouwen poolde⁴. Dat resultaat kan echter het gevolg zijn van een tekort aan power aangezien de proportie vrouwen slechts 19,7% was, niet representatief voor de proportie binnen een reële populatie. In de hier besproken meta-analyse was de proportie vrouwen daarentegen 29,4%, wat vergelijkbaar is met de 27% uit het NCDR. Een andere verklaring kan zijn dat de hier besproken meta-analyse meer rekening hield met de verschillende subgroepenanalyses binnen de geïnccludeerde studies. Als we trouwens de verschillende studies in de meta-analyse van Chanbari et al. afzonderlijk bekijken, lijkt geen enkele subgroepenanalyse voor geslacht een statistisch significant verschil te kunnen aantonen.

Het probleem van leeftijd en co-morbiditeit is moeilijker. Hoe ouder de patiënten worden, hoe hoger het inherente risico van totale mortaliteit. Dit komt door een risico van mortaliteit door andere ziektes of door hartfalen, dat in competitie staat met het risico van mortaliteit door hartritmestoornissen. Verschillende studies hebben dan ook aangetoond dat de kosteneffectiviteit van een defibrillator leeftijdsafhankelijk is^{14,15}.

De auteurs voerden een subgroepenanalyse uit met een afkapwaarde van 65 jaar om een verschil te onderzoeken voor totale mortaliteit in een oudere populatie. Binnen de totale studiepopulatie was 47% ouder dan 65 jaar, terwijl deze proportie in het NCDR meer dan 60% is. Het lijkt dan ook dat deze afkapwaarde van 65 jaar klinisch niet representatief is. Er zijn verschillende studies waarbij het nut van een defibrillator boven de leeftijd van 75 jaar in vraag gesteld wordt¹⁶⁻¹⁸.

Besluit van Minerva

Deze systematische review met meta-analyse bevestigt dat de implantatie van een ICD een statistisch significant beschermend effect heeft op zowel totale mortaliteit als op plotse hartdood bij patiënten met uiteenlopende indicaties voor een ICD, die niet altijd de huidige richtlijnen volgen. Het effect op totale mortaliteit lijkt niet afhankelijk te zijn van geslacht en leeftijd jonger versus ouder dan 65 jaar.

Voor de praktijk

Implanteerbare defibrillatoren worden gebruikt voor secundaire preventie na een hartstilstand, veroorzaakt door ventrikeltachycardie of ventrikelfibrillatie zonder reversibele oorzaak (myocardinfarct of ischemie, trauma, myocarditis, elektrolytenstoornis, middelenmisbruik), bij aanhoudende ventrikeltachycardie, bij onverklaarde syncope en aanhoudende ventrikeltachycardie tijdens elektrofysiologisch onderzoek.

Implanteerbare defibrillatoren worden ook gebruikt voor de primaire preventie van plotse hartdood bij patiënten ≥ 40 dagen na een myocardinfarct én met een LVEF $\leq 35\%$ en NYHA klasse II-III symptomen of met een LVEF $\leq 30\%$ en NYHA klasse I symptomen, alsook bij patiënten met kortdurende (of tijdens elektrofysiologisch onderzoek aanhoudende) ventrikeltachycardie na een myocardinfarct én een LVEF $\leq 40\%$ en NYHA klasse I symptomen. Ook patiënten met niet-ischemisch hartfalen, een LVEF $\leq 35\%$ en NYHA klasse II-III symptomen, patiënten met structurele hartziekten (gedilateerde en hypertrofische cardiomyopathie) en erfelijke, potentieel levensbedreigende ion-kanaalafwijkingen (zoals lang QT-syndroom) komen in aanmerking voor een ICD¹⁹.

De huidige meta-analyse wijzigt deze criteria niet, maar voegt hieraan toe dat noch leeftijd, noch geslacht kunnen gebruikt worden als criterium voor indicatie. De implantatie van een ICD, zeker bij ouderen, blijft een geïndividualiseerde beslissing die genomen dient te worden na overleg tussen de patiënt, de cardioloog, de elektrofysioloog en de huisarts, en waarbij men niet alleen kijkt naar de leeftijd, maar ook naar co-morbiditeit en uiteraard de wil van de patiënt. Er werden eenvoudige en complexe risicoscores ontwikkeld die hierbij kunnen helpen^{20,21}.

