

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsgeneeskundige praktijk bondig samen.

PALLIATIEVE VERPLEEGTEAMS WELKOM IN DE EERSTE LIJN



Kmietowicz Z. Specialist nursing care enables more people at end of life to die at home and reduces hospital treatment, study finds. *BMJ* 2012;345:e7679.

De laatste jaren is er meer aandacht voor het aanbieden van palliatieve zorg in de eerste lijn, ook in Vlaanderen. Veel mensen willen thuis sterven, maar missen hiervoor vaak de nodige ondersteuning, waardoor ze uiteindelijk toch in het ziekenhuis of in de hospice eindigen. Bovendien is het laatste levensjaar vaak duur door behandelingskosten, o.a. door ziekenhuisopnames die eventueel te vermijden zijn.

BMJ bericht ons over een studie waarbij sterke aanwijzingen worden gegeven voor de waarde van gespecialiseerde verpleegteams voor palliatieve zorg in de eerste lijn.¹ Deze Britse studie includeerde

de 60 000 patiënten; 29 538 patiënten op het einde van hun leven werden bijgestaan door gespecialiseerde thuisverpleging, een dienst van Marie Curie Cancer Care. De gematchte controlegroep ontving de gebruikelijke (verpleeg)zorg. De patiënten in het programma van Marie Cure (= interventiegroep) bleken meer dan tweemaal meer kans te hebben om thuis te sterven dan mensen die standaardzorg kregen (77% ten opzichte van 35%). Deze patiënten overleden minder vaak in een ziekenhuis en ook minder vaak in een hospice. In vergelijking met de patiënten in de controlegroep bracht deze interventiegroep driemaal minder

vaak een bezoek aan de spoeddienst (12% ten opzichte van 35%).

Het onderzoek bekeek ook het kostenplaatje van de zorg. Zoals verwacht, was de kost voor ziekenhuiszorg veel lager bij de interventiegroep dan bij de controlegroep. Er werd evenwel geen vergelijking gemaakt tussen de beide groepen wat de kostprijs voor de eerstelijnszorg betreft. De versterking van de eerstelijnszorg door palliatieve verpleegteams is dus een goede zaak, zowel uit economische als uit morele overwegingen. Recent werd aan de Universiteit Antwerpen een Zorgpad Palliatieve Zorg ontworpen, waarin de bestaande palliatieve verpleegteams een rol spelen. Dit zorgpad wordt binnenkort getoetst op zijn wetenschappelijke waarde.

Bert Leysen

¹ Chitnis X, Georgiou T, Steventon A, Bardley M. The impact of the Marie Curie nursing service on place of death and hospital use at the end of life. Nov 2012. www.nuffieldtrust.org.uk/publications/marie-curie-nursing

PATIËNTEN MET GEVORDERDE KANKER BLIJVEN HOPEN OP GENEZING



Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012;367:1616-25.

De meeste mensen met een ongeneeslijke ziekte willen zolang mogelijk leven en dit op een kwaliteitsvolle manier. Als er op korte termijn geen uitkomst meer is, dan willen ze vredig sterven en dit bij voorkeur buiten het ziekenhuis. Een absolute voorwaarde hiervoor is dat deze patiënten de juiste informatie op het juiste moment krijgen en dat ze realistische verwachtingen

hebben zowel wat de prognose betreft als over de mogelijke palliatieve behandelingen. Het adequaat overbrengen van de juiste informatie is van belang om patiënten eerlijk in het beslissingsproces te betrekken om al dan niet palliatieve behandelingen op te starten, maar ook om de planning van het levenseinde optimaal en tijdig met de patiënt te bespreken.

