De implementatie van het HALT2Diabetes project in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterend project

Manu Le Blanc, Universiteit Gent

Promotor: Patricia Sunaert, MD, PhD Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

ABSTRACT **5**

DANKWOORD **6**

INLEIDING **7**

1. CONTEXT 7
2. MOTIVATIE 8
3. DOELSTELLING 9
4. HALT2DIABETES 9

LITERATUURSTUDIE **10**

1. WELKE AANBEVELINGEN GEVEN DE RICHTLIJNEN OVER DE AANPAK VAN PREDIABETES IN DE HUISARTSPRAKTIJK? 10
   1.1 Methode *10*
   1.2 Resultaten *10*
2. WELKE INZICHTEN BIEDEN EERDERE MASTERPROEVEN OVER HALT2DIABETES EN DE VROEGDETECTIE VAN T2DM IN DE HUISARTSENPRAKTIJK? 14
   2.1 Methode *14*
   2.2 Resultaten *15*
3. BESLUIT 18

PRAKTIJKVERBETERPROJECT - METHODE **18**

1. DOELSTELLING 18
2. VRAAGSTELLINGEN 18
3. SETTING 19
4. METHODOLOGIE 19
   4.1 Actie-onderzoek *19*
   4.2 Doelgroep en rekrutering *19*
   4.3 Interventie *20*
   4.4 Evaluatie en begeleiding *20*
   4.5 Resultaten *21*
   4.6 Goedkeuring Ethisch Comité *21*

PRAKTIJKVERBETERPROJECT – FOCUS-PDCA **22**

1. FOCUS-PROCEDURE 22
   1.1 Find the problem *22*
   1.2 Organise a meeting *22*
   1.3 Clarify the problem *22*
   1.4 Uncover problems *22*
   1.5 Select a strategy *23*
2. PDCA-CYCLUS 25

PRAKTIJKVERBETERPROJECT – RESULTATEN **26**

1. HOEVEEL VRAGENLIJSTEN WERDEN DIGITAAL OF OP PAPIER INGEVULD DOOR MIDDEL VAN HET GEZONDHEIDSKOMPAS? 26
2. BIJ HOEVEEL PERSONEN IS EEN VERHOOGD RISICO OP DIABETES VASTGESTELD? BIJ HOEVEEL PERSONEN IS EEN NIEUWE DIAGNOSE VAN DIABETES GESTELD? 26
3. WELKE RISICOFACTOREN KOMEN VOOR BIJ DE DEELNEMERS MET EEN SCORE VAN ≥ 12 ZONDER T2DM? 26
4. HOEVEEL PERSONEN ZIJN DOORVERWEZEN NAAR DE OP MAAT GEKOZEN LOKALE LEEFSTIJLINTERVENTIE? 28
5. LEIDEN DE LEEFSTIJLINTERVENTIES TOT VERANDERING VAN LEEFSTIJLGEWOONTEN? 29
6. HOE WORDT HET INVOEREN VAN DE DIGITALE SCREENINGSTOOL "GEZONDHEIDSKOMPAS" ERVAREN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK? 30

DISCUSSIE **31**

1. BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN 31
2. BEVINDINGEN IN HET LICHT VAN DE LITERATUUR EN EERDERE HAIO-PROJECTEN 31

3. REFLECTIE OVER DE SCREENINGSTOOL 31
4. PATIËNTENPARTICIPATIE 32
5. STERKTES EN BEPERKINGEN 33
6. DUURZAME VERANKERING IN DE PRAKTIJK 33
7. OVERDRAAGBAARHEID NAAR ANDERE PRAKTIJKEN 34
8. PERSOONLIJKE REFLECTIE 34
REFERENTIES 35
BIJLAGEN 37

Abstract

Achtergrond: Diabetes mellitus type 2 vormt een toenemend gezondheidsprobleem en gaat gepaard met een aanzienlijke morbiditeit, mortaliteit en maatschappelijke kost. Vroegtijdige opsporing van personen met een verhoogd risico biedt mogelijkheden tot preventie of uitstel van de aandoening via leefstijlinterventies. Binnen de betrokken huisartsenpraktijk bestond er op voorhand geen systematische screening of gestructureerde opvolging van deze risicogroep.

Doelstelling: Dit praktijkverbeterproject had als doel patiënten met een verhoogd risico op de ontwikkeling van diabetes type 2 te identificeren binnen de huisartsenpraktijk en hen toe te leiden naar een passend leefstijlaanbod.

Methode: In een landelijke groepspraktijk werden patiënten tussen 45 en 55 jaar die zich aanboden voor een regulier consult, uitgenodigd om deel te nemen aan het project. Na informed consent vulden zij via het digitale Gezondheidskompas de FINDRISC-vragenlijst in. Patiënten met een FINDRISC-score ≥12 werden uitgenodigd voor een vervolgconsult met aanvullende evaluatie en, indien nodig, bloedonderzoek. Bij bevestiging van diabetes werd een opstarttraject binnen de praktijk voorzien. Patiënten met een verhoogd risico zonder diagnose van diabetes werden begeleid naar een lokale leefstijlinterventie op maat.

Resultaten: In totaal namen 34 patiënten deel aan het project waarbij alle vragenlijsten digitaal werden ingevuld. Bij 8 patiënten werd een verhoogd risico vastgesteld en bij 1 patiënt werd na bijkomend bloedonderzoek een nieuwe diagnose van diabetes type 2 gesteld. Vijf patiënten werden doorverwezen naar een lokale leefstijlinterventie, terwijl twee patiënten omwille van praktische drempels geen georganiseerd traject opstartten. Bij meerdere deelnemers werden op korte termijn positieve leefstijlveranderingen gerapporteerd, voornamelijk op het vlak van voeding en fysieke activiteit. Het digitale Gezondheidskompas werd door patiënten als gebruiksvriendelijk ervaren en de FINDRISC-score werkte vaak motiverend. Binnen de praktijk werd de technische werking als vlot beoordeeld, maar de systematische inclusie van patiënten bleek minder evident in de dagelijkse consultatievoering.

Conclusie: Dit praktijkverbeterproject toont aan dat screening op een verhoogd risico op diabetes type 2 via het digitale Gezondheidskompas haalbaar is binnen de huisartsenpraktijk en kan bijdragen tot vroegtijdige detectie en gerichte leefstijlbegeleiding. De grootste uitdaging ligt niet in de tool zelf, maar in de duurzame organisatorische verankering van de screening binnen de dagelijkse praktijkwerking.

Dankwoord

Deze masterproef is het resultaat van een traject dat ik niet alleen heb afgelegd. Daarom wil ik graag een aantal mensen oprecht bedanken voor hun steun, begeleiding en betrokkenheid.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, dokter Patricia Sunaert, bedanken voor haar waardevolle begeleiding tijdens dit proces. Haar kritische blik, gerichte feedback en blijvende ondersteuning hebben mij geholpen om deze masterproef inhoudelijk te verdiepen en verder te verfijnen.

Daarnaast wil ik mijn huidige praktijkopleider, dokter Luc Present, en mijn collega's van praktijk Rendekens van harte bedanken. Ik ben hen dankbaar voor het meedenken bij de keuze van het onderwerp, hun steun bij de uitwerking van het project in de praktijk. Hun betrokkenheid en vertrouwen hebben veel voor mij betekend.

Ook wil ik alle patiënten bedanken die aan dit project hebben deelgenomen. Dankzij hun bereidwilligheid, openheid en engagement kon dit praktijkverbeterproject daadwerkelijk vorm krijgen.

Ten slotte wil ik mijn vrouw en familie bedanken voor hun steun, geduld en aanmoediging gedurende dit hele traject. Hun vertrouwen en nabijheid vormden een belangrijke houvast tijdens het schrijven van deze masterproef.

Inleiding

1. Context

Diabetes mellitus type 2 (T2DM) is een chronische metabole aandoening die wereldwijd een toenemende prevalentie kent en een aanzienlijke uitdaging vormt voor de volksgezondheid. Volgens de International Diabetes Federation (IDF) lijden wereldwijd 537 miljoen volwassenen aan diabetes, wat neerkomt op 10,5% van de volwassen bevolking. Deze prevalentie wordt naar verwachting 11,3% (643 miljoen) in 2030 en 12,2% (783 miljoen) in 2045.[1]
Ook in België vormt T2DM een groeiend gezondheidsprobleem met een aanzienlijke prevalentie en incidentie. Volgens de Gezondheidsenquête 2023–2024 van Sciensano bedraagt de prevalentie van diabetes bij de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder 6,9%**.** Aangezien er geen onderscheid wordt gemaakt tussen de types, en het hier om een enquête in de algemene bevolking gaat, mag aangenomen worden dat het in de meerderheid van de gevallen om T2DM gaat. Sinds 2001 is deze prevalentie meer dan verdubbeld**,** wat wijst op een duidelijke stijging van het aantal diabetespatiënten in België.[2]

De complicaties die gepaard gaan met T2DM dragen in belangrijke mate bij aan de verhoogde morbiditeit en mortaliteit binnen deze patiëntengroep. Zowel microvasculaire als macrovasculaire schade komt frequent voor. Microvasculaire complicaties, zoals diabetische retinopathie, nefropathie en perifere neuropathie, kunnen leiden tot ernstige functionele beperkingen en vormen een belangrijke onderliggende oorzaak van chronische aandoeningen zoals eindstadium nierfalen en visusverlies. Op macrovasculair niveau verhoogt T2DM het risico op cardiovasculaire aandoeningen, waaronder myocardinfarcten, cerebrovasculaire accidenten en perifeer arterieel vaatlijden, wat aanleiding kan geven tot amputaties van de onderste ledematen. Deze complicaties ontwikkelen zich vaak geleidelijk en blijven lange tijd subklinisch, wat het belang van vroegtijdige opsporing en continue opvolging in de eerste lijn benadrukt.[3]

Naast de individuele ziektelast veroorzaakt T2DM ook een opmerkelijke economische druk voor het Belgische gezondheidszorgsysteem, zoals aangetoond door onderzoek uitgevoerd door Pinheiro et al.[4] Op basis van gegevens uit de periode 2013–2017 werd de jaarlijkse kost van diabetes en de daaraan gerelateerde complicaties geraamd op €5,82 miljard, wat overeenkomt met ongeveer 7,4% van de totale gezondheidsuitgaven. Opmerkelijk is dat meer dan 90% van deze kosten toe te schrijven is aan de behandeling van diabetesgerelateerde complicaties, eerder dan aan de basiszorg voor diabetes zelf. De onderzoekers benadrukken dat deze economische last grotendeels te wijten is aan de gevolgen van laattijdige diagnose, gebrekkige opvolging en onvoldoende preventie van complicaties.

Preventie is dan ook een cruciaal aspect van het beheersen van diabetes, omdat het gericht is op het identificeren en aanpakken van risicofactoren voordat de aandoening zich ontwikkelt. Daarom is het van belang om aandacht te besteden aan bekende risicofactoren, in het bijzonder de modificeerbare zoals overgewicht en een sedentaire levensstijl, die in belangrijke mate bijdragen aan de ontwikkeling van T2DM. Evidentie toont aan dat leefstijlinterventies bij personen met een verhoogd risico de ontwikkeling van T2DM kunnen voorkomen of uitstellen. Interventies gericht op gewichtsreductie, gezonde voeding en verhoogde fysieke activiteit blijken hierbij het meest doeltreffend. De American Diabetes Association beveelt bij personen met prediabetes of een verhoogd diabetesrisico dan ook intensieve leefstijlinterventies aan, met aandacht voor duurzame gedragsverandering.
Door middel van voorlichtingscampagnes, screeningprogramma's en interventies die gericht zijn op het bevorderen van een gezonde levensstijl, kunnen preventieve programma's helpen bij het voorkomen of vertragen van de ontwikkeling van T2DM en het voorkomen van de complicaties die daarmee gepaard gaan.[5] In dit kader vormt het HALT2Diabetes-project een waardevol preventie-initiatief, dat zich richt op het actief opsporen van personen met een verhoogd risico op T2DM en hen vroegtijdig begeleiden naar gepaste leefstijlinterventies, nog vóór de aandoening.

2. Motivatie

Tijdens mijn opleiding in de huisartsenpraktijk merkte ik dat er geen systematische screening werd uitgevoerd om personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van T2DM op te sporen. Bovendien ontbrak het binnen deze populatie aan een gestructureerde, preventieve aanpak om hen te begeleiden. Deze vaststelling onderstreept de nood aan geïntegreerde modellen die huisartsen ondersteunen in het detecteren, motiveren en begeleiden van risicopatiënten.
Het HALT2Diabetes-project vormt een mogelijk antwoord op deze uitdaging, met als doel om de preventie van T2DM concreet vorm te geven binnen de eerstelijnszorg. Hoewel het project reeds in meerdere regio’s van Oost-Vlaanderen werd uitgerold, is het in deze regio op heden nog niet geïmplementeerd.
Binnen dit praktijkverbeterproject willen we de haalbaarheid en toepasbaarheid van de systematische screeningsmethodiek, op basis van de FINDRISC-vragenlijst en gerichte doorverwijzing naar leefstijlprogramma’s, verkennen en evalueren binnen de context van de huisartsenpraktijk.
Hierbij wordt er gebruik gemaakt van het digitale Gezondheidskompas als screeninginstrument om vroegtijdig personen met een verhoogd risico op T2DM te identificeren. De tool helpt gebruikers inzicht te krijgen in hun gezondheidssituatie aan de hand van een reeks vragen over leefstijl, lichaamskenmerken en medische voorgeschiedenis. Personen die uit deze screening naar voren komen als risicoprofiel, zullen actief worden benaderd en, indien zij hiervoor openstaan, worden doorverwezen naar een passend leefstijlinitiatief in de regio.

