KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

De lokale implementatie van een model voor vroegscreening, detectie en preventie van type 2 diabetes mellitus in de huisartsenpraktijk (binnen het HALT2Diabetes project)

Dr. Marjolijn Van Hecke, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan Wens - Universiteit Antwerpen

Copromotor: Dr. Inge Van Pottelbergh

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Context/inleiding: Type 2 diabetes is een groeiend gezondheidsprobleem met vele complicaties en hoge gezondheidskosten. Vele mensen hebben al GNG of GGT. Deze voorbode van type 2 diabetes gaat ook al gepaard met een verhoogd cardiovasculair gezondheidsrisico. Het is dan ook zinvol om personen met een verhoogd risico op type 2 diabetes tijdig op te sporen. Dankzij leefstijlinterventies, bestaande uit intensief voedings- en bewegingsadvies, bij personen met een verhoogd risicoprofiel kan de incidentie van type 2 diabetes ingeperkt worden. Dit is al door meerdere studies wereldwijd op significante wijze aangetoond. In Vlaanderen werd het "HALT2Diabetes" project uitgevoerd binnen de beheersovereenkomst van de Vlaamse regering met Diabetes Liga. "HALT2Diabetes" is een haalbaarheidsstudie waar zowel het opsporen als het begeleiden van hoog risicopersonen voor type 2 diabetes naar een gezondere leefstijl deel van uitmaakt. Dit project werd uitgevoerd in de regio's Sint-Truiden-Borgloon en Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. In deze masterproef werd er een kwalitatieve studie uitgevoerd via focusgroepen en interviews over het verloop van de implementatie en de motivatie over "HALT2Diabetes" op het niveau van de huisartsen. Deze masterproef kan er mee voor zorgen dat het project verder aangepast en uitgebouwd wordt voor implementatie in heel Vlaanderen.

Onderzoeksvragen: Welk verband kan er gevonden worden tussen de motivatie van huisartsen bij aanvang van het project en het screeningsresultaat? Hoe evolueert de implementatie van het "HALT2Diabetes" project bij huisartsen tijdens de duur van het project in de verschillende regio's? Hoe passen huisartsen die participeren aan "HALT2Diabetes" de screeningsmethodiek toe in de dagelijkse zorg en wat vinden zij praktisch haalbaar? Welke onderdelen vinden zij goed en welke delen vragen om een aanpassing?

Methode: Eerst werd er een literatuurstudie uitgevoerd naar studies over implementatie van gelijkaardige projecten en kwalitatieve studies over de attitudes en opvattingen van huisartsen over preventie (van type 2 diabetes) en implementatie van analoge projecten. Nadien werden er drie focusgroepen in Sint-Truiden georganiseerd, twee met 'deelnemers' en één met 'niet-deelnemers' aan het project, met 14 deelnemers in totaal. Er waren vier interviews in de regio Gent, enkel met 'deelnemers'. In deze focusgroepen werd de motivatie over het project, de moeilijkheden voor implementatie en opportuniteiten van "HALT2Diabetes" bediscussieerd en geëvalueerd aan de hand van drie of vier hoofdvragen.

Resultaten en bespreking: De ideeën omtrent preventie en implementatie van dit project van de huisartsen kwamen overeen met deze van de huisartsen in de internationale literatuur. Slechts een minderheid van de artsen paste de screeningsmethodiek toe en dan slechts een zeldzame keer. Artsen die deelnamen vonden de screeningsmethodiek en het multidisciplinair leefstijlprogramma inhoudelijk goed. De ondersteuning, de communicatie en de kennis over het project zijn, volgens de deelnemende artsen, in orde. Artsen haalden een aantal belangrijke opportuniteiten aan van dit project. Het project kan zorgen voor een samenwerking van verschillende lokale eerstelijnsdiensten door het tot stand brengen van het leefstijlprogramma. De arts moet de patiënten zelf niet meer motiveren en adviezen geven voor leefstijlveranderingen, maar kan zijn patiënten door sturen naar een lokaal, multidisciplinair leefstijlprogramma. Het project zorgt voor een sensibilisatie van zowel artsen als patiënten voor de risicofactoren voor type 2 diabetes. De vragen van de FINDRISC risicotest sluiten aan bij andere preventieve onderzoeken. Voor verdere implementatie van het project werden vier belangrijke knelpunten aangebracht. De software moet eenvoudiger worden en geïntegreerd worden in het elektronisch medisch dossier. Risicopersonen moeten zelf met de ingevulde risicotesten komen. Sommige artsen wensten een forfaitaire vergoeding voor de extra moeite, anderen wilden een praktijkhulp om hen te helpen bij het opsporen en screenen van risicopersonen. Tijdgebrek en werkbelasting blijven de belangrijkste redenen, zowel om niet deel te nemen als om te minderen met patiënten door te sturen. Artsen screenden retrograad, via opportunistische screening of wachten af tot de patiënten zelf kwamen met een preventieve vraag. Artsen selecteerden vaak op de bereidwilligheid van de patiënten in plaats van op de risicofactoren, wat een belangrijke doelgroep uitsluit. In de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen komt het project omwille van diverse redenen moeilijker op gang dan in de regio Sint-Truiden-Borgloon. Zorgvernieuwingen zijn belangrijk, moeten ondersteund worden door de overheid en georganiseerd worden door de artsen.

