Minerva - Duiding - 2/11/2026

Verbetert ergotherapie het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven bij personen met multiple sclerose?

Referentie
Kos D, Boers A, O'Meara C, et al. Occupational therapy for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2026, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD015371.pub2

Duiding
Annick Van Gils, ergotherapeute, KU Leuven, AP Hogeschool Departement Gezondheid & Wetenschappen.
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Wat is het effect op het vlak van dagelijks functioneren, sociale participatie en levenskwaliteit en wat zijn de ongewenste effecten van ergotherapeutische interventies bij personen met multiple sclerose?

Achtergrond

Multiple sclerose (MS) is een chronische immuungemedieerde aandoening van het centrale zenuwstelsel, gekenmerkt door inflammatie, demyelinisatie en neuroaxonale degeneratie. MS gaat gepaard met episodes van spierzwakte en gevoelsstoornissen in de ledematen, visusstoornissen, coördinatieproblemen en andere neurologische uitvalsverschijnselen, maar ook met complicaties zoals vermoeidheid en cognitieve stoornissen (1). In België treft deze aandoening ongeveer 104 per 100 000 personen (2). Verschillende richtlijnen bevelen ergotherapie als persoonsgerichte interventie aan om zowel het dagelijks functioneren, de zelfstandigheid, de sociale participatie als de levenskwaliteit te verbeteren of te behouden bij personen met beperkingen als gevolg van multiple sclerose (3-6). Alhoewel een systematische review van 2017 wees op een flagrant gebrek aan hoogwaardig bewijsmateriaal over het nut van ergotherapeutische interventies bij personen met MS, biedt de recente publicatie van een systematische review van de Cochrane Collaboration nieuwe inzichten (7,8).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyse.

Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) via Wiley Online Library; MEDLINE via PubMed NLM; Embase via Elsevier; CINAHL via EBSCOhost; PsycInfo via EBSCOhost; Web of Science via Clarivate; tot 17 november 2024
- ISRCTN registry; ClinicalTrials.gov; World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform; op 24 juli 2023
- geen taalrestricties.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: prospectieve gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde gecontroleerde klinische studies, inclusief de eerste fase van cross-overstudies, die ergotherapeutische interventies vergeleken met een actieve controle (placebo-interventie of specifieke controle-

interventie bovenop gebruikelijke zorg), met gebruikelijke zorg of met een inactieve controlegroep (geen behandeling of wachtlijst) bij personen ouder dan 18 jaar met multiple sclerose, ongeacht type of ziekteduur; zonder restricties met betrekking tot de intensiteit van de interventie (totale interventieduur en frequentie en lengte van de sessies)
- exclusiecriteria: retrospectieve cohortstudies of case-controlstudies; studies zonder vergelijkingsgroep (zoals casusreeksen); publicaties die geen studieresultaten rapporteerden (zoals protocollen, congresabstracts)
- er werden uiteindelijk 20 studies geïncludeerd waarvan 17 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) en 3 gecontroleerde klinische studies; 10 studies bestudeerden een vermoeidheidsmanagementprogramma, 9 studies ergotherapeutische interventies gericht op dagelijks functioneren (vaardigheidstraining, zelfmanagement, omgaan met cognitieve problemen) en 1 studie een socialisatieprogramma om sociale participatie te bevorderen; 6 interventies waren in groep, 11 individueel en 3 een combinatie van beiden; de controlegroepen bestonden uit actieve controle (placebo, psycho-educatie of alternatief programma) in 7 studies, gebruikelijke zorg in 9 studies en geen interventie (wachtlijst) in 4 studies.

Bestudeerde populatie
- totale inclusie van 1 628 personen tussen 18 en 70 jaar, vrouw/man-verhouding 3 op 1, getroffen door multiple sclerose met meestal milde tot matige beperking; 19 van de 20 studies werden uitgevoerd in hoge inkomenslanden (Europa (N=11), Verenigde Staten (N=6), Noord-Amerika (N=2) en Azië (N=1)).

