

# Zorgkwaliteit bij type 2 diabetici behandeld in de eerste lijn: resultaten uit de GUIDANCE-studie



KWALITEIT DIABETESZORG

K. Doggen et al.

Dr. Kris Doggen\*, Astrid Lavens, dr. Viviane Van Casteren

Dienst Gezondheidszorgonderzoek, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

\*Corresponderend auteur

Adres voor correspondentie:

Afdeling Gezondheidszorgonderzoek,

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid,

J. Wytsmanstraat 14, 1050 Brussel.

Tel: 02/642.57.22 • Fax: 02/642.54.10

E-mail: kris.doggen@wiv-isp.be

Referentie: Doggen K, Lavens A, Van Casteren V. *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2013 nr. 2, 6-7.

## Inleiding

Wetenschappelijke richtlijnen en aanbevelingen ondersteunen gezondheidswerkers bij het verlenen van kwaliteitsvolle zorg aan patiënten met type 2 diabetes (T2D). Een aantal factoren belemmert echter de implementatie:

1. Op internationaal vlak zijn er verschillen tussen de kwaliteit en de inhoud van richtlijnen, wat hun geloofwaardigheid en doeltreffendheid ondermijnt;
2. Verbeteringen op vlak van zorgprocessen reflecteren zich niet noodzakelijk in zorguitkomsten;
3. Het "one-size-fits-all" karakter van veel richtlijnen strookt niet met de groeiende aandacht voor gepersonaliseerde zorg en zorgdoelstellingen.

Desondanks kunnen richtlijnen wel helpen de praktijk te oriënteren naar *evidence based* zorg en kunnen ze gebruikt worden als referentie om de kwaliteit van zorg te evalueren.

In de "Guideline Adherence to Enhance Care" (GUIDANCE)-studie werd de kwaliteit en inhoud van Europese T2D-richtlijnen geëvalueerd.<sup>1</sup> In tweede instantie werd de zorgkwaliteit bij T2D-patiënten in Europa gemeten met als uiteindelijk doel de hindernissen te begrijpen die artsen en patiënten ervaren bij de toepassing van de bestaande richtlijnen.<sup>2</sup> In onderstaand artikel wordt de zorgkwaliteit van de Belgische T2D-patiënten in de GUIDANCE-studie beschreven en worden deze resultaten in de bredere Europese context van de studie geplaatst.

## Methodologie

### Opzet en rekrutering

GUIDANCE was een cross-sectionele, retrospectieve studie van de *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) die tussen maart 2009 en december 2010 liep in 8 Europese landen: België, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Artsen die patiënten met T2D behandelden werden zowel in de eerste lijn als in gespecialiseerde centra gerekruteerd. Artsen benaderden hun volwassen patiënten met T2D met de vraag deel te nemen aan de studie. Deelnemende patiënten gaven *informed consent*. Elke arts mocht maximaal 30 consecutieve patiënten rekruteren en ontving € 20 per patiënt voor wie gegevens geregistreerd werden. Elk land had als doel 1000 patiënten te rekruteren.

### Gegevensverzameling

Bij de gerekruteerde artsen vond een gegevensverzameling plaats die uit 3 luiken bestond: a) een enquête voor de arts, waarbij gepeild werd naar de houding t.a.v. richtlijnen; b) een enquête voor de patiënt, met vragen over leefstijl, zelfmanagement, diabeteseducatie en tevredenheid over de behandeling; en c) een formulier voor het invullen van de klinische gegevens (voorgeschiedenis, labowaarden,...). In dit artikel wordt verder ingegaan op de resultaten van het derde luik.

## Resultaten

### Participatie

In totaal namen 387 artsen deel aan de studie. Zij verzamelden gegevens van 7597 patiënten, waarvan er 5599 (73.7%) uit de eerste lijn gerekruteerd werden. Voor België namen 65 huisartsen deel en zij verzamelden gegevens van 1044 patiënten (mediaan van 16 patiënten per arts, bereik: 1-30 patiënten per arts).

In België gebeurde de rekrutering in 3 rondes: maart-juni 2009, november-december 2009, mei-augustus 2010. Huisartsen werden op basis van lijsten van het RIZIV en volgens een verdeelsleutel gebaseerd op de totale populatie per regio (Vlaanderen, 56%; Wallonië, 34%; Brussel, 10%) willekeurig gekozen en per post uitgenodigd om deel te nemen (N = 3464). De respons was 2.1% in Vlaanderen, 1.3% in Wallonië, en 2.8% in Brussel, waardoor Vlaamse en Brusselse artsen relatief meer vertegenwoordigd waren. De mediaan van het aantal gerekruteerde patiënten per arts was vergelijkbaar tussen de regio's. Omwille van het geringe aantal gerekruteerde artsen en patiënten op het niveau van de regio's (respectievelijk 648, 244 en 152 patiënten uit Vlaanderen, Wallonië en Brussel), werden geen vergelijkingen tussen de regio's uitgevoerd.