Om na te gaan hoe realistisch de verwachtingen zijn over het effect van palliatieve chemotherapie, hebben Amerikaanse onderzoekers van een grote prospectieve observationele cohortstudie gekeken naar de verwachtingen van patiënten die lijden aan gemetastaseerde longkanker of aan gemetastaseerde colorectale kanker. Deze verwachtingen bleken onrealistisch te zijn: niet minder dan 69% van de 710 ondervraagde longkankerpatiënten met metastasen en 81% van de 483 patiënten met gemetastaseerde colorectale kanker dachten dat hun chemotherapie nog genezend zou kunnen zijn! Dit werd hen gevraagd vier maanden nadat de diagnose van ongeneeslijke kanker werd gesteld. Een multivariate logistische regressieanalyse ging na met welke factoren dit misverstand geassocieerd was: er waren

meer onrealistische verwachtingen bij colorectale kanker dan bij longkanker, meer bij niet-blanke Amerikanen, meer bij patiënten die geen geïntegreerde zorg kregen en meer bij patiënten die de communicatievaardigheden van hun artsen hoger quoteerden. Er was geen verband met het niveau van opleiding, de functionele status of de mate waarin de patiënten een rol opnamen in het beslissingsproces.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat men niet kan verifiëren hoe de boodschap van de prognose en van de palliatieve chemotherapie aan de patiënten werd overgebracht. Er gebeurde immers geen observatie van dit overleg tussen de behandelende oncoloog en de patiënt.

Verschillende hypothesen kunnen het fenomeen van deze onrealistische verwachtingen verklaren. Het kan zijn dat de boodschap door de artsen vaak verbloemd werd overgebracht en dat slechts 20% à 30% van de patiënten

de ware toedracht vatte. Deze laatste groep patiënten die begrepen wat er aan de hand was, quoteerde doorgaans de kwaliteit van de communicatie van hun artsen minder hoog; de inhoud van de boodschap zou de beoordeling van de kwaliteit van de communicatie dus wel eens kunnen vertekenen.

Het kan ook zijn dat patiënten in hun 'coping' van het slechte nieuws het effect van chemotherapie gaan overschatten en/of dat ze kiezen om de ongunstige prognose niet te (blijven) geloven. Culturele factoren lijken sowieso een rol te spelen maar het blijft onduidelijk of aan de niet-blanke patiënten de boodschap anders gebracht werd of dat eenzelfde boodschap door deze patiënten anders (vanuit een ander cultureel perspectief) begrepen werd. Wellicht is het hoge percentage van 'misverstanden' toe te schrijven aan een combinatie van de voorgestelde hypothesen. In een begeleidend editoriaal wordt verwezen naar eerder onderzoek waaruit

bleek dat de meeste patiënten echt wel willen weten of ze nog kunnen genezen en dat de meerderheid hun juiste prognose wil kennen. Deze aspecten moeten dan wel op een vaardige manier en herhaald met de patiënten besproken worden.

Een nuttige aanpak hierbij is het 'vraag-vertel-vraag'-principe ('ask-tell-ask'-skill): *vraag* de patiënt wat ze willen weten over hun prognose – *vertel* hen wat ze willen weten – *vraag* hen nadien wat ze nu begrijpen van hun situatie. Door dergelijke patiëntgerichte communicatie met respect voor de keuzes van de patiënt over wat deze bespreekbaar vindt, kunnen misverstanden wellicht meer vermeden worden en kan de palliatieve aanpak dicht bij de echte wensen van de patiënt komen.

Marc Van Nuland

THUIS STERVEN



Bakhai K, O'Sullivan C, Riley J. End-of-life care: identification, communication, training, and commissioning. *BJGP* 2013;63: 6-7.

Een belangrijke kwaliteitsindicator voor palliatieve zorg is of men overlijdt op de plaats waar men dit had gewenst, zo blijkt uit een recent editoriaal van het *BJGP*.

In Engeland en Wales gebeuren 58% van de overlijdens in een ziekenhuis, 18% thuis, 17% in een rusthuis en 4% in een hospice. Hoewel 49 tot 78% van de patiënten met gevorderde kanker het liefst thuis zou sterven, gebeurt dit slechts bij 23% van deze groep. Mensen met chronische orgaanziekten overlijden nog minder vaak thuis: bij chronisch hartlijden is dit 10,8%, bij chronisch longlijden 19% en bij chronisch nierlijden 11,5%.

