



Inhoud april 2025 volume 24 nummer 3

Duiding

- Effectiviteit van een gepersonaliseerd progressief wandelprogramma om lagerugpijn te voorkomen
Jean-Marc Feron 50
- Wat is in het kader van prostaatkankerscreening het nut van het gericht identificeren via MRI van letsels voor biopsie?
Jean-Paul Sculier 54
- Manuele therapie en oefentherapie voor epicondylitis?
Alexis Pelletier 57
- Borstkankerscreening: wat is de impact van gedeelde besluitvorming met patiënten?
Gilles Henrard 63
- Zijn teleconsultaties gelijkwaardig aan fysieke consultaties bij palliatieve zorg voor gevorderde longkanker?
Ryan Tock 68

Effectiviteit van een gepersonaliseerd progressief wandelprogramma om lagerugpijn te voorkomen

Referentie

Pocovi N, Lin CW, French SD, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence in Australia (WalkBack): a randomised controlled trial. *Lancet* 2024;404:134-44. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00755-4

Duiding

Jean-Marc Feron, Centre Académique de Médecine Générale UCLouvain
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Zijn educatie en een progressief en gepersonaliseerd wandelprogramma in vergelijking met geen behandeling effectief en kostenefficiënt om het risico van recidief lagerugpijn te verminderen bij volwassen patiënten met specifieke lagerugpijn?

Achtergrond

Minerva analyseerde al vele studies over de behandeling van acute of chronische lagerugpijn, maar heel weinig over de preventie van recidieven, hoewel die vaak voorkomen. Een duiding van een systematische review uit 2010 beoordeelde oefenprogramma's na een episode van acute lagerugpijn (1,2). Op basis van twee studies zag men met oefeningen versus geen interventie een vermindering van het aantal recidieven tijdens een follow-upperiode van 6 maanden tot 2 jaar (bewijs van matige kwaliteit). Voor de analyse van de resultaten met betrekking tot een follow-up tussen 2 tot 5 jaar was het resultaat echter statistisch niet significant. Hoewel de voordelen van lichaamsbeweging in brede zin intuïtief worden aanvaard ter preventie van terugkerende lagerugpijn, is er geen studie voorhanden over de werkzaamheid, veiligheid en kosten van een vrij specifieke en tegelijk zeer toegankelijke vorm van lichaamsbeweging zoals wandelen (3).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria:
 - volwassenen (18 jaar of ouder) die in de afgelopen 6 maanden hersteld zijn van een episode van specifieke lagerugpijn van minstens 24 uur
 - een episode van lagerugpijn werd gedefinieerd als pijn in het gebied tussen de 12e rib en de bilplooi
- exclusiecriteria:
 - patiënten met lagerugpijn met een specifieke oorzaak (fractuur, kanker, infectie), met comorbiditeit die deelname aan het wandelprogramma verhinderde, zwangere patiënten, patiënten die in de afgelopen 6 maanden een ingreep aan de wervelkolom hadden ondergaan, personen die regelmatig deelnamen aan een beweegprogramma om lagerugpijn te voorkomen, personen die regelmatig wandelen (>3x30 min/week) of een andere sport van matige tot hoge intensiteit beoefenden
- in totaal namen tussen september 2019 en juni 2022 701 personen uit 25 klinieken in Australië deel aan de studie; 96% van de deelnemers werd tot een jaar na de start van de interventie opgevolgd; de gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 54 jaar en 80% was vrouw; de fysieke en psychosociale kenmerken van de deelnemers waren zeer vergelijkbaar in beide groepen; de gemiddelde cumulatieve wandeltijd in de interventiegroep bedroeg 80 min/week in week 1 en 130 min/week in week 12.

Onderzoeksopzet

Gerandomiseerde klinische studie met twee armen

- interventiegroep (n=351): programma van 6 maanden bestaande uit 6 sessies (de eerste 5 vonden plaats binnen 12 weken, een 6^{de} boostersessie volgde na 6 maanden) met wandelcoach (speciaal daartoe getrainde kinesitherapeut); tussen de sessies in werden deelnemers aangemoedigd om regelmatig te wandelen (het doel was om geleidelijk aan 5x30 min per week te komen); ze werden gevraagd om hun fysieke activiteit bij te houden aan de hand van persoonlijke aantekeningen en een stappenteller; elk programma was gepersonaliseerd en hield rekening met de persoonlijke voorgeschiedenis van de deelnemer, zijn/haar fysieke mogelijkheden (inclusief BMI), doelstellingen en beperkingen in tijd en omgeving; de sessies hielden onder andere rekening met de mate van naleving van het programma; behalve deze sessies werd een educatieprogramma aangeboden waarin men uitleg gaf over pijnmechanismen en men trachtte om angst voor rugpijn te verminderen, er werden ook tips gegeven om het risico van herval te beperken en hoe zelf om te gaan met kleine episodes van herval
- deelnemers in de controlegroep (n=350) kregen geen interventie, maar konden zelf op zoek gaan naar pijnpreventiestrategieën.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: aantal dagen vanaf de randomisatie tot de eerste episode van recidief lagerugpijn met hinder voor de dagelijkse activiteiten; lagerugpijn moest ten minste 24 uur aanhouden, met een pijnintensiteit >2 op een numerieke schaal van 0 tot 10
- secundaire uitkomstmaten: andere indicatoren van recidief lagerugpijn (bijvoorbeeld hulpzoekend gedrag), mate van fysieke beperking (aan de hand van de Roland Morris-vragenlijst), gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, mate van fysieke activiteit, mate van sedentaire levensstijl, gebruik van andere interventies, optreden van ernstige ongewenste gebeurtenissen
- behalve de fysieke evaluatie werd een economische evaluatie uitgevoerd aan de hand van QALY-indicatoren (quality-adjusted life years), het aantal dagen arbeidsongeschiktheid als gevolg van lagerugpijn, de respectieve kosten van coaching en aan lagerugpijn gerelateerde gezondheidszorg, en de kosten van werkverzuim
- intention-to-treatanalyses

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: het mediane aantal dagen tot recidief lagerugpijn met functionele beperking was 208 dagen (95% BI van 149 tot 295) in de interventiegroep en 112 dagen (95% BI van 89 tot 140) in de controlegroep; significant minder risico van recidief in de interventie-versus de controlegroep (HR 0,72 met 95% BI van 0,60 tot 0,85; p=0,0002)
- secundaire uitkomstmaten:

	Interventie versus controle
Recidief lagerugpijn met functionele beperking	HR van 0,72 (95% BI van 0,60 tot 0,85)
Recidief lagerugpijn	HR van 0,80 (95% BI van 0,68 tot 0,94)
Herhaald zorg zoeken	HR van 0,57 (95% BI van 0,44 tot 0,74)
Geschat gemiddeld verschil in beperking na 3 maanden op de Roland Morris-vragenlijst	MD van -1,41 (95% BI van -2,26 tot -0,55)
Geschat gemiddeld verschil in beperking na 12 maanden op de Roland Morris-vragenlijst	MD van -1,28 (95% BI van -2,01 tot -0,55)

- vanuit economisch oogpunt:
 - in de interventiegroep won men meer QALY's dan in de controlegroep (gemiddeld verschil van 0,023; 95% BI van 0,011 tot 0,034) en waren er minder recidieven die leidden tot een beperking van de activiteiten vergeleken met de controlegroep in de loop van de eerste 12 maanden (gemiddeld verschil van -0,16; 95% BI van -0,22 tot -0,09)

- de incrementele kosteneffectiviteitsratio per QALY bedroeg 7 802 Australische dollar, wat een waarschijnlijkheid genereert van 94% dat de interventie kosteneffectief is bij een *willingness-to-pay*-drempel van 28 000 US dollar
- hoewel het totale aantal deelnemers dat minstens één ongewenste gebeurtenis meldde, vergelijkbaar was in beide groepen (respectievelijk 52 en 54%), waren er meer ongewenste gebeurtenissen met betrekking tot de onderste ledematen in de interventiegroep.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat educatie en een gepersonaliseerd progressief opbouwend wandelprogramma recidieven van lagerugpijn aanzienlijk verminderen. Deze toegankelijke, aanpasbare en veilige interventie zou een impact kunnen hebben op de globale aanpak van specifieke lagerugpijn.

Financiering van de studie

National Health and Medical Research Council (Australië).