### Kenmerken van de huisartsen

De mediane leeftijd van de artsen was 53 jaar (interkwartielafstand [IKA]: 47-57 jaar). Het mediaan aantal patiënten dat ze per week zagen was 110 (IKA: 75-134). De artsen zagen een mediaan aantal van 10 patiënten met T2D per week (IKA: 4-15). De kenmerken van de Belgische huisartsen waren vergelijkbaar met die van de Europese huisartsen opgenomen in de studie.

### Kenmerken van de patiënten met type 2 diabetes

De mediane leeftijd van de patiënten was 70 jaar (IKA: 61-77 jaar). Het percentage mannen bedroeg 50.7%. De mediane diabetesduur was 7 jaar (IKA: 3-11 jaar). Bij 28.5% van de patiënten was een cardiovasculaire (CV) voorgeschiedenis (ischemisch hartlijden, CVA of perifeer arterieel lijden) gedocumenteerd. Europese patiënten waren jonger (68 jaar), vaker mannen (55.1%), met een vergelijkbare diabetesduur (7 jaar) maar minder vaak een CV voorgeschiedenis (24.4%).

In de GUIDANCE-studie kreeg 81.2% van de Belgische patiënten antihypertensiva en 64.8% een hypolipemiërende behandeling. De Europese cijfers waren respectievelijk 80.7% en 66.7%. Wat betreft de hypoglycemierende behandeling, nam 88.5% van de patiënten orale antidiabetica, werd 19.1% behandeld met insuline en kreeg 11.3% zowel orale antidiabetica als insuline. Tenslotte werd 1.5% behandeld met GLP-1 analoge. Voor 3.6% van de patiënten werd geen enkele medicamenteuze behandeling geregistreerd. Het aantal insuline-injecties per dag werd niet gerapporteerd voor 28.1% van de patiënten, waardoor er geen verdere analyse op deze gegevens gedaan werd. Op Europees vlak waren er

**Tabel 1: Cardiovasculaire (CV) risicofactoren en het behalen van therapiedoelen (TD) in functie van behandeling en CV voorgeschiedenis (N = 1044).**

Parameters / therapeutische doelen	Percentage / mediaan (IKA)
Rokers (N = 996)	13.1%
BMI (N = 864)	28.7 kg/m <sup>2</sup> (25.7-32.4)
BMI < 25 kg/m <sup>2</sup>	19.7%
Systolische bloeddruk (N = 1021)	134 mm Hg (125-140)
Diastolische bloeddruk (N = 1020)	80 mm Hg (70-80)
TD bloeddruk < 130/80 mm Hg behaald:	17.6%
... in groep zonder antihypertensiva (N = 191)	16.8%
... in groep met antihypertensiva (N = 821)	17.9%
... in groep zonder CV voorgeschiedenis (N = 730)	17.1%
75.7% kreeg antihypertensiv <sup>a</sup>	–
... in groep met CV voorgeschiedenis (N = 291)	18.9%
94.9% kreeg antihypertensiva <sup>b</sup>	–
<b>Totaal serum cholesterol (N = 1023)</b>	<b>180 mg/dl (157-208)</b>
TD totaal serum cholesterol < 190 mg/dl behaald:	58.7%
... in groep zonder hypolipemiërende behandeling (N = 349)	41.3%
... in groep met hypolipemiërende behandeling (N = 658)	68.2% <sup>a</sup>
... in groep zonder CV voorgeschiedenis (N = 733)	56.2%
58.7% kreeg hypolipemiërende behandeling	–
... in groep met CV voorgeschiedenis (N = 290)	64.8% <sup>b</sup>
80.0% kreeg hypolipemiërende behandeling <sup>b</sup>	–
<b>HbA1c (N = 1016)</b>	<b>6.7% (6.3-7.4)</b> <b>50 mmol/mol (45-57)</b>
TD HbA1c < 7.0% of < 53 mmol/mol behaald	59.7%
... in groep zonder insulinetherapie (N = 817)	65.5%
... in groep met insulinetherapie (N = 199)	36.2% <sup>a</sup>
... in groep zonder CV voorgeschiedenis (N = 726)	60.9%
14.7% kreeg insulinetherapie	–
... in groep met CV voorgeschiedenis (N = 290)	56.9%
29.9% kreeg insulinetherapie <sup>b</sup>	–

<sup>a</sup> p < 0.05 vs. geen behandeling

<sup>b</sup> p < 0.05 vs. geen cardiovasculaire (CV) voorgeschiedenis

meer patiënten die niet-medicamenteus behandeld werden (11.1%), ten koste van de behandeling met orale antidiabetica (81.3%).