Uitkomstmeting
- primaire uitkomstmaten net na de interventie, op middellange termijn (tot 6 maanden) en op lange termijn (>6 maanden)
    - dagelijks functioneren, gemeten met de **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**
    - gezondheidsgerelateerde mentale en fysieke levenskwaliteit, gemeten met de **Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29)**
    - ongewenste effecten: valincidenten, medische interventies, hospitalisaties, MS-relaps of MS-exacerbaties, mortaliteit en morbiditeit
- secundaire uitkomstmaten net na de interventie, op middellange termijn (tot 6 maanden) en op lange termijn (>6 maanden)
    - sociale participatie, gemeten met de **Participation and Autonomy Questionnaire (IPA)**
    - veerkracht, gemeten met de **Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RS)**
    - self-efficacy en self-management, gemeten met de **Multiple Sclerosis Self-Efficacy Scale (MSSE)** en de **Multiple Sclerosis Self-Management Scale (MSSM)**
    - angst en depressie, gemeten met de **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**
    - impact op mantelzorgers, gemeten met de **Caregiver Strain Index (CSI)**.

Resultaten
- primaire uitkomstmaten:
    - dagelijks functioneren: alleen statistisch significant beter in vergelijking met gebruikelijke zorg net na de interventie (SMD 1,19 met 95% BI van 0,29 tot 2,09; N=2; n=130; I^2=62; zeer lage zekerheid van bewijs) en op middellange termijn (SMD 0,99 met 95% BI van 0,57 tot 1,41; N=1; n=110; zeer lage zekerheid van bewijs) maar niet op lange termijn; op geen enkel meetmoment statistisch significant verschillend met actieve controle; vergeleken met geen interventie zag men geen statistisch significant resultaat na de interventie en op middellange terwijl op lange termijn deze vergelijking niet werd onderzocht
    - levenskwaliteit: geen statistisch significante verschillen
    - ongewenste effecten: geen enkele studie rapporteerde systematisch ongewenste effecten

- secundaire uitkomstmaten:
    - sociale participatie: geen statistisch significante verschillen
    - veerkracht: in slechts 1 studie onderzocht zonder statistisch significant verschil
    - self-efficacy: alleen statistisch significante verbetering versus gebruikelijke zorg na de interventie (SMD 0,33 met 95% BI van 0,07 tot 0,58; N=2; n=237; I^2=0%)
    - self-management: geen statistisch significante verschillen
    - angst en depressie: geen statistisch significante verschillen
    - impact op de mantelzorgers: niet onderzocht.

Besluit van de auteurs
Ergotherapie kan het dagelijks functioneren en de mentale kwaliteit van leven verbeteren na de interventie, ongeacht waarmee vergeleken wordt. Op middellange termijn lijken deze mogelijke voordelen aan te houden voor dagelijks functioneren (wanneer men vergelijkt met gebruikelijke zorg) en voor mentale levenskwaliteit (wanneer met vergelijkt met actieve controle). Er is onvoldoende bewijs voor effecten op lange termijn. Beperkt bewijs suggereert dat ergotherapie weinig tot geen effect heeft op de fysieke levenskwaliteit wanneer vergeleken wordt met actieve controle. Er werd geen bewijs gevonden over ongewenste effecten van ergotherapie. De gepoolde effecten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat de heterogeniteit van de interventies en de exclusie van multidisciplinaire studies waarbij aparte gegevens over ergotherapie ontbreken, de zekerheid van het bewijs beperken. Om sluitende conclusies te kunnen trekken over het effect van ergotherapie bij personen met MS is er toekomstig onderzoek nodig met een robuust onderzoeksdesign en een systematische uitkomstmeting.

Financiering van de studie
Elisabeth Casson Trust Research Grant 2022 (UK); Health Research Board (Ireland) & HSC Public Health Agentcy (Grant ESI-2021-001) through Evidence Synthesis/Cochrane Ireland.