3. Doelstelling

Het doel vanuit dit praktijkverbeterproject is om patiënten met een verhoogd risico op de ontwikkeling van T2DM te identificeren in de huisartsenpratijk en hen de kans aan te bieden om via aanpassing van levensstijl de progressie naar T2DM te vertragen of te voorkomen. Op deze manier vormt het project een waardevolle aanvulling op de bestaande eerstelijnszorg.

4. HALT2Diabetes

Het HALT2Diabetes-project is een Vlaams preventie-initiatief dat werd opgestart door de Diabetes Liga in samenwerking met de Vlaamse overheid.[6] Het project beoogt de vroegtijdige opsporing van personen met een verhoogd risico op T2DM en het begeleiden van deze doelgroep naar een gezondere levensstijl. Dit pilootproject ging in 2014 van start in twee regio's: Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen en Sint-Truiden-Borgloon (regio Haspengouw).[7]
HALT2Diabetes is opgezet als een prospectieve haalbaarheidsstudie en onderzoekt een laagdrempelige en kosteneffectieve methodiek om T2DM-preventie lokaal te implementeren.[8]
Via een tweestaps screeningsstrategie worden risicopersonen geïdentificeerd. In de eerste stap wordt de FINDRISC-vragenlijst (Finnish Diabetes Risk Score) gebruikt, een internationaal gevalideerd instrument dat op basis van acht parameters het risico inschat om binnen tien jaar T2DM te ontwikkelen.[9] Deze test is bedoeld voor personen tussen 45 en 75 jaar en kan zowel in de huisartsenpraktijk als in de bredere gemeenschap afgenomen worden. Een FINDRISC-score van 12 of hoger wijst op een verhoogd risico om T2DM te ontwikkelen. Bij een score ≥12 wordt een consult bij de huisarts aanbevolen voor de tweede stap van het screeningsproces, namelijk een nuchtere glycemiebepaling en cardiovasculaire risicoberekening (via cholesterol en bloeddrukmetingen).[8] Indien de nuchtere glycemie ≥126 mg/dl bedraagt, wordt de patiënt verder opgevolgd als diabetespatiënt binnen de reguliere diabeteszorg, met ondersteuning via bestaande zorgtrajecten. Bij waarden onder deze drempel kunnen patiënten, op verwijzing van de huisarts, deelnemen aan een gepast leefstijlaanbod in de lokale gemeenschap. Dit aanbod omvat onder meer groepssessies gezonde voeding op verwijzing, beweging op verwijzing, een diëtist of tabakoloog, afhankelijk van de individuele noden.[6]
De doelgroep van het HALT2-project omvat volwassenen tussen 45 jaar en 75 jaar, alsook personen met reeds gekend verhoogd risico zoals prediabetes, voorgeschiedenis van (zwangerschaps)hyperglycemie en micro-albuminurie.[9] De maximale leeftijd voor deelname is 75 jaar.[6]
Om het project onder de aandacht te brengen, werd een uitgebreide sensibilisatiecampagne opgezet. Deze omvatte infosessies voor eerstelijnszorgverleners, het verspreiden van promotiemateriaal zoals posters en folders, en het gratis ter beschikking stellen van FINDRISC-tests in huisartsenpraktijken, apotheken, lokale

ontmoetingscentra en tijdschriften.[6] Huisartsen kregen bovendien toegang tot een geaccrediteerde e-learningmodule over HALT2Diabetes, en de opleiding tot leefstijlcoach werd eveneens kosteloos aangeboden.
Binnen HALT2Diabetes wordt gebruikgemaakt van het digitale Gezondheidskompas als online screeningstool. Het Gezondheidskompas is een initiatief van de Vlaamse overheid, ontwikkeld in samenwerking met onder meer de Diabetes Liga en andere Vlaamse partnerorganisaties. Via de webapplicatie op www.gezondheidskompas.be kunnen burgers gratis een vragenlijst invullen, waaronder de FINDRISC-vragenlijst voor het inschatten van het risico op T2DM. Binnen HALT2Diabetes kan deze risicotest zowel online via het Gezondheidskompas als op papier worden aangeboden. Bij een verhoogde score kan de gebruiker worden doorverwezen naar de huisarts voor verdere evaluatie en opvolging.

Literatuurstudie

1. Welke aanbevelingen geven de richtlijnen over de aanpak van prediabetes in de huisartspraktijk?

1.1 Methode

Voor de eerste onderzoeksvraag werden bestaande evidence-based richtlijnen systematisch geraadpleegd met het oog op de aanpak van prediabetes in de eerstelijnssetting. De zoekstrategie en de criteria voor de selectie van richtlijnen werden opgesteld volgens de principes aangereikt in de opleiding literatuuronderzoek via het SOFIA platform van de Universiteit Gent. Er werd gezocht naar nationale en internationale richtlijnen die handelen over de screening, diagnostiek en preventieve aanpak van T2DM en prediabetes binnen de eerstelijnszorg. Enkel richtlijnen die werden opgesteld door erkende wetenschappelijke organisaties, vrij beschikbaar waren en relevant waren voor de huisartsenpraktijk, werden weerhouden.
Volgende richtlijnen werden geselecteerd: de richtlijn Diabetes mellitus type 2 van Domus Medica uit 2015, de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 van het Nederlands Huisartsen Genootschap uit 2018, geactualiseerd in 2026, de richtlijn Type 2 diabetes: prevention in people at high risk (PH38) van het National Institute for Health and Care Excellence uit 2012, geactualiseerd in 2017, en de Standards of Care in Diabetes uit 2025 van de American Diabetes Association (ADA). Iedere richtlijn werd gescreend op relevantie en geanalyseerd op aanbevelingen omtrent prediabetes toepasbaar op de huisartspraktijk.

1.2 Resultaten

1.2.1 Screening en identificatie van personen met een verhoogd risico op T2DM

In de richtlijn van Domus Medica uit 2015 over T2DM wordt een veralgemeende screening bij asymptomatische personen niet aanbevolen. Wel wordt een gerichte opportunistische screening voorgesteld door middel van een tweestapsscreening. Eerst wordt aan de hand van de FINDRISC-vragenlijst bij 40-plussers het risico op diabetes bepaald. Enkel bij hoogrisicopersonen wordt overgegaan tot een nuchtere bloedafname. Deze leeftijdsgrens wordt verschoven naar 25 jaar bij personen met een etniciteit geassocieerd met een hogere incidentie van diabetes (o.a. Turks, Marokkaans, Zuid-Aziatisch of andere). Er wordt aanbevolen extra aandacht te besteden aan het tijdig stellen van een diagnose bij personen met aandoeningen of behandelingen die diabetes kunnen veroorzaken, zoals pancreaslijden, alcoholisme of corticoïdengebruik; deze factoren zijn niet geïntegreerd in de FINDRISC-vragenlijst.
Na de opsporing van risicofactoren volgt de tweede stap, namelijk een bloedafname. Bij normale laboresultaten kan de bloedafname best jaarlijks herhaald worden wanneer men een verhoogd risicoprofiel heeft volgens de FINDRISC (score ≥12). In geval van afwezigheid van een verhoogd risico wordt deze tweestapsscreening best driejaarlijks herhaald. In deze richtlijn wordt nog niet verwezen naar HALT2Diabetes, aangezien dit toen nog een lopend pilootonderzoek was.[10]

De NHG-richtlijn uit 2026 vermeldt dat bij risicogroepen om de drie jaar een nuchtere bloedsuikerspiegel bepaald moet worden. De risicogroep wordt als volgt gedefinieerd: personen ouder dan 45 jaar met minstens één bijkomend patiëntkenmerk (BMI ≥27, diabetes type 2 bij eerstegraadsverwanten, hypertensie, vetstofwisselingsstoornissen, hart- en vaatziekten, Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of een Hindostaanse achtergrond).[11]

De NICE-richtlijn PH38 “Type 2 diabetes: prevention in people at high risk” uit 2017 beschrijft eveneens een tweestapsscreening. De doelgroep bestaat uit alle volwassenen vanaf 40 jaar (met uitzondering van zwangere vrouwen), personen tussen 25 en 39 jaar uit etnische groepen met een verhoogd risico (zoals Zuid-Aziatische, Chinese en Afrikaans-Caribische populaties) en personen met medische aandoeningen die geassocieerd zijn met een verhoogd diabetesrisico, zoals cardiovasculaire aandoeningen, hypertensie, obesitas, beroerte, polycysteus ovariumsyndroom, een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes en psychische aandoeningen. In een eerste stap wordt het risico beoordeeld op basis van demografische en klinische risicofactoren. Hiervoor wordt aanbevolen dat huisartsen een gevalideerde digitale tool gebruiken om in hun patiëntenbestand risicopatiënten te identificeren aan de hand van patiëntengegevens uit het elektronisch dossier. Indien dit niet mogelijk is, kan een gevalideerde zelfevaluatievragenlijst gebruikt worden, zoals de ‘Diabetes UK Risk Score’. In een tweede stap wordt, indien geïndiceerd, een laboratoriumonderzoek uitgevoerd met meting van zowel nuchtere glycemie als HbA1c. Een verhoogd risico op diabetes wordt

vastgesteld bij een nuchtere glycemie tussen 5,5 en 6 mmol/l (99,1 en 124,3 omgezet naar mg/dl) en een HbA1c tussen 6,0 en 6,4%.[12]

De ADA-richtlijnen "Standards of Care in Diabetes" uit 2025 beschrijven eveneens criteria voor screening op diabetes en prediabetes. Screening wordt aanbevolen bij volwassenen met overgewicht of obesitas en minstens één bijkomende risicofactor zoals eerstegraadsverwanten met diabetes, behorend tot een etnische risicogroep, een voorgeschiedenis van cardiovasculaire aandoeningen, hypertensie, afwijkende HDL- of triglyceridewaarden, polycysteus ovariumsyndroom, sedentair gedrag of klinische indicaties voor insulineresistentie. Daarnaast wordt screening aanbevolen bij personen met prediabetes, een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes en bij iedereen vanaf 35 jaar, ongeacht bijkomende risicofactoren. Screening kan ook overwogen worden bij patiënten die medicatie gebruiken zoals corticosteroïden, statines, thiazidediuretica, anti-HIV-middelen en antipsychotica. Ook kinderen met overgewicht of obesitas en bijkomende risicofactoren komen in aanmerking voor screening vanaf 10 jaar of vanaf het begin van de puberteit.
Bij personen die via risicofactoren of een scorelijst, zoals de 'ADA Risk Test', geselecteerd worden, dient een diagnostische biochemische test uitgevoerd te worden. Indien de resultaten normaal zijn, moet screening herhaald worden volgens het individuele risicoprofiel. Bij personen bij wie biochemisch prediabetes wordt vastgesteld, wordt aanbevolen om minstens jaarlijks te monitoren om de ontwikkeling van diabetes tijdig op te sporen.[13]

Naast de criteria die in de richtlijnen worden vooropgesteld, is het in de praktijk van belang om na te denken over de wijze waarop personen met een verhoogd risico op T2DM effectief geïdentificeerd kunnen worden binnen de huisartsenpraktijk. De meeste richtlijnen waaronder de Domus Medica-richtlijn[10], de NHG-standaard[11] en de ADA[13], bevelen hiervoor in eerste instantie een opportunistische screening aan, waarbij patiënten uit de doelgroep tijdens een regulier consult worden aangesproken en gescreend. De NICE-richtlijn gaat hierin een stap verder en beveelt expliciet het gebruik van een gevalideerde tool aan om risicopatiënten proactief op te sporen in het elektronisch medisch dossier (EMD)[12]. Wanneer dit niet mogelijk is, kan teruggegrepen worden naar gevalideerde zelfevaluatievragenlijsten zoals de FINDRISC of de Diabetes UK Risk Score, die door de patiënt zelf kan worden ingevuld.