Belangenconflicten van auteurs

Alle auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze RCT is zeer goed uitgevoerd, met een vooraf gepubliceerd protocol en een plan voor statistische analyse, gerapporteerd volgens de richtlijnen CONSORT en CONSORT Extension for RCTs Revised in Attenuating Circumstances. De rekrutering verliep via publieke advertenties en via verwijzing door artsen. De randomisatie gebeurde 1:1 in twee studiearmen en de analyse gebeurde volgens intention-to-treat. De inclusie- en exclusiecriteria zijn goed beschreven en consistent. Voor de randomisatie gebruikte men willekeurig gepermuteerde blokken van 4, 6 en 8 patiënten, gestratificeerd volgens een voorgeschiedenis van meer dan twee eerdere episodes van lagerugpijn. Dat is inderdaad de enige consistent gerapporteerde prognostische factor voor recidief van lagerugpijn (4). De interventie is goed gespecificeerd en reproduceerbaar. Gedurende de hele studie werd de therapietrouw gemeten, onder meer op basis van de aanwezigheid op de sessies, de wandeltijd die men gedurende 12 weken vastlegde in het wandeldagboek en zelfgerapporteerde therapietrouw (Brief Adherence Rating Scale - BARS met een variatie van 0 (helemaal niet therapietrouw) tot 10 (zeer therapietrouw)). De gegevens over zelfgerapporteerde therapietrouw werden gedurende 12 maanden elk kwartaal verzameld. Er zijn vrij veel uitkomstmaten, maar deze zijn onderling consistent en voornamelijk gericht op twee domeinen: klinische werkzaamheid/veiligheid en kosteneffectiviteit. De resultaten qua maatschappelijke kosten lijken volledig: ze omvatten kosten van de verstrekking van de interventie (aanwezigheid op de sessies, stappenteller en drukkosten voor het wandeldagboek), gezondheidszorgkosten in verband met lagerugpijn (ziekenhuisopname, gezondheidszorgdiensten en medicatie) en werkverzuim. Deze gegevens werden verzameld door middel van vragenlijsten afgenomen bij patiënten na 3, 6, 9 en 12 maanden. Door de aard van de interventie kon de studie niet worden geblindeerd. De follow-up liep over een relatief lange periode (minstens 1 jaar, vaak 3 jaar).

Beoordeling van de resultaten

Uit deze studie blijkt dat een wandelinterventie met educatie in vergelijking met een controlegroep zonder behandeling het aantal recidieven van lagerugpijn aanzienlijk doet verminderen. De sociaaleconomische kenmerken van de deelnemers waren zeer vergelijkbaar in beide groepen. Men rekruteerde de deelnemers in heel Australië (zowel in ruraal als stedelijk gebied). Deze brede rekrutering werd toevallig gunstig beïnvloed door de covid-pandemie. Deelnemers werden gerekruteerd via publieke advertenties (sociale media en nieuwsbrieven van bedrijven) en via doorverwijzingen van klinici (huisartsen, kinesitherapeuten). Kandidaat-deelnemers die voor de eerste selectie (een online screeningsformulier) slaagden, werden vervolgens telefonisch volledig

gescreend door een lid van het onderzoeksteam. Willen we deze procedure in België toepassen, zullen we over voldoende budget en personeel moeten kunnen beschikken. De auteurs geven geen verklaring voor de rekrutering van overwegend vrouwelijke deelnemers in beide groepen. Hierdoor kunnen we ons vragen stellen bij de extrapolatie naar de algemene bevolking. Het percentage deelnemers dat na 1 jaar follow-up nog deelnam (96%) was zeer goed. Hoewel de ongewenste effecten in beide groepen verschilden, was de globale veiligheid van de interventie even goed als die van de controle. De resultaten met betrekking tot de verschillende uitkomstmaten waren over het algemeen onderling zeer consistent in het voordeel van de interventie, ook al was de totale wandelduur na 1 jaar follow-up vergelijkbaar in beide groepen. Deze studie laat niet toe om te bepalen of de educatie dan wel de coaching de meest doorslaggevende factor was voor de bekomen resultaten in de interventiegroep. Vanuit economisch oogpunt geven de resultaten aan dat we deze preventieve interventie als een rendabele investering kunnen beschouwen. Een Cochrane meta-analyse uit 2010 bevestigt eveneens de effectiviteit van lichaamsbeweging om lagerugpijn te voorkomen, hoewel sommige studies ervan tegenstrijdige resultaten opleveren (2).

De hier onderzochte interventie met een combinatie van wandelen en educatie, gebaseerd op gezondheidscoaching, verminderde de recidieven van lagerugpijn aanzienlijk. Omdat de interventie toegankelijk en goedkoop is, heeft ze meer kans om op grote schaal te worden toegepast dan eerder onderzochte beweegvormen. Deze resultaten onderstrepen het belang van preventie en zouden, zoals de auteurs ook opmerken, de aanpak van lagerugpijn kunnen beïnvloeden. Belgische experts zouden de kosten van de verschillende interventies, de betrokken professionals en hulpmiddelen moeten berekenen volgens de in België vastgestelde rendabiliteitsdrempels.

Wat zeggen de richtlijnen voor klinische praktijk?

Volgens Ebpracticenet "*is er bewijs van hoge kwaliteit dat personen met acute lagerugpijn die het advies krijgen om in bed te blijven iets meer pijn en iets minder functioneel herstel ervaren dan personen die het advies krijgen om actief te blijven*" (5). De KCE-richtlijn voor lagerugpijn beveelt het continueren van lichaamsbeweging en zelfmanagement aan in alle pijnstadia (6). De richtlijn van de HAS over specifieke lagerugpijn beveelt "*mensen die lagerugpijn hebben gehad aan om regelmatig te bewegen en/of zelfeducatieoefeningen te doen om het risico van recidief te verminderen (GRADE B). Bij de keuze van het soort lichaamsbeweging moet rekening worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt*" (7). Samengevat wordt het onderhouden van lichaamsbeweging unaniem aanbevolen voor de behandeling van acute of chronische lagerugpijn. Deze aanbeveling is vaak geëxtrapoleerd naar de secundaire preventie van deze courant voorkomende aandoening, maar tot nu toe was het niveau van bewijs laag tot matig.

Besluit van Minerva

Deze gerandomiseerde klinische studie van zeer goede methodologische kwaliteit toont aan dat een gepersonaliseerd progressief opbouwend wandelprogramma in combinatie met specifieke educatie de incidentie van recidief specifieke lagerugpijn bij volwassen patiënten aanzienlijk vermindert gedurende een follow-upperiode van 1 tot 3 jaar. Deze interventie blijkt, berekend in QALY's (voor Australië), ook veilig en kosteneffectief te zijn. Op basis van deze studie kunnen we een gepersonaliseerd progressief wandelprogramma met educatie aanbevelen. Wandelen is bovendien een zeer toegankelijke en veilige vorm van lichaamsbeweging.

Referenties zie website

Wat is bij prostaatkankerscreening het nut van het gericht identificeren via MRI van letsels voor biopsie?

Referentie

Hugosson J, Godtman RA, Wallstrom J, et al. Results after four years of screening for prostate cancer with PSA and MRI. *N Engl J Med* 2024;391:1083-95. DOI: 10.1056/NEJMoa2406050

Duiding

Jean-Paul Sculier, Institut Jules Bordet; LabMeF, Université Libre de Bruxelles
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is in vergelijking met systematische biopsie de effectiviteit en de veiligheid van een gerichte biopsie op basis van een positief MRI-resultaat bij mannen na prostaatkankerscreening met PSA-bepaling?

Achtergrond

Zoals in Minerva reeds aangehaald is er weinig verschil in overleving tussen actieve opvolging en kankerbehandeling (chirurgie of radiotherapie) voor gelokaliseerde prostaatkanker met een laag tot gemiddeld risico, geïdentificeerd op basis van PSA-waarden tussen 3 en 20 µg/l bij mannen jonger dan 70 jaar (1,2). Screening naar prostaatkanker blijft bijgevolg een individuele keuze van de patiënt, op basis van een goede voorlichting over de voor- en nadelen. In de huidige context van opportunistische screening gebeurt een MRI vaak voorafgaand aan een prostaatbiopsie. Nochtans bestaat er geen consensus over de rol van MRI als hulpmiddel bij de screening naar prostaatkanker. De resultaten van een systematische review met meta-analyse suggereren dat MRI van de prostaat met gerichte biopsieën een effectieve strategie is om prostaatkanker in een vroegtijdig stadium op te sporen (3,4). De auteurs kwamen tot de bevinding dat MRI de valkuilen van de standaard op PSA-gebaseerde strategieën voor biopsie verkleint. MRI vermindert immers het aantal onnodige biopsieën en voorkomt de detectie van klinisch niet-significante kankers, terwijl klinisch significante letsels wel opgespoord worden. De auteurs van deze review wijzen op de noodzaak om de aanpak van het bevolkingsonderzoek opnieuw onder de loep te nemen. De optimale configuratie van MRI en het biopsieschema in het screeningsproces vragen om verder onderzoek. Een recente Zweedse gerandomiseerde studie rapporteert de resultaten van een vierjarige analyse, inclusief de resultaten van herhaalde screeningsmomenten, en legt de nadruk op de effectiviteit en de veiligheid van een screeningsalgoritme waarbij de PSA-meting gevolgd wordt door MRI (5). Een biopsie gebeurt dan uitsluitend bij mannen met een positief MRI-resultaat.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria:
 - leeftijd tussen 50 en 60 jaar
 - wonend in Göteborg of een van de deelgemeenten
 - geïnformeerde schriftelijke toestemming
- exclusiecriteria:
 - voorgeschiedenis van prostaatkanker
 - emigratie vóór randomisatie
- in totaal werden er 6 578 patiënten gerandomiseerd (mediane leeftijd 56 jaar met een mediane follow-up van 3,9 jaar).