Deze cijfers maken duidelijk dat de zorg voor palliatieve patiënten zeker nog kan verbeteren, in het bijzonder voor niet-oncologische patiënten.

De eerste stap is het identificeren van patiënten die baat zouden kunnen hebben bij een palliatieve aanpak. Een belangrijk instrument dat het 'Gold Standards Framework' hiervoor aanprijst, is de 'surprise question': 'Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen een jaar overleden is?' De geïdentificeerde patiënten worden vervolgens geregistreerd in het 'end-of-life register' van de praktijk, wat men in Vlaanderen de palliatieve (of HiPP-)lijst zou noemen. 99% van de praktijken in

het Verenigd Koninkrijk werkt ermee (het is verplicht), maar adequate palliatieve zorg aanbieden blijkt moeilijker te zijn: slechts 60% komt hieraan toe.

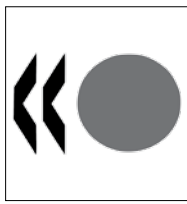
Palliatieve zorg is niet goed gekend bij de diverse zorgverleners; minder dan een kwart van de Londense huisartsenpraktijken gebruikt 'best practice models' voor palliatieve zorg. Vorming is dus essentieel om de kwaliteit van de palliatieve zorg te bevorderen.

CoordinateMyCare (CMC) is een nieuwheid waarbij patiëntengegevens gedeeld worden tussen verschillende eerste- en tweedelijnszorgverleners, waaronder ook de wachtposten en spoeddiensten. 70% van de patiënten die hierin geregistreerd staan, sterft in een eerstelijnssetting; 80% zelfs op hun plaats van voorkeur. Helaas is het gebruik van CMC nog niet wijd verspreid.

Bert Leysen

1 www.goldstandardsframework.org.uk/TheGSFToolkit/Identify/TheThreeTriggers.html

GEESTELIJK GEZOND AAN HET WERK



Mental Health and Work: Belgium. OECD Publishing, 2013. www.inami.fgov.be/information/nl/studies/study-20130129/index.htm

Meer info ICF-codering: Towards a common language for function-

ing, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

Mensen met psychische aandoeningen ondervinden problemen op de arbeidsmarkt: vier op vijf melden verminderde productiviteit, ze zijn twee- tot driemaal vaker afwezig door ziekte en de tewerkstellingsgraad ligt vijftien procent lager dan bij mensen zonder mentale problemen.

Een op drie Belgische werklozen lijdt aan geestelijke gezondheidsproblemen, stelt de OESO in het rapport 'Mental Health and Work: Belgium'. Geestelijke gezondheidsproblemen kosten de Belgische economie en maatschappij jaarlijks ongeveer 3,4% van het BBP aan verloren banen en gezondheidszorg. Een op drie invaliditeitsuitkeringen wordt aangevraagd op basis van psychische problemen en hun aandeel stijgt. De sterkste toename zien we bij jonge mensen (6,3% bij 20 tot 24-jarigen) (zie figuur). Nochtans toont internationaal epidemiologisch en klinisch onderzoek aan dat er geen stijging is in het aantal geestelijke aandoeningen.

Omgekeerd hebben mensen met psychische problemen die werken, een beter zelfwaardegevoel, minder psychiatrische symptomen, minder sociale beperkingen en een betere subjectieve levenskwaliteit. De wil om te werken is zelfs groter bij mensen met psychische problemen dan in de algemene populatie. Voor degenen die vast werk hebben, daalt de kost voor zorg en behandeling drastisch.