1.2.2 Preventieve interventies op individueel niveau

Naast aanbevelingen omtrent screening besteden verschillende richtlijnen ook aandacht aan de aanpak van personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van T2DM.
In de Domus Medica-richtlijn wordt aanbevolen om bij personen met een hoog risico reeds leefstijladvies te geven en cardiovasculaire risicoparameters aan te pakken, zelfs wanneer de glycemie bij bloedafname nog normaal is.[10]
Ook in de NHG-richtlijn wordt het belang van preventieve maatregelen benadrukt. Deze richtlijn vermeldt dat leefstijlinterventies het risico op het ontwikkelen van T2DM

kunnen verminderen. Hierbij wordt verwezen naar gecombineerde leefstijlinterventies gericht op gewichtsverlies, meer lichamelijke activiteit, minder (verzadigd) vet en een hogere vezelinname bij mensen met een gestoorde glucosetolerantie. In deze richtlijn worden echter geen concrete aanbevelingen gegeven over hoe dergelijke interventies in de praktijk geïmplementeerd kunnen worden.[11]
In tegenstelling tot de voorgaande richtlijnen beschrijft de NICE-richtlijn een meer uitgebreide en gedifferentieerde aanpak, waarbij de interventies worden afgestemd op het individuele risicoprofiel van de patiënt. Drie groepen worden onderscheiden: personen met een laag risico, een matig risico en een hoog risico.
Bij personen met een laag risico wordt 'brief advice' aanbevolen. Hierbij wordt aan de patiënt uitgelegd dat er op dit moment een laag risico bestaat, maar dat dit niet betekent dat er in de toekomst geen risico kan ontstaan. De aanwezige risicofactoren worden besproken en er wordt kort advies gegeven over leefstijlverbeteringen, met name rond voeding, lichaamsbeweging en sedentair gedrag. De communicatie dient laagdrempelig en positief te zijn, met informatie over lokale voorzieningen en cultuursensitieve ondersteuning die gedragsverandering kunnen faciliteren.
Voor personen met een matig verhoogd risico wordt een meer gestructureerde interventie aanbevolen, namelijk een 'brief intervention'. Dit betreft een doelgerichte zorginteractie waarin een zorgverlener, zoals een huisarts, verpleegkundige of andere eerstelijnsprofessional, samen met de patiënt werkt aan bewustwording, motivatie en het opstellen van een persoonlijk actieplan om leefstijlgedrag te verbeteren. Hierbij kunnen lokale initiatieven zoals wandelprogramma's, zwemclubs of gestructureerde vermageringsprogramma's worden aangeboden. Deze programma's omvatten vaak advies op maat omtrent gedragsverandering, dieet en lichaamsbeweging.
Bij personen met een hoog risico waarbij zowel een verhoogde risicoscore als afwijkende biochemische parameters aanwezig zijn, wordt benadrukt dat er nog geen sprake is van diabetes, maar dat het risico op progressie reëel is. In dat geval worden patiënten verwezen naar wetenschappelijk onderbouwde intensieve leefstijlprogramma's. Dit zijn gestructureerde en gecoördineerde programma's waarin voeding, lichaamsbeweging en gedragsverandering centraal staan. Indien de capaciteit van dergelijke programma's beperkt is, wordt aanbevolen om prioriteit te geven aan personen met de meest afwijkende biochemische parameters, aangezien de interventie bij deze groep het meest kosteneffectief is.
Daarnaast vermeldt de richtlijn dat metformine als add-on behandeling overwogen kan worden naast een leefstijlinterventie. Dit kan bijvoorbeeld bij personen met een hoog risico die een verslechterend HbA1c of nuchtere glycemie vertonen ondanks deelname aan een intensief leefstijlprogramma, of bij personen die niet kunnen deelnemen aan dergelijke programma's, voornamelijk wanneer zij een BMI van meer dan 35 hebben. De mogelijke beperkingen van deze behandeling moeten steeds met de patiënt besproken worden en de duur van de behandeling dient opgevolgd te worden.
Ten slotte benadrukt de NICE-richtlijn ook het belang van een goede follow-up. Het wordt aanbevolen om in het patiëntendossier te registreren welk risicoprofiel iemand heeft en om een systeem te voorzien waarbij patiënten automatisch een vervolgafspraak

krijgen binnen de termijn die nodig is om opnieuw gescreend te worden. De frequentie van herevaluatie is afhankelijk van het risicoprofiel: bij een laag risico wordt een herevaluatie om de vijf jaar aanbevolen, bij een matig risico om de drie jaar en bij een hoog risico jaarlijks.[12]
Ook in de ADA-richtlijnen wordt het belang van preventie via levensstijlaanpassingen benadrukt. Volwassenen met overgewicht of obesitas die een hoog risico lopen op T2DM worden doorverwezen naar intensieve leefstijlprogramma's gericht op gedragsverandering. Hierbij wordt vaak verwezen naar het 'Diabetes Prevention Program', een grootschalige multicentrische klinische studie die in de Verenigde Staten werd uitgevoerd in de jaren '90 en begin 2000 en die de basis vormde voor verschillende nationale preventieprogramma's. Deze programma's hanteren een multimodale aanpak waarbij voeding, lichaamsbeweging, gedragsverandering en educatie centraal staan, vaak ondersteund door coaching.
Daarnaast kan volgens deze richtlijn metformine als add-on behandeling overwogen worden bij hoogrisicopersonen, voornamelijk bij personen tussen 25 en 59 jaar met een BMI >35 kg/m^2, meer uitgesproken afwijkende glycemieën en bij personen met een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes.[13]

Naast de inhoudelijke aanbevelingen besteden de richtlijnen ook aandacht aan de praktische organisatie van leefstijlinterventies. De NICE-richtlijn beveelt bij personen met een hoog risico op T2DM een gestructureerd, intensief leefstijlprogramma aan, gericht op een gewichtsverlies van 5 tot 10 procent en minstens 150 minuten matig-intensieve fysieke activiteit per week[12]. Dit programma wordt bij voorkeur in groep aangeboden door getrainde begeleiders binnen een lokaal beschikbaar aanbod, waarnaar de huisarts kan doorverwijzen. Ook de ADA-richtlijn beveelt aan om volwassenen met een verhoogd risico op T2DM door te verwijzen naar een intensief leefstijlprogramma, gebaseerd op het Diabetes Prevention Program, met als doel minstens zeven procent gewichtsverlies en 150 minuten matig-intensieve fysieke activiteit per week[13]. Hierbij wordt begeleiding door een erkende diëtist aanbevolen. De Domus Medica- en NHG-richtlijn beperken zich daarentegen voornamelijk tot inhoudelijke leefstijladviezen en verwijzing naar de diëtist, zonder concrete aanbevelingen over een gestructureerd leefstijlaanbod[10-11].

2. Welke inzichten bieden eerdere masterproeven over HALT2Diabetes en de vroegdetectie van T2DM in de huisartsenpraktijk?

2.1 Methode

Voor de tweede onderzoeksvraag werd in de periode maart tot juni 2024 een bibliografisch onderzoek in de ICHO-database met bestaande masterproeven uitgevoerd. Hier werd onder de ICPC-code T= 'endocriene klieren/stofwisseling/voeding' naar relevante masterproeven gezocht, daarna werd

bijkomend door het invoeren van gerichte trefwoorden in de zoekbalk waaronder ‘diabetes’ en ‘prediabetes’ verder gezocht in de database. De gevonden titels en abstracts werden gescreend op inhoudelijke relevantie. Thesissen die nauw aansloten bij het onderwerp werden vervolgens in detail geanalyseerd op methodologie, populatie, resultaten en conclusies. Op basis hiervan werden uiteindelijk 5 masterproeven weerhouden. Deze aanpak liet toe om bestaande kennis, onderzoekslacunes en relevante concepten te identificeren en te integreren in het theoretisch kader van deze thesis en geeft daarnaast informatie over effectieve en haalbare interventies in de context van de huisartsenpraktijk.

2.2 Resultaten

Het praktijkverbeterproject van Monica Delys (2020) had als doel het opstellen en invoeren van een praktijkrichtlijn voor de aanpak van prediabetes in de huisartsenpraktijk. De focus werd gelegd op het implementeren van levensstijlveranderingen op vlak van voeding en beweging, met als doel de progressie naar T2DM te reduceren. Vijf patiënten werden geïncludeerd en namen deel aan voedings- en bewegingsadvies, gecombineerd met een nauwe opvolging gedurende 3 maanden.[14]
De resultaten tonen een toename in fysieke activiteit en verbeteringen in intermediaire parameters zoals gewichtsreductie, daling van buikomtrek en BMI, reeds op korte termijn. De hoge participatiegraad en het uitblijven van drop-out kunnen mogelijk verklaard worden door de kleine en reeds gemotiveerde patiëntengroep en de individuele aanpak van de interventie.[14]
Echter, wegens de korte opvolgtermijn kunnen geen conclusies getrokken worden met betrekking tot de evolutie naar T2DM. Daarnaast vraagt de implementatie van dergelijke leefstijlinterventies een aanzienlijke tijdsinvestering van de huisarts, waarbij samenwerking met andere zorgverleners een mogelijke ondersteuning kan bieden.[14]

In het praktijkproject van Koen Coleman (2015) werd het effect van verschillende patiëntenrekruteringsmethoden binnen het HALT2Diabetes-project onderzocht. Uit dit project blijkt dat opportunistische screening een bruikbare methode kan zijn, op voorwaarde dat de huisarts voldoende gemotiveerd is en actief patiënten aanspreekt. Het motivationeel en informatief gesprek bij de huisarts blijkt hierbij een essentieel onderdeel van de screening, aangezien dit een belangrijke rol speelt in het verhogen van de motivatie tot deelname.[15]
Daarnaast wordt telefonische contactname van hoogrisicopatiënten beschreven als een effectieve strategie, mits voldoende praktijkondersteuning en een efficiënt gebruik van het EMD. In dit project bleek het echter moeilijk om hoogrisicopatiënten systematisch te identificeren via het EMD, waardoor een deel van de doelgroep niet werd bereikt. Hierdoor werden potentieel geschikte deelnemers niet gecontacteerd, wat een negatieve invloed had op de participatiegraad.[15]
Verder toont het project aan dat passieve contactname, zoals via folders en affiches, een

brede sensibilisatie kan bereiken, maar leidt tot een beperkte instroom van patiënten. Actieve contactname daarentegen resulteert in een hogere participatiegraad, maar is tijds- en middelenintensief. Opvallend is dat er geen instroom was vanuit de lokale gemeenschap via de sensibilisatiecampagne, wat wijst op een beperkt bereik van deze strategieën.[15]
Binnen het project werd ook vastgesteld dat er tijdens opportunistische screening een zekere selectie plaatsvond door huisartsen, waarbij voornamelijk gemotiveerde patiënten of patiënten met prediabetes werden aangesproken. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten, maar zorgt anderzijds voor een efficiënter rekruteringsproces.[15]
Volgens de literatuur blijkt screening en selectie van werknemers in bedrijven een zeer efficiënte methode, met hoge participatiecijfers. Deze strategie werd echter niet onderzocht binnen dit project, maar wordt wel als veelbelovend beschouwd voor toekomstige implementatie.[15]
Daarnaast werden verschillende bevorderende en belemmerende factoren voor patiëntenrekrutering geïdentificeerd. Belangrijke bevorderende factoren zijn onder meer het gebruik van de FINDRISC-score, ondersteuning bij de opstart van het project en een positieve attitude ten aanzien van preventie. Belemmerende factoren omvatten onder andere de hoge tijdsinvestering, een gebrek aan een duidelijk draaiboek, een gebruiksonvriendelijk registratiesysteem en een gebrek aan continuïteit van zorg en beleidsmatige ondersteuning.[15]
Tot slot blijkt dat voldoende praktijkondersteuning een essentiële voorwaarde is voor het slagen van dergelijke projecten. De uitvoering van taken zoals patiëntencontact, registratie en opvolging vraagt een aanzienlijke tijdsinvestering, waardoor samenwerking met praktijkassistenten, verpleegkundigen of andere ondersteunende structuren noodzakelijk is.[15]

In de masterproef van Lisa Vanhaelen en Stijn Fievez (2021) werd de vroegdetectie van (pre)diabetes aan de hand van de FINDRISC-vragenlijst onderzocht binnen een huisartsenpraktijk. In dit praktijkverbeterproject werden patiënten zowel passief als actief benaderd om de vragenlijst in te vullen. De participatiegraad lag bij beide methoden laag, hoewel de actieve benadering tot vijf keer meer patiënten bereikte dan de passieve methode.[16]
Ondanks deze toename in participatie leidde dit niet tot een hoger aantal vervolgconsulten of bijkomende glycemiebepalingen. Er werden geen nieuwe diagnoses van prediabetes of T2DM vastgesteld. De resultaten suggereren dat het gebruik van de FINDRISC-vragenlijst in deze praktijkcontext een beperkte meerwaarde heeft voor de vroegdetectie van (pre)diabetes.[16]
Een belangrijke verklaring hiervoor is dat in deze huisartsenpraktijk reeds routinematig jaarlijkse nuchtere glycemiebepalingen worden uitgevoerd, waardoor de vragenlijst een overbodige tussenstap vormt. Daarnaast richt deze methode zich voornamelijk op patiënten die reeds op consultatie komen, waardoor patiënten die de huisarts minder frequent consulteren niet worden bereikt.[16]

Op basis van deze bevindingen wordt gesuggereerd dat alternatieve strategieën, zoals screening buiten de huisartsenpraktijk of via andere zorgactoren en sensibilisatiekanalen, mogelijk effectiever zijn om een breder en minder bereikt publiek te identificeren.[16]

