

Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg

In de Lancet van 7 juli 2012 verscheen een belangrijk artikel over de epidemiologie van multimorbiditeit¹. Eerste vaststelling: multi-morbiditeit wordt eerder de 'norm' dan de 'uitzondering'. Uit hun cross-sectioneel onderzoek bij meer dan 1,7 miljoen mensen geregistreerd in 314 Schotse praktijken trekken de auteurs drie belangrijke conclusies. Een eerste: multimorbiditeit is niet louter een verhaal van 65-plussers, maar begint al veel vroeger. Meer dan de helft van de mensen met multimorbiditeit is namelijk jonger dan 65 jaar. Een tweede: er is een duidelijke sociale gradiënt. Ten opzichte van de meer welgestelde buurten, lopen de maatschappelijk meest kwetsbare gebieden 10 tot 15 jaar voor op leeftijd waarop multimorbiditeit verschijnt. Ten derde: de kans op depressie verhoogt naarmate men meer lichamelijke aandoeningen heeft en ook hier is er een belangrijke sociale gradiënt. Het artikel stelt de vraag hoe de gezondheidszorg zal antwoorden op deze nieuwe uitdaging.

Om niet te belanden in 'intuïtieve zorgverlening' is er wel degelijk nood aan specifiek wetenschappelijk onderzoek bij patiënten met multimorbiditeit. Bij patiënten met multimorbiditeit zal de som van de huidige (ziektespecifieke) aanbevelingen immers leiden tot versnipperde zorg, tegenstrijdige behandelingen en polyfarmacie². Het feit dat de huidige evidentie steunt op RCT's waarin patiënten met multimorbiditeit in de regel zijn uitgesloten, vormt een bijkomend probleem³.

Bij het opbouwen van de 'evidentie' voor multimorbiditeit zou men zich in eerste instantie kunnen richten op studies met combinaties van aandoeningen, bv. diabetes en depressie, artrose en hypertensie. We stuiten hier echter op een probleem: een recente analyse van 'probleemcombinaties' in de huisartspraktijk toonde aan dat de meeste combinaties weinig prevalent zijn, zwak samenhangen en dat 'atypische' chronische problemen zoals psychiatrische aandoeningen en sociale problemen, een grote rol spelen. Multimorbiditeit presenteert zich dus eerder als een 'chaos' waarin weinig 'patronen' terug te vinden zijn. Studies gericht op specifieke clusters van multimorbiditeit zullen dus geen antwoord bieden op de complexe uitdagingen die multimorbiditeit stelt in de dagelijkse praktijk. Om kwaliteitsvolle zorg te bieden aan patiënten met multimorbiditeit moeten we de grenzen van de individuele aandoeningen durven overschrijden. Er is hierbij nood aan een integrale aanpak die verder kijkt dan de traditionele biomedische uitkomstmaten zoals bloeddruk en HbA1c en die focust op patiëntgerichte uitkomstmaten zoals functionele toestand en levenskwaliteit. De 'International Classification of Functioning disability and health (ICF)'⁴, die een raamwerk beschrijft voor het menselijke functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn, wordt hierbij mogelijk even belangrijk als de International Classification of Disease (ICD). Zorg voor multimorbiditeit vraagt dus een paradigmashift van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg⁵, waarbij de complexe keuzes in de zorg voor patiënten gestuurd worden door doelstellingen op het vlak van kwantiteit en kwaliteit van leven, zoals geformuleerd door de patiënt zelf. Maar, wanneer we de

focus verleggen van 'treat-to the disease specific target' naar 'treat-the patient with his/her individual goals' worden we geconfronteerd met belangrijke interindividuele variatie en het ontbreken van een duidelijke gouden standaard. De individuele doelstellingen als uitkomstmaat poneren voor wetenschappelijk onderzoek naar multimorbiditeit is een belangrijke uitdaging die we niet kunnen aanpakken vanuit klassieke referentiekaders en onderzoeksdesigns. Er is naast 'medische evidentie', immers ook nood aan 'contextuele evidentie'⁶, die hulpverleners helpt om een specifieke patiënt in een specifieke context de beste behandeling te geven, dit met expliciete aandacht voor arts-patiënt communicatie, 'patient empowerment' en 'shared decision-making'. Dit vraagt om 'mixed methods'-studies die kwantitatieve analyse integreren met kwalitatieve, dynamische observaties en aandacht voor het tijdsperspectief. Ten slotte is er ook nood aan onderzoek rond 'beleidsevidentie' ('policy evidence'). Een gezondheidszorgsysteem moet erkennen dat ziektes geen 'unieke entiteiten' zijn. De verschillen in zorgbehoefte binnen bepaalde ziektecategorieën zijn vaak groter dan tussen ziektes onderling. We hebben nood aan aanbevelingen en zorgkaders, gericht op de zorg voor zieke mensen, niet op de zorg voor 'ziekten'⁷.

Het benaderen van patiënten met multimorbiditeit vormt duidelijk een grote uitdaging zowel voor zorgverstrekkers als voor onderzoekers. Bovendien is er nood aan een dialoog tussen de gezondheidssector en personen die zorg nodig hebben. Alle 'stakeholders' in de samenleving die een rol spelen in de zorg voor welzijn en gezondheid, op het niveau van de praktijk, van wetenschappelijk onderzoek en van beleid, moeten worden betrokken om op die manier de essentiële kenmerken van een efficiënt gezondheidszorgsysteem te garanderen: relevantie, sociale rechtvaardigheid, kwaliteit, kosteneffectiviteit, duurzaamheid, gerichtheid op het individu en de gemeenschap, innovatie.

Referenties

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
2. Boyd CM, Boulton C, Fried LP, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA* 2005;294:716-24.
3. Van Spall HC, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA* 2007;297:1233-40.
4. World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.
5. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract* 2012;62:522-4.
6. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362:1314-9.
7. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* 2001;10:15.