Onderzoeksopzet

Complexe gerandomiseerde studie waarbij men proefpersonen met een PSA-waarde van ≥ 3 ng/ml verdeelde in twee groepen:

- systematische biopsie (n=685)
- gerichte biopsie (n=686) op basis van door MRI gedetecteerde verdachte zones.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: detectie van prostaatkanker geclassificeerd als klinisch niet-significant (ISUP-graad 1)
- secundaire uitkomstmaten:
 - detectie van een klinisch significante kanker (ISUP-graad ≥ 2)
 - detectie van een klinisch gevorderde kanker of hoogrisicokanker (metastatisch of ISUP-graad 4 of 5)
 - ongewenste gebeurtenissen.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: het risico van detectie van een klinisch niet-significante kanker, via screening of als intervalekanker, lag 57% lager in de groep ‘gerichte biopsie met MRI’ ten opzichte van de groep ‘systematische biopsie’ (RR 0,43 met 95% BI van 0,32 tot 0,57; $p < 0,001$)
- secundaire uitkomstmaten:
 - detectie van een klinisch significante kanker (ISUP-graad ≥ 2): RR 0,84 met 95% BI van 0,66 tot 1,07
 - detectie van een klinisch gevorderde kanker of hoogrisicokanker (metastatisch of ISUP-graad 4 of 5): RR 0,65 met 95% BI van 0,34 tot 1,24
 - ernstige ongewenste gebeurtenissen (die leidden tot een ziekenhuisopname): drie in de groep ‘systematische biopsie’ en twee in de groep ‘gerichte biopsie met MRI’.

Besluit van de auteurs

Deze studie concludeert dat het weglaten van een biopsie bij patiënten met een negatief MRI-resultaat het aantal diagnoses van klinisch niet-significante prostaatkanker met meer dan de helft verminderde. Tegelijkertijd bleef het risico van het ontdekken van een ongeneeslijke kanker via screening of als intervalekanker zeer laag.

Financiering van de studie

Karin en Christer Johansson's Foundation, de Swedish Cancer Society, de staat Zweden, de Swedish Research Council, Biocare, en de Swedish Regional Cancer Center-Western Region.

Belangenconflicten van de auteurs

Een van de auteurs meldt belangenverstrengeling met de industrie (honoraria voor conferenties).

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze gerandomiseerde studie is complex. In overeenstemming met de ethische commissie was er geen schriftelijke toestemming van de proefpersonen vereist, noch vóór noch na de randomisatie. In plaats daarvan kregen ze een brief waarin stond dat ze deelnamen aan een prostaatkankerscreeningonderzoek, met de mogelijkheid om zich indien gewenst terug te trekken. Uit het totale bevolkingsregister van mannen tussen 50-60 jaar van de stad Göteborg en zes omliggende gemeenten werd een aselechte steekproef getrokken. Eerst randomiseerde men de deelnemers ($n=58\ 155$) in een groep met PSA-screening of in een controlegroep. 516 personen trokken zich terug en 1 867 personen antwoordden niet op de uitnodiging. In een tweede randomisatie verdeelde men 38 770 deelnemers (van wie 1 733 ten minste één screeningtest ondergingen) over drie armen. In dit artikel worden twee van deze groepen met respectievelijk 6 578 en 6 575 proefpersonen betrokken. Alle proefpersonen werden uitgenodigd voor een prostaat-MRI en een prostaabiopsie en bij respectievelijk 94% en 85% gebeurde dit ook (6). Onder deze omstandigheden moeten de resultaten van deze pragmatische studie geanalyseerd worden volgens het intention-to-treatprincipe en ook dat gebeurde. De studie is methodologisch goed opgezet en uitgevoerd in de stad Göteborg en de omliggende gemeenten, waarbij tussen 2015 en 2020 de volledige mannelijke bevolking tussen 50 en 60 jaar betrokken was. De diagnostische testen

gebeurden centraal. De PSA werd gemeten in één laboratorium. De MRI en de analyse ervan werd uitgevoerd met behulp van een algoritme dat verfijnd was in een specifieke studie (7). Ze vond plaats in één enkele beeldvormingsdienst met een team van 4 ervaren radiologen en met een dubbele geblindeerde lezing. Alle patiënten ondergingen een MRI en ook in de arm met systematische biopsieën hield men rekening met verdachte letsels die tijdens het onderzoek waren vastgesteld. De biopsieën werden allemaal uitgevoerd op dezelfde universitaire dienst, en een team van vier onafhankelijke anatoom-pathologen beoordeelde de histologische secties. De statistische overwegingen worden weergegeven in het protocol dat bij de publicatie is gevoegd (online beschikbaar).

Beoordeling van de resultaten

De studie levert een belangrijk element aan in de verfijning van de diagnostiek bij vermoeden van prostaatkanker: het weglaten van prostaatbiopsie bij mannen met een negatief MRI-resultaat en het gebruik van een algoritme wordt geassocieerd met een aanzienlijke vermindering van het aantal gedetecteerde klinisch niet-significante kankers en met een zeer laag risico van het detecteren van ongeneeslijke kankers bij herhaalde screening of als intervalkankers. Deze gegevens hebben betrekking op mannen die volgens de studievoorwaarden zijn gescreend, namelijk mannen tussen 50 en 60 jaar oud op het moment van de eerste test, met een PSA-waarde van ≥ 3 ng/ml en behandeld in een centrum met dezelfde expertise op het vlak van MRI en prostaatbiopsieën als het centrum in Göteborg. Het deelnamepercentage was goed, zowel bij eerste screening als bij de daaropvolgende screeningsmomenten (>80%). De publicatie rapporteert geen analyse van de globale en specifieke overleving, waarschijnlijk omdat de follow-up nog te kort is (mediaan 3,9 jaar). Ten tijde van de analyse was de oudste patiënt 67 jaar oud. Er waren iets meer klinisch significante intervalkankers in de arm ‘gerichte biopsie met MRI’ dan in de arm ‘systematische biopsie’: respectievelijk 15/6 419 (0,2%) versus 6/6 467 (0,1%), wat neerkomt op een RR van 0,40 (met 95% BI van 0,16 tot 0,99). De derde arm met een PSA-drempel van 1,8 ng/ml werd eerder geanalyseerd (8). Daaruit bleek dat een aanzienlijk aantal mannen met een PSA-waarde tussen 1,8 en 3 ng/ml een klinisch significante kanker had.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Het KCE beveelt voor België een individuele aanpak aan die vergelijkbaar is met die van de US Preventive Services Task Force, namelijk geen MRI en een systematische screening voorbehouden voor mannen met een verhoogd risico (familiale voorgeschiedenis van prostaatkanker, van Afrikaanse origine) (9,10). In 2024 publiceerde de European Association of Urology, in samenwerking met andere Europese wetenschappelijke verenigingen, richtlijnen die het gebruik van MRI aanbevelen met als indicatie een biopsie bij asymptomatische mannen met een PSA-waarde tussen 3 en 20 ng/ml en een normaal digitaal rectaal onderzoek (11).

Besluit van Minerva

De auteurs besluiten dat het weglaten van een biopsie bij patiënten met een negatief MRI-resultaat het aantal diagnoses van klinisch niet-significante prostaatkanker met meer dan de helft verminderde. Tegelijkertijd bleef het risico van het ontdekken van ongeneeslijke kanker via screening of als intervalkanker zeer laag. Deze conclusies gelden voor mannen van 50 tot 60 jaar met een PSA-waarde ≥ 3 ng/ml op het moment van de eerste prostaatkankerscreening. De analyse van het effect van deze screening op de globale of specifieke overleving is nog niet beschikbaar.

Referenties: zie website

Manuele therapie en oefentherapie voor epicondylitis?

Referentie

Wallis JA, Bourne AM, Jessup RL et al. Manual therapy and exercise for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013042.pub2

Duiding

Alexis Pelletier, ergothérapeute, kinésithérapeute, Master en Santé Publique (Epidémiologie)
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat zijn bij patiënten met laterale epicondylitis de voordelen van manuele therapie en/of voorgeschreven oefeningen om de pijn te verminderen en de elleboogfunctie te verbeteren?

Achtergrond

Epicondylitis lateralis, ook bekend als tenniselleboog, is een aandoening van het bewegingsapparaat en heeft een prevalentie van ongeveer 1,0 tot 1,3% bij mannen en 1,1 tot 4,0% bij vrouwen. Onder de beroepsmatige risicofactoren worden inspannende activiteiten, hoge en repetitieve bewegingskrachten of een onaangepaste houding in verband gebracht met epicondylitis (1). Minerva analyseerde een RCT waaruit bleek dat kinesitherapie op lange termijn (52 weken) niet effectiever was dan een afwachterende houding en dat een afwachterende houding superieur was aan infiltraties (2,3). Het hoge aantal recidieven noopte echter tot terughoudendheid wat infiltraties betreft. Uit de resultaten van deze RCT lijkt een afwachterende houding daarom te rechtvaardigen als behandeling van epicondylitis. In geval van pijn en/of significante beperking van de activiteiten zou men kinesitherapie kunnen overwegen vanwege de effectiviteit op korte termijn. Een systematische review toonde aan dat 90% van de personen met een onbehandelde epicondylitis binnen het jaar klachtenvrij is (4). Er bestaat dus geen consensus over de optimale behandeling van epicondylitis (5,6), of het nu gaat om manuele therapie, oefentherapie, medicamenteuze of chirurgische behandelingen. Een eerdere review suggereerde, op basis van bewijs van lage kwaliteit, dat manuele therapie en oefeningen op korte termijn beperkte resultaten opleveren op vlak van pijnvermindering en lichamelijke beperking (7).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyse (8).

Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- MEDLINE
- Embase
- ClinicalTrials.gov
- World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) search portal

Geselecteerde studies

- gerandomiseerde gecontroleerde studies of quasi-experimentele studies
- inclusiecriteria:
 - volwassenen met de diagnose epicondylitis, los van de duur van de symptomen, met of zonder pijn in de mediale zijde van de elleboog
 - een klinische diagnose van epicondylitis, met of zonder medische beeldvorming; de diagnostische criteria zijn: intense pijn ter hoogte van de laterale epicondylus van de elleboog, pijn uitlokbare door ten minste twee van de volgende testen:

- palpatie van de laterale epicondylus of de gemeenschappelijke spieraanhechting op de epicondylus, grijpen, uitvoeren van polsextensie of extensie van de tweede of derde vinger tegen weerstand, enzovoort
 - studies die manuele therapie en/of oefeningen vergelijken met placebo, geen behandeling, dezelfde manuele therapieën of oefeningen apart, corticosteroïdinfiltaties
 - onderzochte interventies:
 - manuele therapie gedefinieerd als mobilisatie, manipulatie, massage of een combinatie van deze drie
 - gesuperviseerde oefeningen, individueel of in groepsverband, thuis of elders, al dan niet in een zwembad, gericht op de behandeling van epicondylitis
 - aan manuele therapie of oefeningen mogen andere courante therapieën worden toegepast, zoals elektrotherapie, taping... op voorwaarde dat het onwaarschijnlijk is dat ze een significante positieve impact hebben
- exclusiecriteria:
 - studies met deelnemers met een voorgeschiedenis van traumata, inflammatoire of degeneratieve aandoeningen zoals reumatoïde artritis of artrose
 - studies die manuele therapieën of oefeningen vergelijken met andere types manuele therapieën of oefeningen
- in totaal includeerde men 23 studies: één studie (23 deelnemers) vergeleek manuele therapie met placebo-manuele therapie; twaalf studies (1 124 deelnemers) vergeleken manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide met een minimale interventie of geen interventie; zes studies (228 deelnemers) vergeleken manuele therapie en oefeningen met oefeningen alleen; één studie (60 deelnemers) onderzocht de toevoeging van manuele therapie aan voorgeschreven oefeningen en aan een corticosteroïdinfiltatie; vier studies (177 deelnemers) onderzochten de toevoeging van manuele therapie, voorgeschreven oefeningen, of beide, aan een corticosteroïdinfiltatie.

Bestudeerde populatie

- 1 612 volwassenen met epicondylitis lateralis, van wie 47% vrouwen; de gemiddelde leeftijd lag tussen 38 en 52 jaar; de gemiddelde symptoomduur varieerde van 2,5 maanden tot 43 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - pijn (op een numerieke of visuele schaal)
 - lichamelijke beperking (PRTEE, DASH of andere vragenlijsten)
 - succes ervaren door de deelnemers
 - gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (EQ-5D en SF36)
 - percentage deelnemers dat zich uit de studie terugtrok
 - aandeel ongewenste en ernstige gebeurtenissen
- secundaire uitkomstmaten: grijpkracht en werkhervatting.

Resultaten

- bij gebrek aan studies konden de auteurs manuele therapie én oefeningen versus placebo, of oefeningen versus placebo niet vergelijken
- resultaten van de primaire uitkomstmaten: *zie tabel 1*

Tabel 1. Resultaten van de primaire uitkomstmaten.

(Groen: de resultaten van de interventie zijn gunstig. Rood: de resultaten van de interventie zijn ongunstig. Oranje: de resultaten zijn onzeker. MD = Gemiddeld verschil, 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, RR = relatief risico, N = aantal onderzoeken en (p) = aantal totale deelnemers.)

Vergelijking	Pijn (VAS van 0 tot 10)		Functionele beperking		Kwaliteit van leven		Succes ervaren door deelnemers	
	MD (met 95% BI)	N (n)	MD (met 95% BI)	N (n)	MD (met 95% BI)	N (n)	RR (met 95% BI)	N (n)
Manuele therapie versus placebo	-2,1 (-4,2 tot -0,1) lage GRADE	1 (23)	-25 (-43 tot -7) lage GRADE	1 (23)	/	/	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, versus placebo of minimale interventie	-0,53 (-0,92 tot -0,14) lage GRADE	12 (1023)	-5 (-9,22 tot -0,77) lage GRADE	10 (732)	-5,58 (-10,29 tot -0,99) lage GRADE	2 (113)	1,36 (0,96 tot 1,93)	6 (770)
Manuele therapie en oefeningen versus minimale interventie of placebo	-0,68 (-1,41 tot -0,04)	4 (485)	-8,57 (-13,34 tot -3,79)	4 (478)	0,01 (-0,04 tot 0,06)	1 (123)	1,58 (1,11 tot 2,26)	4 (485)
Oefeningen versus minimale interventie of placebo	0,49 (-1,11 tot 0,13)	6 (478)	2,13 (-8,91 tot 4,65)	4 (196)	-0,5 (-1,01 tot 0,01)	1 (80)	0,97 (0,82 tot 1,14)	2 (285)
Manuele therapie en oefeningen versus oefeningen alleen	-2,56 (-3,63 tot -1,50)	5 (183)	-14,57 (-21,96 tot -7,18)	5 (177)	/	/	2,25 (0,27 tot 18,88)	2 (74)
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroïdinfusies versus oefeningen en corticosteroïdinfusies	-1,6 (-2,21 tot -0,99)	1 (60)	-12,90 (-14,71 tot -11,09)	1 (55)	-0,2 (-0,51 tot 0,11)	1 (60)	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, met corticosteroïdinfusies versus corticosteroïdinfusies alleen	-0,89 (-1,56 tot -0,22)	4 (171)	-0,98 (-3,18 tot 1,12)		0,05 (0,02 tot 0,08)	1 (82)	1,05 (0,74 tot 1,48)	2 (102)
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroïdinfusies versus corticosteroïdinfusies alleen	-0,46 (-2,11 tot 1,19)	1 (82)	1,40 (-7,40 tot 4,60)	1 (82)	0,96 (0,65 tot 1,43)	1 (82)	/	/

Oefeningen en corticosteroïdinfiltaties versus corticosteroïdinfiltaties alleen	-0,97 (-1,71 tot -0,24)	3 (89)	-0,92 (-3,28 tot 1,44)	2 (69)	/	/	1,40 (0,67 tot 2,94)	1 (20)
--	----------------------------	--------	---------------------------	--------	---	---	-------------------------	--------

- uit de resultaten kunnen we niet opmaken of manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide tot meer voortijdige uitval of ongewenste effecten aanleiding gaven; er waren 83/566 uitvallers (147 per 1 000) in de groep die minimale of geen interventie kreeg, en 77/581 (126 per 1 000) in de groepen die manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide kregen: RR 0,86 (met 95% BI van 0,66 tot 1,12; I²=0%; 12 studies)
- de ongewenste effecten waren mild en van voorbijgaande aard; het ging om pijn, blauwe plekken en gastro-intestinale klachten; er werden geen ernstige ongewenste effecten gemeld; ongewenste effecten werden gerapporteerd door 19/224 (85 per 1 000) in de groep die een minimale behandeling kreeg en 70/233 (313 per 1 000) in de groepen die manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide kregen: RR 3,69 (met 95% BI van 0,98 tot 13,97; I²=72%; 6 studies)
- resultaten van de secundaire uitkomstmaten
 - de resultaten van de secundaire uitkomstmaten werden in slechts enkele studies met weinig deelnemers onderzocht; ze tonen aan dat manuele therapie en/of oefeningen, in vergelijking met een minimale interventie of corticosteroïdinfiltaties, geen statisch significante verbetering van de grijpkracht gaven; alleen voor ‘manuele therapie en oefeningen versus oefeningen alleen’ en ‘manuele therapie, oefeningen en corticosteroïdinfiltaties versus corticosteroïdinfiltaties’ zag men een statisch significante verbetering, echter met een breed betrouwbaarheidsinterval
 - ook de gegevens over werkhervatting waren beperkt en toonden geen statistisch significant verschil tussen de vergeleken groepen (1 studies, 118 patiënten)

Tabel 2. Resultaten van de secundaire uitkomstmaten.

(Groen: de resultaten van de interventie zijn gunstig. Rood: de resultaten van de interventie zijn ongunstig. Oranje: de resultaten zijn onzeker. MD = Gemiddeld verschil, 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, RR = relatief risico, N = aantal onderzoeken en (p) = aantal totale deelnemers.)