Belangenconflicten van de auteurs
De auteurs rapporteren dat er geen belangenconflicten zijn.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie
Deze systematische review met meta-analyse van de Cochrane Collaboration volgde een vooraf geregistreerd protocol. Omdat de onderzoekers ervan uitgingen dat het aantal gepubliceerde gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) beperkt was, zochten ze ook naar niet-gerandomiseerde gecontroleerde klinische studies (CCT's). Ondanks deze aanpak beperkt het geringe aantal geïncludeerde studies (20 studies) de statistische power van de meeste vergelijkingen. Het risico van bias werd nagegaan door middel van de Cochrane-ROB2-tool voor de RCT's en door middel van de ROBIN-1 tool voor CCT's. Alle uitkomstmaten werden gemeten met zelfrapportagevragenlijsten. Hoewel dit logisch lijkt voor uitkomstmaten als levenskwaliteit en sociale participatie, vormt dit een belangrijke bron van bias. Dagelijks functioneren had men ook met meer objectieve meetinstrumenten kunnen meten. Voorts was er door de aard van de interventie geen blindering mogelijk, wat tot een verhoogd risico van bias geleid kan hebben. Een andere bron van bias was het ontbreken van gegevens over de belangrijke uitkomstmaten zoals dagelijks functioneren. De auteurs gebruikten voor alle uitkomstmaten een gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) omdat er in de oorspronkelijke studies vaak met verschillende meetinstrumenten beoordeeld werd. Het niveau van bewijskracht beoordeelden ze aan de hand van het Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)-scoresysteem. Voor de meeste uitkomsten gaven de auteurs een lage tot een zeer lage bewijskracht aan.

Beoordeling van de resultaten
Versus gebruikelijke zorg zag men met ergotherapie een statistisch significante en sterke verbetering voor dagelijks functioneren onmiddellijk na de interventie alsook op middellange termijn. De zekerheid van het bewijs schatte men echter als zeer laag in. Daarnaast vermelden de auteurs nog een matig en klein effect in vergelijking met respectievelijk geen interventie en een actieve controle op dagelijks functioneren onmiddellijk na ergotherapie. Deze gestandaardiseerde gemiddelden waren echter statistisch niet significant, mogelijk als gevolg van een tekort aan power. Behalve met de onzekerheid van het bewijs moeten we ook rekening houden met de hoge heterogeniteit van de interventies op vlak van inhoud (slechts beperkt beschreven), locatie (ambulant, thuis, en residentieel) en intensiteit. Bovendien waren de actieve controle en de standaardzorg heterogeen. Dat maakt het moeilijk om de resultaten te extrapoleren.
Wat de veiligheid en de mogelijke ongewenste effecten van ergotherapie in deze context betreft, kunnen de auteurs, vanwege het gebrek aan nauwkeurigheid en consistentie bij de rapportage van klinische voorvallen geen formeel oordeel vellen.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?
De reeds oudere Nederlandse Ergotherapierichtlijn Multiple Sclerose (2017) beveelt ergotherapie aan ter verbetering of behoud van het dagelijks functioneren, de participatie en de kwaliteit van leven van personen met multiple sclerose (3). Daarnaast adviseert de Richtlijn Multiple Sclerose van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN, 2023) om bij problemen op het gebied van activiteiten en participatie een multidisciplinaire revalidatiebehandeling in te zetten. Daarbij wordt aanbevolen de doelstellingen van de betrokken disciplines zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen (4). Het AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), de Waalse instantie die bevoegd is voor gezondheid en handicap, heeft strenge regels voor revalidatie bij MS vastgelegd. Zij benadrukt dat revalidatie bij MS zich niet mag beperken tot louter passieve ‘ergotherapie’. Revalidatie moet gericht zijn op het concrete en meetbare herstel van de zelfredzaamheid bij dagelijkse activiteiten. Bovendien schrijven de Waalse richtlijnen voor dat de naaste omgeving en mantelzorgers actief bij het proces moeten worden betrokken, met name door middel van aangepaste psychosociale begeleiding (5). Ook de NICE-richtlijn voor multiple sclerose benadrukt het belang van de betrokkenheid van ergotherapeuten binnen multidisciplinaire zorgteams (6). Men beschouwt ergotherapeuten als zorgprofessionals die, dankzij hun specifieke expertise, goed geplaatst zijn om tegemoet te komen aan de noden van personen met multiple sclerose en hen te ondersteunen bij het behoud van functioneren, participatie en kwaliteit van leven (3-6).