Conclusie: Het project wordt algemeen goed onthaald door artsen die deelnamen, maar er zullen de nodige aanpassingen moeten gebeuren softwarematig en qua 'timemanagement'. Artsen vragen ook 'empowerment' van de patiënten en steun van de overheid voor betere implementatie. Hopelijk kan deze masterproef een bijdrage leveren voor de nodige aanpassingen, zodat dit project van "HALT2Diabetes", met zijn screeningsmethodiek en leefstijlprogramma, in heel Vlaanderen geïmplementeerd kan worden ter bestrijding van deze epidemie van type 2 diabetes.

Inhoud

Voorwoord en dankbetuiging 3

INLEIDING 4

Achtergrond: het “HALT2Diabetes” project 5

METHODOLOGIE 6

ONDERZOEKSVRAGEN 6

LITERATUURSTUDIE 6

FOCUSGROEPEN EN INTERVIEWS 8

RESULTATEN literatuurstudie 11

Implementatie van andere projecten en modellen ter preventie van type 2 diabetes 11

Wat is de rol van de huisartsen bij de implementatie van gelijkaardige projecten? Is er een rol voor andere (eerstelijns)instanties weggelegd? Hoe kan de rekrutering van risicopatiënten gebeuren? 11

Wat zijn de attitudes en meningen van huisartsen over preventie en preventiestrategieën (voor type 2 diabetes)? 12

Wat denken huisartsen over de mogelijkheid tot implementatie van nieuwe (preventie) projecten? Wat moet er verbeteren voor betere implementatie van projecten ter preventie van type 2 diabetes? 13

RESULTATEN focusgroepen en interviews 14

DISCUSSIE 25

Samenvatting van de resultaten uit de focusgroepen en interviews 25

Besprekingen resultaten van de focusgroepen en interviews (in vergelijking met de literatuurstudie) 25

Zwaktes van de studie 28

Sterktes van de studie 28

Voorstellen voor vervolgonderzoek 29

Conclusie 30

Referenties 31

Addenda 34

Bijlage 1: De huidige preventiemaatregelen voor type 2 diabetes in de richtlijnen van Vlaanderen, Nederland en Europa 34

Bijlage 2: flowchart HALT2Diabetes 35

Bijlage 3: FINDRISC test 39

Bijlage 4: Leefstijlprogramma van HALT2Diabetes 40

Bijlage 5: Draaiboek Focusgroepen en interviews 42

Bijlage 6: uitnodigingsbrieven 45

Bijlage 7: informed consent 47

Bijlage 8: Goedkeuring comité voor medische ethiek 48

Voorwoord en dankbetuiging

Persoonlijk heb ik gekozen voor dit onderwerp omdat preventieve geneeskunde en zorg voor chronische ziekten een steeds belangrijkere rol binnen de geneeskunde innemen. Beide hebben een andere benadering nodig binnen het huidig systeem van de curatieve gezondheidszorg. Type 2 diabetes wordt een steeds belangrijker probleem en het lijkt me zeer interessant om te kijken of we deze epidemie multidisciplinair kunnen tegenhouden. Ik was ook meteen enthousiast over de screeningsmethodiek en het leefstijlprogramma, wat volgens mij veel kan bieden voor patiënten én artsen. Veel werk wordt uit de handen van de artsen genomen met dit project. Het lijkt me een uitstekende gelegenheid om mee te werken aan de uitbouw van dergelijke preventieve initiatieven. Bovendien onderzoekt deze masterproef ook de mening van artsen over multidisciplinair samenwerken en zorgvernieuwing door de overheid, wat in de toekomst ook een steeds belangrijkere rol zal spelen. Het project is eveneens een opportuniteit om te ontdekken wat collega's denken over preventie en hoe gemakkelijk ze te motiveren zijn voor nieuwe initiatieven ter verbetering van de gezondheidszorg.

Mijn dank gaat uit naar mijn promotor, Prof. Dr. Johan Wens, voor zijn suggesties en vele geduldige en nuttige verbeteringen, naar mijn copromotor, Dr. Inge Van Pottelbergh, voor haar aanpassingen, naar de projectcoördinator van "HALT2Diabetes", Aurélie Lampaert, voor de ondersteuning, de besprekingen en de hulp bij het uitschrijven van de resultaten, en naar mijn praktijkopleider, Dr. Theo Raskin, voor zijn enthousiasme en assistentie bij het rekruteren van artsen voor deelname.

Graag wil ik ook mijn zussen, mijn ouders en mijn vriend, Bart bedanken voor de steun en de bijstand bij het traject van deze masterproef en voor het geduldig nalezen van mijn masterproef. Mijn dank gaat eveneens naar Roel voor het drukken van deze thesis. Bedankt ook aan alle andere vrienden en collega's die mij vanaf de zijlijn aangemoedigd hebben.

Ook bedank ik de vele huisartsen die deelgenomen hebben aan de focusgroepen en de interviews. En zeker niet te vergeten dank ik het 'Huis voor Chronische Zorg', samen met Yannick Marchal en Dr. Julien Delorge voor de hulp bij het organiseren van de focusgroepen en het beschikbaar stellen van de ruimte met zijn faciliteiten.

Deze masterproef is het afsluitstuk van mijn negenjarige studie. Ik heb talloze uren hieraan gespendeerd en geprobeerd het beste van mezelf te geven. Tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek ben ik vele interessante meningen tegengekomen, maar ben ik ook op enkele gedemotiveerde artsen gestoten. Zelf hoop ik de motivatie voor dit interessante beroep te kunnen aanhouden. Ik wens echt dat deze masterproef zijn steentje kan bijdragen in de gezamenlijke strijd tegen de epidemie van type 2 diabetes.