Vergelijking	Grijpkracht (kg)		Werkhervatting	
	MD (met 95% BI)	N (n)	RR (met 95% BI)	N (n)
Manuele therapie vs. placebo	-5,6 lb/in ² (29,8 tot 18,6)	1 (23)	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, vs. placebo of minimale interventie	0,18 (-0,01 tot 0,36)	8 (606)	1,07 (0,75 tot 1,52)	1 (118)
Manuele therapie en oefeningen vs. minimale interventie of placebo	0,2 (-0,19 tot 0,6)	4 (485)	1,07 (0,75 tot 1,52)	1 (118)
Oefeningen vs. minimale interventie of placebo	0,24 (-0,46 tot 0,94)	1 (37)	/	/

Manuele therapie en oefeningen vs. oefeningen alleen	3,65 (2,36 tot 4,93)	4 (154)	/	/
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroidinfiltraties vs. oefeningen en corticosteroidinfiltraties	1,70 (0,38 tot 3,02)	1 (60)	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, met corticosteroidinfiltraties vs. corticosteroidinfiltraties alleen	9,00 (-2,84 tot 20,84)	1 (20)	/	/
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroidinfiltraties vs. corticosteroidinfiltraties	/	/	/	/
Oefeningen en corticosteroidinfiltraties vs. corticosteroidinfiltraties alleen	0,33 (0,01 tot 7,45)	2 (74)	/	/

Besluit van de auteurs

De auteurs concluderen dat bij personen met epicondylitis lateralis manuele therapie in vergelijking met placebo minstens op korte termijn (laag betrouwbaarheidsniveau) een significant voordeel zou kunnen hebben op gebied van pijn en functionele beperking. Nochtans omvat het 95% betrouwbaarheidsinterval zowel significante verbetering als geen verbetering en weten we niet wat de effecten zijn op lange termijn. Andere klinische studies (12 in totaal) geven aan dat de combinatie van manuele therapie en oefeningen de pijn en de functionele beperking aan het eind van de behandeling lichtjes kan verminderen. Er is echter geen garantie voor een daadwerkelijk blijvend klinisch voordeel. Hoewel sommige mensen na manuele therapie pijn ervoeren, is het aantal gerapporteerde gevallen te klein om definitieve conclusies te trekken.

Financiering van de studie

Interne financiering door de School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Australië; externe financiering door National Health and Medical Research Council, Australië; één auteur kreeg een onderzoeksbeurs van de Australian National Health and Medical Research Council Senior Principal Research Fellowship.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflicten gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Het methodologische kader van deze studie voldoet aan de standaarden van de Cochrane Collaboration en een strenge selectie van gerandomiseerde klinische studies (RCT's) wordt gegarandeerd. De inclusie van uitsluitend RCT's beperkt selectiebias van de resultaten en versterkt de robuustheid van de conclusies. De onderzoekers selecteerden de studies dubbel onafhankelijk, wat het risico van fouten en subjectiviteit bij de inclusie van gegevens vermindert. De geïncludeerde studies werden beoordeeld volgens de GRADE-methodologie. Deze methodologie evalueert de kwaliteit van het bewijs en schat de graad van betrouwbaarheid van de resultaten in. De review is transparant en gedetailleerd in de rapportering van de betrouwbaarheidsintervallen (BI) en niveaus van statistische heterogeniteit (I²). Beide zijn essentieel om de nauwkeurigheid en de consistentie van de resultaten te beoordelen. De meeste geïncludeerde RCT's vertonen een risico van bias wegens gebrek aan blindering: in verschillende studies waren de deelnemers noch de beoordelaars geblindeerd voor de interventie. Daardoor zijn de resultaten blootgesteld aan meerdere vormen van bias. De geïncludeerde studies vertoonden tevens een aanzienlijke heterogeniteit in de interventies. Zo varieerden de protocollen qua duur, frequentie en type manuele therapie of voorgeschreven oefeningen. Dat kan de resultaten beïnvloed hebben en de generaliseerbaarheid ervan beperken. Weinig studies rapporteren in detail de potentiële ongewenste effecten van de interventies. Dat kan de besluiten hierover vertekend hebben met een onderschatting van de risico's van de behandelingen.

Beoordeling van de resultaten

De onderzochte interventies zijn relevant en toepasbaar in de klinische praktijk. De heterogeniteit van de protocollen (duur, intensiteit) maakt het echter moeilijk om aanbevelingen te formuleren. De interventies waarmee men vergeleek waren placebo, minimale interventie, standaardinterventies (oefeningen en manuele therapie) en corticosteroïdinfusies. Hoewel gedurende lange tijd courant gebruikt, worden corticosteroïdinfusies als voorkeursbehandeling niet langer aanbevolen vanwege hun slechts tijdelijke gunstige effect, dat vaak gevolgd wordt door een mogelijke verergering van de symptomen. Bovendien zijn multimodale behandelingen, gebruikelijk in de kinesiotherapie, ondervertegenwoordigd. De uitkomstmetingen waren relevant (pijn, lichamelijke beperking, kwaliteit van leven, werkhervatting), maar de follow-up was beperkt (4-12 weken). Daardoor was het onmogelijk om de werkzaamheid op lange termijn te beoordelen. Recente alternatieven zoals Platelet Rich Plasma (PRP) of schokgolven (7) werden niet in aanmerking genomen (9). Met weinig gerapporteerde ongewenste effecten lijkt de risico-batenverhouding gunstig te zijn. Het gebrek aan follow-up en gegevens over recidieven beperkt echter deze conclusies.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

NICE wijst erop dat "*de conservatieve behandelingen van epicondylitis lateralis bestaan uit rust, ijs, pijnstillers, niet-steroïdale ontstekingsremmers, orthopedische hulpmiddelen, kinesiotherapie, excentrische oefeningen/stretching en corticosteroïdinfusies*" (10).

Besluit van Minerva

Deze systematische review van RCT's toont dat bij patiënten met epicondylitis lateralis manuele therapie en/of oefeningen op korte termijn (4 tot 12 weken) een matige verbetering geven van pijn en functionele beperking in vergelijking met een minimale interventie of placebo. Beide interventies geven betere resultaten dan één of meer corticosteroïdinfusies alleen. Met manuele therapie en/of oefeningen zijn er in vergelijking met een minimale interventie meer ongewenste effecten maar deze zijn mild en van voorbijgaande aard. Deze review is van goede methodologische kwaliteit, maar gebaseerd op studies met heel wat methodologische tekortkomingen, waaronder de heterogeniteit van de interventieprotocollen voor de behandelingsduur en -intensiteit, hetgeen de interpretatie van de resultaten bemoeilijkt.

Referenties zie website

Borstkankerscreening: wat is de impact van gedeelde besluitvorming met patiënten?

Referentie

Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, et al. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2

Duiding

Gilles Henrard, médecin généraliste, Université de Liège
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Heeft het toepassen van (bepaalde aspecten van) gedeelde medische besluitvorming bij vrouwen van 40 tot 75 jaar impact op hun tevredenheid met het besluitvormingsproces, hun kennis van alle opties, hun betrokkenheid bij de besluitvorming, hun vertrouwen in de genomen beslissing, hun therapietrouw aan de gekozen optie, de overeenstemming tussen de gemaakte keuze en hun waarden, en hun mentale gezondheid in vergelijking met gebruikelijke zorg of een andere interventie zonder componenten van gedeelde medische besluitvorming?

Achtergrond

Minerva analyseerde onlangs een systematische review waaruit bleek dat het gebruik van tools voor beslissingsondersteuning bij patiënten die een medische beslissing moeten nemen, in het bijzonder aangaande screening, de overeenkomst tussen de gemaakte keuzes en hun waarden, hun perceptie van de risico's en hun deelname aan de besluitvorming verbeterde (1,2). In het kader van borstkankerscreening wordt vaak een proces van gedeelde medische besluitvorming aanbevolen op basis van het beste beschikbare bewijs, de voorkeuren van de patiënt en een overleg met de behandelaar (3). Het effect van gedeelde besluitvorming bij borstkankerscreening blijft echter onzeker. De hier geduide systematische review probeert deze vraag te beantwoorden (4).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyses.

Geraadpleegde bronnen:

- Cochrane Breast Cancer Group's Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, ClinicalTrials.gov en het World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (geraadpleegd op 8 augustus 2023)
- abstracts van relevante congressen tussen 2020 en 2023
- geen taalrestrictie
- geen beperkingen qua publicatiestatus.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria:
 - gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's), parallel- of cluster-gerandomiseerd
 - studies die interventies met verschillende componenten van gedeelde medische besluitvorming vergeleken met usual care of interventies zonder componenten van gedeelde medische besluitvorming
- studies met één enkele onderzoeksarm werden uitgesloten
- in totaal werden 19 studies geselecteerd: 2 studies hadden betrekking op alle aspecten van gedeelde medische besluitvorming, waarbij de zorgprofessionals opgeleid waren in het

toepassen van gedeelde besluitvorming of beschikken over keuzehulpen met betrekking tot risicocommunicatie en verheldering van waarden en voorkeuren van de deelnemers; 6 studies onderzochten enkele aspecten van gedeelde medische besluitvorming, inclusief verheldering van de risico's en de persoonlijke waarden, waarbij men de keuzehulpen met afgewogen informatie over de voordelen en de risico's van screening en oefeningen voor waardeverheldering aanbood aan de deelnemers vóór de ontmoeting met een zorgprofessional; 11 studies focusten zich op een verbeterde risicocommunicatie zonder de andere aspecten van gedeelde medische besluitvorming.