In de masterproef van Marjolein Van Hecke (2014) werd via kwalitatief onderzoek, bestaande uit focusgroepen en interviews, de implementatie van het HALT2Diabetes-project bij huisartsen onderzocht.[17]
Uit de resultaten bleek dat slechts een minderheid van de huisartsen deelnam aan het project en dat de screeningsmethodiek slechts beperkt werd toegepast. De implementatie verliep moeizaam, ondanks het feit dat deelnemende artsen de inhoud van zowel de screeningsmethodiek als het multidisciplinaire leefstijlprogramma positief beoordeelden.[17]
Belangrijke belemmerende factoren waren tijdsgebrek, hoge werkdruk, onvoldoende integratie van de software in het elektronisch medisch dossier en een gebrek aan praktische ondersteuning. Daarnaast werd vastgesteld dat artsen vaak selectief screenden op basis van motivatie van de patiënt in plaats van op basis van risicoprofiel, waardoor een deel van de hoogrisicogroep niet bereikt werd.[17]
Tegelijk werden ook verschillende bevorderende factoren geïdentificeerd, waaronder de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking, de mogelijkheid tot doorverwijzing naar een gestructureerd leefstijlprogramma en de sensibiliserende rol van het project. De bevindingen uit de focusgroepen en interviews kwamen grotendeels overeen met de resultaten uit de literatuur, wat wijst op consistente determinanten voor de implementatie van preventieprogramma's in de eerste lijn.[17]

In 2019 werd in de thesis van Elise De Souter het HALT2Diabetes-project geïmplementeerd in een eerstelijnsgezondheidscentrum volgens het forfaitaire principe. Het centrum werkte multidisciplinair, met onder meer diëtisten en kinesisten voor begeleiding rond voeding en beweging. Patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden na een informatief en motiverend gesprek bij de huisarts doorverwezen naar een leefstijlcoach. Deze organiseerde groepssessies bestaande uit vijf sessies over acht weken, aangevuld met een boostsessie na zes maanden en verdere follow-up. De huisarts ontving nadien een verslag voor verdere opvolging.[18]
De rekrutering gebeurde via populatiebrede screening met 500 verstuurde brieven, wat 63 reacties opleverde. Opportunistische screening werd bewust vermeden om selectiebias op basis van bereidwilligheid te voorkomen. Sensibilisatie via de lokale gemeenschap bleek niet effectief. De huisarts speelde een sleutelrol als betrouwbare informatiebron, en het informatieve gesprek was essentieel om patiënten te motiveren tot deelname.[18]
Anderstalige patiënten bleken moeilijker te bereiken. Belangrijke motiverende factoren waren het vertrouwen in de zorgverlener, het sociale aspect van de groepssessies en het gevoel controle te krijgen over de eigen gezondheid. De groepsaanpak werd overwegend positief ervaren, al gaven sommige deelnemers aan dat het traject te kort was, dat er

onvoldoende opvolging was of dat de inhoud soms te theoretisch was.
Registratie gebeurde via het elektronisch medisch dossier en een Excelbestand, met onder meer de FINDRISC-score, cardiovasculair risico, cholesterolwaarden, nuchtere glycemie, rookstatus en bloeddruk. Deze parameters werden geëvalueerd voor en na zes maanden. Ondanks de verhoogde werkdruk bood het project de mogelijkheid tot doorverwijzing naar gespecialiseerde zorgverleners, wat een gedeeltelijke ontlasting betekende voor de huisarts.[18]

3. Besluit

Samengevat bieden de richtlijnen een kernachtig kader voor screening en aanpak van prediabetes in de huisartspraktijk. Ze benadrukken het belang van gerichte screening bij risicogroepen, via een tweestapsstrategie waarbij eerst een risicoscore wordt gebruikt en vervolgens biochemische testen worden uitgevoerd. Daarnaast ligt de nadruk op preventieve leefstijlinterventies gericht op voeding, lichaamsbeweging en gedragsverandering, eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling bij hoogrisicopatiënten. Richtlijnen formuleren echter voornamelijk algemene aanbevelingen en bieden eerder in beperkte mate concrete handvaten voor de praktische implementatie in de dagelijkse huisartspraktijk.
De analyse van eerdere masterproeven toont aan dat deze implementatie gepaard gaat met verschillende organisatorische en praktische uitdagingen. Factoren zoals tijdsgebrek, werkdruk, beperkte integratie in het elektronisch medisch dossier en een gebrek aan praktijkondersteuning een systematische aanpak bemoeilijken. Tegelijk worden in eerdere masterproeven ook belangrijke bevorderende factoren geïdentificeerd, zoals multidisciplinaire samenwerking en een actieve rol van de huisarts in motivatie en begeleiding van patiënten.
Concluderend benadrukken de bevindingen dat de haalbaarheid en integratie in de workflow afhankelijk zijn van enkele determinerende factoren.

Praktijkverbeterproject - Methode

---

1. Doelstelling

Vroegtijdige opsporing van personen met een verhoogd risico op diabetes door gebruik te maken van de digitale tool ‘Gezondheidskompas’. Geïdentificeerde risicopersonen vervolgens doorverwijzen naar een gepast leefstijlinitiatief.

2. Vraagstellingen

- Vraag 1: Hoeveel vragenlijsten werden digitaal of op papier ingevuld door middel van het Gezondheidskompas?

- Vraag 2: Bij hoeveel personen is een verhoogd risico op diabetes vastgesteld? Bij hoeveel personen is een nieuwe diagnose van diabetes gesteld?
- Vraag 3: Welke risicofactoren komen voor bij de deelnemers aan de vragenlijst?
- Vraag 4: Hoeveel personen zijn doorverwezen naar de op maat gekozen lokale leefstijlinterventies?
- Vraag 5: Leiden de leefstijlinterventies tot verandering van leefstijlgewoonten?
- Vraag 6: Hoe wordt het invoeren van de digitale screeningstool "Gezondheidskompas" ervaren in de huisartsenpraktijk?

3. Setting

Het praktijkverbeterproject gaat door in een landelijk gesitueerde groepspraktijk met 1 HAIO en 2 vaste artsen in Heusden. Er is een vaste secretaresse aanwezig telkens in de voormiddag voor telefoonpermanentie en administratie. Als medisch programma wordt 'CareConnect' gebruikt. De praktijk telt 3591 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD). De populatie bestaat voornamelijk uit mensen met een hogere sociaaleconomische status en een overwegend westerse achtergrond, maar is wel gevarieerd qua leeftijd en pathologie.

4. Methodologie

4.1 Actie-onderzoek

Met behulp van de FOCUS-procedure wordt de screening en opvolging van patiënten met een verhoogd risico op diabetes binnen de praktijk systematisch geanalyseerd. Op heden gebeurt dit niet op een gestructureerde manier. Deze aanpak biedt een kader om verbeterpunten te identificeren en implementeren (cfr. infra).

4.2 Doelgroep en rekrutering

Patiënten tussen 45 en 55 jaar oud die langskomen voor een regulier consult worden door de HAIO geïnformeerd over het praktijkverbeterproject en uitgenodigd tot deelname. De keuze voor de leeftijdsgroep tussen 45 en 55 jaar werd gemaakt op basis van een afweging tussen de doelgroep van de FINDRISC-vragenlijst en de praktische haalbaarheid van het project. Een ruimere leeftijdsgroep zou binnen de voorziene tijdsperiode een te groot aantal patiënten opleveren om degelijk op te volgen. Daarnaast werd bewust gekozen voor een zo jong mogelijke leeftijdsgrens binnen de doelgroep, met het oog op een vroegtijdige preventieve aanpak en een grotere kans op effectieve leefstijlverandering.
Indien de collega-artsen ruimte hebben, kunnen ook zij patiënten aanspreken. Bij interesse ondertekent de patiënt een papieren informed consent. Daarna ontvangt hij/zij een informatiebrochure met een QR-code die leidt naar een digitaal

toestemmingsformulier (bijlage 1). Na ondertekening wordt automatisch toegang verleend tot het Gezondheidskompas (digitale FINDRISC-vragenlijst). Vervolgens wordt de gegenereerde unieke code met de FINDRISC-score rechtstreeks naar de praktijk verstuurd.
Indien het invullen via de webapplicatie niet lukt, kan een papieren versie van de vragenlijst worden meegegeven. De deelnemende patiënten worden geregistreerd aan de hand van een patiëntcode in een Excel-overzicht.

Inclusiecriteria:

- Leeftijd tussen 45 en 55 jaar
- Aanmelding tussen 1 november 2025 en 31 januari 2026

Exclusiecriteria:

- Reeds gekende diabetes type 2
- Belangrijke morbiditeiten waarbij afname van de vragenlijst geen prioriteit is

4.3 Interventie

In dit praktijkverbeterproject wordt het digitale Gezondheidskompas gebruikt als screeningsinstrument bij patiënten uit de geselecteerde doelgroep. Via deze vragenlijst wordt een FINDRISC-score bepaald, waarmee patiënten met een verhoogd risico op T2DM kunnen worden geïdentificeerd. Patiënten met een FINDRISC-score ≥12 worden uitgenodigd voor een vervolgconsult, waarbij bijkomende parameters worden geregistreerd en, indien er in het voorafgaande jaar geen nuchtere glycemie en cholesterolwaarde beschikbaar zijn, een bloedonderzoek wordt uitgevoerd (bijlage 2). Wanneer hierbij diabetes wordt vastgesteld, gedefinieerd als een glycemie ≥126 mg/dl, wordt de patiënt opgenomen in het opstarttraject diabetes binnen de praktijk. Bij patiënten met een verhoogd risico zonder diagnose van diabetes wordt tijdens dit consult besproken wat dit risicoprofiel inhoudt en welke implicaties dit heeft voor hun gezondheid. Op basis van dit gesprek wordt in samenspraak met de patiënt een gepaste lokale leefstijlinterventie op maat gekozen, gericht op gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging en rookstop. Het beschikbare lokale aanbod omvat begeleiding door een diëtist, deelname aan *Bewegen op Verwijzing*, begeleiding door een kinecoach in de nabijheid van de praktijk en, indien aangewezen, rookstopbegeleiding.

4.4 Evaluatie en begeleiding

- **Opvolgconsult 1 – na 1 maand**
  Na een periode van één maand worden de patiënten opnieuw uitgenodigd voor een consultatie. Tijdens dit moment wordt nagegaan hoe zij de deelname aan het project ervaren. Er is ruimte voorzien voor het stellen van vragen, en

er wordt geëxploreerd in welke mate de patiënt reeds leefstijlaanpassingen heeft kunnen implementeren.

- **Opvolgconsult 2 – na 3 maanden**
  Tenslotte wordt na drie maanden een laatste opvolgmoment voorzien. Tijdens dit consult wordt besproken in hoeverre de patiënt de voortzetting van levensstijlaanpassingen als haalbaar beschouwt. We bevragen de persoonlijke ervaringen over hun deelname en trachten hen te motiveren om de aanpassingen verder te zetten in de toekomst.
  Tijdens beide opvolgconsultaties wordt gebruikgemaakt van een interviewleidraad om de gesprekken gestructureerd te laten verlopen (bijlage 3).

4.5 Resultaten

Er wordt geregistreerd hoeveel FINDRISC-scores aan de hand van het Gezondheidskompas werden ingevuld. Verder gaan we na hoeveel patiënten een verhoogd risico op diabetes vertoonden en bij hoeveel patienten de diagnose type 2-diabetes werd gesteld.
Vervolgens registreren we het aantal mensen dat deelnam aan de op maat gekozen lokale leefstijlinterventies, bij hen meten we ook enkele leefstijlparameters.
In de voorziene opvolgmomenten wordt er nagegaan of deze interventies hebben geleid tot veranderingen in leefstijlpatronen. Daarnaast wordt bevraagd hoe patiënten en huisartsen het praktijkproject hebben ervaren en worden belemmerende factoren in kaart gebracht. De verzamelde gegevens worden geanonimiseerd verwerkt om de privacy van de deelnemers te waarborgen.

4.6 Goedkeuring Ethisch Comité

Op basis hiervan werd een studieprotocol opgesteld, dat werd goedgekeurd door het Ethisch Comité (bijlage 4+5).

Praktijkverbeterproject – FOCUS-PDCA

1. FOCUS-procedure

1.1 Find the problem

Probleemstelling: Er is geen actieve opsporing of begeleiding van patiënten met een verhoogd risico op diabetes type 2 binnen de huisartsenpraktijk.

- In de huidige praktijk gebeurt geen systematische screening om patiënten met een verhoogd risico op T2DM vroegtijdig op te sporen.
- Momenteel is er ook geen gestructureerd preventiebeleid voor patiënten met prediabetes, gericht op het voorkomen van de evolutie naar T2DM.

