

Meerwaarde van een multicomponente psychosociale interventie bij milde ziekte van Alzheimer?

Klinische vraag

Wat is bij patiënten met milde ziekte van Alzheimer én bij hun belangrijkste mantelzorgers na 12 maanden het effect van een multicomponente psychosociale interventie in vergelijking met een gestructureerde opvolging alleen op levenskwaliteit, depressieve symptomen en geheugenstoornissen?

Referentie Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomized Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ* 2012;345:e4693.

Duiding Bram Vermeulen, Lucas - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven

Tekst onder de verantwoordelijkheid van de Nederlandstalige redactie

Achtergrond

Mantelzorg maakt het mogelijk dat de zorg voor ouderen met dementie thuis wordt uitgebouwd, maar vaak wordt deze zorg geassocieerd met een verhoogd risico van somatische en psychiatrische gezondheidsproblemen¹. Verschillende studies konden een positief effect aantonen van psychosociale interventies bij patiënten met matige tot ernstige ziekte van Alzheimer én bij hun mantelzorgers²⁻⁴. De resultaten zijn echter vaak tegenstrijdig en de kwaliteit van de studies is niet altijd optimaal. Daarnaast is er nog onvoldoende onderzocht of een vroege aangepaste interventie bestaande uit zowel counseling, educatie als ondersteuning bij zowel de patiënt met milde ziekte van Alzheimer als bij zijn mantelzorgers, beschermt tegen depressieve symptomen, de levenskwaliteit verbetert en de cognitieve functies van de patiënt stabiliseert.

Samenvatting van de studie

Bestudeerde populatie

- 330 dyaden van een thuiswonende patiënt met milde ziekte van Alzheimer + zijn belangrijkste mantelzorgers, gerekruteerd in de eerstelijnszorg en in geheugenklinieken (5 Deense districten); gemiddelde leeftijd resp. 76 (SD 7) en 66 (SD 12) jaar; resp. 45 en 33% mannen
- inclusiecriteria: leeftijd \geq 50 jaar; sinds 12 maanden gekend met de diagnose van Alzheimerdementie volgens de DSM-IV en de **NINCDS-ADRDA**-criteria; **MMSE**-score \geq 20; bereidheid van de belangrijkste mantelzorgers om deel te nemen aan de studie
- exclusiecriteria: ernstige psychiatrische of somatische comorbiditeit die deelname aan de interventie onmogelijk maakt, deelname aan andere interventiestudies, opgenomen in een woon- en zorgcentrum.

Onderzoeksofzet

- multicenter, enkelblinde RCT
- interventiegroep (n=163 dyaden): multicomponente interventie, aan elke dyade aangepast, gedurende 8 tot 12 maanden uitgevoerd en bestaande uit:
 - ~ tot 7 individuele counselingssessies (2 met patiënt en mantelzorgers samen, 2 met beiden afzonderlijk, 1 met patiënt, mantelzorgers en familie samen) met focus op copingstrategieën en patiënt empowerment
 - ~ 5 educatieve groepsessies met patiënten en mantelzorgers afzonderlijk waarbij men op een interactieve manier basisinformatie over de ziekte en haar gevolgen aanbrengt
 - ~ extra ondersteuning door telefonische contacten om de 3 tot 4 weken en het bijhouden van een dagboek
- controlegroep (n=167 dyaden): alleen gestructureerde opvolging (op 6 en 12 maanden) met algemene informatie en adviezen
- follow-up na 6 en 12 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten voor de patiënt: verandering in **MMSE**-score, **CSDD**-score en **EQ-VAS**-score
- primaire uitkomstmaten voor de mantelzorgers: verandering in **GDS**-score, **EQ-VAS**-score

- secundaire uitkomstmaten: quality of life scale for Alzheimer's disease; EQ-VAS (door patiënt zelf ingevuld); neuropsychiatric inventory questionnaire; Alzheimer's disease cooperative study activities of daily living scale
- intention to treat analyse
- correctie voor **multiple testing**.