'Werk helpt mensen te ontsnappen uit de beperkte rol van psychiatrische patiënt en een nieuwe identiteit uit te bouwen, waarbij men bijdraagt tot de samenleving,' aldus prof. dr. Chantal Van Audenhove, een van de sprekers op het colloquium naar aanleiding van dit rapport op 29 januari 2013 op het Riziv.¹

België heeft een veelbelovende structuur om de uitdagingen op gebied van geestelijke gezondheid en werk aan te gaan. Enerzijds heeft de vooruitstrevende arbeidswetgeving een sterke focus op preventie van psychosociale belasting veroorzaakt door werk. Anderzijds zorgt het geïntegreerde uitkeringsstelsel bij ziekte en invaliditeit van het Riziv ervoor dat zieke werknemers die hun baan verliezen, lange tijd een werkloosheidsuitkering trekken. In België is het minder aantrekkelijk dan in andere OESO-landen om over te stappen naar een arbeidsongeschiktheidsuitkering, waardoor ze regelmatig in contact blijven met arbeidsbemiddelingsdiensten, wat re-integratie op de arbeidsmarkt vergemakkelijkt. Tot slot bieden ook grootschalige hervormingen in de geestelijke gezondheidssector en ondersteuningsmogelijkheden in het onderwijs kansen.

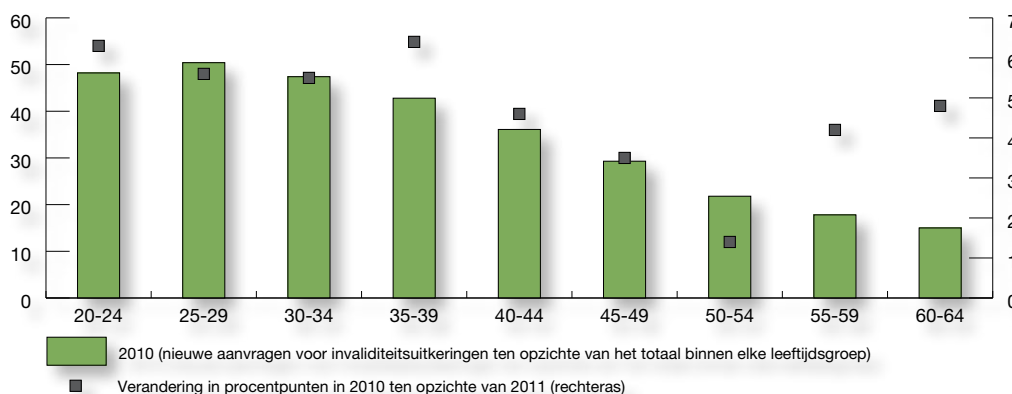
Het potentieel van dit systeem wordt volgens de OESO niet volledig benut. Er is nood aan een betere uitvoering van de bestaande wetgeving, meer aandacht

voor de behoeften van mensen met psychische problemen in de werkloosheid en op de arbeidsmarkt, sneller en proactief optreden van alle spelers (werkgevers, arbeidsgeneesheren en ziekenfondsen) en een betere samenwerking tussen de verschillende instellingen.

Prof. dr. Van Audenhove wil de cultuur van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen doorbreken en pleit voor arbeidsintegratie volgens de principes van supported employment: een geheel van maatregelen dat ondersteuning biedt aan werknemers met een beperking en hun werkgever, waardoor het mogelijk wordt dat een persoon met een arbeidshandicap een betaalde job in het normaal economisch circuit kan verwerven en behouden. De effectiviteit van Individual Placement and Support (IPS) werd al uitgebreid aangetoond.¹

'Arbeidsongeschiktheid is meestal een tijdelijk therapeutisch middel, net zoals medicatie. Beide hebben op termijn soms ongewenste neveneffecten en dienen enkel bij ernstige aandoeningen chronisch te worden aangewend. Bij depressie is dat zelden het geval,' aldus dr. Jean Pierre Bronckaers, geneesheer-directeur bij de Landsbond van Liberale Mutualiteiten. Daarom moeten de behandelende (huis) arts, de arbeidsgeneesheer en de patiënt een coherente visie op re-integratie hanteren. Dat kan door telkens een periode (met begin- en einddatum) te attesteren; een getuigschrift van aangifte op te stellen met een uitgebreidere beschrijving van de functionele mogelijkheden, prognose, deeltijds werk,... Ook belangrijk is om de voorschrijvende arts en huisarts te informeren over de beslissingen en voorstellen van de arbeidsgeneesheer en de elektro-