### Cardiovasculaire risicofactoren en secundaire preventie

Tabel 1 toont de CV risicofactoren in functie van de behandeling en van de CV voorgeschiedenis (primaire of secundaire preventie). Het bereiken van het therapiedoel voor bloeddruk was niet geassocieerd met de behandeling met antihypertensiva, noch met CV voorgeschiedenis. Wel kregen patiënten met een CV voorgeschiedenis significant vaker antihypertensiva dan patiënten zonder voorgeschiedenis (p < 0.05). Wat betreft het therapiedoel voor totaal cholesterol was er een associatie met de hypolipemiërende behandeling (minstens een statine bij 96.6% van de patiënten), waarbij het doel vaker behaald werd bij de behandelde patiënten. Het doel werd ook vaker behaald bij de patiënten met een CV voorgeschiedenis en dit was waarschijnlijk te danken aan de frequente secundaire preventie in deze groep (4 op 5 kreeg een statine). Het therapiedoel voor HbA1c werd minder vaak behaald bij patiënten die insuline injecteerden dan zij die dat niet deden. Insulinetherapie kwam bovendien frequenter voor bij patiënten met een CV voorgeschiedenis. Tot slot werd 59.3% van de patiënten behandeld met anti-aggregantia; deze proportie was significant hoger bij patiënten met een CV voorgeschiedenis (85.3% vs. 48.7%, p < 0.001). Wat secundaire preventie betreft waren de Belgische resultaten beter of vergelijkbaar met de Europese (resultaten niet getoond).

### Screening voor diabetescomplicaties

Voor 26.8% van de patiënten registreerde de huisarts een waarde voor albuminurie (op Europees niveau: 55.6%). Er werd verondersteld dat

voor de overige patiënten geen onderzoek uitgevoerd werd. Bij 57.8% van de patiënten werd in het voorbije jaar een oogonderzoek uitgevoerd (Europa: 74.2%) en bij 68.4% een voetonderzoek (Europa: 77.6%).

### Discussie

GUIDANCE had als doel de huidige kwaliteit van diabeteszorg binnen Europa in kaart te brengen. We stelden vast dat de rekrutering voor de studie moeizaam verliep, vermoedelijk door de omvang van de vragenlijsten. Er was mogelijk ook interferentie met de gelijktijdige opstart van de zorgtrajecten. Ook in het Diabetes Project Aalst bleek het moeilijk om gegevens te verzamelen bij huisartsen, hoewel het in dat project om veel meer ging dan registratie. Voor de zorgtrajecten is er dan weer een verplichte registratie, maar van een beperkte dataset. De belangrijkste remmende factor is de – nog steeds – beperkte mogelijkheid tot automatische extractie van gegevens uit elektronische medische dossiers.

### Wat leren de Belgische resultaten van GUIDANCE?

In de eerste plaats bleek dat bij patiënten met een CV voorgeschiedenis vaak de gepaste preventieve maatregelen werden genomen. De scores voor secundaire preventie waren soms hoger dan het Europese gemiddelde en waren bovendien vergelijkbaar met de scores in de diabetesconventie waar complexe patiënten met 2 of meer insuline-injecties behandeld worden.<sup>3</sup> Er is echter ook minder goed nieuws. Zoals eerder vastgesteld in andere Belgische studies, blijft de eerste lijn zwak scoren wat betreft screening voor microvasculaire complicaties (bepaling micro-albuminurie, oogonderzoek).<sup>4,5</sup> De vraag is of de zorgtrajecten, gebaseerd op het principe van *shared care* met de huisarts als spilfiguur, hierin een kentering kunnen brengen.

De GUIDANCE-studie heeft enkele beperkingen. Ten eerste gaat het, gezien de moeizame rekrutering, vermoedelijk om erg gemotiveerde huisartsen en zijn de resultaten daarom mogelijk niet representatief. Ten tweede weten we niet welke patiënten ook in de diabetesconventie (of in een zorgtraject) behandeld werden, vermits het om gestandaardiseerde vragenlijsten voor de 8 deelnemende landen ging.

### Besluit

GUIDANCE bevestigt een aantal reeds gekende pijnpunten wat betreft de diabeteszorg in de eerste lijn in België. In de studie werden echter veel meer parameters verzameld dan beschreven in het huidige artikel, bijv. de houding van artsen t.a.v. diabetesrichtlijnen. Door deze te correleren met de verschillende kwaliteitsscores kunnen we evolueren van beschrijven naar begrijpen en doelgerichte kwaliteitsbevorderende interventies opzetten.

### Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de leden van de GUIDANCE-studiegroep en naar alle deelnemende huisartsen en patiënten.

### REFERENTIES

1. Stone MA, Wilkinson JC, Charpentier G, et al.; on behalf of the GUIDANCE Study Group. Evaluation and comparison of guidelines for the management of people with type 2 diabetes from eight European countries. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87:252-260.
2. Stone MA, Charpentier G, Doggen K, et al.; on behalf of the GUIDANCE Study Group. Quality of Care of People With Type 2 Diabetes in Eight European Countries: Findings from the Guideline Adherence to Enhance Care (GUIDANCE) study. *Diabetes Care* 2013; 36:2628-38.
3. Debacker N, Van Crombrugge P, Nobels F, Mathieu C. *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2009 nr. 2, 7-10.
4. Nobels F, Amant M, Samyn E et al. *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2008 nr. 2, 7-13.
5. Sunaert P, De Pourcq B, Van Pottelbergh I. Een nieuwe diabetespatiënt, welke aandachtspunten? *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2012 nr. 1, 6-7.