

Bijlage Kennislacunes

Achtergrond

Van een kennislacune wordt gesproken als na kennissynthese geconstateerd wordt dat een gebrek aan kennis het maken van de afweging van gewenste en ongewenste effecten belemmert. De volgende vormen van kennislacunes kunnen worden onderscheiden (IQ Healthcare, 2013):

- Er is geen gepubliceerd onderzoek gevonden dat aansluit op de geformuleerde uitgangsvraag (mits er optimaal gezocht is);
- Het gevonden onderzoek (één of meerdere studies) was van onvoldoende kwaliteit, vanwege:
 - Lage bewijskracht van het gebruikte onderzoekdesign (bijvoorbeeld observationeel of niet-vergelijkend onderzoek bij therapeutische interventies);
 - De schatting van de effectmaat of -maten is niet precies (breed betrouwbaarheidsinterval), bijvoorbeeld doordat het onderzoek te klein in omvang was;
 - De onderzoeksresultaten zijn inconsistent, waardoor geen goede conclusie kan worden getrokken over het effect en de effectgrootte;
 - Het bewijs is indirect, door het gebruik van een andere patiëntenpopulatie dan waar de richtlijn op van toepassing is, andere uitkomst of andere determinanten of door uitsluitend indirecte vergelijkingen;
 - Er is een grote kans op rapportage- of publicatiebias.

Werkwijze

De werkgroep heeft kennislacunes opgenomen, die aan de volgende criteria voldoen:

- De lacune betreft een belangrijke klinische vraag (ziektelast, ziekteverzuim, kosten, belasting familieleden). Ja/nee
- Opvullen van de lacune heeft gevolgen voor de richtlijn. De aanbevelingen in de richtlijn kunnen inhoudelijk veranderen of een zwakke aanbeveling kan een sterke aanbeveling worden (of andersom). Ja/nee
- Beantwoording van de vraag verbetert in potentie de kwaliteit van zorg en/of de patiëntuitkomsten (bijvoorbeeld kwaliteit van leven). Ja/nee
- De lacune is onderzoekbaar en het beoogde onderzoek is haalbaar, dat wil zeggen dat het een reële kans van slagen heeft in de huidige onderzoekspraktijk en -infractuur. Denk hierbij niet alleen aan de kosten maar ook aan ethische aspecten. Ja/nee

Als alle vier de criteria met JA worden beantwoord dan is er sprake van een relevante kennislacune.

Als er op één of meer van de criteria NEE wordt geantwoord dan zal de werkgroep een discussie voeren over de zinvolheid van het formuleren van een kennislacune.

1. Ten aanzien van het IMV model: Waar het aan ontbreekt is validatie in de beleving van cliënten en naasten en nabestaanden via grootschalige interviewstudies. Herkennen zij zich hierin? En hoe dan? Wat zijn voor hen dan de belangrijkste elementen van entrapment, waaraan merkten zij dat? En hoe zit dat in de intentionele fase? De beschrijving van het model zoals dat nu wordt gegeven, ontbeert de nuances die vanuit de ervaring van cliënten en naasten/nabestaanden kan worden gegeven.
2. Suïcidaliteit is een transdiagnostisch en heterogeen fenomeen. We maken momenteel slechts een grove indeling in acuut en persisterend. Er is echter een duidelijk gebrek aan kennis over de differentiatie van suïcidaliteit. Verschillende vormen van suïcidaliteit vragen om een meer gepersonaliseerde aanpak, zowel op psychotherapeutisch als biologisch vlak, maar ook in de keuze van andere interventies, de verdeling van verantwoordelijkheden en de eventuele overname van autonomie.
3. De meerwaarde van de inzet van ervaringsdeskundigen in de zorg ontbreekt, evenals de meerwaarde van de inzet van lotgenotencontact. Er is méér wetenschappelijk onderzoek

nodig naar de inzet en effectiviteit van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Op welke manier en voor wie kan het bijdragen om suïcidaliteit te verminderen, maar ook acceptatie van suïcidale gedachten in een latere (persisterende/resistente) fase te bevorderen..

4. Of en hoeveel effect antidepressiva hebben op suïcidaliteit is niet te zeggen, omdat de literatuur tegenstrijdig is. Het wordt aanbevolen om via een 'individual patient data analysis' (op basis van reeds bestaande trialdata) en relevante subgroepanalyses naar mate van suïcidaliteit dit te onderzoeken.
5. Er is onvoldoende onderzoek naar het effect van benzodiazepines op suïcidaliteit.
6. Een meta-analyse naar het effect van psilocybine op suïcidaliteit ontbreekt. Het is aan te bevelen dat er een goede systematische review en meta-analyse wordt uitgevoerd op dit onderwerp.
7. Er is slechts één systematische review over rTMS, waarvan de kwaliteit kritisch laag is. Acht van de tien studies includeerde patiënten met een depressieve stoornis. Het is daarom onduidelijk wat het trans-diagnostische effect is van rTMS op suïcidaliteit.
8. Op gebied van psychotherapie zijn data van heel veel RCT's beschikbaar. Wat we nog niet weten is welke psychotherapie het beste werkt bij welke patiënt. Er is vrijwel geen onderzoek gedaan om verschillende therapieën 'head-to-head' te vergelijken en er is ook vrijwel geen onderzoek gedaan om te testen welke kenmerken/eigenschappen of wensen van patiënten een beter of slechter effect van behandeling voorspellen. Studies naar effecten van psychotherapie op kwaliteit van leven ontbreken.
9. Een tweede lacune op gebied van psychotherapie is vergelijkbaar met die bij antidepressiva. We hebben veel onderzoeksgegevens uit RCT's die niet primair zijn ontworpen om suïcidaliteit te behandelen. Vaak gaat het om RCT's gericht op andere problematiek, zoals depressie of persoonlijkheidsproblematiek, waarbij suïcidaliteit is meegenomen als secundaire uitkomst. Patiënten met ernstige suïcidaliteit zijn vaak uitgesloten van deelname. Dit vertekent de resultaten en zou bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom we geen verschil vinden in effect tussen therapieën die zich direct richten op de suïcidaliteit en therapieën die indirect werken.
10. De kosteneffectiviteit van psychotherapie om suïcidaliteit te behandelen is onbekend. Ook studies naar de totale maatschappelijke kosten van al dan niet behandelen met psychotherapie, ontbreekt.
11. Er is gebrek aan hard bewijs voor of tegen de effectiviteit van vrijwel alle vormen van begeleiding en vaktherapie of beweging. Het effect van non-verbale interventies (vaktherapie, mindfulness, yoga) op het verminderen van suïcidaliteit is onduidelijk. Het wordt aanbevolen het effect van dergelijke interventies op het verminderen van suïcidaliteit verder te onderzoeken middels een gerandomiseerde studie.
12. Er is geen goede internationale definitie of operationalisatie van persisterende suïcidaliteit.
13. De evidentie over persisterende suïcidaliteit is mager. Meer onderzoek naar het definiëren, vaststellen en behandelen van persisterende suïcidaliteit is nodig.
14. Verbindend gezag voor ouders van kinderen met suïcidaliteit. Er is een pilot studie gedaan en de resultaten lijken veelbelovend, maar er is nog te weinig evidentie uit onderzoek met voldoende bewijskracht.

Referenties

IQ Healthcare. 2013. Kennislacunes in richtlijnen.

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Kennislacunes+in+richtlijnen.pdf>. Geraadpleegd mei 2024.