Resultaten

- studie-uitval van 54 dyaden; 32 in de interventie- versus 22 in de controlegroep
- in de interventiegroep kregen 118 dyaden (72%) de volledige interventie
- geen statistisch significant verschil tussen de interventie- en de controlegroep, noch voor de primaire, noch voor de secundaire uitkomstmaten; noch na 6 maanden, noch na 12 maanden
- klein niet-significant verschil op de CSDD-score in het voordeel van de interventiegroep (p=0,015).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een multicomponente, gedeeltelijk aangepaste interventie met counseling, educatie en ondersteuning bij patiënten met milde ziekte van Alzheimer en bij hun belangrijkste mantelzorgers in vergelijking met gestructureerde opvolging alleen na 12 maanden en na correctie voor multiple testing geen significant effect oplevert. Het kleine positieve effect van de niet gecorrigeerde primaire uitkomstmaat voor depressieve symptomen bij de patiënt vraagt om verder onderzoek bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en comorbiditeit van depressie.

Financiering van de studie National Board of Social Services at the Danish Ministry of Social Affairs; Danish Ministry of Health; Danish Health Foundation

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben die relevant zijn voor deze publicatie.

Methodologische beschouwingen

Het protocol van deze RCT⁵ voldoet aan alle methodologische eisen van de Cochrane Collaboration. A priori werd de steekproefgrootte berekend. De randomisatie van de patiënten over de verschillende onderzoeksgroepen gebeurde blind (concealment of allocation). Gezien de aard van de interventie kon men alleen de effectbeoordeelaars blinderen voor het verdere verloop van de studie. De inclusiecriteria zijn nauwkeurig weergegeven en laten toe om patiënten met een twijfelachtige diagnose van ziekte van Alzheimer uit te sluiten. Door een tekort aan vroegere correct uitgevoerde onderzoeken met deze interventie bij patiënten met milde ziekte van Alzheimer bestond er geen voorafgaandelijke consensus over de keuze van een primaire uitkomstmaat. De auteurs beschouwen hun studie dan ook als exploratief en gebruikten 3 verschillende primaire uitkomstmaten bij de patiënt en 2 bij de mantelzorger. Het is correct dat ze de resultaten gecorrigeerd hebben voor multiple testing. Ook werd er gecorrigeerd voor een ongelijke studie-uitval in beide groepen.

Interpretatie van de resultaten

Gegeven de chroniciteit en de gevolgen van de ziekte van Alzheimer zouden de voordelen op lange termijn van effectieve interventies in een vroeg stadium zeer groot kunnen zijn, zowel voor de patiënt als voor de mantelzorger. Counseling en het volgen van educatieve lessen op verplaatsing in een onderzoekscentrum is voor sommigen vaak een te hoge drempel. Daarom is het zinvol om psychosociale ondersteuning ook in te bedden in de ruimere dienstverlening aan huis⁶.

Deze studie kon geen significante resultaten aantonen van een multicomponente interventie bestaande uit counseling, informatieverstrekking en ondersteuning, noch op het vlak van preventie van depressieve symptomen en achteruitgang van de levenskwaliteit bij patiënten en hun mantelzorgers, noch op het vlak van cognitieve achteruitgang bij de patiënten. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Vooreerst is de inclusie niet gebaseerd op de eventuele hulpvraag of hulpnood van de patiënt of de mantelzorger. De auteurs suggereren dat de interventie wel een positief effect zou kunnen gehad hebben indien men 'reeds aanwezige psychosociale problemen' bij de inclusiecriteria had opgenomen. Ook is de 'gestructureerde opvolging' in de controlegroep misschien al een soort interventie op zich, die het effect van bijkomende psychosociale ondersteuning maskeert. Het is bovendien mogelijk dat de studie te weinig power had om een effect na een relatief korte opvolgperiode van 6 en 12 maanden aan te tonen. Er was wel een niet-significante vermindering van de depressie-score bij de patiënten. Gegeven de hoge co-morbiditeit tussen de ziekte van Alzheimer en depressie⁷ die op zich de cognitieve achteruitgang kan versnellen⁸, is deze bevinding relevant en nodigt ze uit tot verder onderzoek.