INLEIDING

Type 2 diabetes wordt wereldwijd een steeds vaker voorkomende aandoening. De prevalentie van diabetes wordt geschat op 8,0% van de volwassen Belgische bevolking. Dit percentage zal tegen 2030 verder oplopen tot 9,6%. Deze cijfers omvatten ook de personen die niet weten dat ze diabetes hebben. 6,5% van de volwassen bevolking heeft een gestoorde glucose tolerantie (GGT) of gestoorde nuchter glucose (GNG)[1]. Deze groep mensen hebben een aanzienlijk risico om op korte termijn type 2 diabetes te ontwikkelen. Bovendien zijn er ook gezondheidsrisico's verbonden aan GGT en GNG.

Iemand die op 40 jarige leeftijd gediagnosticeerd wordt met type 2 diabetes verliest gemiddeld 11,6 levensjaren en 18,6 quality-adjusted life years[2]. Chronische verwikkelingen van type 2 diabetes, zoals oogproblemen, nieraantasting, zenuwaantasting, voetproblemen en voornamelijk hart- en vaatziekten, zullen de levenskwaliteit verminderen en het risico op vroegtijdig overlijden aanzienlijk verhogen. Preventie, vroegdetectie en correcte behandeling zijn essentieel om dergelijke verwikkelingen tot een minimum te beperken. De kosten voor de gezondheidszorg voor de behandeling van type 2 diabetes en zijn verwikkelingen liggen enorm hoog, tot 18% van de totale uitgave aan gezondheidszorg in Europa[3]. Dus de preventie van type 2 diabetes en zijn complicaties zou één van de topprioriteiten moeten zijn binnen de geneeskunde.

Er zijn een aantal gekende modificeerbare, niet modificeerbare risicofactoren en omgevingsfactoren voor het ontwikkelen van type 2 diabetes. De belangrijkste modificeerbare risicofactoren zijn overgewicht en sedentaire leefstijl[1-4]. Het is zinvol om de risicofactoren aan te pakken en aldus de evolutie naar type 2 diabetes in te perken. In verschillende richtlijnen zijn er wel al aanbevelingen voor screening op risicofactoren voor type 2 diabetes en aanpak van deze risicofactoren[1-7], maar in de meeste huisartsenpraktijken is screening, behandeling en opvolging van risicofactoren nog onvoldoende ingeburgerd.

In 2014 is er een pilootproject gestart door de Diabetes Liga ter preventie van type 2 diabetes in de regio's Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen en Sint-Truiden-Borgloon. Hierbij wordt de haalbaarheid onderzocht om, op een budgetvriendelijke methode, personen met een hoog risico op type 2 diabetes op te sporen en te leiden naar een leefstijlaanbod in de lokale gemeenschap. De Diabetes Liga wil de mogelijkheid tot implementatie van dit "HALT2Diabetes" project in de pilootregio's onderzoeken om zo tot een advies te komen voor implementatie van hun screeningsmethodiek en een lokaal, multidisciplinair leefstijlprogramma in heel Vlaanderen.

Een nieuw project kan echter enkel werken als het geïmplementeerd wordt door de huisartsen. In deze masterproef werd via een kwalitatieve analyse de implementatie van het project van "HALT2Diabetes" bij de huisartsen onderzocht. Dit onderzoek gebeurde via focusgroepen en interviews bij de huisartsen in de pilootregio's. Er zijn drie doelstellingen binnen deze masterproef. De eerste doelstelling is de motivatie van de huisartsen voor het toepassen van het project in kaart brengen. De tweede doelstelling beoogt het discussiëren over de toepassingen van het project in de huisartsenpraktijk met de drempels en opportuniteiten van het project over de veranderingen in hun huisartsenpraktijk sinds het toepassen van het project. Tot slot is de derde doelstelling om de drop-outs van de artsen in kaart te brengen en na te vragen hoe men deze kan voorkomen. Ook zullen de voordelen en nadelen van multidisciplinaire samenwerken en samenwerking met de overheid bevraagd worden.

Achtergrond: het “HALT2Diabetes” project

Het “HALT2Diabetes” project (= haalbaarheid van lokale preventie van type 2 diabetes) van de Diabetes Liga is een prospectieve haalbaarheidsstudie. Hierbij wordt een budgetvriendelijke methodiek onderzocht om personen met een hoog risico op type 2 diabetes op te sporen (met een screeningsmethodiek) en te leiden naar een leefstijlaanbod in de lokale gemeenschap via de huisarts. Er werd een pilootproject opgezet in de regio’s Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen en Sint-Truiden-Borgloon (= regio Haspengouw). De essentiële randvoorwaarden en mogelijke knelpunten voor lokale diabetespreventie zullen in kaart worden gebracht om te komen tot een gericht advies voor diabetespreventie op Vlaams niveau. Voor deze implementatie werd een goedkeuring ontvangen van de werkgroep bevolkingsonderzoek van de Vlaamse overheid (Ministerieel Besluit voor een pilootproject bevolkingsonderzoek naar type 2 diabetes mellitus “HALT2Diabetes”).