Figuur: Nieuwe aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen per leeftijd in België.



nische uitwisseling van gegevens te versoepelen.²

Dr. Bronckaers oppert dat alle richtlijnen, gepubliceerd door de National Raad voor KwaliteitsPromotie (NRKP), Domus Medica, SSMG en andere, naast de diagnostische en therapeutische criteria, ook de nood en duur van de arbeidsongeschiktheid moeten vermelden.² De Commissie Richtlijnen van Domus Medica erkent dat er meer aandacht nodig is voor de sociale consequenties van bepaalde aandoeningen in richtlijnen, maar stelt een breder kader voor. *'Naast de sociale weerslag van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting op de patiënt en zijn omgeving moeten we*

ook rekening houden met veiligheid, besmettingsgevaar, (on)mogelijkheid om te werken enz. Dat is een erg complexe materie,' aldus dr. Hilde Philips, voorzitter van de Commissie. 'Door een gebrek aan literatuur zullen we hierover zelden of nooit evidence based uitspraken kunnen doen. Door middel van multidisciplinair overleg tussen huisartsen, arbeidsgeneesheren, controleartsen en eventueel patiëntenverenigingen kunnen we hoogstens tot een op consensus gebaseerd advies komen.' Wellicht is het op termijn wenselijk om richtlijnontwikkelaars te motiveren een aandoening zoveel mogelijk te situeren binnen de ICF-codering. De International

Classification of Functioning, Disability and Health stelt de gebruikers van een richtlijn beter in staat de patiënt te benaderen binnen zijn totaal functioneel kader.

Hanne Claessens

- 1 Van Audenhove C. Vooruitzichten van de academische wereld. Colloquium OESO – RIZIV Mental Health and Work, dinsdag 29 januari 2013.
- 2 Bronckaers J-P. Standpunt van de verzekeringsinstellingen. Colloquium OESO – RIZIV Mental Health and Work, dinsdag 29 januari 2013.

VALINCIDENTEN IN RUSTHUIZEN: WAT LEREN VIDEO-OPNAMES?



Robinovitch S, Feldman F, Yang Y, et al. Video capturing of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *Lancet* 2013;381:47-54.

Valincidenten zijn de meest voorkomende oorzaak van niet-intentionele verwondingen bij ouderen (≥65 jaar). In de Angelsaksische landen zijn deze valpartijen in de leeftijdsgroep vanaf 65 jaar verantwoordelijk voor 90% van de heup- en polsfracturen en voor 60% van de hoofdverwondingen. Gemiddeld vallen 65-plussers drie keer per jaar. Hoe ouder men wordt, hoe meer men valt. Onder de bewoners van een woonzorgcentrum zijn die cijfers

nog hoger: ongeveer 50 tot 70% valt minstens één keer per jaar. Bij ouderen met dementie kan het percentagevallers zelfs oplopen tot 66%.¹ Uit een Vlaamse studie uit 2009 blijkt dat 77,3% (n= 1270) van de 65-plussers die worden opgenomen op de spoeddienst, hier terecht komt omwille van een valincident.²

Preventie van vallen bij ouderen is dus een prioriteit in de gezondheidszorg. Momenteel ontbreekt echter goede informatie over de valmechanismen, zoals hoe en waarom oudere personen vallen. Wat we tot nu toe over vallen weten, is vooral gebaseerd op interviews of valrapporten, dus op informatie die ná het incident verzameld werd. Deze informatie is weinig betrouwbaar; zelfs jonge mensen hebben het moeilijk om na een incident correct te beschrijven wat er gebeurd is.