1.2 Organise a meeting

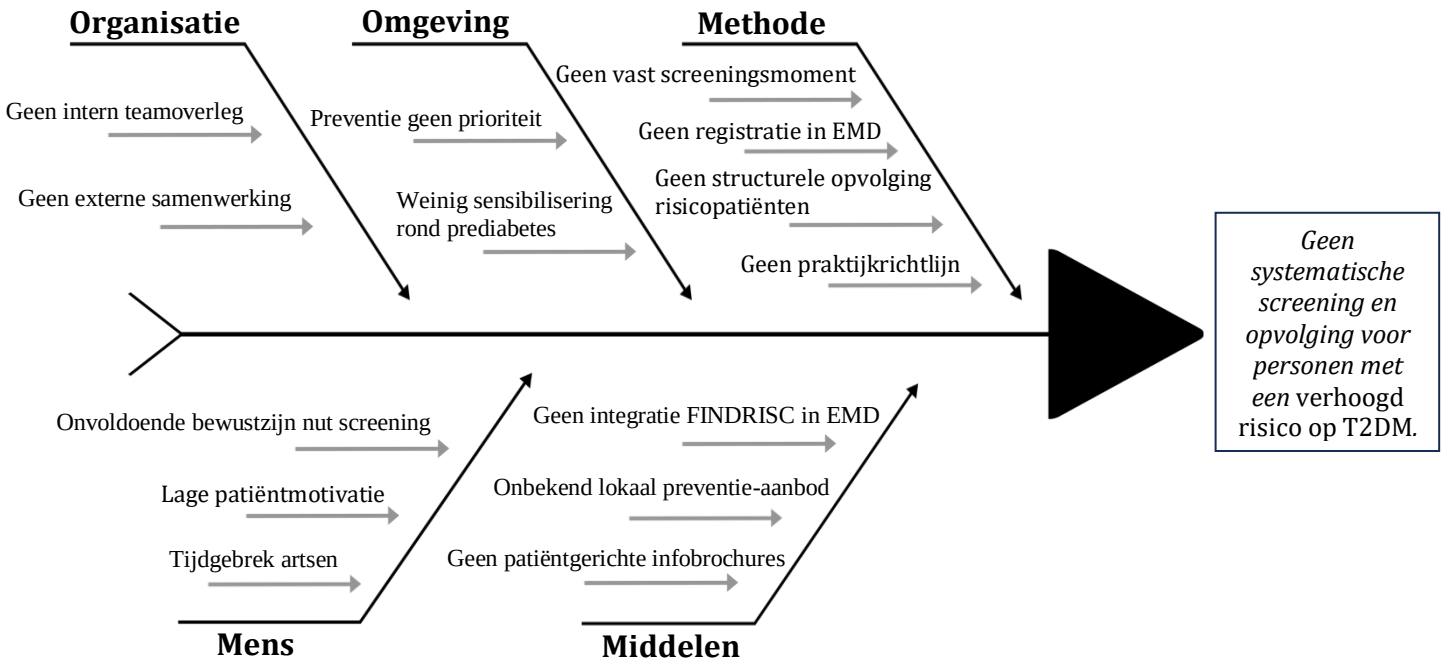
Bij de opstart van het praktijkverbeterproject werd een overlegmoment georganiseerd binnen de huisartsenpraktijk. Tijdens dit overleg werd het thema diabetespreventie en het opzet van het project voorgesteld aan de twee vaste huisartsen en de praktijksecretaresse. Er werd gepolst naar hun interesse in het onderwerp en naar hun bereidheid om binnen de dagelijkse praktijkvoering aan het project mee te werken.
De collega artsen toonden zich betrokken bij het thema en gaven aan bereid te zijn om, waar mogelijk, patiënten uit de doelgroep tijdens hun consultaties aan te spreken. Ook de praktijksecretaresse stond positief tegenover het project en was bereid een ondersteunende rol op te nemen bij de administratieve opvolging. Op basis van dit overleg werd een eerste rolverdeling binnen het team afgesproken, die verder werd uitgewerkt in de concrete strategie van het project.

1.3 Clarify the problem

Er is momenteel in de praktijk geen gestructureerde screening voor patiënten met een verhoogd risico op T2DM, mede door een gebrek aan tijd en kennis bij de zorgverleners. Patiënten met prediabetes krijgen geen systematische preventieve begeleiding, waardoor de kans op progressie naar diabetes toeneemt. Het ontbreken van praktische tools en duidelijke afspraken bemoeilijkt bovendien de uitvoering van preventieve zorg.

1.4 Uncover problems

Er werd een visgraatanalyse uitgevoerd om dieper in te gaan op de oorzaken van het probleem.



1.5 Select a strategy

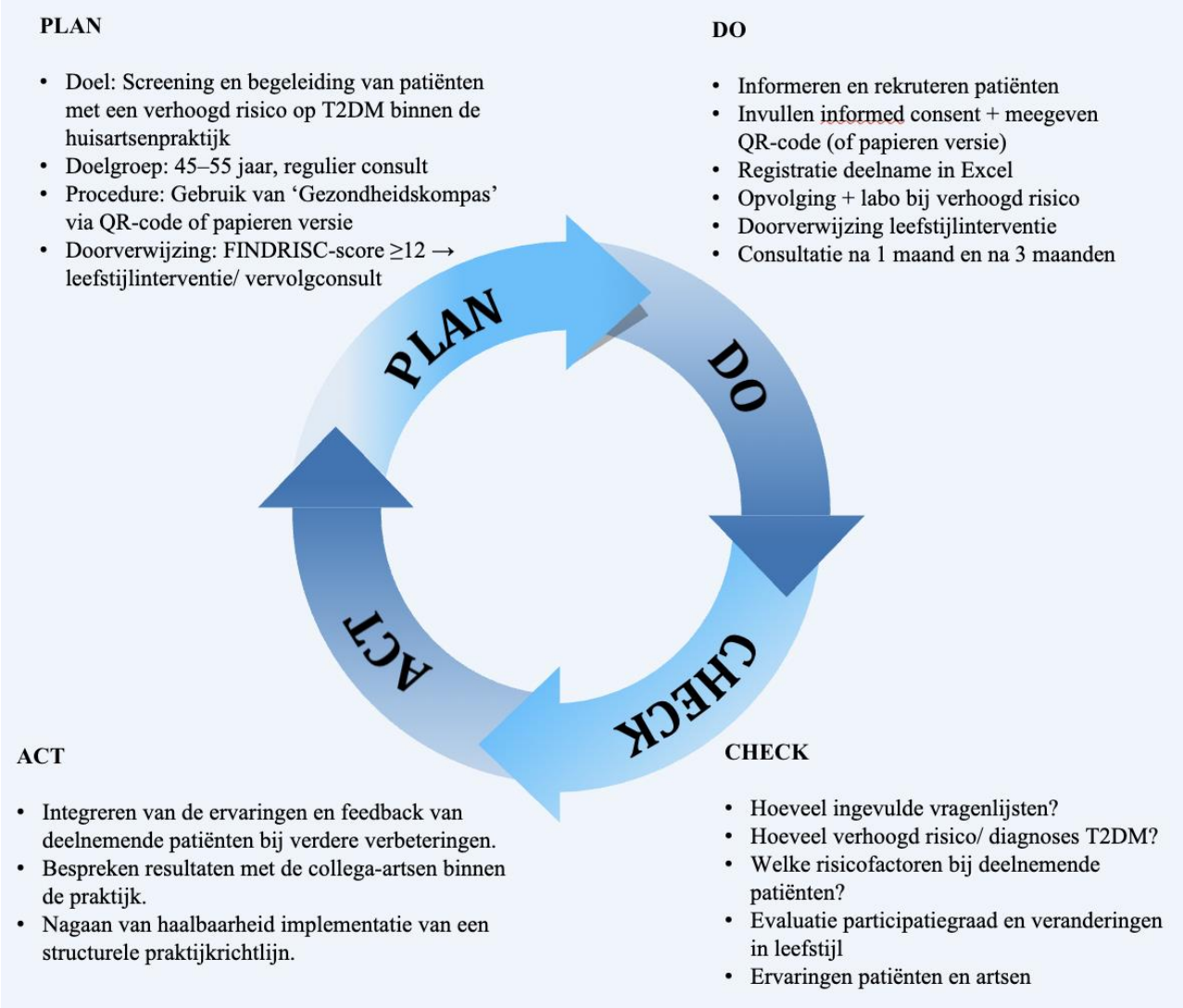
Op basis van de visgraatanalyse werden verschillende verbeterpunten geïdentificeerd die aanleiding gaven tot een gerichte strategie binnen dit praktijkverbeterproject. De kern van de interventie bestaat uit het invoeren van een systematische screening op een verhoogd risico op T2DM, gekoppeld aan een gestructureerde opvolging en doorverwijzing naar een leefstijlaanbod op maat.
Voor de screening werd gebruikgemaakt van het digitale Gezondheidskompas, een online tool die de FINDRISC-vragenlijst omvat. Deze internationaal gevalideerde vragenlijst schat op basis van acht parameters, waaronder leeftijd, BMI, buikomtrek, fysieke activiteit, voedingsgewoonten en familiale voorgeschiedenis, het risico in om binnen tien jaar T2DM te ontwikkelen. Patiënten uit de doelgroep kregen tijdens een regulier consult toegang tot de tool via een QR-code, waarna zij de vragenlijst zelf thuis digitaal konden invullen. De gegenereerde FINDRISC-score werd vervolgens automatisch teruggekoppeld naar de praktijk via een bericht in het EMD, waar de praktijksecretaresse dit koppelde aan de takenlijst van de HAIO.
Op basis van de bekomen score werd de verdere begeleiding bepaald. Bij een score lager dan 12 was geen verdere actie vereist. Bij een score van 12 of hoger werd de patiënt uitgenodigd voor een vervolgconsult, waarin het risicoprofiel werd besproken, bijkomende parameters werden nagekeken en, indien nodig, een bloedonderzoek werd uitgevoerd. Aan de hand van dit gesprek werd in samenspraak met de patiënt gericht advies gegeven en een passende leefstijlinterventie gekozen binnen het bestaande lokale aanbod, gericht op gezonde voeding, beweging en rookstop.
Voor deze verdere begeleiding werd samengewerkt met het beschikbare lokale

leefstijlaanbod in de regio. Afhankelijk van het profiel, de voorkeur en de praktische haalbaarheid voor de patiënt kon worden verwezen naar een diëtist, *Bewegen op Verwijzing* of een lokale kinecoach. De doorverwijzing gebeurde tijdens het vervolgconsult, waarbij samen met de patiënt werd nagegaan welke vorm van begeleiding het best aansloot bij de individuele noden en mogelijkheden. Hierbij werd ook rekening gehouden met factoren zoals bereikbaarheid, tijdsinvestering en de voorkeur voor individuele dan wel groepsgerichte begeleiding. Op deze manier werd getracht de screening niet louter te gebruiken voor risico-inschatting, maar ook te koppelen aan een concreet en haalbaar vervolgtraject binnen de eerstelijnszorg. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillende strategieonderdelen, telkens gekoppeld aan het onderliggende verbeterpunt uit de visgraatanalyse.

Verbeterpunt (visgraatanalyse)	**Strategieonderdeel**	**Verantwoordelijke(n)**
Geen integratie FINDRISC in EMD Geen registratie in EMD Geen patiëntgerichte infobrochures	Implementatie digitale screeningstool: Gezondheidskompas via QR-code met automatische terugkoppeling van de score in het EMD	HAIO
Geen vast screeningsmoment Geen praktijkrichtlijn	Vastleggen screeningprotocol voor patiënten van 45–55 jaar tijdens reguliere consulten	HAIO, artsen, secretaresse
Geen structurele opvolging risicopatiënten	Gelaagde opvolging op basis van FINDRISC-score: - Score ≥12: aanvullend onderzoek - Bevestigde T2DM: opstart T2DM-traject - Verhoogd risico: leefstijlinterventies	HAIO
Onbekend lokaal preventie-aanbod Geen externe samenwerking	Gestructureerd vervolgtraject met doorverwijzing naar lokaal leefstijlaanbod en samenwerking met externe zorgverleners	HAIO, externe expert
Preventie geen prioriteit Geen intern teamoverleg Weinig sensibilisering rond prediabetes Onvoldoende bewustzijn nut screening	Sensibilisering en teamoverleg: informeren van het praktijkteam over diabetespreventie en het gebruik van de digitale tool	HAIO, artsen

2. PDCA-cyclus

Vertrekkend vanuit de bovenstaande FOCUS-procedure werd een PDCA-cyclus opgesteld. Waar de FOCUS-procedure diende om het probleem te analyseren en een strategie te bepalen, vormt de PDCA-cyclus de eigenlijke implementatie van de interventie binnen de praktijk. Onderstaand schema geeft een overzicht van de vier fasen, van de voorbereiding en uitvoering van de screening tot de evaluatie van de resultaten en de bijsturing van de aanpak.



Praktijkverbeterproject – Resultaten

1. Hoeveel vragenlijsten werden digitaal of op papier ingevuld door middel van het Gezondheidskompas?

In de periode van 1 november 2025 tot en met 31 januari 2026 werden patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria tijdens een regulier consult geïnformeerd over het praktijkverbeterproject en uitgenodigd tot deelname.
In totaal namen 34 patiënten deel aan het project. Ten opzichte van de totale doelgroep binnen deze leeftijdscategorie (n = 410) komt dit overeen met een participatiegraad van 8,3%. Zij ondertekenden het informed consentformulier en ontvingen een informatiebrochure met een QR-code die toegang verleende tot het digitale Gezondheidskompas. Er werd geen papieren versie van de vragenlijst gebruikt, alle deelnemende patiënten vulden de vragenlijst digitaal in.
De resultaten van het Gezondheidskompas werden automatisch ontvangen via berichten in het EMD (CareConnect). De praktijksecretaresse filterde deze berichten en koppelde de resultaten aan de takenlijst van de HAIO voor verdere opvolging.

2. Bij hoeveel personen is een verhoogd risico op diabetes vastgesteld? Bij hoeveel personen is een nieuwe diagnose van diabetes gesteld?