Referenties: zie website

Acupunctuur en counseling voor de aanpak van depressie in de eerste lijn

Achtergrond

Omwille van een hoog risico van bias in de meeste studies kon een eerdere Cochrane review niet uitmaken of acupunctuur effectief is voor de niet-medicamenteuze behandeling van depressie¹. De auteurs stuurden aan op meer vergelijkend onderzoek van acupunctuur met counseling of met gestandaardiseerde zorg, want ook voor counseling is het bewijs van effectiviteit bij de behandeling van depressie twijfelachtig².

Samenvatting

Duiding

Tom Declercq en Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Referentie

MacPherson H, Richmond S, Bland M, et al. Acupuncture and counselling for depression in primary care: a randomised controlled trial. *PLoS Med* 2013;10:e1001518.

Bestudeerde populatie

- 755 Engelstalige eerstelijnspatiënten van 18 jaar of ouder (gemiddelde leeftijd van 43 jaar) met matige tot ernstige depressie (score ≥ 20 op de **BDI-II** schaal) en met een voorgeschiedenis van depressie in de voorbije 5 jaar; $\frac{3}{4}$ had 4 of meer episodes van depressie in de voorgeschiedenis; gemiddeld 60 tot 70% van de deelnemers nam antidepressiva en gemiddeld 40 tot 60% nam analgetica
- exclusiecriteria: eerder behandeld met acupunctuur of counseling, terminale ziekte, ernstige leerstoornissen, hemofilie, hepatitis, HIV, zwangerschap, psychiatrische co-morbiditeit zoals bipolaire stoornis, postpartum depressie, aanpassingsstoornis, psychose, dementie of persoonlijkheidsstoornis, in rouwproces, bevallen in het voorbije jaar.

Onderzoekopzet

- open-label 2:2:1 gerandomiseerde, gecontroleerde studie met 3 armen:
 - ~ acupunctuur + gebruikelijke zorg (n=302): acupunctuur uitgevoerd in 12 wekelijkse sessies binnen een gestandaardiseerd kader door ervaren (minstens 3 jaar ervaring na kwalificatie) en geregistreerde (in de British Acupuncture Council) acupuncturisten
 - ~ counseling + gebruikelijke zorg (n=302): counseling in 12 wekelijkse sessies door erkende (leden van de British Association for Counseling) en geaccrediteerde counselors
 - ~ gebruikelijke zorg alleen (n=151): bestond uit zorg in de eerste lijn naargelang de nood van de patiënt
- huisartsen hielden het aantal en de duur van de sessies, welke zorg ze aanboden en de ongewenste effecten bij in logboeken.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: **PHQ-9** score na 3 maanden, geanalyseerd met ANCOVA (zie ook *methodologisch artikel op blz 103*)
- secundaire uitkomstmaten: PHQ-9 na 12 maanden, medicatie- en analgeticagebruik, gebruik van gezondheidszorg in het kader van depressie, door de patiënt ervaren empathie in de interventiegroepen
- **intention to treat analyse** met imputatie van ontbrekende gegevens.

Klinische vraag

Wat is het effect van acupunctuur of counseling versus gebruikelijke zorg bij patiënten met matige tot ernstige (recidiverende) depressie in de eerste lijn?

Resultaten

- in vergelijking met gebruikelijke zorg alleen was de ernst van de depressie op de PHQ-9 schaal na 3 maanden significant gedaald, zowel in de acupunctuurgroep (-2,46 punten; 95% BI van -3,72 tot -1,21) als in de counselinggroep (-1,73 punten; 95% BI van -3,00 tot -0,45); geen statistisch significant verschil tussen de acupunctuur- en de counselinggroep
- geen statistisch significant verschil in ernst van de depressie op de PHQ-9 schaal na 12 maanden tussen de verschillende onderzoeksgroepen
- na 12 maanden schreven artsen in alle studiegroepen gemiddeld 12% minder antidepressiva voor; de daling in het gebruik van analgetica varieerde van -1% tot -12% (geen statistische analyse vermeld)
- respectievelijk 5,3%, 8,6% en 6,0% van de patiënten in de groep met acupunctuur, counseling en gebruikelijke zorg hadden een ernstig ongewenst effect, maar geen enkel was gerelateerd aan de behandeling
- respectievelijk 18,5%, 15,6% en 26,5% van de patiënten in de groep met acupunctuur, counseling en gebruikelijke zorg hadden een niet-ernstig ongewenst effect.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat deze gerandomiseerde, gecontroleerde studie aantoont dat zowel acupunctuur als counseling na consultatie van de huisarts bij eerstelijnspatiënten met depressie na drie maanden gepaard gaan met een significante reductie in depressie in vergelijking met de gebruikelijke zorg.

