Klinisch redeneren bij diabetes mellitus type 2 en multimorbiditeit

Haio: Verstichelen Margot , U.G.
Promotor: BOECKXSTAENS Pauline , U.G.
Praktijkopleider: Anderson Pieter , ROOSELAER Nico , SOENS Johan , VAN DE PUTTE Anja

Context: Diabetes mellitus type 2 is één van de meest voorkomende chronische aandoeningen ter wereld en kan leiden tot ernstige complicaties die op hun beurt een daling in levenskwaliteit en een groter risico op vroegtijdige sterfte kunnen veroorzaken. Daarbij komt dat 77 tot 90% van de patiënten met diabetes type 2 lijdt aan één of meerdere comorbiditeiten die niet altijd gerelateerd zijn aan diabetes mellitus. Er bestaan tal van richtlijnen rond therapeutische doelstellingen bij diabetes, maar wanneer het gaat om de multimorbide patiënt blijft het bij de aanbeveling om de doelen te individualiseren. Huisartsen zijn hierdoor aangewezen op hun eigen ervaring en klinisch redeneren om tot een geïndividualiseerd behandelplan te komen op maat van de patiënt. Een beperkt aantal studies hebben echter getracht deze personalisatie van therapeutische doelen in de praktijk toe te passen en te bestuderen.

Onderzoeksvraag: Het doel van deze studie is om na te gaan hoe huisartsen de behandeling van diabetes mellitus type 2 implementeren bij patiënten met multimorbiditeit, met nadruk op de klinische redeneerprocessen die hierbij een rol spelen.

Methode: Een kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews met huisartsen, waarbij telkens drie patiëntencasussen, geselecteerd uit het elektronisch medisch dossier via purposive sampling, werden besproken. In totaal werden tussen maart en november 2024 13 huisartsen verspreid over Vlaanderen geïnterviewd. De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met behulp van Nvivo.

Resultaten: Ondanks het ontbreken van concrete richtlijnen omtrent diabetes mellitus type 2 en multimorbiditeit zijn de huisartsen in staat om een structuur te implementeren in hun aanpak, dit volgens de principes van evidence based medicine. Uit de interviews kwamen drie overkoepelende thema’s in de aanpak naar voren: geïndividualiseerde zorg, de houding van de huisarts en het belang van samenwerking. De individualisatie van de doelen is afhankelijk van de comorbiditeiten, de psychosociale context en de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. De houding van de huisarts is afhankelijk van zijn of haar visie over de complexiteit van de aandoeningen en kan variëren van proactieve zorg tot het leggen van de verantwoordelijkheid bij de patiënt, waarbij de aard van en het aantal comorbiditeiten of psychosociale factoren kunnen zorgen voor een verschuiving. Bij de samenwerking voor de multimorbide diabetespatiënt vervult de huisarts een centrale rol in de coördinatie van de zorgverleners en de betrokken actoren.

Conclusie: Kwalitatieve zorg voor multimorbide diabetespatiënten vormt een voortdurende uitdaging voor huisartsen. De resultaten benadrukken het belang van een patiëntgerichte, geïntegreerde en holistische zorgbenadering. De complexiteit van deze groep maakt dat er geen uniforme manier van handelen is. Het klinisch redeneren vereist bij deze patiënten een gestructureerde aanpak waarbij na de probleemanalyse, behandeldoelen en voorkeuren bepaald worden, rekening houdend met de specifieke behoeften en omstandigheden van de patiënt en de complicaties die kunnen optreden als gevolg van de interacties tussen de verschillende aandoeningen en behandelingen. De individualisatie van de zorg, de dynamische houding van de huisarts en de samenwerking spelen een belangrijke rol in dit longitudinaal zorgproces.