

POC-Studie

# Erreichen der Blutzuckerzielwerte – Wahrnehmung von Arzt und Patient oft unterschiedlich

Ein grosser Teil der Typ-2-Diabetes (T2DM)-Patienten erreichen die Blutzuckerzielwerte unter der Behandlung mit Basalinsulin mit oder ohne OAD nicht. Bis jetzt verstehen wir zu wenig anhand welcher Kriterien der Patient entscheidet, ob die Ziele erreicht sind, und inwieweit die Wahrnehmung darüber von Patient und Arzt übereinstimmen? Inwiefern unterscheiden sich auch die Kriterien zur Indikationsstellung der intensivierten Insulinbehandlung zwischen Arzt und Patient? Antworten auf diese Fragen suchte die POC-Studie (Perception of diabetes control among physicians and people with type 2 diabetes uncontrolled on basal insulin in Sweden, Switzerland and the United Kingdom) (1).

Eine Webbasierte Untersuchung bei 1012 Patienten und 300 Ärzten in Schweden, in der Schweiz und im Vereinigten Königreich wurde durchgeführt.

Die Resultate zeigten zum Teil hochsignifikante Unterschiede in der Wahrnehmung von Patienten und Ärzten bezüglich einer kontrollierten Diabetesbehandlung. Für Ärzte waren klinische Daten entscheidend wie HbA<sub>1c</sub> (p<0.05), Diabeteskomplikationen (p<0.001), Häufigkeit und Schwere von Hypoglykämien (p<0.001). Bei den Patienten waren die Auswirkungen auf ihr tägliches Leben wie Müdigkeit (p<0.001), Lebensplanung (p<0.001), aber auch die Höhe der Insulindosis (p<0.001) entscheidend. Die Patienten interpretieren aber auch vielfältige psychosoziale Einschränkungen durch die Erkrankung als Kriterien zur Beurteilung der Behandlungsqualität.

Ärzte sind bei der Intensivierung der Insulinbehandlung zurückhaltender, wenn der Patient nicht damit einverstanden ist und die Patienten, weil sie eine Gewichtszunahme befürchten oder sich dadurch kränker fühlen.

Die Untersuchung zeigt einen signifikanten Unterschied bei der Wahrnehmung einer kontrollierten Diabetesbehandlung zwischen Arzt und Patient. Ärzte sind fokussierter auf die Klinik und die Patienten auf die Auswirkungen auf ihr tägliches Leben. Auch die Beweggründe keine intensivierte Behandlung zu beginnen sind bei den Ärzten unterschiedlich zu denjenigen der Patienten.

Bei der Ausbildung der Ärzte und der Schulung der Patienten sollte auf die unterschiedliche Wahrnehmung hingewiesen werden, damit die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessert und somit Behandlungsergebnisse optimiert werden können.

**Kommentar von Dr. med. Benno Weissenberger, Mitautor der POC-Studie**

Diese Studie haben wir durchgeführt, um die unterschiedliche Wahrnehmung von Patient und Arzt bezüglich der Zielwerterreichung bei der Behandlung eines T2DM aufzuzeigen. Dies im Hinblick einer nicht zielführenden Behandlung mit Basalinsulin. Ferner interessierte uns weshalb in dieser Situation eine notwendige Intensivierung der Insulin-

How important is each of the following in helping you decide whether your diabetes/a patient's diabetes is well controlled? (% very/extremely important)	People with uncontrolled T2D n = 1012	Physicians n = 300	% Difference
How much insulin (units) taken/day***	77.6	29.0	48.6
# of times/day take insulin***	78.8	32.3	46.5
How predictable life is***	72.1	29.3	42.8
How high/low energy levels are***	74.5	33.0	41.5
How much one thinks about diabetes***	67.7	31.0	36.7
Frequency/severity of low BG (hypoglycemia)***	68.6	93.3	24.7
Whether need more exercise***	74.9	50.3	24.6
Whether daily meter readings in right range***	75.2	51.7	23.5
Whether eating healthy diet***	80.7	62.7	18.0
How feel emotionally on day-to-day basis***	65.9	51.0	14.9
Whether has complications from diabetes***	75.3	89.3	14.0
Weight***	74.9	61.3	13.6
Compliance with taking insulin***	76.4	64.3	12.1
How feel physically on day-to-day basis**	72.3	63.7	8.6
Whether diabetes limits what one can do**	71.4	63.0	8.4
General health**	76.0	68.3	7.7
HbA <sub>1c</sub> value*	78.9	85.0	6.1
Side effects (e.g. low BG, weight gain)	71.7	76.7	5.0
Frequency/severity of high BG (hyperglycemia)	69.8	66.7	3.1

Chi-square tests indicate significant differences; \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05. T2D: type 2 diabetes, BG: blood glucose.