Van de 34 ingevulde FINDRISC-vragenlijsten vertoonden 8 patiënten een verhoogd risico op diabetes. De deelnemende patiënten waren vooraf geïnformeerd dat bij een FINDRISC-score van 12 of hoger, telefonisch contact zou worden opgenomen door de HAIO met het oog op een vervolgconsult.
Bij 5 van deze patiënten was bijkomend bloedonderzoek aangewezen, aangezien er in het voorafgaande jaar geen recente nuchtere glycemie beschikbaar was. Op basis van dit bloedonderzoek werd bij 1 patiënt een nieuwe diagnose van T2DM vastgesteld. Deze patiënt werd vervolgens opgenomen in het opstarttraject.

3. Welke risicofactoren komen voor bij de deelnemers met een score van ≥12 zonder T2DM?

Patiënt	Leeftijd	BMI (kg/m^2)	Buikomtrek (cm)	Bloeddruk (mmHg)	LDL/HDL (mg/dL)	Comorbiditeiten	Familiale anamnese
Patiënt 1 Man	48	32,5	117	125/80	82/41	Geen	-
Patiënt 2 Vrouw	46	26,5	105	120/80	98/78	Geen	+
Patiënt 3 Man	49	35,8	122	145/95	150/40	Hypertensie Hypercholesterolemie	+
Patiënt 4 Man	48	30,3	113	120/70	238/54	Hypercholesterolemie	-
Patiënt 5 Vrouw	55	33,2	100	130/80	99/47	Geen	-
Patiënt 6 Vrouw	55	29,1	98	130/75	117/56	Hypercholesterolemie	+
Patiënt 7 Vrouw	45	32,9	104	110/70	101/53	Geen	+

De analyse werd uitgevoerd bij de patiënten met een verhoogde FINDRISC-score zonder nieuwe diagnose van T2DM. De parameters worden weergegeven in bovenstaande tabel. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 45 en 55 jaar.
Overgewicht of obesitas was aanwezig bij alle patiënten. Vijf patiënten (71,4%) voldeden aan de criteria voor obesitas (BMI ≥ 30 kg/m^2), terwijl twee patiënten (28,6%) overgewicht hadden (BMI 25–29,9 kg/m^2).
Daarnaast werd bij alle patiënten (100%) een verhoogde buikomtrek vastgesteld volgens de geldende afkapwaarden (>102 cm bij mannen en >88 cm bij vrouwen), wat wijst op de aanwezigheid van centrale adipositas binnen deze groep.
Wat fysieke activiteit betreft, gaven drie patiënten (42,9%) aan dagelijks minstens 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging te hebben.
Een positieve familiale anamnese voor diabetes mellitus type 2 werd gerapporteerd bij vier patiënten (57,1%).
Gekende hypercholesterolemie was aanwezig bij drie patiënten (42,9%). Eén patiënt (14,3%) had een voorgeschiedenis van hypertensie. Geen van de patiënten rookte op het moment van inclusie.
Deze bevindingen tonen dat binnen de groep met verhoogde FINDRISC-score vooral adipositas, en meer specifiek centrale vetverdeling, frequent voorkwamen.

Risicofactor	Aantal	Percentage (%)
Overgewicht (BMI 25–29,9)	2	28,6 %
Obesitas (BMI ≥ 30)	5	71,4 %
Verhoogde buikomtrek	7	100 %
Gekende hypercholesterolemie	3	42,9 %
Gekende hypertensie	1	14,3 %
Positieve familiale anamnese T2DM	4	57,1 %
Fysieke activiteit (>30'/dag)	3	42,9 %
Roken	0	0 %

4. Hoeveel personen zijn doorverwezen naar de op maat gekozen lokale leefstijlinterventie?

Van de 8 patiënten met een verhoogde FINDRISC-score werd bij 1 patiënt een nieuwe diagnose van diabetes type 2 vastgesteld. Deze patiënt werd opgenomen in het opvolgtraject binnen de huisartsenpraktijk, met verdere opvolging gericht op medicamenteuze behandeling en leefstijladviezen. Een doorverwijzing naar een extern leefstijlinitiatief werd in dit geval niet opgestart maar wel voorgesteld.
Van de overige 7 patiënten gaven 2 patiënten aan dat deelname aan een georganiseerd leefstijlinitiatief omwille van werkgerelateerde tijdsdruk niet haalbaar was. Met deze patiënten werd wel besproken hoe zij binnen hun dagelijkse context bewuster konden omgaan met gezonde voeding en fysieke activiteit.
De overige 5 patiënten werden doorverwezen naar een lokale kinecoach, waar groepssessies worden aangeboden die gericht zijn op regelmatige fysieke activiteit en gezonde voedingsgewoonten in het kader van cardiometabole preventie.

Situatie van de patiënt	Aantal	Besproken opties	Uiteindelijke aanpak
Nieuwe diagnose T2DM	1	Leefstijlinterventies, medicamenteuze behandeling	Opname opstarttraject binnen de huisartsenpraktijk
Verhoogd risico, bereid tot externe begeleiding	5	Lokale diëtist, Bewegen op Verwijzing, kinecoach	Doorverwijzing naar lokale kinecoach (groepssessies)
Verhoogd risico, beperkte haalbaarheid door tijdsgebrek	2	Gezonde voeding, beweging in dagelijkse context	Geen externe doorverwijzing; leefstijladviezen besproken tijdens consult

5. Leiden de leefstijlinterventies tot verandering van leefstijlgewoonten?

De zeven deelnemers met een verhoogde FINDRISC-score werden tijdens het opvolgconsult begeleid bij de keuze van een passende leefstijlinterventie binnen het lokale aanbod. De ervaringen en effecten op leefstijlgewoonten werden in kaart gebracht tijdens de vervolgconsultaties na één en drie maanden.

Patiënt	Gekozen interventie	Leefstijlverandering	Ervaring/motivatie
Patiënt 1 Man	Begeleiding via kinecoach	Fietsen naar het werk, bewuster omgaan met suikerinname	Erkende initieel de nood aan begeleiding, echter sessies niet verdergezet wegens tijdsgebrek
Patiënt 2 Vrouw	Begeleiding via kinecoach	Gebruik stappenteller, wekelijks gaan zwemmen, voedingsaanpassingen zoals meer water drinken	Ervoer aanvankelijk een drempel door gewichtsproblemen, maar vond de sessies waardevol. Praktische en haalbare tips verhoogden haar motivatie om verder te gaan.
Patiënt 3 Man	Begeleiding via kinecoach, later doorverwezen naar diëtist	Start begeleiding met een gepersonaliseerde opvolging in een fitnesscentrum, voedingsaanpassingen	Voeding bleef het belangrijkste aandachtspunt. Daarom werd de meerwaarde van de kinecoach beperkt ervaren en volgde doorverwijzing naar een diëtist
Patiënt 4 Man	Zelfstandige leefstijlaanpassing	Initieel terug proberen te gaan joggen	Tijdens opvolgmomenten bleek de intrinsieke motivatie beperkt. Werkgerelateerde tijdsdruk vormde een belangrijke belemmering.
Patiënt 5 Vrouw	Begeleiding via kinecoach	Wandelt meer, vermindert suikerinname, probeert frisdranken te vermijden en aankoop van een airfryer.	Sessies kinecoach niet verdergezet, meerwaarde werd erkent, echter praktische moeilijkheden na een recente jobverandering
Patiënt 6 Vrouw	Begeleiding via kinecoach	Gebruikt een stappenteller, fietst meer, drinkt ’s avonds geen frisdrank meer, neemt water mee, doet thuisoefeningen en parkeert verder van haar bestemming.	Erkent de nood aan begeleiding en verkiest een individuele opvolging boven groepssessies. Heeft reeds vier sessies gevolgd, ervaart de aanpak als haalbaar en blijft gemotiveerd. Ook haar partner neemt mee deel aan de leefstijlveranderingen
Patiënt 7 Vrouw	Zelfstandige leefstijlaanpassing	Loopt samen met haar partner, eet gezonder, vermijdt tussendoortjes en toegevoegde suikers.	Ervoer het traject als een belangrijke wake-upcall, verloor reeds gewicht en is gemotiveerd om de veranderingen verder te zetten.

De tabel geeft een overzicht van de gerapporteerde leefstijlveranderingen en ervaringen van de deelnemers met een verhoogde FINDRISC-score zonder nieuwe diagnose van T2DM. Bij meerdere deelnemers werden aanpassingen vastgesteld op het vlak van voeding en fysieke activiteit. De meest gerapporteerde veranderingen betroffen een toename van beweging in het dagelijks leven, een vermindering van suikerinname en een verhoogde aandacht voor gezonde voedingskeuzes.
De motivatie om deel te nemen aan een leefstijlinterventie en deze vol te houden verschilde tussen de deelnemers. Sommige patiënten stonden open voor begeleiding en rapporteerden concrete gedragsveranderingen, terwijl anderen praktische drempels ondervonden, zoals tijdsgebrek of een lagere bereidheid om met een formeel traject te starten. Individuele begeleiding leek voor verschillende deelnemers beter aan te sluiten bij hun noden dan groepssessies.
Algemeen werd het opvolgconsult door de deelnemers ervaren als een zinvol moment van bewustwording. Het kennen van de FINDRISC-score werkte bij meerdere deelnemers motiverend en werd omschreven als een wake-up call om stil te staan bij de eigen leefstijl en risicofactoren.

6. Hoe wordt het invoeren van de digitale screeningstool "Gezondheidskompas" ervaren in de huisartsenpraktijk?

De ervaringen met het Gezondheidskompas werden bevraagd bij de deelnemende patiënten tijdens de opvolgconsultaties. Daarnaast werden ook de ervaringen van de artsen en de HAIO binnen de huisartsenpraktijk meegenomen.
Bij de deelnemende patiënten werd het Gezondheidskompas overwegend als gebruiksvriendelijk en duidelijk ervaren. Het invullen van de vragenlijst via de QR-code verliep vlot en er werden geen noemenswaardige technische problemen gerapporteerd. Meerdere patiënten gaven aan dat het toekennen van een FINDRISC-score een meerwaarde vormde, omdat dit hun risico op diabetes concreter maakte en bijdroeg tot bewustwording. Bij sommige patiënten werd deze score ervaren als een wake-up call die aanleiding gaf tot reflectie over hun leefstijl. Enkele patiënten merkten wel op dat de vragenlijst sterk focuste op gewicht en lichaamsmaten, wat niet door iedereen als aangenaam werd ervaren.
Binnen de huisartsenpraktijk werd de technische werking van het Gezondheidskompas als vlot ervaren. De QR-code bleek een werkbare manier om patiënten toegang te geven tot de vragenlijst, en ook de automatische terugkoppeling van de FINDRISC-score naar de praktijk verliep goed. De berichten konden door de secretaresse uit het EMD worden gefilterd en gekoppeld aan de takenlijst van de HAIO, wat de verdere opvolging praktisch maakte.
De actieve inclusie van patiënten in de dagelijkse praktijkvoering van collega artsen verliep echter minder vanzelfsprekend. Hoewel het project in de praktijk gekend was, werd er tijdens consultaties niet systematisch of bewust aan gedacht om patiënten actief te includeren. Hierdoor bleef de toepassing van de screening in zekere mate afhankelijk van het consultatiemoment en van de aandacht die er op dat ogenblik voor preventie

aanwezig was.
Door de artsen werd aangegeven dat het zichtbaar aanbieden van een flyer met QR-code in de praktijk in de toekomst mogelijk een aanvullende manier kan zijn om patiënten te bereiken. Deze aanpak werd binnen dit project zelf echter niet toegepast.
Algemeen werd het Gezondheidskompas ervaren als een bruikbare en toegankelijke tool voor de vroegtijdige opsporing van patiënten met een verhoogd risico op T2DM, al bleek de integratie ervan in de dagelijkse consultatievoering minder evident dan de technische implementatie ervan.

Discussie

1. Belangrijkste bevindingen

In dit praktijkverbeterproject werd binnen een landelijke groepspraktijk een systematische screening op een verhoogd risico op T2DM geïmplementeerd aan de hand van het digitale Gezondheidskompas en de FINDRISC-vragenlijst. In totaal namen 34 patiënten deel, waarvan 8 een verhoogd risico vertoonden en bij 1 patiënt een nieuwe diagnose van T2DM werd gesteld. De screening kon vlot geïntegreerd worden in de bestaande praktijkwerking, en bij een deel van de patiënten met een verhoogd risico werden concrete leefstijlveranderingen vastgesteld. Tegelijk toonde het project aan dat de grootste uitdaging niet bij de tool zelf lag, maar bij het systematisch en duurzaam includeren van patiënten.

2. Bevindingen in het licht van de literatuur en eerdere HAIO-projecten

De vaststelling dat bij ongeveer een kwart van de gescreende patiënten een verhoogd risico werd vastgesteld, sluit aan bij wat op basis van het oorspronkelijke HALT2Diabetes-project en de literatuur verwacht kon worden. Het gebruik van de FINDRISC-vragenlijst als eerste stap in een tweestapsscreening komt overeen met de aanbevelingen uit de richtlijnen van Domus Medica, NICE en de ADA. De keuze voor het digitale Gezondheidskompas paste bovendien bij de aanbeveling van de NICE-richtlijn om, waar mogelijk, gebruik te maken van gevalideerde digitale tools.
In vergelijking met eerdere HAIO-projecten rond HALT2Diabetes, die vaak steunden op papieren vragenlijsten of manuele registratie, vormde de geautomatiseerde terugkoppeling van de FINDRISC-score naar het EMD een meerwaarde. Deze digitale aanpak loste echter de bekende drempel van tijdsdruk tijdens consultaties niet volledig op, een knelpunt dat ook in andere masterproeven herhaaldelijk wordt benoemd.