Financiering van de studie onafhankelijk onderzoek gefinancierd door het National Institute for Health Research

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Methodologische beschouwingen

De auteurs bestempelen hun studie als een pragmatische, gerandomiseerde, gecontroleerde studie met hoge externe validiteit. Omdat ze rekruteerden op basis van een databank van patiënten die consulteerden omwille van aanhoudende symptomen van majeure depressie in de eerste lijn, kunnen we de resultaten extrapoleren naar een doorsnee huisartspraktijk. We moeten er wel rekening mee houden dat de exclusiecriteria vrij uitgebreid waren. Omwille van het type interventies die ze met elkaar wilden vergelijken was alleen een open-label onderzoeksopzet mogelijk. Om bias te beperken gebeurde vooraf een correcte blinding van de randomisatie en de uitkomstdata werden door de patiënten zelf gerapporteerd (zonder tussenkomst van de onderzoekers). Zowel de acupuncturisten als de counselors gebruikten gestandaardiseerde behandelingsprotocollen, maar individuele aanpassing naargelang de patiënt was mogelijk. Omdat er geen opvallende verschillen waren in gebruikelijke zorg tussen de 3 groepen, verschilden de 3 onderzoeksarmen dus alleen in het wel of niet krijgen van acupunctuur of counseling.

Door voor inclusie en uitkomstmeting 2 verschillende meetinstrumenten te gebruiken kon men bias door **regressie naar het gemiddelde** voorkomen. Dit statistisch fenomeen zou de gemiddelde waarde van een tweede opeenvolgende meting met hetzelfde meetinstrument immers meer verlagen dan wat we in werkelijkheid door toepassing van de interventie kunnen bereiken. De analyse van de resultaten gebeurde volgens intention to treat met multipale imputatie van ontbrekende gegevens. De studie-uitval was echter wel ruim dubbel zo groot in de groep die counseling kreeg versus de andere groepen (10% versus 4%). Omdat de beginscores van de PHQ-score verschillend waren tussen de studiegroepen gebruikten de onderzoekers de ANCOVA-techniek (zie ook *methodologisch artikel blz 103*) om het effect te berekenen.

Interpretatie van de resultaten

Dit is de eerste studie die 2 niet-medicamenteuze interventies vergelijkt met gebruikelijke zorg om hun effectiviteit te onderzoeken voor de aanpak van matige tot ernstige depressie in de eerste lijn. Na 3 maanden scoorden acupunctuur en counseling significant beter dan alleen

gebruikelijke zorg, maar na 9 en 12 maanden was dat verschil statistisch niet meer significant. De interventies hadden evenmin effect op het gebruik van antidepressiva.

Op basis van een eerdere studie³ definieerden de onderzoekers behandelingssucces als een daling van de PHQ-schaal van ≥ 10 naar ≤ 9 met op zijn minst 50% verbetering. Zo was acupunctuur na 3 maanden voor 33% van de patiënten succesvol, counseling voor 29% en gebruikelijke zorg voor (slechts) 18%. Dat kwam neer op een NNT van 7 (95% BI van 4,3 tot 17,4) voor acupunctuur en van 10 (95% BI van 5,3 tot 47,3) voor counseling. Zoals hoger vermeld gaat het om een pragmatische studie met als nadeel dat we niet weten welke aspecten van de interventies meer of minder werkzaam waren. Omdat de auteurs vooral patiënten met matige tot ernstige depressie (BDI-II score >20) includeerden, weten we evenmin of mildere vormen van depressie winst zullen hebben met acupunctuur of met counseling. In een meta-analyse van de Cochrane Collaboration¹ (2 studies met in het totaal slechts 94 patiënten met minder ernstige depressie) was er op korte termijn met acupunctuur versus wachtlijst een schijnbaar groter effect (SMD -0,73; 95% BI van -1,18 tot -0,29) dan in de hier besproken studie. Een meta-analyse van 6 studies met in het totaal 772 patiënten met milde tot matige depressie toonde na 6 maanden wel, maar na 12 maanden geen effect van counseling versus gebruikelijke zorg².