Bestudeerde populatie

- vrouwen tussen 40 en 75 jaar met een matig (of licht verhoogd) risico van borstkanker die een beslissing moesten nemen aangaande screening:
 - vrouwen met een levensrisico van 15-20% (door de aanwezigheid van een mutatie in genen die het risico verhogen, zoals BRCA1 of BRCA2)
 - vrouwen met een risico van meer dan 1,66% over 5 jaar wegens:
 - borstkanker bij een eerstegraadsfamiliedlid vóór de leeftijd van 65 jaar
 - een eerdere borstbiopsie dat een atypische hyperplasie of een lobulair carcinoom in situ aantoonde
- vrouwen met een hoog risico werden uitgesloten
- in totaal includeerde men 64 215 vrouwen in de systematische review.

Uitkomstmeting

- onderzochte uitkomstmaten: tevredenheid met het besluitvormingsproces, vertrouwen in de genomen beslissing, kennis van alle opties, therapietrouw aan de gekozen optie, betrokkenheid bij de gedeelde medische besluitvorming, overeenkomst tussen de gemaakte keuze en de waarden van de patiënte, mentale gezondheid
- de methoden om deze uitkomstmaten te meten (vragenlijsten, schalen, enzovoort) waren niet vooraf gespecificeerd (*zie bespreking*).

Resultaten

Tabel 1. Samenvatting van de resultaten van interventies met gedeelde besluitvorming versus usual care of interventies zonder gedeelde besluitvorming.

Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	N	n	Niveau van bewijs
Gedeelde medische besluitvorming die alle componenten omvat	Kennis van de leeftijd waarop screening begint	RR van 1,18 met 95% BI van 0,61 tot 2,28 <i>Statistisch niet significant verschillend</i>	1	133	Zeer laag
	Frequentie van screening	RR van 0,84 met 95% BI van 0,68 tot 1,04 <i>Statistisch niet significant verschillend</i>	1	133	Zeer laag
Verkorte vormen van gedeelde besluitvorming met verheldering van waarden en voorkeuren	Beslissingsconflict, schaal van 0 minst tot 100 meest, na 1-3 maanden follow-up	Gemiddeld verschil van 1,60 met 95% BI van -4,21 tot 0,87 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	4	1 714	Zeer laag
	Aandeel vrouwen met residueel beslissingsconflict na 1-3 maanden follow-up	RR van 0,75 met 95% BI van 0,56 tot 0,99	1	1 001	Zeer laag

		<i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>			
	Kennis van opties op een schaal van 0 tot 10	Gemiddeld verschil van 0,47 tot 1,44 <i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>	5	2 114	Laag
	Kennis van de verschillende opties, dichotoom (ja/nee)	RR van 1,24 met 95% BI van 0,95 tot 1,63 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	4	2 449	Laag
	Angst, op een schaal van 20 tot 80	Gemiddeld verschil van 0,54 met 95% BI van -0,96 tot 2,14 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	749	Laag
	Bezorgdheden met betrekking tot kanker, aandeel patiënten na 4-6 weken follow-up	RR van 0,88 met 95% BI van 0,73 tot 1,06 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	1	639	Laag
Verbeterde risicocommunicatie zonder andere aspecten van gedeelde medische besluitvorming	Vertrouwen in de beslissing, beslissingsconflict, schaal van 0 minst tot 100 meest, na 2 weken follow-up	Gemiddeld verschil van 2,89 met 95% BI van -2,35 tot 8,14 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	1 191	Laag
	Verwachte spijt over deelname aan screening	Gemiddeld verschil van 0,28 met 95% BI van 0,15 tot 0,41 <i>Statistisch significant in het nadeel van gedeelde besluitvorming</i>	idem		
	Verwachte spijt over niet deelname aan screening	Gemiddeld verschil van -0,28 met 95% BI van -0,42 tot -0,14 <i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>	idem		
	Kennis, op een schaal van 0 tot 10	Gemiddeld verschil van 1,14 met 95% BI van 0,61 tot 1,62 <i>Statistisch significant in het voordeel van gedeelde besluitvorming</i>	4	2 510	Hoog
	Angst, op een schaal van 20 tot 80	Gemiddeld verschil van 0,33 met 95% BI van -1,55 tot 0,99 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	1 193	Hoog
	Depressie, op een schaal van 0 tot 21	Gemiddeld verschil van 0,02 met 95% BI van -0,41 tot 0,45 <i>Statistisch niet significant verschil</i>	2	1 193	Hoog
	Bezorgdheden met betrekking tot kanker, op een schaal van 1 tot 4	Gemiddeld verschil van -0,17 met 95% BI van -0,26 tot -0,08 <i>Statistisch significant gedeelde besluitvorming in het voordeel van de interventie</i>	1	838	Hoog

N: aantal studies, n: aantal deelnemers, BI: betrouwbaarheidsinterval, RR: relatief risico

Besluit van de auteurs

De auteurs concluderen dat studies over verkorte vormen van gedeelde medische besluitvorming en andere vormen van verbeterde communicatie wijzen op een betere kennis en minder beslissingsconflicten. Er blijft echter onzekerheid bestaan over het effect van het proces van gedeelde

medische besluitvorming. De meeste studies evalueerden niet de als belangrijk beschouwde uitkomstmaten. Gerandomiseerde studies van hoge kwaliteit zijn nodig om de toepassing van gedeelde medische besluitvorming in verschillende culturele contexten te evalueren, met een focus op uitkomsten zoals tevredenheid van vrouwen en overeenstemming tussen hun keuzes en waarden.

Financiering van de studie

Geen vermeld.

Belangenconflicten van de auteurs

Verschillende auteurs hebben intellectuele belangenconflicten over het onderwerp (ontwikkeling van tools voor beslissingsondersteuning en publicatie van artikels over het onderwerp); maar er worden geen financiële belangenconflicten gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De onderzoeksvraag is zeer breed en de vooraf gedefinieerde uitkomstmaten zijn talrijk en weinig nauwkeurig. De auteurs bespreken ook andere uitkomstmaten die ze terugvonden in de geïncludeerde artikels. Twee auteurs beoordeelden onafhankelijk van elkaar de te includeren studies. Voor de gegevensextractie, de beoordeling van het risico van bias van de primaire studies en voor de bepaling van het niveau van bewijs volgens GRADE volgden ze de methodologische standaarden van de Cochrane Collaboration. Het niveau van bewijs varieerde van meestal zwak tot zeer zwak en dat voornamelijk wegens de aanzienlijke en soms tussen de groepen ongelijke uitval van deelnemers, het ontbreken van blinding van de deelnemers en/of onderzoekers en het feit dat de protocollen niet altijd vooraf waren gepubliceerd. Daardoor is er mogelijke selectiebias voor de gerapporteerde resultaten aanwezig. De meeste resultaten vertoonden weinig statistische heterogeniteit. Het beperkte aantal studies per vergelijking stond subgroepanalyses echter in de weg. De klinische heterogeniteit is wel uitgesproken: verschillende leeftijdsgroepen en soorten interventies, een studie uitgevoerd tussen 1997 en 2000 en een studie verricht in een land met een laag-middeninkomen, namelijk Iran.

Evaluatie van de resultaten

De auteurs bepalen a priori 7 belangrijke uitkomstmaten. Opvallend is dat, afhankelijk van het soort interventie, de literatuur geen resultaten geeft voor 4 tot 6 van deze uitkomstmaten. Het toepassen van gedeelde medische besluitvorming is een complexe interventie. Meerdere componenten werken op elkaar in en de interventies richten zich op verschillende niveaus. De interpretatie van de resultaten van de primaire studies vraagt daarom veel inzicht in de context en het concrete proces van de interventie (de vraag 'hoe' en 'waarom' een interventie wel of niet werkt) (5). Dat zijn nu net de gegevens die vaak niet beschikbaar zijn bij de analyse van een systematische review.

Meestal hadden de interventies geen statistisch significante effecten. Soms waren ze wel statisch significant maar weinig klinisch relevant. Een positieve benadering zou dan ook kunnen zijn dat de toepassing van gedeelde medische besluitvorming vooral steunt op zowel ethische als pragmatische gronden waarbij we enigszins gerust kunnen zijn over de veiligheid van de aanpak (6). De impact van de toepassing van gedeelde medische besluitvorming op de participatiegraad aan screening en op de therapietrouw aan de gekozen optie wordt in deze systematische review niet belicht. De eerder genoemde Cochrane systematische review over keuzehulpen voor patiënten besluit wel dat er een statistisch significante, maar klinisch weinig relevante afname is van de participatiegraad (1,2). Een gerandomiseerde klinische studie in de eerste lijn bij patiënten ouder dan 75 jaar toonde eveneens een afname van de participatiegraad (7).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De laatste Belgische richtlijn voor de eerste lijn over borstkankerscreening dateert van 2016, en kaart gedeelde medische besluitvorming aan zonder het concept expliciet te benoemen (8). De richtlijn stelt: "Bespreek met de patiënte de voor- en nadelen van een screeningsmammografie zodat zij een

geïnformeerde keuze kan maken (GRADE 2C, dit betekent zwakke aanbeveling en laag niveau van bewijs)." Ook staat er: "Informatie over screening mag niet alleen met een voorgedrukte folder bezorgd worden, maar moet in een mondeling gesprek door de arts worden gegeven. De arts moet met de patiënte haar wensen en bezorgdheden bespreken zodat ze kan participeren aan de beslissing tot screening (Good Practice Point, dit wil zeggen een 'expertopinie', zonder onderliggend bewijs op dat moment)".

