

Kwaliteitsindicatoren diabetes type 2 (fase 2)

Kwaliteitsindicatoren diabetes type 2 (fase 2)

De fase 2 indicatoren voor diabetes type 2 zijn ingebracht door de NVD.

Onderstaande indicatoren hebben betrekking op alle volwassen diabetespatiënten van wie de huisarts voor 12 maanden of meer hoofdbehandelaar is (≥ 12 maanden) en die 12 maanden of meer (≥ 12 maanden) zijn ingeschreven met een leeftijd onder de 80 jaar (<80 jaar).

Onderstaande indicatoren hebben betrekking op het handelen in een rapportageperiode van 12 maanden, tenzij anders aangegeven.

1. Indicatoren voor de eerste- en tweede lijn

1a. Educatie over afstemmen voeding en medicatie	
Indicator 1a: Percentage patiënten met diabetes type 2 in de praktijk dat educatie heeft gehad over het afstemmen van voeding en medicatie.	
Relatie tot kwaliteit	<p>Richtlijnen voor de koolhydraatverdeling zijn afhankelijk van de soort, de dosis orale bloedglucose verlagende tabletten en/of insuliner therapie. Het is van belang bij de keuze van het soort medicatie rekening te houden met het eet- en leefpatroon van de persoon. Met behulp van het zelf bepalen van de bloedglucosewaarden en kennis over de werking van de medicatie moet individueel beoordeeld worden of de geadviseerde verdeling van koolhydraten doelmatig is. Het individueel bepalen van de juiste koolhydraatverdeling heeft altijd de voorkeur boven het star volgen van de adviezen.</p> <p>Het beloop van de postprandiale glucose- en insulinerespons wordt in grote mate bepaald door de hoeveelheid koolhydraten die wordt geconsumeerd tijdens de maaltijden en door koolhydraatrijke tussendoortjes.</p> <p>Ook het soort koolhydraat in een maaltijd heeft invloed (Wolever and Bolognesi 1996; Sheard, Clark et al. 2004). Andere factoren die van invloed zijn kunnen onderverdeeld worden in intrinsieke factoren, zoals bereidingswijze, rijpheid, en de mate van verwerking van het product, en extrinsieke factoren zoals nuchtere glucosewaarden, preprandiale bloedglucosewaarden, macronutriëntverdeling van de maaltijd, beschikbare hoeveelheid insuline en de mate van insulineresistentie en maagledigingsnelheid (Wachters-Hagedoorn, Priebe et al. 2004).</p> <p>Aan de ene kant zijn postprandiale bloedglucosestijging een risicofactor voor de ontwikkeling van hart- en vaatziekten bij mensen met diabetes (UKPDS 1998; Stratton, Adler et al. 2000). Aan de andere kant leiden intensieve glucoseverlagende therapie en hypoglykemieën ook tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. (Gerstein, Miller et al. 2008; Duckworth, Abraira et al. 2009). Het is dus van groot belang om te streven naar stabiele bloedglucosewaarden en de diabetesmedicatie af te stemmen op de hoeveelheid koolhydraten tijdens de maaltijden en koolhydraatrijke tussendoortjes en rekening te houden met andere zaken zoals beweging.</p>
Bron	Onderbouwing: (NDF Voedingsrichtlijn voor type 1 en 2, aug. 2010).
Teller 1a	Het aantal patiënten met diabetes type 2 in de praktijk dat educatie heeft gehad over het afstemmen van voeding en medicatie
Noemer 1a	Het aantal patiënten met diabetes type 2 in de praktijk
Definitie(s)	
In/ exclusiecriteria	
Beschrijving relevante case-mix factoren	
Type indicator	
Kwaliteitsdomein	

Gebruik	
Verslagleggingsniveau	
Opmerkingen	
Beperkingen bij gebruik	In de eerste en tweede lijn moet nog nader bepaald worden wie verantwoordelijk is voor de oplevering van informatie
Interpretatie	

1b. Voedingsadvies over vetten

Indicator 1b: Percentage patiënten met diabetes type 2 in de praktijk met een LDL cholesterolwaarde > 2,5 mmol, dat voedingsuitleg over vetten heeft gehad.

Relatie tot kwaliteit	<p>Voor de preventie van hart- en vaatziekten is de vetzuursamenstelling van de voeding belangrijker dan de totale hoeveelheid vet (Ascherio 2002). Een hoge inname van producten rijk aan verzadigde- en transvetzuren verhoogt de kans op coronaire hartziekten. Deze vetzuren hebben een ongunstig effect op de lipoproteïneconcentraties in het bloed door een verlaging van het HDL cholesterol en verhoging LDL en verhouding LDL-/HDL cholesterol (Smit, Mozaffarian et al. 2009; Brouwer, Wanders et al. 2010). Transvetzuren hebben een nog ongunstiger effect op het cholesterolgehalte dan verzadigde vetzuren (Gezondheidsraad 2006).</p> <p>Mensen met diabetes type 1 en 2 hebben al een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en daarom is de beperking van de hoeveelheid verzadigde- en transvetzuren in de voeding van belang.</p> <p>Een hoge inname van verzadigde vetzuren heeft mogelijk een negatieve invloed op de insulinegevoeligheid. De vervanging van verzadigde vetzuren door onverzadigde vetzuren heeft een mogelijk positief effect op de insulinegevoeligheid (Riserus 2008; Riserus, Willett et al. 2009). Een voeding rijk aan verzadigde vetzuren leidde tot een lagere insulinegevoeligheid (-18%) in vergelijking met een voeding rijk aan onverzadigde vetzuren (Paniagua, Gallego de la Sacristana et al. 2007). De vetzuursamenstelling van de voeding bij mensen met diabetes is gericht op vermindering van de kans op coronaire hartziekten.</p>
Bron	Onderbouwing: (NDF Voedingsrichtlijn voor type 1 en 2, aug. 2010)
Teller 1b	Het aantal patiënten met diabetes type 2 in de praktijk met een LDL cholesterolwaarde > 2,5 mmol dat voedingsuitleg over vetten heeft gehad
Noemer 1b	Het aantal patiënten met diabetes type 2 in de praktijk met een LDL cholesterolwaarde > 2,5 mmol in de praktijk
Definitie(s)	
In/ exclusiecriteria	
Beschrijving relevante case-mix factoren	
Type indicator	
Kwaliteitsdomein	
Gebruik	
Verslagleggingsniveau	
Opmerkingen	
Beperkingen bij gebruik	
Interpretatie	