3. Reflectie over de screeningstool

Het digitale Gezondheidskompas werd binnen dit project overwegend als een bruikbaar en toegankelijk screeningsinstrument ervaren. Het invullen van de FINDRISC-vragenlijst via de QR-code verliep vlot en zonder noemenswaardige technische problemen. De automatische terugkoppeling van de score naar het EMD vormde een duidelijke meerwaarde voor de verwerking en opvolging binnen de praktijk. Deze geautomatiseerde flow verlaagde de administratieve last en maakte het mogelijk om patiënten met een verhoogd risico op een gestructureerde manier op te volgen.
Een belangrijke sterkte van de tool bleek de motiverende waarde van een concrete risicoscore. Meerdere patiënten ervoeren het toegekend krijgen van een FINDRISC-score als een wake-up call, waarbij het zwart op wit zien van een verhoogd risico meer impact had dan een algemene boodschap over leefstijl of gewicht.
Opvallend was dat de patiënttevredenheid over de digitale tool zeer hoog lag. Het gebruiksgemak en de duidelijke score werden consequent positief onthaald. Deze hoge tevredenheid en het vlotte, zelfstandige gebruik van de vragenlijst vormen net een argument om de tool laagdrempeliger aan te bieden, bijvoorbeeld via een flyer met QR-code in de wachtzaal.
Tegelijk kwamen ook enkele aandachtspunten naar voren. Hoewel de technische werking vlot verliep, bleek de actieve inclusie van patiënten minder systematisch en sterk afhankelijk van de beschikbare tijd en de aandacht voor preventie tijdens het consult. De tool op zich garandeert dus geen structurele screening maar het effect ervan wordt in belangrijke mate bepaald door de organisatie eromheen.

4. Patiëntenparticipatie

De bereidheid van patiënten om deel te nemen aan de screening was overwegend positief. Dat 34 patiënten instemden tijdens een regulier consult, wijst op een reële openheid om deel te nemen aan een preventief initiatief wanneer dit laagdrempelig wordt aangeboden. Ook het invullen van de FINDRISC-vragenlijst via het digitale Gezondheidskompas verliep vlot en werd door de patiënten als eenvoudig en zinvol ervaren. De drempel lag dus niet zozeer bij de screening zelf.
De grootste uitdaging bleek eerder te liggen bij wat op de screening volgt, namelijk het effectief opstarten van en volhouden aan een leefstijlinterventie. Waar sommige patiënten gemotiveerd waren en concrete leefstijlveranderingen doorvoerden, ervoeren anderen praktische drempels zoals werkgerelateerde tijdsdruk of een lagere intrinsieke motivatie. Opvallend was dat verschillende patiënten de voorkeur gaven aan een individuele aanpak boven groepssessies, wat suggereert dat een aanpak op maat de kans op werkelijke betrokkenheid vergroot.
Dit onderstreept dat gedragsverandering een fundamenteel andere uitdaging vormt dan het detecteren van een verhoogd risico. Zelfs bij een vlot verlopende screening en een goed geïnformeerde patiënt blijft intrinsieke motivatie een bepalende factor voor het effectief realiseren van leefstijlaanpassingen. Dit is een bekend gegeven binnen de preventieve geneeskunde en vormt een belangrijk aandachtspunt bij de verdere uitbouw van een leefstijlaanbod binnen de eerstelijnszorg.

5. Sterktes en beperkingen

Een sterkte van dit project was de vlotte integratie van een gevalideerd screeningsinstrument in de bestaande praktijkwerking. Het gebruik van de FINDRISC-vragenlijst via het digitale Gezondheidskompas, met automatische terugkoppeling naar het EMD, maakte de screening haalbaar en weinig tijdsintensief, ondersteund door de betrokkenheid van het volledige praktijkteam. Ook de twee vaste opvolgmomenten na één en drie maanden vormden een sterkte, aangezien dit toeliet om op een gestructureerde manier de ervaringen, drempels en leefstijlaanpassingen van elke patiënt in kaart te brengen.
Daartegenover staan enkele beperkingen. Het aantal deelnemers was beperkt, van de ongeveer 410 patiënten binnen de praktijk die tot de leeftijdscategorie behoorden, werden er slechts 34 effectief bereikt. Dit beperkt de veralgemeenbaarheid en toont dat met een opportunistische aanpak slechts een klein deel van de doelgroep werd gescreend. De populatie was bovendien vrij homogeen, met voornamelijk patiënten met een hogere sociaaleconomische status en een westerse achtergrond. Daarnaast werd bewust gekozen voor de leeftijdsgroep van 45 tot 55 jaar, hoewel de FINDRISC tot 75 jaar kan worden afgenomen, waardoor oudere risicopatiënten buiten beschouwing bleven. Ten slotte berustten de vastgestelde leefstijlveranderingen voornamelijk op zelfrapportage, en was de opvolgtermijn van drie maanden te kort om objectieve parameters zoals gewicht, buikomtrek of glycemie betrouwbaar te registreren. Hierdoor zijn enkel uitspraken mogelijk over veranderingen op korte termijn en niet over het effectief voorkomen of uitstellen van T2DM.

6. Duurzame verankering in de praktijk

De praktijkervaring toonde dat de technische implementatie van de screening vlot verliep, maar dat een duurzame verankering ervan bijkomende aandacht vraagt. Tijdens de actieve fase werd consequent aan de screening gedacht, maar naarmate het project vorderde, verminderde deze aandacht in de dagelijkse consultatievoering. De inclusie bleef zo sterk afhankelijk van de beschikbare tijd en van de mate waarin preventie op dat moment een prioriteit vormde.
Deze afhankelijkheid van het consultatiemoment werd ook in de dagelijkse praktijk merkbaar. Tijdens de eerste maanden van het project zag ik als HAIO op een gewone praktijkdag slechts een beperkt aantal patiënten uit de doelgroep, waardoor de instroom traag op gang kwam. De collega-artsen zagen weliswaar meer patiënten, maar vergaten de screening geregeld aan te bieden tijdens hun consultaties. Hierdoor bleef het aanbieden van de screening grotendeels afhankelijk van de HAIO. Dit onderstreept dat een louter opportunistische aanpak, zonder ondersteunende structuur of herinnering, moeilijk vol te houden is binnen een drukke praktijkcontext.
Om de screening structureler te verankeren, kan gedacht worden aan een herinneringssysteem in het EMD, een duidelijke taakverdeling binnen het team en een breder aanbod van de tool, bijvoorbeeld via een flyer met QR-code in de wachtzaal. Een

combinatie van actieve rekrutering tijdens het consult en een laagdrempelig aanbod in de praktijk lijkt daarom het meest aangewezen om de screening op langere termijn haalbaar en duurzaam te houden.

7. Overdraagbaarheid naar andere praktijken

De opzet van dit project is in principe overdraagbaar naar andere huisartsenpraktijken, aangezien het gebruikmaakt van een gevalideerd en vrij beschikbaar instrument en weinig bijkomende middelen vraagt. Toch spelen contextgebonden factoren een rol. In praktijken met een meer diverse patiëntenpopulatie kunnen de risicoprofielen en de drempels tot deelname verschillen, en ook de beschikbaarheid van een lokaal leefstijlaanbod verschilt van regio tot regio. Daarnaast bleken de ondersteunende rol van de secretaresse en de betrokkenheid van de collega-artsen belangrijke succesfactoren. Mits voldoende draagvlak binnen het team en een duidelijke taakverdeling, biedt het project een haalbaar en overdraagbaar model voor de vroegtijdige opsporing van patiënten met een verhoogd risico op T2DM.

8. Persoonlijke reflectie

Dit praktijkverbeterproject heeft mij op verschillende vlakken doen groeien, zowel op het vlak van preventieve geneeskunde als projectmatig werken. Ik werd mij sterker bewust van het belang van gestructureerde preventie in de eerste lijn, en ervoer hoe waardevol een concreet instrument kan zijn om preventie een vaste plaats te geven binnen het consult. Tegelijk leerde ik dat de kwaliteit van een tool op zich niet volstaat maar dat de grootste uitdaging de organisatie eromheen en het volhouden van een systematische aanpak binnen een drukke praktijk bleek te zijn.
Het doorlopen van de FOCUS- en PDCA-cyclus leerde mij om een probleem systematisch te analyseren, gericht te interveniëren en kritisch te reflecteren op de resultaten.
Wanneer ik dit project naast andere HAIO-masterproeven leg, sterkt dat mij in de overtuiging dat toekomstige projecten vooral moeten inzetten op de organisatie rond de screening, eerder dan op het instrument zelf. Het samenbrengen van de ervaringen uit verschillende HAIO-projecten zou waardevol zijn om tot een breder gedragen en structureel inzetbaar preventiemodel te komen.

Referenties

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2022;183:109119.
2. Sciensano. (2024). Gezondheidsenquête België 2023–2024. Brussel: Sciensano.
3. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2016.
4. Pinheiro V, Gorasso V, Devleesschauwer B, et al. The economic burden of Diabetes Mellitus in Belgium from 2013 to 2017. Eur J Public Health. 2022;32
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025
6. Diabetes Liga. HALT2Diabetes project. [Internet]. Gent: Diabetes Liga; [z.j.]. Beschikbaar via: https://www.diabetes.be/nl/diabetesvoorkomen/halt2diabetes-voor-professionelen/wat-halt2diabetes
7. Eerstelijnszone. HALT2Diabetes ELZ Pallieterland. [Internet]. [z.j.]. Beschikbaar via: https://eerstelijnszone.be/halt2diabetes-elz-pallieterland
8. Preventiemethodieken. HALT2Diabetes methodiek. [Internet]. [z.j.]. Beschikbaar via: https://preventiemethodieken.be/halt2diabetes
9. Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC). [Internet]. [z.j.]. Beschikbaar via: https://www.findrisk.eu
10. Koeck P, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P, et al. Diabetes mellitus type 2: richtlijn voor goede medische praktijkvoering. Antwerpen: Domus Medica; 2015. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/diabetes-mellitus-type-2
11. Bilo HJG, Dankers M, De Rooij A, Hart HE, Houweling ST, IJzerman RG, Janssen PGH, Kerssen A, Oud M, Palmen J, Stam H, Wiersma TJ. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2018 [geactualiseerd 2026]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2
12. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes: prevention in people at high risk (PH38). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2012. Updated 2017. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ph38
13. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care.* 2025;48(Suppl 1):S1–S350. doi:10.2337/dc25-Sint.
14. Delys M. Praktijkverbeterproject: Opvolging van patiënten met prediabetes: Universiteit Gent; 2018.

15. Coleman K. Patiëntenrekrutering binnen het HALT2Diabetes-project: van plan tot praktijk: Universiteit Gent; 2020.

16. Fievez S, Vanhaelen L, Vroegdetectie van (pre)diabetes met de FINDRISC in een huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project: Universiteit Antwerpen; 2022.

17. Van Hecke M. De lokale implementatie van een model voor vroegscreening, detectie en preventie van type 2 diabetes mellitus in de huisartsenpraktijk (binnen het HALT2Diabetes project): KU Leuven; 2015.

18. De Souter E. Implementatie van het HALT2Diabetesproject in het eerstelijnsgezondheidscentrum De Piramide in Menen: Universiteit Gent; 2019.

Bijlagen

Bijlage 1 – informatiebrochure

Geachte meneer, mevrouw,

In het kader van onze master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde starten we een onderzoek binnen deze huisartspraktijk waarbij we patiënten met een **verhoogd risico op diabetes type 2 (suikerziekte)** vroegtijdig willen opsporen en verder begeleiden naar een gezonde levensstijl om dit risico te verminderen. Dit doen we eerst en vooral door patiënten tussen 45 en 55 jaar het 'Gezondheidskompas' te laten invullen. Dit is een gevalideerde vragenlijst ontwikkeld door de Vlaamse overheid in samenwerking met de Diabetes Liga die ons duidelijk kan maken of u een verhoogd risico heeft. Indien dit het geval is komt u in aanmerking voor het vervolg van het project.

Waarom is dit belangrijk?
Type 2 diabetes kan leiden tot diverse gezondheidsproblemen, zoals hart-en vaatziekten, nierproblemen en oogcomplicaties. Door tijdig actie te ondernemen, kunnen we de kans op deze complicaties verkleinen en uw algemeen welzijn verbeteren.

Wie komt in aanmerking?
Personen tussen 45 en 55 jaar zonder gekende diabetes type 2.