Referenties

1. Smith CA, Hay PP, Macpherson H. Acupuncture for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1.
2. Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 9.
3. McMillan D, Gilbody S, Richards D. Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *J Affect Disord* 2010;127:122-9.
4. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.
5. Price J, Butler R, Hatcher S, Van Korff. Depression in adults: psychological treatments and care pathways. *Clinical Evidence*. Web publication date: 15 August 2007.

Besluit van Minerva

Voor patiënten met aanhoudende matige tot ernstige depressieve klachten ondanks gebruikelijke zorg (waaronder antidepressiva) kan acupunctuur of counseling op korte termijn een bijkomende verbetering van de depressieve symptomen geven.

Voor de praktijk

In de aanbeveling van Domus Medica maakt de niet-medicamenteuze begeleiding door de huisarts een belangrijk deel van de behandeling uit⁴. *Clinical Evidence* vermeldt cognitieve therapie en interpersoonlijke psychotherapie als voordelige niet-medicamenteuze behandelingen voor milde tot matige vormen van depressie⁵. Het nut van acupunctuur en counseling, zoals beschreven in de hier besproken studie, komt niet aan bod in de huidige richtlijnen. Volgens deze studie zouden acupunctuur en counseling op korte termijn depressieve klachten van patiënten met matige tot ernstige depressie kunnen verbeteren.

Continue variabelen analyseren met ANCOVA

Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

In een recente RCT onderzochten MacPherson et al. het effect van acupunctuur of counseling op de ernst van depressieve symptomen bij patiënten met depressie^{1,2} (zie bespreking in dit nummer op blz. 101). Om de ernst te meten gebruikten de onderzoekers de **PHQ-9** score (variërend van 0 tot 27, met 5-9 als milde, 10-14 als matige, 15-19 als matig ernstige en 20 of hoger als ernstige depressie). Deze score bepaalden ze na randomisatie en na 3 maanden follow-up bij alle deelnemers:

PHQ-9	Acupunctuur + gebruikelijke zorg	Counseling + gebruikelijke zorg	Alleen gebruikelijke zorg
Begin studie	15,3 (SD 5,33)	16,6 (SD 5,27)	16,2 (SD 5,09)
Na 3 maanden	9,4 (SD 6,33)	10,9 (SD 6,45)	12,7 (SD 6,47)

Op basis van bovenstaande cijfers konden de onderzoekers het effect van acupunctuur op 2 verschillende manieren analyseren:

- ofwel konden ze de gemiddelde eindscore (score na follow-up) van acupunctuur + gebruikelijke zorg met deze van gebruikelijke zorg alleen vergelijken. Dat zou geresulteerd hebben in een verschil in PHQ van $9,4 - 12,7 = -3,3$ punten. In dat geval zouden we dus kunnen zeggen dat na 3 maanden de gemiddelde PHQ 3,3 punten lager lag in de groep met acupunctuur dan in de groep met alleen gebruikelijke zorg;
- ofwel konden ze de gemiddelde verschillscore (score na follow-up verminderd met de beginscore) van acupunctuur + gebruikelijke zorg met deze van gebruikelijke zorg alleen vergelijken. Dat zou dan geresulteerd hebben in een verschil in PHQ van $(9,4 - 15,3) - (12,7 - 16,2) = -2,4$ punten. In dat geval zouden we dus kunnen zeggen dat na 3 maanden de gemiddelde PHQ met 2,4 punten meer was gedaald in de groep met acupunctuur dan in de groep met alleen gebruikelijke zorg.