De rol van de huisarts is om personen met een verhoogd risico voor type 2 diabetes te identificeren en te screenen via een tweestaps methodiek. Eerst wordt een gevalideerde diabetes risicotest, de Finnish Diabetes Risico Score test (= FINDRISC test; zie bijlage 3) afgenomen om dan pas in tweede tijd een nuchtere glycemie te prikken bij hoog risicopersonen. De doelgroep zijn personen met een mogelijks verhoogd diabetesrisico; namelijk 65 plussers of 45-65 jarigen met minimum één risicofactor, zoals familiale voorgeschiedenis van diabetes, BMI ≥ 25 en/of buikomtrek >88cm bij vrouwen en >102cm bij mannen. Verder mogen ook personen met een gekend hoog risico zoals prediabetes, voorgeschiedenis van hyperglycemie en micro-albuminurie deelnemen aan dit project. De maximale leeftijd is 75 jaar.

De FINDRISC risicotest kan aangeboden worden binnen de huisartsenpraktijk of in kader van sensibilisatieacties in de lokale gemeenschap. Bijvoorbeeld folders of risicotesten kunnen aangeboden worden door apothekers. Bij een waarde van 12 of meer op de FINDRISC risicotest is verdere evaluatie bij de huisarts aanbevolen. Deze houdt een nuchtere glycemie bepaling en SCORE bepaling in (zie bijlage 2). De SCORE bepaling is niet bruikbaar bij mensen die hierdoor gediagnosticeerd worden met type 2 diabetes. Uiteindelijk zal op basis van de resultaten uit de FINDRISC risicotest, de nuchtere glycemie en het cardiovasculair risico een goede inschatting kunnen gemaakt worden van het globaal “cardiometabool risico” van de persoon in kwestie. Naargelang de uitkomst van deze screening, krijgen de patiënten verdere zorg en advies bij de huisarts of worden ze doorverwezen naar het geschikte leefstijlaanbod in de lokale gemeenschap (zie bijlage 4). Dit leefstijlaanbod is multidisciplinair met beweeg- en voedingsdeskundigen, endocrinologen, diabeteseducatoren en psychologen.

Praktisch werden er in de eerste fase navormingen over “HALT2Diabetes” en de screeningsmethodiek georganiseerd voor de huisartsen in de regio Haspengouw en Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen in februari/maart 2014. Na deze navormingen konden de huisartsen opteren om deel te nemen aan het project en/of om hier meer gedetailleerde informatie over te krijgen.

Hierna volgde er een periode van 6 maanden waarbij het model voor preventie van type 2 diabetes zal worden geïmplementeerd in de huisartsenpraktijken in Sint-Truiden-Borgloon en in Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. In deze periode hebben tal van initiatieven ter communicatie en sensibilisatie van de huisartsen en populatie plaatsgevonden om huisartsen aan te sporen in het project te stappen, zoals navormingen over het gebruik van de software.

De huisarts krijgt ondersteuning op vlak van diabetespreventie door lokale navormingen, geautomatiseerde tools (software programma) en een vangnet voor de geïdentificeerde hoog risicopersonen onder de vorm van een gratis leefstijlprogramma in groep. Het software programma is een apart programma los van het EMD (WiPaM platform). Het bevat eerst een aantal vragen, onder andere deze van de FINDRISC risicotest en geeft dan zelf aan of de patiënt in aanmerking komt voor leefstijladviezen, voor het leefstijlprogramma van "HALT2Diabetes" of voor meer zorg, zoals bij vaststellen van type 2 diabetes of bij mensen met cardiovasculaire voorgeschiedenis. Er wordt een automatische doorverwijsbrief gegenereerd via de software. Het "HALT2Diabetes" project beoogt de werkbelasting voor de deelnemende huisarts zo laag mogelijk te houden.

De Diabetes Liga wil de mogelijkheid tot implementatie van dit project van "HALT2Diabetes" in de pilootregio's onderzoeken om zo tot een advies te komen voor implementatie van de screeningsmethodiek en het leefstijlprogramma in heel Vlaanderen.

METHODOLOGIE

ONDERZOEKSVRAGEN

Onderzoeksvraag 1: Welk verband kan er gevonden worden tussen de motivatie van huisartsen bij aanvang van het project en het screeningsresultaat?

Onderzoeksvraag 2: Hoe evolueert de implementatie van het "HALT2Diabetes" project bij huisartsen tijdens de duur van het project in de verschillende regio's?

Onderzoeksvraag 3: Hoe passen huisartsen die participeren aan "HALT2Diabetes" de screeningsmethodiek toe in de dagelijkse zorg en wat vinden zij praktisch haalbaar? Welke onderdelen vinden zij goed en welke delen vragen om een aanpassing?

LITERATUURSTUDIE

De artikels, weerhouden voor dit literatuuronderzoek, dienden een antwoord te geven op onderstaande vragen:

- Zijn er studies die bewezen hebben dat men theoretische modellen ter preventie van type 2 diabetes naar praktische en werkzame, nationale projecten kan omzetten? (zie figuur 1)

Populatie	Hoogrisico personen/personen met IGT
Interventie	Implementatie van leefstijlveranderingen in de lokale gemeenschap door (nationale) projecten/ leefstijlprogramma's
Controle	Controle met standaardzorg/ geen zorg
Uitkomst	Preventie van type 2 diabetes

Figuur 1: PICO 1

- Wat is de rol van de huisartsen bij de implementatie van gelijkaardige projecten ter preventie van type 2 diabetes? Is er een rol voor andere (eerstelijns)instanties weggelegd? Hoe kan de rekrutering van risicopatiënten het beste gebeuren?