**Tab. 1: Wie Ärzte und Patienten mit unkontrolliertem Typ-2-Diabetes unter Basalinsulin die Diabeteskontrolle interpretieren**

In your opinion, how much do each of the following make it more difficult for you/your patients to have well controlled diabetes? (% very/extremely difficult)	People with uncontrolled T2D n = 1012	Physicians n = 300	% Difference
How much money patient needs to spend on diabetes***	63.5	15.3	48.2
Unavailability of patient support groups***	56.4	10.7	45.7
People around patient not understanding diabetes***	59.4	31.3	28.1
Family obligations (e.g. caring for kids or ill family)***	60.7	33.0	27.7
Other health issues***	70.8	45.0	25.8
Diabetes doctor not understanding patient's individual situation***	67.6	44.3	23.3
Stress***	75.4	54.0	21.4
Not enough support from family or close friends***	61.3	42.0	19.3
Complicated schedule for taking insulin***	64.2	47.0	17.2
Food cravings***	69.8	53.7	16.1
Alcohol intake***	63.7	49.3	14.4
Patient difficulty in remembering to take insulin***	59.4	45.3	14.1
Medicine side effects (e.g. low BG or weight gain)***	69.9	56.0	13.9
Work schedules (long hours or swing/night shifts)***	64.9	52.3	12.6
Lack of education from HCPs about how to control diabetes**	64.9	54.3	10.6
Not having a regular daily routine**	63.2	53.0	10.2
Life crises (e.g. death, divorce, ill family member)*	66.9	60.7	6.2

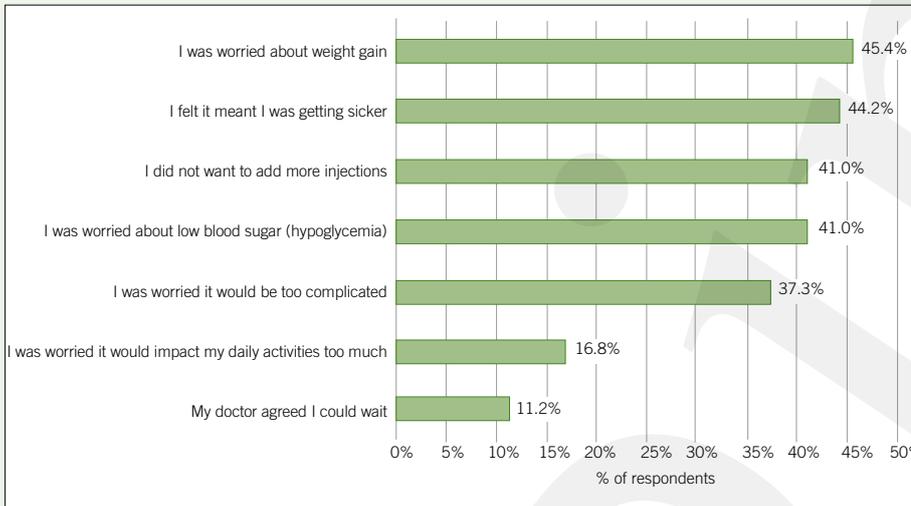
Chi-square tests indicate significant differences between physicians and patients; \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05. T2D: type 2 diabetes, BG: blood glucose, HCPs: healthcare providers.

**Tab. 2: Ansichten über die Hindernisse für die Diabeteskontrolle bei Ärzten und Patienten mit unkontrolliertem Typ-2-Diabetes unter Basalinsulin**

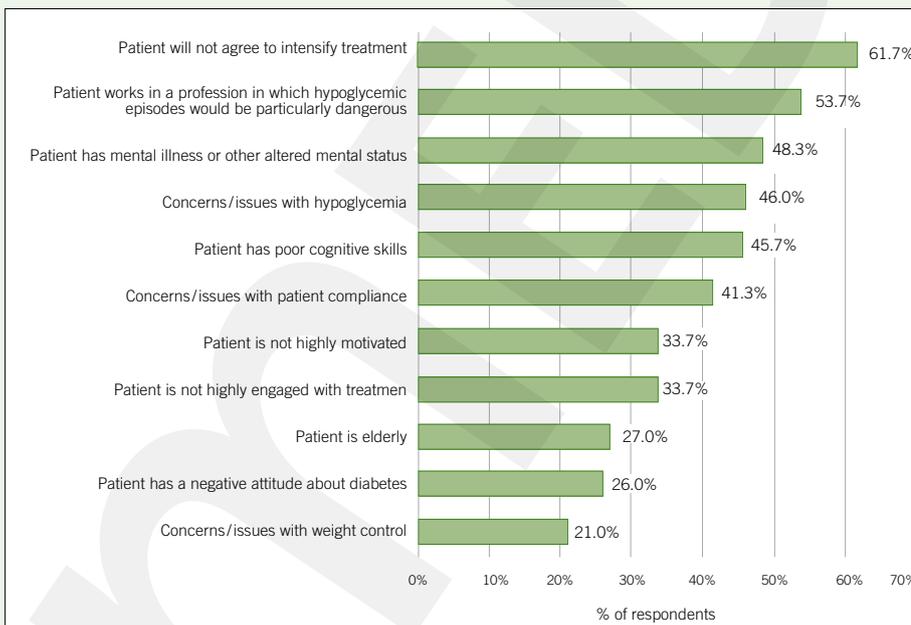
When your/a patient's diabetes is NOT well controlled, in your opinion how much does your/their diabetes interfere with each of the following: (% very/extremely interfering)	People with uncontrolled T2D n = 1012	Physicians n = 300	% Difference
Making plans***	61.7	15.7	46.0
Keeping appointments and commitments***	62.5	17.0	45.5
Being able to do what one wants to do***	69.3	25.0	44.3
Spending time with friends***	55.0	12.7	42.3
Carrying out family responsibilities***	59.6	17.7	41.9
Spending time with family***	55.6	15.0	40.6
How well can complete daily chores***	59.8	21.0	38.8
How much able to accomplish during the day***	61.7	23.3	38.4
Performance at work***	70.0	33.7	36.3
Energy level***	71.0	35.7	35.3
Missed work time***	62.9	27.7	35.2
Mood and emotions***	62.9	32.7	30.2
How well feel physically on a day-to-day basis***	64.7	36.3	28.4
General health***	69.9	50.7	19.2