Besluit van Minerva
Deze systematische review van de Cochrane Collaboration met inclusie van gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde gecontroleerde studies toont met ergotherapie in vergelijking met gebruikelijke zorg op korte en middellange termijn een statistisch significante verbetering op vlak van het dagelijks functioneren bij personen met multiple sclerose. Door het beperkte aantal geïncludeerde studies is de power van veel vergelijkingen mogelijk te laag om een verschil voor andere uitkomsten aan te tonen. Wegens het hoge risico van bias voor verschillende domeinen en de grote heterogeniteit van de interventie- en controlegroepen moeten de resultaten bovendien voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Referenties

1. Dynamed. Multiple sclerosis (MS) in adults.Url: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/multiple-sclerosis-ms-in-adults
2. MS International Federation. Atlas of MS. 3rd ed. MS International Federation; 2020. (Website geraadpleegd op 26/09/2026 via https://www.atlasofms.org.)
3. Steultjens EM, Eijssen I, Arts-Tielemans M, et al. Ergotherapierichtlijn Multiple Sclerose. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; VU Medisch Centrum; Ergotherapie Nederland; 2017.

4. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Behandeling van de gevolgen van MS. Multiple Sclerose (MS). Federatie Medische Specialisten. Richtlijnendatabase; 30/12/2012. Update 11/12/2023. (Website geraadpleegd op 26/09/2026 via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/multiple_sclerose_ms/symptomatische_behandeling_van_ms/behandeling_van_de_gevolgen_van_ms.html)
5. Agence pour une Vie de Qualité. Troubles chez les patients atteints de la sclérose en plaques. AVIQ, 2026. Url: https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/revalidation-fonctionnelle/sclerose-en-plaques
6. National Institute for Health and Care Excellence. Multiple sclerosis in adults: management. (NG220) NICE; 2022. Updated 2024. (Website geraadpleegd op 26/09/2026)
7. Khan F, Amatya B. Rehabilitation in multiple sclerosis: a systematic review of systematic reviews. Arch Phys Med Rehabil 2017;98:353-67. DOI: 10.1016/j.apmr.2016.04.016
8. Kos D, Boers A, O'Meara C, et al. Occupational therapy for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2026, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD015371.pub2

Tabel. Primaire uitkomstmaten van ergotherapie versus actieve controle, gebruikelijke zorg en geen interventie.									
Uitkomstmaat	Post-interventie			Medium follow-up			Long-term follow up		
	Effectmaat (SMD)	95% BI	Heterogeniteit (I^2)	Effectmaat (SMD)	95% BI	Heterogeniteit (I^2)	Effectmaat (SMD)	95% BI	Heterogeniteit (I^2)
Ergotherapie versus actieve controle									
Dagelijks functioneren	0,22	-0,02 – 0,46	0,17	0,11	-0,13 – 0,35	0	-0,05	-0,52 – 0,42	NA
Kwaliteit van leven (mental health)	0,33	-0,01 – 0,66	0,42	0,21	-0,08 – 0,49	0,20	0,06	-0,41 – 0,53	NA
Kwaliteit van leven (physical health)	0,17	-0,09 – 0,42	0,12	0,19	-0,05 – 0,43	0	0,05	-0,42 – 0,52	NA
Ergotherapie versus gebruikelijke zorg									
Dagelijks functioneren	1,19	0,29 – 2,09	0,62	0,99	0,57 – 1,41	NA	0,63	0,19 – 1,07	NA
Kwaliteit van leven (mental health)	0,44	-1,27 – 2,16	0,91	0,18	-0,63 – 0,98	0,90			
Kwaliteit van leven (physical health)	0,69	-1,18 – 2,56	0,91	0,26	-0,33 – 0,86	0,81	0,15	-0,19 – 0,49	NA
Ergotherapie versus geen interventie									
Dagelijks functioneren	0,56	-0,26 – 1,37	0,68						
Kwaliteit van leven (mental health)	0,68	-0,09 – 1,45	0						
Kwaliteit van leven (physical health)	0,12	-0,62 – 0,86	0						