- Welke gedachten leven er over preventie (van type 2 diabetes) en hoe belangrijk vinden de huisartsen preventie (van type 2 diabetes)? Wat zijn de drempels om algemene preventie toe te passen en mogelijks dus ook dit model toe te passen?
- Wat denken de huisartsen over de mogelijkheid tot implementatie van gelijkaardige projecten? Wat moet er verbeteren voor betere implementatie van projecten ter preventie van type 2 diabetes? (zie figuur 2)

Populatie	Huisartsen
Interventie	Algemene preventie/preventie van type 2 diabetes/ implementatie van leefstijlinterventie (programma's)
Controle	/
Uitkomst	Ervaringen/meningen/expert-opinies

Figuur 2: PICO 2

De inclusiecriteria waren artikels over bovenstaande onderwerpen. Artikels met kinderen of met patiënten die reeds type 2 diabetes hadden, werden niet weerhouden. Ook werden er uitsluitend Nederlands-, Engels- en Franstalige abstracts of artikels gelezen. Er werden geen artikels ouder dan 15 jaar gelezen.

Gezien dit een onderzoek is naar de implementatie van nieuwe projecten bij Vlaamse huisartsen, werd eerst gezocht in Nederlandstalige, medisch evidence based tijdschriften zoals Minerva, Huisarts Nu, Huisarts en Wetenschap, Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde en Tijdschrift van Geneeskunde. Hier zijn vier artikels over preventie en implementatie gevonden. Verder gebeurde de literatuurstudie in pubmed via het watervalprincipe. Er werd eerst gekeken naar meta-analysen, dan naar systematische reviews en vervolgens naar RCT's.

Samengevat in tabel 1 ziet men de ingegeven MeSH zoektermen. De MeSH zoektermen "Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control" [MESH] en "Life Style" [MESH] werden ingegeven in pubmed. Dit leverde 129 hits op, met de filters 'meta-analyse, review en RCT's' en 'free full text'. Na het toepassen van de inclusiecriteria en op basis van de abstracts werden er 31 artikels gelezen. Daarvan gingen er 23 artikels over het onderzoek naar de werkzaamheid van de preventie van type 2 diabetes. Acht artikels gingen over de implementatie van preventiemodellen en twee studies over de kosten van leefstijlprogramma's. De artikels over de preventie van type 2 diabetes werden als achtergrond gelezen maar niet verwerkt in de literatuurstudie, met uitzondering van de DPS[8] en de DPP[9] studie. Daarna werd in pubmed de term "Finnish diabetes risk score" ingegeven. Dit gaf 57 hits met als filters 'meta-analyse, review en RCT's'. Er werden 4 artikels over de implementatie van leefstijlmodellen voor preventie van type 2 diabetes weerhouden. Vervolgens werden verscheidene MeSH termen ingegeven waarvan in totaal 17 artikels weerhouden werden (zie tabel 1).

Nadien werd de sneeuwbalmethode toegepast waarna er nog 12 extra artikels over implementatiestudies weerhouden. In totaal werden er 47 artikels geanalyseerd en samengevat voor de literatuurstudie.

Pubmed: MeSH termen	resultaten	gelezen	weerhouden voor literatuurstudie	datum
Nederlandstalige literatuur	4	4	4	okt/14
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + Life Style [MESH]	129	32	8	sep/14
Finnish diabetes risk score	57	18	5	sep/14
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + Health Plan Implementation [MESH]	35	12	6	jan/15
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + General Practitioners [MESH]	1	1	1	jan/15
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + Qualitative Research [MESH]	55	0	0	jan/15
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + feasibility studies [MESH]	48	7	2	jan/15
Physicians, Family [MESH] + Health Plan Implementation [MESH]	24	6	0	jan/15
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + Family Practice [MESH]	65	5	2	okt/14
Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control [MESH] + Attitude [MESH] + General Practice [MESH]	18	4	3	okt/14
Diabetes Mellitus, Type 2 [MESH] + General Practice [MESH] + Life Style [MESH]	50	6	3	okt/14
sneeuwbalmethode			12	okt/14
Totaal aantal weerhouden artikels			46	

Tabel 1: overzicht literatuurstudie

Daarnaast werden de relevante richtlijnen van Domus Medica[4-5], NHG[6-7], 'internationale diabetes federatie'[1] en 'de Europese evidence-based guideline ter preventie van type 2 diabetes'[2] geraadpleegd en besproken als achtergrond voor screening op risicofactoren en preventie van type 2 diabetes (zie bijlage 1).

FOCUSGROEPEN EN INTERVIEWS

Voor de theoretische en praktische uitwerking van de focusgroepen werden 'handleiding focusgroeponderzoek'[10] en 'participatieve methode, een gids voor gebruiker, focusgroepen'[11] gebruikt.

Methodiek voor het uitnodigen van de deelnemers

De onderzoekspopulatie zijn de huisartsen in de pilootregio's Sint-Truiden-Borgloon en Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. Ook huisartsen die niet deelgenomen hadden aan het project werden uitgenodigd. Er werd geopteerd om de huisartsen op te splitsen volgens hun deelname aan het pilootproject van "HALT2Diabetes". Zo waren er focusgroepen met uitsluitend huisartsen die wel deelnemen en focusgroepen met uitsluitend huisartsen die niet deelnemen aan dit pilootproject.

Het oorspronkelijke idee was dat er zes focusgroepen zouden georganiseerd worden, drie in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen waarvan twee met deelnemende artsen en één met niet deelnemende artsen. En drie in de regio Haspengouw, met dezelfde indeling.