Chi-square tests indicate significant differences between patients and physicians; \*\*\*p<0.001.  
aOnly asked of respondents who reported working for pay (n=4717). T2D: type 2 diabetes.

**Tab. 3: Wie Ärzte und Patienten mit unkontrolliertem Typ-2-Diabetes die Auswirkungen des Diabetes auf ihr Leben beurteilen**



**Abb. 1: Gründe für die Zurückhaltung von Patienten mit Typ-2-Diabetes, die mit basalem Insulin unkontrolliert sind, das Regime trotz ärztlicher Aufforderung durch Hinzufügen von Bolus Insulin zu intensivieren**



**Abb. 2: Widerwillen von Ärzten, das Insulin-Regime bei mit basalem Insulin unkontrolliertem Typ-2-Diabetes zu intensivieren (Antworten schliessen sich nicht gegenseitig aus)**

therapie aus Sicht des Patienten beziehungsweise des Arztes nicht begonnen worden ist. Persönlich war ich überrascht wie unterschiedlich das Verständnis des Patienten und des Arztes zur Behandlungsqualität ist. Beide sprechen miteinander zum gleichen Thema aber verstehen sich dabei gegenseitig nicht. Es sei die Überlegung erlaubt, ob es dem Patienten damit überhaupt möglich ist über die Therapie mitzuentcheiden, wie es die Empfehlungen von ADA/EASD (2) vorsehen? Wie sieht es aufgrund des gegenseitigen Nichtverstehens im Hinblick auf die Compliance aus? Offensichtlich besteht bei der Schulung des Arztes und des Patienten die Notwendigkeit die Lerninhalte anzupassen, um die unterschiedliche Wahrnehmung zu vermitteln und zu berücksichtigen. Der Arzt wird klinisch geschult und achtet auf das HbA<sub>1c</sub>, die Spätkomplikationen des Diabetes und die Hypoglykämien. Den Patient schult man auf die Selbstbefähigung mit seinem Diabetes umzugehen. Wo er aber bei der Alltagsbewältigung mit seinem Diabetes ansetzt wird zu wenig verstanden und deshalb nicht angesprochen. Die von den Ärzten eingeforderte Anpassung des Lebensstils bei Patienten mit Diabetes mellitus setzt aber ein gegenseitiges Verstehen voraus und betrifft anschliessend die Fähigkeit das Gelernte umzusetzen. Für mich sehe ich die Notwendigkeit die vorliegenden Resultate mit den Diabetesfachschwestern und Ernährungsberaterinnen zu besprechen, da sie in der Schulung der Patienten eine grosse Verantwortung übernehmen. Mit den Ärzten sollten die Resultate im Rahmen von Weiterbildungen diskutiert werden. In meinem Praxisalltag werde ich versuchen die Sichtweise des Patienten konkret anzusprechen und darauf einzugehen.

**Literatur:**

1. Meryl Brod et al. Perceptions of diabetes control among physicians and patients with uncontrolled type 2 diabetes using basal insulin. *Curr Med Res Opin* 2016;32(6):981-9
2. Silvio E. Inzucchi et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes. A Patient-centered Approach. Position Statement of ADA and EASD. *Diabetes Care* 2012;35:1364-79

**IMPRESSUM**

**Berichterstattung:** Dr. med. Benno Weissenberger, Basel

**Redaktion:** Dr. Heidrun Ding

Unterstützt von **Novo Nordisk Pharma AG, Küssnacht**

© Aertzerverlag **medinfo** AG, Erlenbach