Uit het bovenstaande kunnen we afleiden dat het geschatte behandelingseffect op basis van beide methodes alleen gelijk zal zijn wanneer ook de gemiddelde beginscores in beide groepen gelijk zijn. Voor beide methodes zal de statistische significantie van deze schatting dan echter nog afhangen van de correlatie tussen de begin- en de eindwaarden. In het geval van een lage correlatie zal een significant verschil tussen de gemiddelde eindscores gemakkelijker en tussen de gemiddelde verschillscores moeilijker aan te tonen zijn. Het omgekeerde zal gelden wanneer er een hoge correlatie bestaat tussen de begin- en de eindwaarden. Het is methodologisch onjuist wanneer de onderzoekers uit deze 2 analysetechnieken post-hoc kiezen voor de techniek met de meest significante resultaten.

Aangezien de beginwaarde van PHQ tussen beide groepen in ons voorbeeld verschillend was, is het niet mogelijk om het behandelingseffect op basis van de gemiddelde eindscores correct in te schatten. Maar, zelfs gebruik makend van de gemid-

delde verschillscores, moeten we rekening blijven houden met een belangrijke vorm van bias als gevolg van **'regression to the mean'**. Door dit fenomeen zullen de scores van patiënten met hogere beginscores globaal meer dalen dan deze van personen met lagere beginscores^{3,4}. Omdat in de groep met gebruikelijke zorg meer personen met hogere beginscores zijn opgenomen, zal het effect van acupunctuur dus onderschat worden.

Met een 'analysis of covariance' (ANCOVA) kunnen we deze vertekening voorkomen⁴. In feite gaat het hier om een regressieanalyse die de eindscore van iedere patiënt corrigeert met zijn of haar beginscore. Op die manier wordt de inschatting van het effect dus onafhankelijk van een verschil in gemiddelde beginscore tussen de onderzoeksgroepen en wordt tegelijk ook het fenomeen van 'regression to the mean' uitgeschakeld. Met deze techniek vonden de onderzoekers in ons voorbeeld een verschil van -2,46 (95% BI van -3,72 tot -1,21) punten tussen de groep met acupunctuur en de groep met alleen gebruikelijke zorg. Deze waarde komt goed overeen met de inschatting van het effect op basis van de gemiddelde verschillscores (zie hoger). Dat komt omdat de correlatie tussen de beginscores en de follow-up scores in ons voorbeeld wel voldoende groot was (SD van PHQ-9 verschilt weinig tussen het begin van de studie en na 3 maanden follow-up). Het fenomeen van 'regression to the mean' speelde dus een kleine rol in ons voorbeeld. Misschien kozen de onderzoekers toch voor ANCOVA omwille van de grotere statistische power om een verschil tussen onderzoeksgroepen aan te tonen⁴. Omdat ANCOVA een vorm van multiële regressieanalyse is, heeft het gebruik van deze techniek ook als voordeel dat men tegelijk ook kan corrigeren voor bepaalde prognostische variabelen zoals leeftijd,...

Besluit

ANCOVA is een multiële regressieanalyse die toelaat om een effect van de interventie correct in te schatten tussen twee onderzoeksgroepen, waarbij de uitkomstmeting voor en na de interventie op correcte wijze in rekening wordt gebracht.

Referenties

1. MacPherson H, Richmond S, Bland M, et al. Acupuncture and counseling for depression in primary care: a randomised controlled trial. *PLoS Med* 2013;10:e1001518.
2. Declercq T, Poelman T. Acupunctuur en counseling als aanpak van depressie in de eerste lijn: een gerandomiseerde gecontroleerde studie. *Minerva* 2014;13(8):101-2.
3. Bland JM, Altman DG. Some examples of regression towards the mean. *BMJ* 1994;309:780.
4. Vickers AJ, Altman DG. Statistic notes: Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. *BMJ* 2001;323:1123-24.

ALDS - Academic Medical Center linear disability score

Deze vragenlijst meet de mogelijkheid om 30 activiteiten in het dagelijks functioneren uit te voeren; hoe hoger de score, hoe beter het fysieke functioneren van de patiënt; de maximumscore is 90.

BDI (Beck Depression Inventory)-II schaal

De BDI-II is een korte zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de ernst van depressie bij volwassenen en adolescenten ouder dan 13 jaar. De score varieert van 0 tot 63, met 0-13 als milde, 14-19 als matige en 20-63 als ernstige depressie.