Om betere preventieve maatregelen te ontwikkelen is er dus nood aan objectieve informatie over de oorzaken en omstandigheden waarin oudere personen vallen. Deze studie van Robinovitch en collega's wil vallen beter te begrijpen door valincidenten vast te leggen op video en deze te analyseren. Tussen april 2007 en juni 2010 werden de valincidenten in twee Canadese rusthuizen met 548 bewoners onderzocht. In deze rusthuizen worden systematisch gestructureerde rapporten gemaakt van alle valincidenten. Voor de studie werden in de gemeenschappelijke ruimtes (eetzaal, gemeenschap-

pelijke ruimtes, hal) van deze instellingen camera's aangebracht. Elke 'valvideo' werd geanalyseerd door een team van minstens drie experts op basis van een gevalideerde vragenlijst die vooral focuste op de oorzaak van een 'onevenwicht' en de activiteit die tot de val leidde. Voor de valincidenten geregistreerd in 2010 werd ook het medisch dossier van de personen in kwestie bekeken.

Uiteindelijk werden 227 valincidenten bij 130 personen bestudeerd. De gemiddelde leeftijd van deze groep was 78 jaar (SD= 10); 52% waren vrouwen en bij 34% was de diagnose van de ziekte van Alzheimer gesteld. Van alle valincidenten in beide rusthuizen vonden er respectievelijk 45% en 34% plaats in de gemeenschappelijke ruimtes; hiervan werden er 65% en 28% op video vastgelegd.

De meest voorkomende oorzaak van vallen was 'het verschuiven van het gewicht' (41% van de valincidenten). Andere oorzaken waren: 'struikelen' (21%), 'ergens tegenaan lopen' (11%), 'steun verliezen' (11%) en 'ineenzakken' (11%). 'Uitschuiwen' was maar verantwoordelijk voor 3% van de valincidenten. De drie activiteiten die het meest geassocieerd waren aan vallen, waren: voorwaarts stappen (24%), stilstaan (13%) en gaan zitten (12%).

Verder stelde men vast dat het vallen vooral midden in de namiddag gebeurde, iets wat ook in andere onderzoeken reeds werd opgemerkt. Het was ook opvallend

dat slechts bij 21% van de valincidenten een externe steun gebruikt werd door de bewoners, terwijl 74% van hen dit eigenlijk nodig had.

Van de 60 combinaties van oorzaak en activiteit, waren er 17 combinaties geassocieerd met 6 of meer valincidenten. In meer dan de helft van deze combinaties was het 'incorrect verschuiven van het lichaamsgewicht' aanwezig. Het grootste aantal valincidenten kwam voor bij de combinatie van struikelen en voorwaarts stappen (11% van de valpartijen).

In vergelijking met thuiswonende ouderen vallen rusthuisbewoners meer tijdens staan en transfer en struikelen ze minder tijdens wandelen en het verschuiven/verplaatsen van het evenwicht. Gemiddeld zijn er twee tot drie keer meer valincidenten in rusthuizen dan bij thuiswonende ouderen.

Beperkingen van de studie zijn o.a. het feit dat camera's enkel in de gemeenschap-

pelijke ruimtes geplaatst werden, waar de omgeving toch anders is dan in de eigen kamer of badkamer. De auteurs geven zelf ook aan dat de kwaliteit van de beelden niet altijd perfecte beoordelingen toeliet. Verder heeft men de relatie tussen valmechanisme en medische status niet kunnen onderzoeken omdat slechts 41 personen toestemming gaven om hun medisch dossier te gebruiken.

De gefilmde groep lijkt representatief voor de totale groep die viel: uit incidentrapporten blijkt dat gefilmde valpartijen niet verschilden van niet-gefilmde valpartijen. De interraterbetrouwbaarheid (2 teams die 15 dezelfde video's beoordelen) en de intraraterbetrouwbaarheid (dezelfde video's 1 jaar later opnieuw beoordelen) was hoog, Cohen's kappa was tussen de 87 en 93%. De onderzoekers besluiten dat deze studie toch een goed beeld geeft van vallen in gemeenschappelijke ruimtes in rusthuizen.