2. Indicatoren voor de eerste lijn

1c. Gecombineerde leefstijlinterventie	
Indicator 1c: Percentage patiënten met diabetes type 2 met overgewicht/obesitas in de praktijk dat behandeld is met een gecombineerde leefstijlinterventie.	
Relatie tot kwaliteit	<p>Bij mensen met diabetes en overgewicht is een gecombineerde leefstijlinterventie de eerste behandelkeuze. Indien succesvol dan leidt dit, naast gewichtsverlies op lange termijn tot een verbeterde diabetesregulatie en verbetering van het lipidenprofiel.</p> <p>Gecombineerde leefstijlinterventies bestaan uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld energiebeperkt dieet dat leidt tot verbetering van het eetgedrag; • het verhogen van de lichamelijke activiteit; • eventuele toevoeging van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. <p>Net als bij de preventie van diabetes is het van belang te streven naar 5-15% gewichtsverlies en een afname van de buikomvang van 10%. Indien nodig en de cliënt gemotiveerd is, dan is streven naar meer gewichtsverlies mogelijk. De behandeling dient gericht te zijn op gewichtsbehoud op langetermijn (>1 jaar). De aandacht moet liggen op het aanleren van een gezond voedingspatroon door de inzet van motiverende en daartoe opgeleide professionals.</p> <p>De Gezondheidsraad adviseert bij overgewicht, obesitas of voor jongeren ten minste 80 minuten matig activiteit per dag. Houd er rekening mee dat lichamelijke activiteit een bloedglucoseverlagend effect heeft. De diabeteszorgverleners dienen bij een verminderde energie-inname en gewichtsverlies de diabetesmedicatie te evalueren en in overleg met de arts zo nodig aan te passen.</p> <p>In een Cochrane review met 22 RCT's werd het langetermijneffect van een leefstijlinterventie en de mate van gewichtsverlies onderzocht bij 4.659 mensen met diabetes type 2 (Norris, Zhang et al. 2005). De leefstijlinterventie bestond uit dieet-, bewegings- en gedragsadviezen. Na 1 tot 2 jaar leidde de leefstijlinterventie tot meer gewichtsverlies (-1.7 kg), in vergelijking met de reguliere zorg. Dit verschil is klein, wat mogelijk verklaard kan worden doordat in de controlegroep ook gewichtsverlies optrad omdat mensen spontaan hun voeding gingen aanpassen. Gewichtsverlies (-11%) en daling van de nuchtere glucosewaarden (-14.7%) waren het sterkst bij mensen met een zeer laag calorisch dieet, in combinatie met lichaamsbeweging en gedragstherapie. De grootste daling van het HbA1c gehalte werd bereikt bij mensen met een energiebeperkt dieet of een zeer laag-calorisch dieet, maar niet met lichaamsbeweging zonder dieet (+1 mmol/mol of +0.1%) of gedragsveranderingen zonder dieet (+8 mmol/mol of +0.8%). In the Look AHEAD Trial werd bij 5.145 mensen met diabetes type 2 en overgewicht of obesitas het effect van een leefstijlinterventie en de mate van gewichtsverlies onderzocht (Pi-Sunyer, Blackburn et al. 2007). De interventie in de leefstijlgroep bestond uit een verminderde calorie-inname (500 kcal/dag), een verhoogde lichamelijke activiteit (≥ 175 min/week) en groepsbijeenkomsten. In de controlegroep kregen mensen een 'normale' diabeteseducatie (4 lessen gedurende 1 jaar). Na 1 jaar vielen mensen in de leefstijlgroep meer af (8.6 % vs. 0.7%) en de fitheid verbeterde. In de leefstijlgroep daalde het HbA1c meer (+7 mmol/mol of 0.7% vs. +1 mmol/mol of 0.1%). Dit ging gepaard met een betere glykemische regulatie en een verminderde medicatie-inname. Ook de risicofactoren voor hart- en vaatziekten namen in de leefstijlgroep meer af.</p>
Bron	Onderbouwing: (NDF Voedingsrichtlijn voor type 1 en 2, aug. 2010)
Teller 1c	Het aantal patiënten met diabetes type 2 met BMI > 25 of 30 ??? * in de praktijk dat behandeld is met gecombineerde leefstijlinterventie (dieet, beweging en gedrag)
Noemer 1c	Het aantal patiënten met diabetes type 2 met BMI > 25 of 30 ??? * in de praktijk
Definitie(s)	
In/ exclusiecriteria	
Beschrijving relevante case-mix factoren	
Type indicator	

Kwaliteitsdomein	
Gebruik	
Verslagleggingsniveau	
Opmerkingen	
Beperkingen bij gebruik	De uitwerking van deze indicator dient afgestemd te worden met de ontwikkeling van vergelijkbare indicatoren bij de zorgstandaard obesitas
Interpretatie	