Eating Disorder Inventory (EDI)-2

Deze zelf in te vullen vragenlijst wordt gebruikt om de aanwezigheid van eetstoornissen in te schatten. Ze bestaat uit 91 vragen die worden gescoord van 0 (=nooit) tot 3 (=altijd aanwezig). De vragen zelf worden onderverdeeld in 11 subschalen: magerzucht, boulemie, ontevredenheid met lichaam, gevoel van ineffectiviteit (zoals zich waardeloos voelen), perfectionisme, interpersoonlijk wantrouwen, onjuiste interpretatie van gewaarwordingen (zoals honger en voldaanheid), vrees om volwassen te worden, ascetisme, verlies aan impulscontrole, sociale angst.

GARS - Groningen Activity Restriction Scale

Dit gevalideerde instrument om de functionele beperking bij ouderen te meten bestaat uit twee subschalen (11 items over activiteiten van het dagelijkse leven en 7 items over instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven). De score varieert van 18 tot 72 met hogere scores voor meer beperkingen.

Groningen Frailty Indicator

Met dit instrument kan men de mate van 'kwetsbaarheid' berekenen. De score varieert van 0 tot 15 met hogere scores voor meer beperkingen waarbij een score ≥ 4 beschouwd wordt als het afkappunt voor matige tot ernstige kwetsbaarheid.

Intention to treat analyse

Eng: intention to treat analysis

Volgens het intention to treat principe worden in een interventiestudie na toewijzing de onderzoeksgroepen niet meer gewijzigd. Dit betekent dat alle patiënten die aan een groep zijn toegewezen betrokken worden in de analyse, ongeacht of zij de toegewezen behandeling gevolgd of voltooid hebben.

Mixed model multilevel analyse

Deze analysetechniek houdt rekening met de resultaten in de verschillende clusters, met de resultaten van de individuele patiënten en met multiple testing in clustergerandomiseerde gecontroleerde studies.

New York Heart Association (NYHA) classificatie voor hartfalen

NYHA-klasse I: geen symptomen of beperkingen: geen vermoeidheid, kortademigheid of pijn op de borst bij normale fysieke inspanning. NYHA-klasse II: enige beperking van de fysieke activiteiten: bij rust geen symptomen, maar normale activiteiten veroorzaken kortademigheid, vermoeidheid of pijn op

de borst. NYHA-klasse III: belangrijke beperking van de inspanningscapaciteit: geen symptomen bij rust, maar een minieme inspanning kan reeds symptomen uitlokken. NYHA-klasse IV: de patiënt kan geen enkele inspanning uitvoeren zonder symptomen. De symptomen zijn reeds aanwezig bij rust en bij de minste inspanning nemen deze toe in ernst.

PDQL - Parkinson's disease quality of life questionnaire

Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven in verband met symptomen van de ziekte van Parkinson, systemische symptomen, emotioneel functioneren, sociaal functioneren; hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit van leven; de score varieert van 37 tot 185.

PHQ-9

PHQ-9 scores variëren van 0 tot 27, met 5-9 als milde, 10-14 als matige, 15-19 als matig ernstige en 20 of hoger als ernstige depressie.

PSR - Psychiatric Status Rating

Deze algemene inschatting van de ernst van anorexia wordt bepaald door een geblindeerde onderzoeker op basis van het SIAB-EX-interview. De score varieert van 1 (geen symptomen van anorexia nervosa) tot 6 (ernstige symptomen van anorexia nervosa waarvoor doorverwijzing nodig is). Een score van 5 betekent dat alle criteria voor anorexia nervosa aanwezig zijn. Een score van 4 betekent een subsyndromale vorm van anorexia nervosa.

Regressie naar het gemiddelde

Eng: regression to the mean

Dit is een statistisch fenomeen en betekent dat opeenvolgende metingen in een populatie meer naar de gemiddelde waarde zullen neigen.

SCID-I - Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I mental disorders

Diagnostisch instrument om DSM-IV-As I of ernstige mentale stoornissen op te sporen.

SIAB-EX - Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes

Aan de hand van een gestructureerd interview volgens DSM-IV en ICD-10 evalueert een expert symptomen van eetstoornissen en gerelateerde symptomen (zoals angst, symptomen van obsessieve-compulsieve stoornis, depressie, middelenmisbruik, seksuele en sociale beschadiging).

