

door Franciska Desplenter en Gert Laekeman
Onderzoekscentrum voor Farmaceutische Zorg en Farmaco-economie, KU Leuven

Minerva besprak in 2008 een studie met lokaal of oraal ibuprofen bij artrose van de knie¹. In deze studie koppelde men de therapeutische keuze aan de voorkeur van de patiënt. Wanneer de patiënt de gekozen behandeling als therapeutisch doeltreffend percipieerde, was hij zelfs bereid om ongewenste effecten te aanvaarden of toe te schrijven aan andere factoren dan het geneesmiddel zelf. In deze studie gaven beide behandelingen een gelijkwaardig resultaat.

In welke mate kan de keuze van de patiënt het therapeutische resultaat verbeteren? Vooral bij aandoeningen met een sterke emotionele component zoals depressie, verwachten we een duidelijke invloed op therapeutische eindpunten. De literatuur hierover is controversieel. Meestal wordt medicatie uitgespeeld tegenover psychotherapie. Soms zien we geen verschil². Soms suggereren de resultaten dat patiënten het er beter van af brengen wanneer rekening gehouden wordt met hun voorkeur^{3,4}. Studies met positieve resultaten zijn methodologisch zwak door afwezigheid van een placebo-arm of door kleinschaligheid.

Mergl et al. analyseerden post hoc gegevens van een placebo-gecontroleerde, gerandomiseerde, klinische studie waarin ze sertraline (opbouw van 50 naar 200 mg per dag mogelijk) vergeleken met cognitieve gedragstherapie (CGT) bij patiënten met milde tot middelmatige depressieve symptomen (HAM-D mediaan 16; uiterste waarden 12-20)⁵. In alle studie-armen lieten de patiënten hun voorkeur voor farmacotherapie of CGT kennen. De positieve invloed van de eigen voorkeur liet zich na tien weken alleen opmerken in de groep met CGT (n=51): de patiënten die vooraf hun voorkeur hadden uitgesproken voor CGT, scoorden 8,04 punten (95% BI van 4,00 naar 12,07) lager op de HAM-D schaal (p<0,001). In de sertraline-arm (n=66) bedroeg het verschil voor de patiënten met een voorkeur voor medicatie slechts 2,86 punten (95% BI van -0,22 tot 5,93; p=0,07). Een niet-significant verschil. Het aantal patiënten lag relatief laag in beide groepen. Bij patiënten met respons op de interventie en bij deze die in remissie gingen, stelde men hetzelfde vast. Wie kiest voor CGT en deze ook krijgt, heeft een beter resultaat. Blijkbaar weegt de keuze van de patiënt meer door naarmate ook meer gedragsmatige medewerking wordt gevraagd.

Het concept 'discrete choice experiment' (DCE) is ondertussen zeker geen zeldzaamheid meer in de medische literatuur. Het begrip deed nochtans amper tien jaar geleden zijn intrede^{6,7}. Ook Minerva besprak het reeds in een editoriaal⁸. DCE is een onderzoeksmethode afkomstig uit de economische wereld. De patiënt krijgt scenario's gepresenteerd met kenmerken. Hij kiest op basis van deze kenmerken zijn preferentieel scenario. Eén van de kenmerken is de kost van het scenario om de mate van bereidheid om in dit scenario te stappen in te schatten. Een DCE werd recent ook voor depressie getest waarbij men net zoals bij Mergl et al.⁵ een duidelijke voorkeur voor psychotherapie vergeleek met farmacotherapie⁹.

De dialoog met de patiënt over de keuze van de behandeling is altijd belangrijk, maar is nog belangrijker wanneer de voorkeur van de patiënt het effect van de behandeling positief beïnvloedt.

Deze dialoog is even cruciaal wanneer de voorkeur van de patiënt schadelijk is voor zijn gezondheid (benzodiazepines, antibiotica). De studie van Mergl et al. kan inspirerend werken, hoewel we als lezer nog met een aantal vraagtekens blijven zitten:

- over welke informatie beschikten de patiënten toen ze hun voorkeur moesten geven?
- wat weten we over het gebruik van het ene item uit de FMP vragenlijst (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation) om de voorkeur te meten?
- wat doen we wanneer de voorkeur van de patiënt wijzigt doorheen de tijd?
- wat doen we indien de patiënt geen voorkeur heeft (Mergl et al. excludeerden deze groep patiënten uit de analyse)?
- is niet behandelen een optie indien dit de voorkeur van de patiënt is?

Er wachten nog heel wat onderzoeksuitdagingen alsook uitdagingen in de dagelijkse praktijk om een patient-centered approach te implementeren. Het in acht nemen van de voorkeur van de patiënt is slechts één van de vele aspecten om tot 'personalised care' te komen¹⁰. Mergl et al. moedigen ons aan om deze weg verder te bewandelen.

Referenties

1. Chevalier P. Lokaal of oraal ibuprofen: de keuze van de patiënt? *Minerva* 2008;7(5):80.
2. Leukin Y, Derubeis RJ, Gallop R, et al. The relation of patients' treatment preferences to outcome in a randomized clinical trial. *Behav Ther* 2007;38:209-17.
3. Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC, et al. Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *J Clin Psychiatry* 2009;70:354-61.
4. Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, et al. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv* 2009;60:337-43.
5. Mergl R, Henkel V, Allgaier AK, et al. Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. *Psychotherapy Psychosom* 2011;80:39-47.
6. Ratcliffe J, Longworth L. Investigating the structural reliability of a discrete choice experiment within health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2002;18:139-44.
7. Scott A, Watson MS, Ross S. Eliciting preferences of the community for out of hours care provided by general practitioners: a stated preference discrete choice experiment. *Soc Sci Med* 2003;56:803-14.
8. Chevalier P, Laperche J. De dokter heeft me grondig onderzocht ... *Minerva* 2009;8(1):1.
9. Wittink MN, Cary M, TenHave T, et al. Towards patient-centered care for depression: conjoint methods to tailor treatment based on preferences. *Patient* 2010;3:145-57.
10. Alexopoulos GS. Personalizing the care of geriatric depression. *Am J Psychiatry* 2008;165:790-2.