Naar alle huisartsen van de wetenschappelijke kring Sint-Truiden en omgeving werd begin oktober 2014 een informatiebrief gestuurd via e-mail, waarin gevraagd werd om deel te nemen (zie bijlage 6). Deze

brief werd in Sint-Truiden verspreid via de verantwoordelijke van de wetenschappelijke kring. Hierop reageerden vijf artsen dat ze wilden deelnemen. Nadien zijn er, tijdens een navorming over een ander onderwerp, nog schriftelijke uitnodigingsbrieven uitgedeeld en zijn de huisartsen persoonlijk aangesproken. Dit verhoogde aanzienlijk de respons. Elf mensen deden nu extra mee. Nadien werd er een herinneringsmail met dezelfde uitnodigingsbrief opnieuw elektronisch rondgestuurd. Dit leverde nog twee extra deelnemers op. Twee tot drie dagen voordat de focusgroep doorging, werd telkens een korte herinneringsmail met de tijd en de plaats gestuurd om ervoor te zorgen dat iedereen kwam opdagen. In Sint-Truiden werden de artsen uitgenodigd in het 'Huis voor Chronische Zorg'. Om de respons te vergroten werd accreditering aangevraagd voor de focusgroepen.

In de eerste focusgroep met 'deelnemers' waren er vier kandidaten. In de tweede focusgroep met 'niet-deelnemers' aan het "HALT2Diabetes" project waren er negen kandidaten. Daarvan waren drie huisartsen niet komen opdagen. In de derde focusgroep waren er vijf kandidaten, waarvan één na het sturen van de herinneringsmail, afgezegd had. Dus met andere woorden waren er respectievelijk vier, zes en vier deelnemers aan de focusgroepen.

De navormingsverantwoordelijke van de wetenschappelijke huisartsenkring in Gent wilde de uitnodigingsbrieven niet verspreiden onder de huisartsen. Er werden toch via de projectcoördinator van "HALT2Diabetes" uitnodigingsbrieven verstuurd via e-mail naar de deelnemende artsen in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen die hun gegevens op de navormingen over "HALT2Diabetes" hadden achtergelaten, zodat er minimum één focusgroep in deze regio kon doorgaan. Deze brieven leverden geen deelnemers op. Toen werd er beslist om deze aangeschreven artsen, ook telefonisch te contacteren en te vragen of ze bereid waren deel te nemen aan de focusgroep. Na deze belronde waren er twee huisartsen die wilden deelnemen aan de focusgroep. Dit was te weinig om een focusgroep te voeren. Dus om de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen niet helemaal te laten vallen werd er geopteerd om interviews af te nemen. Uiteindelijk konden er vier interviews afgenomen worden, enkel bij artsen die deelnamen aan het project.

Opstellen van de vragen voor de focusgroepen en de interviews en methode van analyse

Er is een draaiboek gemaakt om de focusgroep vlot te laten verlopen (zie bijlage 5). Er zijn ook telkens informed consent uitgedeeld en getekend (zie bijlage 6). In de openingsvraag werd gevraagd om zich voor te stellen en dan volgde de vraag waarom de artsen al dan niet deelgenomen hebben aan het project.

Bij de deelnemende artsen waren er 4 hoofdvragen. De eerste ging over welke elementen in het project de huisartsen hebben kunnen overtuigen om deel te nemen. De tweede hoofdvraag polsten naar hoe de aanpak in de praktijk bij mensen met risico op type 2 diabetes veranderd is. In de derde hoofdvraag werd hun mening bevraagd over deze nieuwe vorm van multidisciplinair samenwerken (het lokale leefstijlaanbod, rekrutering door apothekers, …). De vierde hoofdvraag ging over deze vorm van zorgvernieuwing. Dit project voor personen met risico op type 2 diabetes wordt gesteund en gefinancierd door de overheid die inzet op nieuwe vormen van zorg aan mensen met een chronische aandoening zoals type 2 diabetes. Op deze wijze wordt gezocht of er meer mensen een volwaardig zorgaanbod kunnen genieten voor een aanvaardbare prijs. Er werd bevraagd bij de huisartsen wat ze vinden van deze zorgvernieuwing door de overheid. Nadien was er nog tijd voor bijkomende vragen of opmerkingen.

Bij de niet-deelnemende artsen waren er 3 hoofdvragen. In de eerste hoofdvraag werd er gevraagd hoe de implementatie van het project aantrekkelijker kan gemaakt worden, zodat er meer mensen zouden deelnemen aan het project. De tweede hoofdvraag informeerde naar wat de artsen van het project verwachten en wat de impact kan zijn. De derde hoofdvraag ging ook over deze vorm van zorgvernieuwing door de overheid en wat voor belang de artsen hieraan hechten.

De vragen van de interviews in Gent waren dezelfde als deze van de focusgroepen van de 'deelnemers'. Als bijkomende vraag werd er, omdat er op het moment van de interviews al gezien werd dat het project moeizamer op gang kwam in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen, gevraagd aan de huisarts of zij daar specifieke verklaringen voor zagen.

De focusgroepen werd geleid door de onderzoeker (HAIO), het gesprek werd opgenomen en nadien volledig uitgetypt. De resultaten werden kwalitatief geanalyseerd via grounded theory methodologie. De stapsgewijze methode van analyseren werd in onderstaande tabel weergegeven (zie tabel 2).