Besluit van Minerva

Deze systematische review met meta-analyses is van goede methodologische kwaliteit, maar hanteert een te brede onderzoeksvraag en kampt daarom met een aanzienlijke klinische heterogeniteit. De review toont dat de toepassing van gedeelde medische besluitvorming over borstkankerscreening bij vrouwen van 40 tot 75 jaar de kennis enigszins zou kunnen verbeteren en de beslissingsconflicten zou kunnen verminderen. Heel wat belangrijke aspecten van het thema zijn tot op heden nog niet onderzocht.

Referenties

1. Henrard G. Keuzehulpen voor patiënten? *Minerva* 2024;23(7):167-71.
2. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6
3. Maes-Carballo M, Moreno-Asencio T, Martín-Díaz M, et al. Shared decision making in breast cancer screening guidelines: a systematic review of their quality and reporting. *Eur J Public Health* 2021;31:873-83. DOI: 10.1093/eurpub/ckab084
4. Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, et al. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2
5. Noyes J, Booth A, Moore G, et al. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Glob Health* 2019;4(Suppl 1): e000893. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000893
6. Henrard G, Joly L, Buret L, Giet D. Moins c'est parfois mieux. Prévenir le surdiagnostic en partageant les décisions. *Revue Médicale de Liège*, 13/06/2024. Disponible sur : <https://hdl.handle.net/2268/319689>
7. Schonberg MA, Kistler CE, Pinheiro A, et al. Effect of a mammography screening decision aid for women 75 years and older: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180:831-42. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0440
8. Garmyn B, Govaerts F, Peremans, et al. Borstkankerscreening. *Domus Medica*, 2016 Beschikbaar op: <https://www.domusmedica.be/richtlijnen/borstkankerscreening>. Url: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Borstkankerscreening_0.pdf

Zijn teleconsultaties gelijkwaardig aan fysieke consultaties bij palliatieve zorg voor gevorderde longkanker?

Referentie

Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, et al. Telehealth vs in-person early palliative care for patients with advanced lung cancer: a multisite randomized clinical trial. JAMA 2024;332:1153-64 DOI: 10.1001/jama.2024.13964

Duiding

Ryan Tock, MSc Infirmières
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Zijn teleconsultaties gelijkwaardig aan fysieke consultaties voor patiënten in palliatieve zorg met gevorderde niet-kleincellige longkanker?

Achtergrond

Ondanks de therapeutische vooruitgang van de voorbije twintig jaar, lijden patiënten met gevorderde longkanker aan talrijke symptomen, psychische stress en een verminderde levenskwaliteit (1). Ook mantelzorgers worden sterk getroffen (2). Nationale richtlijnen, onderbouwd door klinische studies die de effectiviteit aantoonde, adviseren de integratie van palliatieve zorg vanaf de diagnose van gevorderde kanker. Obstakels zoals een beperkte beschikbaarheid van specialisten en misvattingen over palliatieve zorg belemmeren echter de implementatie en dat kwam reeds aan bod in Minerva (3,4). Teleconsultaties zijn sinds de covid-19-pandemie aan een sterke opmars bezig en bieden een veelbelovende oplossing om de toegang tot zorg te verbeteren. De effectiviteit in vergelijking met fysieke zorg moet echter nog verder geëvalueerd worden (5). Daarom is de duiding van deze studie bijzonder interessant, mede ook door het feit dat aanbevelingen van het RIZIV stellen dat telemedicine een steeds grotere rol zal spelen in het Belgische gezondheidszorgsysteem (5,6).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria:
 - diagnose van gevorderde niet-kleincellige longkanker in de afgelopen 12 weken
 - geen curatieve behandeling
 - ECOG-prestatiescore van 0 tot 3 (0 = volledig actief tot 3 = meer dan 50% van de wakkere uren gebonden aan bed of stoel)
 - vermogen om in het Engels of Spaans te antwoorden
- exclusiecriteria:
 - reeds palliatieve zorgen krijgen of in het ziekenhuis verblijven
 - cognitieve of psychiatrische stoornissen die een geïnformeerde toestemming in de weg staan
- in totaal namen 1 250 volwassenen met gevorderde niet-kleincellige longkanker deel aan de studie; de gemiddelde leeftijd was 65,5 jaar; 54% was vrouw, 46% man; van hen was 82,7% blank en 9% Afro-Amerikaans; 45,7% gaf aan meer dan een uur te moeten reizen naar de oncologiekliniek; er waren 548 mantelzorgers betrokken, waarvan de meerderheid de echtgenoot of de partner was (64,2%).

Studieopzet

Gerandomiseerde multicenter klinische studie (randomisatie: 1:1) met stratificatie per onderzoekscentrum, uitgevoerd van 14 juni 2018 tot 4 mei 2023 in 22 oncologiecentra in de Verenigde Staten

- *interventiegroep*: na een eerste fysiek consult fysiek volgden videoconsulten om de 4 weken

- *controlegroep*: fysieke consultaties die plaatsvonden in het ziekenhuis om de 4 weken
- *opvolgingsduur*: 48 weken.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat:
 - kwaliteit van leven gemeten met de **Functional Assessment of Cancer Therapy – Lung (FACT-L)**, een gevalideerde vragenlijst met een scorebereik 0-136 (hogere waarden duiden op een betere levenskwaliteit)
 - equivalentiedrempel: ± 4 punten op de FACT-L-score werd gedefinieerd als de marge waarbij men de twee zorgmodaliteiten (teleconsultatie versus fysieke consultatie) als gelijkwaardig beschouwde
 - statistische analyse:
 - equivalentiestatistiek gebaseerd op de **TOST-methode (Two One-Sided Tests)**
 - lineair regressiemodel gecorrigeerd voor basisscores en confounders
 - sensitiviteitsanalyses die rekening hielden met het effect van centra en ontbrekende data
- secundaire uitkomstmaten:
 - tevredenheid van patiënten en mantelzorgers over de zorg gemeten met een vragenlijst
 - aandeel mantelzorgers dat palliatieve zorgconsulten bijwoonde, geregistreerd door clinici met een follow-upformulier
- statistische analyse :
 - vergelijking tussen teleconsultaties en fysieke consultaties met behulp van een model met **gegeneraliseerde schattingsvergelijkingen**
 - correctie van meervoudige vergelijkingen met een Bonferroni-correctie om het risico van type I-fouten te verminderen
- de resultaten hebben alleen betrekking op patiënten die na 24 weken nog in leven waren; in een volgende publicatie zullen de resultaten na 36 en 48 weken gepresenteerd worden.

Resultaten

- in totaal zijn 123 deelnemers (9,8%) voor week 12 overleden, waarvan 55 waren toegewezen aan videoconsulten en 68 aan fysieke consulten; 246 deelnemers (19,7%) overleden voor week 24 met een gelijke verdeling over videoconsulten (123) en fysieke consulten (123)
- op week 24 hadden patiënten gemiddeld 4,7 palliatieve videoconsulten en 4,9 fysieke consulten gehad; in de videogroep was 68,6% van de consulten virtueel, 21,0% fysiek (volgens het oorspronkelijke protocol) en 10,4% op verzoek; in de fysieke groep was 94,3% van de consulten fysiek en 5,7% verliep per video vanwege de covid-19-pandemie; de artsen vulden 93,2% van de verplichte formulieren in alsook 1 172 extra formulieren voor telefoongesprekken; de mediane duur was 30 minuten voor videoconsultaties en 35 minuten voor fysieke consultaties
- resultaten van de primaire uitkomstmaat: kwaliteit van leven (FACT-L) was tussen week 0 en week 24 met 8,4 punten verbeterd in de telegroep en 6,9 punten in de fysieke groep; wat de gelijkwaardigheid bevestigd: aangepast gemiddelde van 99,7 punten versus 97,7 punten of een verschil van 2,0 punten (met 95% BI van 0,1 tot 3,9); ($p=0,04$)
- resultaten van secundaire uitkomstmaten:
 - significant verschil bij deelname van mantelzorgers aan consultaties: 36,6% in de telegroep versus 49,7% in de fysieke groep ($p<0,001$)
 - geen significante verschillen voor tevredenheid van patiënten en mantelzorgers op vlak van door mantelzorgers gemelde tevredenheid met de zorg, kwaliteit van leven, symptomen van angst en depressie, en perceptie van het doel van de behandeling en de geneesbaarheid van de kanker van de patiënt.

Conclusie van de auteurs

De auteurs besluiten dat vroegtijdige palliatieve zorg via teleconsultaties een gelijkwaardig effect hebben als fysieke consultaties op vlak van kwaliteit van leven van patiënten met gevorderde niet-kleincellige longkanker. Dat onderstreept het potentieel van telemedicine om de toegang tot evidence-based palliatieve zorg te verbeteren.

Financiering van het onderzoek

Het onderzoek in deze publicatie werd gefinancierd door een subsidie van het Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) en werd ondersteund door de Palliative Care Research Cooperative Group, gefinancierd door een subsidie van het National Institute of Nursing Research van de National Institutes of Health (NIH).