Wat kunt u verwachten?
Nadat u via onderstaande **QR-code** het toestemmingsformulier doorneemt en tekent, wordt u automatisch doorgestuurd naar de pagina van het Gezondheidskompas. Het invullen van deze vragenlijst duurt maximaal 5 minuten. Op basis van het resultaat geeft het kompas een persoonlijk leefstijladvies omtrent uw gezondheidsrisico's. Wanneer u klaar bent verschijnt er een unieke code op het scherm. Rechts op de pagina zie je bij een groen pijltje staan *'Verzend het resultaat naar je huisarts'*, klik op het blauwe balkje *'Verzenden'*. Vervolgens vult u uw naam en geboortedatum in en typt u in het vakje *'uw arts'* : 'Le Blanc', dan klikt u op de naam 'Le Blanc Manu – Temse'. Indien deze functie niet zou werken, stuur ons dan je unieke code door naar het emailadres van de praktijk: secretariaat@rendekens.be.

Indien uit het resultaat blijkt dat u een verhoogd risico heeft op diabetes zal met u contact opgenomen worden om samen het resultaat te bespreken. Indien bij u dit jaar nog geen bloedafname gebeurde, zal dit ook ingepland worden om suikerziekte uit te sluiten en uw cholesterolwaarde te bepalen.
In tweede tijd bekijken we samen welke leefstijlinitiatieven in de buurt voor u aangewezen zijn. Hierbij leggen we ook twee vervolgafspraken vast om samen te bekijken hoe deze levensstijlaanpassingen voor u verlopen.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek, kunt u ons steeds telefonisch hiervoor bereiken.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Manu Le Blanc

Bijlage 2 – registratiedocument

Registratiedocument	
Patiëntcode (Initialen_ddmmjjjj):	
Persoonskenmerken	
Geslacht	M/ V
Leeftijd (Jaar)	
Werk	
Roken (# PY)	
Alcoholgebruik (# eenheden per week)	
Comorbiditeiten (ja/nee)	Ja/ Nee
Comorbiditeiten (vrije tekst)	
Polyfarmacie >5 (ja/nee)	Ja/ Nee
Parameters	
Nuchtere glycemie (mg/dl)	
LDL (mg/dl)	
HDL (mg/dl)	
Totaalcholesterol (mg/dl)	
Systolische bloeddruk (mmHg)	
Diastolische bloeddruk (mmHg) |	
Gewicht (Kg)	
Lengte (cm)	
BMI (kg/m2)	
Buikomtrek (cm)	
Lichaamsbeweging (#uur per week)	

Bijlage 3 – interviewleidraad

Interviewleidraad voor opvolgconsulten

Opvolgconsult 1 – na 1 maand

Doel: Ervaren van deelname, eerste leefstijlveranderingen, klinische controle, motivatie.

1. **Beleving van deelname en leefstijlaanpassingen**
   - Hoe ervaart u het deelnemen aan het project tot nu toe?
   - Wat gaat goed met het veranderen van uw leefstijl? Wat is moeilijk?
   - Zijn er vragen of zorgen die u wilt bespreken?
   - We overlopen samen uw bewegings- en voedingsdagboek van een standaard week.
2. **Klinisch onderzoek**
   - We meten en noteren:
     - Bloeddruk
     - Gewicht
     - BMI
     - Buikomtrek
3. **Motiverende gespreksvoering**
   - Samen kijken we hoe deze eerste maand verlopen is.
   - Past alles binnen uw verwachtingen?
   - Zijn er aanpassingen nodig?
   - Verwacht u moeilijkheden in de komende maanden?
   - We benadrukken wat u al goed gedaan hebt.

Opvolgconsult 2 – na 3 maanden

Doel: Evaluatie van voortgang, diepere bevraging leefstijl, motivatie voor lange termijn.

1. **Evaluatie deelname en leefstijlverandering**
   - Hoe zijn de laatste 2 maanden verlopen met uw leefstijlveranderingen?
   - Wat ging goed? Wat verliep moeilijk?
   - Hoe hebt u het project ervaren: positief of negatief?
2. **Klinisch onderzoek**
   - We meten en noteren:
     - Bloeddruk
     - Gewicht
     - BMI
     - Buikomtrek
3. **Toekomst en motivatie**
   - Hoe ziet u het volhouden van deze veranderingen op lange termijn?
   - Wat kan u helpen om de leefstijl blijvend aan te passen?
   - Samen bespreken we hoe haalbaar het is om dit in uw dagelijks leven voort te zetten.

Bijlage 4 – goedkeuring Ethisch Comité

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Patricia Sunaert
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Manu Le Blanc	19/08/2025	1/6
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2025-0098	B6702025000218	

Betreft:
De implementatie van het HALT2Diabetes project in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterend project

Betrokken student(en): Zahra Mohamadi, Manu Le Blanc

Positief Advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

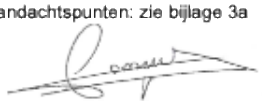
De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 03/06/2025.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de aangeleverde informatie en ingediende documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (19/08/2025):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a



Met vriendelijke groeten,
Dr. Linde Goossens
Waarnemend voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

WAARNEMEND VOORZITTER:
Dr. L. Goossens

WAARNEMEND SECRETARIS:
Prof. dr. K. De Groote

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 5 – protocol Ethisch Comité

Titel: De implementatie van het HALT2Diabetes project in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterend project

Studenten: Manu Le Blanc (UGent – manu.leblanc@ugent.be)
Promotor: Patricia Sunaert (UGent- fac geneeskunde en gezondheidswetenschappen – patricia.sunaert@ugent.be)
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (UGent)
Type onderzoek: kwaliteitsverbeterend project

Context:
In 2013 werd in Vlaanderen het HALT2Diabetes project gelanceerd door de Diabetes Liga in samenwerking met de Vlaamse overheid. [1] Dit preventieprogramma heeft als doel mensen met een verhoogd risico op type 2 diabetes op te sporen en te begeleiden naar een gezondere levensstijl. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van een tweestapsmethodiek, waarbij als eerste stap een gevalideerde diabetes risicotest (bijlage 1), de Finnish Diabetes Risico Score Test (FINDRISC), wordt afgenomen bij 45 plussers. Op basis van leefstijl- en gezondheidsfactoren wordt een score berekend die aangeeft welk risico men loopt om binnen tien jaar diabetes type 2 te ontwikkelen. Bij een score ≥ 12 wordt aanbevolen om een nuchtere glycemie en het absolute cardiovasculaire risico te bepalen in de huisartspraktijk als tweede stap. Bij een glycemiewaarde ≥126 mg/dl wordt de diagnose type 2 diabetes gesteld en het opstarttraject diabetes gestart. Bij een glycemiewaarde < 126 mg/dl wordt men uitgenodigd voor risicocommunicatie en een preventief actieplan op maat.
Naast de papieren versie van de test bestaat er ook een digitale variant, namelijk het Gezondheidskompas – een online webapplicatie die inzicht geeft in gezondheidsrisico's, waaronder diabetes. Voor de evaluatie van het diabetesriscio integreert deze tool de gevalideerde FINDRISC-vragenlijst, waarbij automatisch de score en een persoonlijk advies worden gegenereerd.

Doelstelling:
Vroegtijdige opsporing van personen met een verhoogd risico op diabetes door gebruik te maken van de digitale tool 'Gezondheidskompas'. Geïdentificeerde risicopersonen vervolgens doorverwijzen naar een gepast leefstijlinitiatief.

Vraagstelling:
1. Hoeveel vragenlijsten werden digitaal of op papier ingevuld door middel van het Gezondheidskompas?
2. Bij hoeveel personen is een verhoogd risico op diabetes vastgesteld? Bij hoeveel personen is een nieuwe diagnose van diabetes gesteld?

3. Welke risicofactoren komen voor bij de deelnemers aan de vragenlijst?
4. Hoeveel personen zijn doorverwezen naar de op maat gekozen lokale leefstijlinterventies?
5. Leiden de leefstijlinterventies tot verandering van leefstijlgewoonten?
6. Hoe wordt het invoeren van de digitale screeningstool "Gezondheidskompas" ervaren in de huisartsenpraktijk?

Setting en termijn:

Het praktijkverbeterproject zal doorgaan in een landelijk gesitueerde groepspraktijk met 2 HAIO's en 2 vaste artsen in Heusden. (Nota: nog niet contractueel bevestigd op heden). Er is een vaste secretaresse aanwezig telkens in de voormiddag voor telefoonpermanentie en administratie. Als medisch programma wordt 'CareConnect' gebruikt.De populatie bestaat voornamelijk uit mensen met een hogere sociaaleconomische status en een overwegend westerse achtergrond, maar is wel gevarieerd qua leeftijd en pathologie.
Het onderzoek loopt vanaf de goedkeuring door het ethisch comité tot en met oktober 2026.

Methode:

Met behulp van de FOCUS-procedure wordt de screening en opvolging van patiënten met een verhoogd risico op diabetes binnen de praktijk systematisch geanalyseerd. Op heden gebeurt dit niet op een gestructureerde manier. Deze aanpak biedt een kader om verbeterpunten te identificeren en implementeren.
Dit praktijkverbeterproject richt zich specifiek op een doelgroep van personen die zich aanbieden in de praktijk tussen de 45 en 65 jaar. Patiënten met de diagnose diabetes type 2 en andere belangrijke morbiditeiten, waarbij het afnemen van de vragenlijst geen prioriteit is, worden geëxcludeerd. In het kader van het project wordt de duur van de inclusie van patiënten beperkt van 01/11/2025 tot en met 31/01/2026.
Patiënten die tot de doelgroep behoren en langskomen voor een regulier consult, worden geïnformeerd over het project en gevraagd om eventueel deel te nemen. In eerste instantie zal alleen de HAIO patiënten rekruteren. Indien de collega artsen hier tijd en ruimte voor hebben, zullen ook zij patiënten over het project aanspreken.
Als de patiënt geïnteresseerd is laten we hen de geïnformeerde toestemming (zie apart document) op papier tekenen en geven we een schriftelijke informatiebrochure mee waarop een QR-code staat (bijlage 2). De QR-code verwijst eerst naar een digitaal toestemmingsformulier dat getekend moet worden voor de verwerking van hun digitale gegevens. Zodra dit is ondertekend, verschijnt het Gezondheidskompas (bijlage 3).
Na het invullen van de vragenlijst wordt het resultaat doorgaans rechtstreeks naar de eHealthbox van de eigen huisarts verzonden. Aangezien deze toepassing momenteel niet functioneert, verzoeken wij patiënten de gegenereerde unieke code na afronding per e-mail naar de praktijk te sturen. (Nota: communicatie hieromtrent lopende)
Indien patiënten aangeven dat ze de vaardigheden niet hebben om digitaal aan de slag te gaan, krijgen ze als alternatief een papieren versie van de FINDRISC-vragenlijst mee (bijlage

1). De deelnemende patiënten worden vervolgens geregistreerd in een Excel-document, waarmee we zowel het aantal deelnemers als de identificatie van personen met een verhoogd risico nauwgezet kunnen bijhouden. Dit doen we aan de hand van een patiëntcode bestaande uit initialen en geboortedatum.
Patiënten met een FINDRISC-score van ≥ 12 worden telefonisch of via email gecontacteerd en uitgenodigd voor een vervolgconsultatie gericht op risicocommunicatie over prediabetes. Tijdens deze consultatie worden aanvullende parameters geregistreerd aan de hand van een tabel (bijlage 5). Indien er in het afgelopen jaar geen nuchtere glycemie en cholesterolwaarde zijn bepaald, wordt een bloedonderzoek uitgevoerd. Bij detectie van een nuchtere glycemie ≥ 126 mg/dl wordt de patiënt opgenomen in het opstarttraject diabetes. Personen met een score van ≥12 en een nuchtere glycemie < 126 mg/dl worden geïnformeerd en gemotiveerd om deel te nemen aan lokale leefstijlinterventies op maat, gericht op gezonde voeding, beweging en tabakgebruik.
Na een periode van één maand worden de patiënten opnieuw uitgenodigd op consultatie om na te gaan hoe de deelname wordt ervaren. We voorzien tijd voor vragen en exploreren de implementatie van leefstijlaanpassingen.
Tenslotte wordt na drie maanden een laatste opvolgingmoment voorzien. Tijdens dit consult wordt besproken in hoeverre de patiënt de voortzetting van levensstijlaanpassingen als haalbaar beschouwt. We bevragen de persoonlijke ervaringen over hun deelname en trachten hen te motiveren om de aanpassingen verder te zetten in de toekomst. Deze extra consultaties in kader van het project zijn kosteloos voor de patiënt.

Resultaten:

Er wordt geregistreerd hoeveel FINDRISC-scores aan de hand van het Gezondheidskompas werden ingevuld. Verder gaan we na hoeveel patienten een verhoogd risico op diabetes vertoonden en bij hoeveel patienten de diagnose type 2 diabetes werd gesteld.
Vervolgens registreren we het aantal mensen die deelnamen aan de op maat gekozen lokale leefstijlinterventies, bij hen meten we ook enkele leefstijlparameters (cfr.supra).
In de voorziene opvolgmomenten wordt er nagegaan of deze interventies hebben geleid tot veranderingen in leefstijlpatronen. Daarnaast wordt bevraagd hoe patiënten en huisartsen het praktijkproject hebben ervaren en worden belemmerende factoren in kaart gebracht.

<u>Referenties</u>

HALT2Diabetes | Diabetes Liga [Internet]. Beschikbaar op: https://www.diabetes.be/nl/diabetesvoorkomen/halt2diabetes

Bijlage 6 – FINDRISC-vragenlijst

