

Naar een gepersonaliseerde zorg of rekening houden met gezondheidsdoelstellingen?

Michel De Jonghe, Centre Académique de Médecine Générale, UCL

De beste zorg bieden aan patiënten is een primaire doelstelling voor huisartsen of specialisten. Naarmate we meer ervaring opdoen kunnen we beter een pathologie herkennen, de spontane evolutie inschatten, en de aanpak (curatief, symptomatisch, preventief, palliatief) en de doelstelling (vermindering van mortaliteit of morbiditeit, behoud of verbetering van functionele capaciteiten of kwaliteit van leven) bepalen. De maatschappij en de juridische wereld vragen ons ook om rekening te houden met doelstellingen die voor de patiënt relevant zijn: het financiële aspect, de mogelijkheid zich te ontspannen, de verbetering van de kans op slagen van professionele of persoonlijke plannen¹.

Primaire uitkomstmaten van studies zoals mortaliteit, morbiditeit (op basis van klinisch relevante parameters) en veiligheid, zijn optimaal om de risicobatenverhouding van een nieuwe beschikbare behandeling te beoordelen. Het klinische voordeel van een nieuw geneesmiddel kunnen we best inschatten aan de hand van de NNT (ondanks de beperkingen²), en met dit hulpmiddel kunnen we de betrokken patiënt zo objectief mogelijk informeren. Een dergelijke objectieve, nauwkeurige evaluatie gebeurt evenwel op basis van populaties en niet op basis van één specifieke persoon. Een overlijden heeft dezelfde betekenis in de controlegroep als in de interventiegroep. Hetzelfde geldt voor de pathologie: wanneer een patiënt een CVA of een myocardinfarct meemaakt, is dat geen half CVA of een half myocardinfarct omdat de patiënt alle medicamenteuze aanbevelingen goed volgde of trouw het voorgeschreven geneesmiddel innam. Er is geen halve maat mogelijk!

Een patiënt kan ook altijd een geneesmiddel weigeren. Wat gebeurt er als bv. op het cardiologische vlak een patiënt na discussie vraagt om een geneesmiddel niet voor te schrijven? Binnen een bepaalde periode zal zich bij één extra patiënt een eerste cardiovasculair accident voordoen. Bij wie dit zal gebeuren, kunnen we vooraf niet weten. Voor de andere patiënten zal er niets veranderen op cardiovasculair niveau, of we iets doen of niet. Integendeel, aan al deze patiënten een statine voorschrijven stelt hen bloot aan de ongewenste effecten en de mogelijke interacties van het geneesmiddel. Daarom zouden we liefst alleen deze patiënten behandelen die er werkelijk baat zullen bij hebben en een medicamenteuze behandeling vermijden bij de patiënten bij wie in geen geval iets zal veranderen. Ondanks specifiek onderzoek over gepersonaliseerde zorg, kunnen we momenteel deze patiënten niet identificeren³.

Over de functionele gevolgen van een cardiovasculair accident kunnen we evenmin iets vertellen aan de patiënt: zijn de gevolgen van het nieuwe geneesmiddel al dan niet ernstiger dan de gevolgen van een placebo of van een referentiegeneesmiddel? Dat zijn uitkomstmaten die in de betreffende studies niet zijn onderzocht. We weten dus niet in welke mate de keuze van de patiënt een beperking zal vormen op het financiële, professionele en persoonlijke vlak na een cardiovasculair accident.

In afwachting van de mogelijkheid om de zorg uitermate te personaliseren (met het nodige bewijs dat deze aanpak inderdaad effectief een klinische meerwaarde biedt voor de pa-

tiënt), zijn er twee maatstaven die uiteindelijk een rol spelen bij het nemen van een beslissing over de behandeling. De eerste situeert zich op het economische vlak. Als de risicobatenverhouding positief is en economisch aanvaardbaar voor het financieringsstelsel van de gezondheidszorg, wordt de therapeutische optie beschouwd als doelmatig en zal deze geïntegreerd worden in de aanbevelingen voor goede praktijk. Als de risicobatenverhouding negatief is zal de therapeutische optie niet aanbevolen worden, ook al zijn de resultaten statistisch positief. Deze eerste benadering is momenteel goed onderbouwd, maar bij het opstellen van richtlijnen spelen belangenconflicten dikwijls nog een negatieve rol⁴. Het tweede criterium houdt rekening met de gezondheidsdoelstellingen van de patiënt. De hulpverlener gaat na wat er te verwachten valt van een therapeutische optie, geeft hierover op een adequate en begrijpelijke manier alle mogelijke informatie aan de patiënt, en kijkt of dit overeenkomt met de gezondheids- en levensverwachtingen van de patiënt. Deze gezondheidsdoelstellingen bepalen overstijgt de beperkte biomedische context en gelukkig kunnen we hier gebruik maken van andere domeinen dan alleen de medische. Zo biedt bv. de juridische wereld hierover een ruim aantal denkpistes aan¹. Naar onze mening is het aan de artsen om rekening te houden met deze wettelijk toonaangevende factoren en om ze bruikbaar te maken binnen de gezondheidszorg. Het is de taak van de zorgverstrekker om deze aspecten te verhelderen met het oog op een gezamenlijke eindbeslissing en om de patiënt zo goed mogelijk te begeleiden bij deze keuzes.

Evidence-Based Medicine krijgt dikwijls het verwijt 'alleen maar' aandacht te hebben voor de werkzaamheid. We lezen vaak als besluit: "deze studie toont aan dat er geen bewijs is voor het nut van...". Op welke manier kan men een bepaalde therapeutische houding aanbevelen aan artsen als er geen statistisch en klinisch relevant bewijs beschikbaar is? De keuze van de patiënt is hierbij primordiaal. In een vroeger editoriaal van Minerva "Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg" wezen we al op het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg^{5,6}. Het ontbreekt ons aan internationaal gevalideerde methodes om op een nauwkeurige manier een klinische aanpak te evalueren waarvan de therapeutische doelstelling gebaseerd is op de levensdoelinden van de patiënt, doeleinden die na discussie in onderling akkoord tot stand komen. Een akkoord dat gebaseerd is op een dergelijk transparant overleg tussen arts en patiënt betekent een verrijking van een kwaliteitsvolle EBM-aanpak. We kunnen hiervoor alleen maar de oproep lanceren en verder aandachtig de evolutie opvolgen.

Referenties

1. Dintilhac JP et coll. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. Juillet 2005 : 64 pages.
2. Chevalier P. Number needed to treat. *Minerva* 2009;8(1):12.
3. Pharmacogénétique et traitements personnalisés : garder un esprit critique. *Rev Prescr* 2013;33:216-9.
4. Godlee F. In praise of informed scepticism. *BMJ* 2013;346:f3980.
5. De Maeseneer J, Boeckxstaens P, De Sutter A. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg'. *Minerva* 2013;12(4):40.
6. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract* 2012;62:522-4.