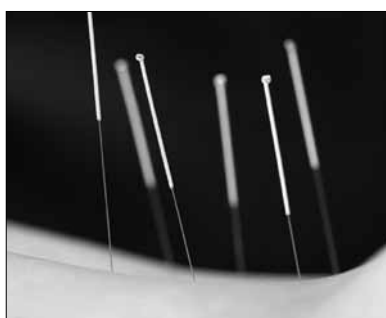
Als conclusie geven de auteurs aan dat op basis van deze inzichten in de activiteiten die vaak voorafgaan aan een val en de oorzaken van evenwichtsverlies, een meer valide en effectieve aanpak van valpreventie in rusthuizen kan worden opgezet. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn alvast: de planning van de inrichting (circa 25% van struikelen gebeurt over karren, stoel- of tafelpoten) en aandacht voor transferactiviteiten (specifieke spierversterkende oefeningen, hulpmiddelen correct gebruiken).

Hilde Bastiaens

1 www.vermijdvallen.be/cijfers-en-feiten

2 Milisen K, Detroch E, Bellens K, et al. Valincidenten bij thuiswonende ouderen: een pilotstudie naar prevalentie, omstandigheden en gevolgen in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2004;35:15-20.

ACUPUNCTUUR VOOR CHRONISCHE PIJN



Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et al.; for the Acupuncture Trialists' Collaboration. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012. Sep 10;1-10. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3654. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22965186.

Hoewel controversieel, wordt acupunctuur wereldwijd veel gebruikt bij de behandeling van chronische pijn. Om de effectiviteit van acupunctuur in te schatten bij chronische pijn (artrosepijn of specifieke chronische pijn ter hoogte van de rug, nek, hoofd of schouder) werd recent een originele meta-analyse uitgevoerd.

Origineel aan de benadering was dat niet alleen zeer hoge kwaliteitseisen werden gesteld aan de geïncludeerde RCT's, maar dat voor de analyse van de effectgrootte de oorspronkelijke, niet-bewerkte gegevens van de individuele patiënten uit de geselecteerde trials werden gebruikt. De 'pooling' of het samenbrengen van de

gegevens voor de meta-analyse gebeurde dus niet op het niveau van de resultaten van de gepubliceerde trials, maar op het niveau van de oorspronkelijke patiëntengegevens. Van de 31 behouden RCT's konden zo de oorspronkelijke gegevens van 17 922 patiënten uit 29 trials geanalyseerd worden.

Uit deze analyse bleek dat acupunctuur superieur was aan 'sham-' of 'placebo-acupunctuur' (SD= 0,15-0,23) en aan de controlegroep zonder acupunctuur (SD= 0,42-0,57), en dit voor alle vernoemde pijnsyndromen, ook na correctie voor 'outliers' en mogelijke publicatiebias. De effectmaat wordt hier uitgedrukt in het aantal 'SD' of 'Standard Deviations' ver-

schil in pijnscores. Om dit concreet voor te stellen wordt een voorbeeld gegeven van een patiënt met een pijnscore van 60 op een schaal van 0 tot 100. Zonder acupunctuur (dus bij 'usual care') verwacht men een evolutie naar een pijnscore van 43, met shamacupunctuur naar 35 en met echte acupunctuur naar 30. Indien 'respons rates' als uitgangspunt genomen worden, waarbij respons wordt gedefinieerd als een pijnreductie van 50% of meer, dan zouden deze respectievelijk ongeveer 30%, 42,5% en 50% bedragen.

Deze significante verschillen worden geduid als bescheiden maar klinisch relevant. In het effect van acupunctuur onderscheidt men therapiespecifieke effecten (eigen aan 'echte acupunctuur') gesuperponeerd op niet-specifieke fysiologische (prikken) en psychologische effecten (placebo).

Het artikel besluit dat acupunctuur doeltreffend is voor de behandeling van chronische pijn en een verwijzing naar een gekwalificeerde acupuncturist de overweging waard is.

Peter Leysen