Vroegdetectie van (pre)diabetes met de FINDRISC in een huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project

Haio: Vanhaelen Lisa , U.A.
Promotor: REMMEN Roy , U.A.
Praktijkopleider: DE GEYTER Luc , MARCELIS Johan , Merckx Bart , VAN PAESSCHEN Wim , WELLEMAN Danny

Context: Diabetes mellitus type II (T2DM) is een chronische ziekte die in prevalentie toeneemt, maar waarvan de gevolgen op micro- en macrovasculair vlak niet te onderschatten zijn. Een gestoorde nuchtere glycemie of prediabetes is de voorloper hiervan en kent een veelal asymptomatisch verloop. De helft van de patiënten met prediabetes ontwikkelt na 10 jaar diabetes type II. Vroegdetectie van prediabetes en T2DM kan de diagnostiek en behandeling bespoedigen en zodoende de progressie afremmen. Er wordt geopperd om dit uit te voeren via een tweestapsmethode door middel van de FINDRISC-vragenlijst gevolgd door een nuchtere glycemie in geval van een verhoogde score (?12/26). In Vlaanderen wordt nog te weinig gebruik gemaakt van deze vorm van vroegdetectie, hoewel deze wel aanbevolen wordt in de richtlijnen.

Onderzoeksvraag: Er wordt onderzocht of deze vorm van tweestapsmethode haalbaar is in de huisartsenpraktijk en op welke manier deze het beste kan georganiseerd worden. Secundair wordt er ook gekeken naar het aantal bepaalde nuchtere glycemies en diagnoses van de novo prediabetes en T2DM.

Methode: De vragenlijsten werden passief en nadien actief aangereikt. In de eerste periode (maart 2021) lagen de vragenlijsten klaar onder een opvallende poster. In de tweede periode (maart 2022) werden de vragenlijsten aangeboden door de huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO) zelf om in te vullen. De HAIO’s verzamelden de data met registratie van het aantal patiënten die bij drie van de vijf artsen consulteerden alsook hoeveel er in aanmerking kwamen voor de vragenlijst. Nadien werden de unieke contacten gefilterd en de exclusiecriteria toegepast om dan ten slotte te registreren hoeveel patiënten een vragenlijst invulden alsook hun scores. De verdere diagnosestelling en therapie verliep conform de nationale richtlijnen.

Resultaten: In de passieve fase was er een participatiegraad van 11/310 (3.5%) met 3 verhoogde scores. Twee van hen ontvingen een uitnodiging voor een vervolgonderzoek. Bij één van hen was er reeds in het afgelopen jaar een nuchtere glycemie geprikt. In de actieve fase was er een participatiegraad van 42/239 (17.6%). Vijf patiënten scoorden te hoog op de FINDRISC-vragenlijst (11.9%). Bij allen was de nuchtere glycemie reeds in het afgelopen jaar bepaald. In geen van beide groepen werden nieuwe diagnoses van prediabetes of diabetes gesteld.

Conclusie: De participatiegraad binnen de doelpopulatie lag bij beide methodes te laag. De actieve methode bereikt tot 5 keer zoveel patiënten maar is tijdrovend voor de arts. Aangezien de praktijk bij het merendeel van de patiënten reeds een jaarlijkse nuchtere glycemie bepaalde, werden haast geen vervolgcontacten voor glycemiebepaling vastgelegd en werden geen nieuwe diagnoses van prediabetes of diabetes gesteld. Het bereik van deze vragenlijst blijft met deze aanreikingsmethodes evenzeer beperkt tot de huisartsenpraktijk. We besluiten dat deze vragenlijst tijdrovend is en, los van het beperkte financiële aspect, geen meerwaarde heeft ten opzichte van het huidige beleid in deze huisartsenpraktijk. Het promoten van deze vragenlijst op grote schaal in de maatschappij zou het bereik vergroten en de huisarts meer tijd geven voor opvolging van de uitgeselecteerde hoogrisicopatiënten.