De auteurs waarschuwen tenslotte dat kwantitatieve studies de meerwaarde van psychosociale interventies niet volledig in kaart kunnen brengen, bijvoorbeeld op het vlak van 'het delen van ervaringen met lotgenoten'. Een kwalitatieve studie bij deelnemers van deze interventie toonde aan dat zowel patiënten als mantelzorgers zich leren aan te passen aan de uitdagingen van de ziekte dankzij de vroege ondersteuning op maat⁹.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde studie toont aan dat een multicomponente psychosociale interventie in vergelijking met gestructureerde opvolging alleen, bij patiënten met milde ziekte van Alzheimer en bij hun centrale mantelzorger, na 12 maanden niet leidt tot betere uitkomsten op het vlak van depressie, levenskwaliteit en cognitieve functies. Verder onderzoek naar effectieve psychosociale interventies, zowel voor patiënten als voor mantelzorgers, in een vroeg stadium van de ziekte van Alzheimer is nodig.

Voor de praktijk

De NHC-Standaard beveelt voor de aanpak van dementie aan om gebruik te maken van intensieve psychosociale multicomponente interventies gericht op de behoeften van patiënt en mantelzorger¹⁰. Bij de patiënt sluiten (een combinatie van) psychosociale interventies bij voorkeur aan bij de diagnostiek en de zorgbehoefte, zoals bijvoorbeeld individuele begeleiding, cognitieve training en gedragsinterventies. Hierbij is het ook nuttig dat de patiënt met ondersteuning van de mantelzorger gestimuleerd wordt tot aantrekkelijke lichamelijke activiteiten. Bij de mantelzorger sluiten (een combinatie van) psychosociale interventies bij voorkeur aan bij de zorgbehoefte, zoals voorlichting en cognitieve gedragstherapie en begeleiding (casemanagement). Ergotherapie kan de mantelzorger bijkomend trainen in probleemoplossende vaardigheden om de patiënt te helpen. De huidige studie toont aan dat een multicomponente psychosociale interventie geen meerwaarde biedt bij mantelzorgers en patiënten met milde ziekte van Alzheimer waarbij de diagnose in de laatste 12 maanden gesteld werd. In afwachting van verder onderzoek kan het voor de klinische praktijk nuttig zijn om in deze context maatgericht te werken met verschillende vormen van psychosociale ondersteuning wanneer er een duidelijke hulpvraag of hulpnood aanwezig is.

Referenties

1. Ulstein ID, Sandvik L, Wyller TB, et al. A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients - effects on patients and carers. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24:469-75.
2. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:657-64.
3. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, et al. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr* 2007;7:18.
4. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-78.
5. Waldemar G, Waldorff FB, Buss DV, et al. The Danish Alzheimer Intervention Study: rationale, study design and baseline characteristics of the cohort. *Neuroepidemiology* 2010;36:52-61.
6. Spruytte N, Vermeulen B, De Croof M, et al. *Thuisbegeleiding dementie Foton*. Leuven: LUCAS, 2009.
7. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-38.
8. Starkstein SE, Mizrahi R, Power, BD. Depression in Alzheimer's disease: Phenomenology, clinical correlates and treatment. *Int Rev Psychiatry* 2008;20:382-88.
9. Sorensen LV, Waldorff FB, Waldemar G. Early counselling and support for patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: a qualitative study on outcome. *Aging Ment Health* 2008;12:444-50.
10. Moll van Charante E, Perry M, Vermooij-Dassen MJ, et al. NHC-Standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:306-17.