UK Brain Bank criteria

Deze lijst bestaat uit drie clusters van criteria om de ziekte van Parkinson te kunnen stellen: 1. inclusiecriteria: bradykinesie + spierrigiditeit, rusttremor of posturale instabiliteit; 2. exclusiecriteria zoals: herhaaldelijk CVA of hoofdtrauma, gebruik van antipsychotica; 3. bijkomende ondersteunende criteria zoals: unilateraal begin, progressiviteit, uitstekende respons op levodopa.

NIEUWE KORTE BESPREKINGEN OP DE WEBSITE



Afbouw van langdurig benzodiazepine-gebruik: is regelmatige individuele opvolging noodzakelijk?

Referentie

Vicens C, Bejarano F, Sempere E, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *Br J Psychiatry* 2014;204:471-9.

Duiding

Hilde Habraken, Farmaka vzw

Besluit

Deze clustergerandomiseerde studie bij een geselecteerde groep patiënten die reeds meer dan 6 maanden benzodiazepines gebruiken, toont aan dat afbouwadvies met schriftelijke instructies even werkzaam is dan afbouwadvies met tweewekelijkse opvolgconsulten.

Geen nut van amoxicilline voor ongecompliceerde lage luchtweginfecties bij potentiële risicogroepen

Referentie

Moore M, Stuart B, Coenen S, et al; GRACE consortium. Amoxicillin for acute lower respiratory tract infection in primary care: subgroup analysis of potential high-risk groups. *Br J Gen Pract* 2014;64:e75-80.

Duiding

Niels Adriaenssens, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), en Labo Medische Microbiologie, Vaccinatie- en Infectieziekten Instituut (VAXINFECTIO), Universiteit Antwerpen

Besluit

Momenteel bestaat er geen bewijs dat bepaalde risicogroepen klinisch gebaat zijn met amoxicilline voor de behandeling van een ongecompliceerde lage luchtweginfectie. Een eventuele winst zal zeker beperkt zijn en wordt teniet gedaan door een verhoogde kans op ongewenste effecten en de ontwikkeling van resistentie. De aanbeveling van de Belgische antibioticagids die geen antibiotica adviseert voor ongecompliceerde lage luchtweginfecties (niet pneumonie) blijft dus gelden.

Psychologische behandelingen voor depressie en angst bij dementie zijn mogelijk effectief

Referentie

Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, Issue 1.

Duiding

Tom Van Daele, Toegepaste Psychologie, Thomas More

Besluit

Deze meta-analyse van de Cochrane Collaboration toont aan dat psychologische behandelingen effectief zijn voor de behandeling van co-morbide depressie bij

patiënten met dementie. Omwille van de belangrijke klinische heterogeniteit en omwille van de methodologische beperkingen van de geïncludeerde studies moeten we deze resultaten evenwel met de nodige omzichtigheid interpreteren.

Rookstop leidt tot stemmingsverbetering

Referentie

Taylor G, McNeill A, Girling A, et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151.

Duiding

Hedwig Boudrez, Psycholoog-tabakoloog, Hartcentrum, Anti-rookconsultaties, Universitair Ziekenhuis Gent

Besluit

Deze systematische review toont aan dat rookstop in vergelijking met verder blijven roken geassocieerd is met een verbetering van depressie, angst, stress, psychische levenskwaliteit en met een positief gedrag. De associatie geldt zowel voor de algemene populatie als voor de populatie met medische en/of psychiatrische co-morbiditeit.

Toegevoegde suiker en cardiovasculaire mortaliteit

Referentie

Yang Q, Zhang Z, Gregg EW, et al. Added sugar intake and cardiovascular diseases mortality among US adults. *JAMA Intern Med* 2014;174:516-24.

Duiding

Barbara Michiels, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Besluit

Deze goed uitgevoerde cohortstudie toont een duidelijk exponentieel verband aan tussen de inname van toegevoegde suiker (uitgezonderd fruit) en cardiovasculaire mortaliteit over een periode van 15 jaar. Dat verband is onafhankelijk van gekende factoren zoals leeftijd, geslacht, ras, opleiding, tabagisme, alcoholconsumptie, fysieke activiteit, medicatie voor hoge bloeddruk, familiale cardiovasculaire belasting, andere ongezone eetgewoonten, BMI, systolische bloeddruk, totale cholesterolemie en totale calorie-inname.