Belangenverstrengeling van auteurs

De meeste auteurs verklaren dat ze honoraria of subsidies hebben ontvangen voor advies, lidmaatschap van redactieraden of consultancy, hetzij van bedrijven, instellingen of anderen; omdat deze financiering betrekking had op activiteiten buiten de studie lijkt ze geen directe invloed te hebben gehad op de conclusies.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De resultaten zijn gebaseerd op een grote steekproefgrootte wat de statistische power en de robuustheid van de conclusies vergroot. Het gebruik van de Functional Assessment of Cancer Therapy - Lung (FACT-L) om de kwaliteit van leven van patiënten te beoordelen is een sterk punt, omdat dit instrument algemeen erkend en gevalideerd is voor onderzoeken in palliatieve zorg. Daardoor is er meer vergelijkbaarheid met andere studies wat het gemakkelijker maakt om de resultaten te interpreteren. De statistische analyse werd rigoureus uitgevoerd om bias te minimaliseren. Er werd een aangepast lineair regressiemodel gebruikt voor het primaire eindpunt en er werden sensitiviteitsanalyses uitgevoerd om de impact van eventuele variaties in de gegevensverzameling te beoordelen. Bovendien paste men statistische correcties, zoals de Bonferroni-correctie, toe om fouten te vermijden die het gevolg zijn van meervoudige vergelijkingen. Bepaalde methodologische beperkingen moeten echter worden benadrukt. Een mogelijke bron van bias was dat men af en toe gebruikmaakte van vertalers om sommige patiënten te helpen bij het begrijpen van de vragenlijsten en de instructies. Dat kan geleid hebben tot variaties in het interpreteren van de vragen met een lichte vertekening van de verzamelde antwoorden tot gevolg.

De auteurs wijzen ook op andere beperkingen van hun methodologie:

- door de covid-19-pandemie moesten sommige consulten worden aangepast waardoor het oorspronkelijke protocol mogelijk werd gewijzigd en contaminatie van de interventie ontstond (sommige patiënten die aanvankelijk fysieke consulten zouden krijgen, moesten uiteindelijk toch beroep doen op teleconsulten)
- er was een hoger uitvalpercentage dan in eerdere onderzoeken over palliatieve zorg, voornamelijk als gevolg van de heterogeniteit van de patiënten en de zorgpraktijken in de 22 centra die deelnamen aan het onderzoek
- omdat patiënten die weigerden deel te nemen geen toestemming gaven voor het verzamelen van hun demografische gegevens is het niet mogelijk om selectiebias op te sporen
- in vergelijking met eerdere onderzoeken was er een lager percentage patiënten dat aangaf over een verzorger te beschikken voor deelname aan de studie (78% versus 59%); bovendien was de deelname van verzorgers significant lager in de teleconsultatiegroep, wat verklaard zou kunnen worden door het feit dat patiënten die hulp nodig hadden om naar fysieke consulten te komen, van nature meer geneigd waren zich te laten vergezellen
- er was een beperkte vertegenwoordiging van diverse bevolkingsgroepen: de auteurs benadrukken dat er meer onderzoek nodig is met een bredere sociodemografische diversiteit

om de effecten van teleconsultatie te onderzoeken in relatie tot belangrijke variabelen zoals leeftijd, opleidingsniveau, technologische ervaring of de aanwezigheid van een verzorger

- patiënten met een lage socio-economische index werden impliciet uitgesloten door de aard van het onderzoek; teleconsultaties zouden de facto patiënten uit de meest achtergestelde sociaaleconomische categorieën kunnen uitsluiten omdat ze geen betrouwbare toegang hebben tot de benodigde technologische hulpmiddelen (stabiele internetverbinding, adequate apparatuur, minimale digitale vaardigheden); door deze beperking kan de representativiteit van de resultaten vertekend worden omdat reële zorgbarrières voor deze bevolkingsgroepen onderschat worden; hetzelfde geldt voor basiscomputervaardigheden, die niet noodzakelijk door de hele bevolking verworven zijn.

Beoordeling van de resultaten

Een van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek is dat de tevredenheid van patiënten gelijk is tussen teleconsultaties en fysieke consultaties. De gemiddelde tevredenheidsscores (SCDQ) waren vergelijkbaar in de twee groepen (41,3 voor teleconsultatie versus 41,0 voor face-to-face consultatie, $p > 0,99$), wat aangeeft dat patiënten geen significant verschil ervaren tussen deze twee zorgmethodes. Deze gelijkwaardigheid versterkt de legitimiteit van teleconsultatie als een haalbaar alternatief voor poliklinische raadplegingen, ook in de Belgische context, waar de digitalisering van de gezondheidszorg en de integratie van teleconsultaties zich geleidelijk ontwikkelen (7).

De studie toont echter ook een significant verschil in de betrokkenheid van mantelzorgers, die lager was in de groep met teleconsultaties (36,6% tegenover 49,7% bij fysieke consultaties, $p < 0,001$). Dit verschil kan door meerdere factoren worden verklaard. Enerzijds impliceert de aard van fysieke consultaties dat patiënten die hulp nodig hebben om naar de kliniek te komen, vaker vergezeld worden door een mantelzorger, wat de betrokkenheid van deze laatste automatisch verhoogt. Anderzijds is het mogelijk dat bij teleconsultaties, waarbij verplaatsing niet nodig is, mantelzorgers minder aangesproken worden of minder beschikbaar zijn, wat hun lagere betrokkenheid kan verklaren. Nog onderzocht zou moeten worden, in hoeverre het socio-economisch niveau van de mantelzorgers hun deelname aan zorg op afstand beïnvloedt. Een hogere socio-economische status kan gepaard gaan met meer professionele flexibiliteit, beter begrip van medische kwesties en een grotere digitale geletterdheid, wat de betrokkenheid vergemakkelijkt. Daarentegen kan een lagere socio-economische status een belemmering vormen door professionele of technologische beperkingen, vooral bij teleconsultaties. Deze hypothese verdient verder onderzoek. Tot slot kan het vermogen van patiënten om zelf naar de polikliniek te komen ook invloed hebben gehad op de resultaten. De beoordeling van hun functionele toestand via de ECOG Performance Status Scale toont aan dat 17,5% van de patiënten bij fysieke consultaties en 18,3% bij teleconsultaties in categorie 2 zaten, wat betekent dat ze niet konden werken, maar nog wel zelfstandig waren voor persoonlijke verzorging en meer dan 50% van de tijd uit bed doorbrachten. Bovendien bevond 3% van de patiënten in beide groepen zich in categorie 3, met aanzienlijke hulpbehoefte en meer dan 50% van de tijd gebonden aan bed of stoel. Deze gegevens benadrukken dat voor een deel van de patiënten de aanwezigheid van een mantelzorger bij fysieke consultaties eerder een logistieke noodzaak was dan een keuze. Ook dat ontbreekt grotendeels bij teleconsultaties, waar het wegvallen van de verplaatsingsnood deels de lagere betrokkenheid van mantelzorgers verklaart.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) erkent de potentie van teleconsultaties om de toegang tot en de efficiëntie van zorg te verbeteren, maar benadrukt de noodzaak om belemmeringen voor implementatie aan te pakken (8).

Besluit van Minerva

Deze multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie toont aan dat teleconsulten en fysieke consulten gelijkwaardig zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van palliatieve patiënten. De studie heeft een goede methodologische kwaliteit wat de robuustheid van de resultaten van de primaire uitkomstmaat garandeert. Verschillende methodologische problemen beperken echter de interpretatie van de secundaire uitkomstmaat over de betrokkenheid van de mantelzorger. Met name het ontbreken van gegevens over het socio-economische profiel van zorgverleners en het structurele verschil tussen face-to-face (waarbij sommige patiënten begeleiding nodig hadden om zich te verplaatsen) en teleconsultaties kunnen voor een bias gezorgd hebben waarmee de huidige analyse geen rekening hield.

Referenties

1. Gonzalez-Ling A, Galindo Vázquez O, Espinoza Bello M, et al. Quality of life, anxiety, depression, and distress in patients with advanced and metastatic lung cancer. *Palliat Support Care* 2023;21:608-15. DOI: 10.1017/S147895152200116X
2. Jacobs JM, Shaffer KM, Nipp RD, et al. Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Ann Behav Med* 2017;51:519-31. DOI: 10.1007/s12160-017-9875-
3. Tock R. Ervaringen van voorafgaande zorgplanning bij thuiswonende terminale kankerpatiënten. *Minerva* 2025;24(1):10-4.
4. Driller B, Maienborn C, Aasen EM, et al. Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Prim Care* 2024;25:245. DOI: 10.1186/s12875-024-02499-x
5. Kircher SM, Mulcahy M, Kalyan A, et al. Telemedicine in oncology and reimbursement policy during COVID-19 and beyond. *J Natl Compr Cancr Netw* 2020:1–7. DOI: 10.6004/jnccn.2020.7639
6. Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, et al. Telehealth vs in-person early palliative care for patients with advanced lung cancer: a multisite randomized clinical trial. *JAMA* 2024;332:1153-64. DOI: 10.1001/jama.2024.13964
7. RIZIV. Telegeneeskunde en mHealth-toepassingen. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/telegeneeskunde-en-mhealth-toepassingen> (Website geraadpleegd op 31/03/2025).
8. Detollenaere J, Christiaens W, Dossche D, et al. Barriers and facilitators for eHealth adoption by general practitioners in Belgium. Analysis based on the integrated allowance for GP practices 2021:5-117. Url: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_337_eHealth_adoption_in_Belgium_Report_V2.pdf