Methode van kwalitatieve analyse via de grounded theory	Uitleg over de gebruikte methode
Volledig uittypen van de focusgroep/interview	Op basis van de opnames tijdens de focusgroepen/interviews
Selecteren	➢ Past dit onderdeel of antwoord binnen de doelstellingen van het onderzoek? ➢ Bij welke onderzoeksvraag past dit onderdeel? (kleurmarkeringen per onderzoeksvraag) ➢ Korte code/samenvatting per onderdeel
Rubriceren	Iedere code wordt in een rubriek gepast en krijgt een cijfercode
Rangschikken/Categoriseren	Binnen deze rubrieken worden de codes geordend, samengevoegd en samengevat in enkele categorieën per rubriek. De rubrieken worden geordend per onderzoeksvraag.
Controleren	Kritisch blijven toetsen aan het centrale doel, aan de onderzoeksvragen en aan de relevantie voor het onderzoek

Tabel 2: methode van analyseren van de kwalitatieve data via de grounded theory methodologie

Er werd een tweede persoon, de projectcoördinator van "HALT2Diabetes", ingeschakeld om één focusgroep en één interview te coderen, te rubriceren en te categoriseren, zodat de verschillende rubrieken en categorieën objectiever opgesteld werden. Zij heeft kennis van het onderzoek en heeft tevens de nodige medische achtergrond. Als er tegenstrijdigheden waren in het verwerken van de gegevens, werd er gediscussieerd welke codes onder welke categorieën en onderzoeksvragen hoorden en hoe relevant sommige uitspraken waren voor het onderzoek.

De cijfers van de deelnames van de artsen aan "HALT2Diabetes" en de doorverwijzingen van de artsen naar het leefstijlprogramma zullen opgevraagd worden en verwerkt worden in de tekst.

Via de focusgroepen zal er dan een antwoord worden geformuleerd op de drie onderzoeksvragen en zal er eerst een eigen conclusie geformuleerd worden over de mogelijkheid tot implementatie van de screeningsmethodiek en het leefstijlprogramma in heel Vlaanderen. Nadien zullen er in samenspraak met de projectcoördinator van "HALT2Diabetes" adviezen gegeven worden voor de implementatie van de screeningsmethodiek en het leefstijlprogramma in heel Vlaanderen naar de Vlaamse overheid toe.

Implementatie van andere projecten en modellen ter preventie van type 2 diabetes: kunnen theoretische modellen naar praktische en werkzame, nationale projecten omgezet worden?

Er zijn twee belangrijke studies op vlak van preventie van type 2 diabetes; de DPS studie (Diabetes prevention study) uit Finland[8] en de DPP (Diabetes prevention program) uit de Verenigde Staten[9]. Nadien zijn er vele studies gebeurd over de implementatie van projecten ter preventie van type 2 diabetes[12-37]. Deze studies willen meestal bewijzen dat preventie van type 2 diabetes ook werkt in de onderzochte gemeenschappen bij doorsnee mensen buiten een studieverband (met eventueel een praktische vertaling van de DPS[8] of DPP[9] studie). Ze onderzoeken amper of niet de haalbaarheid van implementatie.

Het DE-PLAN project[13] (= Diabetes in Europe, prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention) is ontworpen om een model te creëren in 17 Europese landen om risicopersonen te identificeren en leefstijlprogramma's aan te bieden, naar het model van de DPS[8]. De risicopersonen worden via de FINDRISC test geïdentificeerd. Dit is de afkorting van de Finnish Diabetes Risico Score en voorspelt het risico op het ontwikkelen van type 2 diabetes, met noodzaak tot medicatie, binnen de 10 jaar[39] (zie bijlage 3). Er zijn nog andere studies die de FINDRISC test voor deze preselectie gebruiken[16-18,20,22,24,26,32,37,39]. In een recente meta-analyse van Dunkley *et al*.[12] wordt het succes van de implementatie van gelijkaardige modellen beaamd. Deze bespreekt en vergelijkt de implementatie van preventiemodellen via leefstijl in 22 studies en stelt tot besluit dat pragmatische leefstijlveranderingen effectief zijn ter promotie van gewichtsverlies en kunnen leiden tot een verminderd risico op type 2 diabetes en cardiovasculaire ziekten in de toekomst.

Andere studies naar implementatie van gelijkaardige modellen in andere landen werden ook reeds succesvol uitgevoerd[12-37]. Bij deze studies horen o.a. "Kijk op Diabetes, zicht op preventie"[19], PREDICE study[20], de studie van Kramer *et al.*[21], FIN-D2D project[22], DE-PLAN Spain[23], DE-PLAN Greece[24], DE-PLAN Poland[25], New life, New You intervention[28], de DEPLOY Pilot Study[29], CGT study[30] en de GOAL study[31].

Wat is de rol van de huisartsen bij de implementatie van gelijkaardige projecten? Is er een rol voor andere (eerstelijns)instanties weggelegd? Hoe kan de rekrutering van risicopatiënten gebeuren?

Vaak gebeurde de selectie in de implementatiestudies door huisartsen[20,22,26,33-34], verpleegkundigen[13,21,35], door beide[24] of door anderen zoals fitnesstrainers (met de toestemming van de huisarts)[35], gerekruteerde onderzoekers[36] of bewegingsdeskundigen en gezondheidseducatoren[21].

Als patiënten door de huisarts verwezen worden naar het programma zorgt dat voor extra motivatie[40]. Het is ook aangeraden dat artsen betrokken zijn in het project om de motivatie van de groepsleden te verbeteren[22]. Huisartsen moeten voldoende tijd nemen om de patiënt te overtuigen dat de interventie veilig en voordelig is[40].

Er zijn ook nog andere manieren om risicopersonen te rekruteren zoals via de radio, TV en kranten[35], via marketingscampagnes[28], via internet, de gezondheidszorg of sociale instellingen[38]. Protocollen en strategieën voor rekrutering en screening moeten best zo ontworpen worden dat de mensen ook meer bewust worden van de risicofactoren voor type 2 diabetes[3,41].

Artsen in de literatuur vinden dat de overheid een belangrijke rol moet spelen in de rekrutering en de ondersteuning voor screening van risicopersonen[1,3,41]. Preventie is, volgens huisartsen, een primaire taak van de overheid en de politiek[42-47]. Huisartsen verwijten het huidig gezondheidszorgsysteem dat het te zeer georiënteerd is op acute zorg en dat er geen politieke wil is om te investeren in preventie. Dit uit zich in onvoldoende vergoeding, te gefragmenteerde aanpak en volledige desinteresse voor preventie bij ouderen[43].

Voor preventie van type 2 diabetes moet ingezet worden op veranderingen via de voedselindustrie, massamedia, de gemeenschap, de school en de werkplaats zoals het verlagen van de prijzen van gezonde voeding en het promoten van een actieve en gezonde leefstijl[1,3,43,48-49]. Een project ter preventie van type 2 diabetes kan beter geïmplementeerd worden door te zorgen voor de steun van lokale en nationale overheden en zorginstellingen in de financiering. Het is belangrijk dat de regering voldoende budgetten vrij maakt, want hoe lager de kosten van een project ter preventie zijn, hoe meer mensen zullen deelnemen[31]. In de studie van Vermunt *et al.* vond 90% van de huisartsen inderdaad dat zo'n project ter preventie kosteloos moest zijn[26]. Preventiestrategieën voor type 2 diabetes vereisen eerst aanzienlijke investeringen voordat de voordelen op langere termijn de overheid ten goede komen. Zo zal men bij effectieve preventie, minder of minder lang de kosten van een patiënt met type 2 diabetes en de hieraan gelinkte complicaties moeten dragen[12].

Wat zijn de attitudes en meningen van huisartsen over preventie en preventiestrategieën (voor type 2 diabetes)?

Sommige huisartsen geloofden in het belang van preventie, zijn er enthousiast over en vinden het hun taak om patiënten informatie te geven, te motiveren en te ondersteunen[49]. Andere huisartsen zeiden te twijfelen aan het nut van preventie[42,44-45,50] of aan de mogelijkheid tot leefstijlveranderingen bij patiënten[47-48,51-52].

Volgens de literatuur blijkt dat communicatievaardigheden van de artsen één van de grootste barrières is om patiënten leefstijladvies te geven[41-43,46,47-49,53-55]. Huisartsen geloven dat ze onvoldoende overtuigingskracht hebben om asymptomatische patiënten te motiveren en voelen zich niet comfortabel in een gesprek over gedragsveranderingen[42]. Huisartsen bleken ook geen actieve initiators tot deze gesprekken[49]. Het nut van dieet en fysieke activiteit ter preventie van type 2 diabetes werd slechts kort aangehaald en de gesprekken waren routinematig, eerder oppervlakkig en van weinig nut voor de patiënten. Verder blijkt dat de artsen onvoldoende kennis hebben van strategieën voor preventie[43,48].

Ook kwam er vaak naar voren dat huisartsen vonden dat er te weinig financiële compensatie ten overstaan van de moeite stond[42-43,51,54-56]. Anderen uitten hun bezorgdheid omtrent de kost van preventie[44,52].

Vele artsen vinden preventie en gedragsveranderingen een primaire verantwoordelijkheid van de patiënt zelf[44-46,48,53]. Huisartsen nemen over het algemeen aan dat patiënten niet in preventie geïnteresseerd zijn en hun leefstijl niet willen wijzigen. Toch vinden patiënten volgens onderzoek preventie belangrijker dan dat huisartsen dit inschatten[47]. Meestal zijn patiënten nalatig en moeizaam te motiveren omdat ze niet voldoende kennis hebben over de risico's en niet weten hoe ze hun leefstijl moeten veranderen[48-49,54]. Zelfmotivatie en educatie van de patiënt is nodig[53].

Huisartsen zeggen, volgens onderzoek, ook rekening te moeten houden met de autonomie van de patiënt[54,56]. Het is belangrijk de autonomie van de patiënt te respecteren, maar de mensen moeten wel een juiste en beargumenteerde keuze aangeboden krijgen zodat hun autonomie ook concrete inhoud heeft[47]. Patiënten willen niet voortdurend aan hun risico herinnerd worden, want leefstijlveranderingen zijn op zich al moeilijk genoeg, zonder dat de arts zijn 'vingertje' bovenhaalt[47]. Een gesprek over preventie wordt het best getolereerd door patiënten die met een klacht die hiermee in verband staat komt, maar de klacht moet wel centraal blijven staan[47].

Huisartsen zien zelden het resultaat van de preventie. Preventie leidt pas na langere tijd tot gezondheidswinst en is beter te merken op maatschappelijk niveau[43-44,47]. Toch is de huisarts goed geplaatst om aan preventie te doen. Ten eerste reageren patiënten volgens onderzoek beter op een oproep van hun eigen huisarts dan op een oproep van de overheid[47]. Ten tweede ligt de kracht van de huisarts in de kennis van de individuele risicoprofielen. Hij/zij heeft daarmee de mogelijkheid om bij een patiënt tot een geïndividualiseerde risico-inschatting te komen[47]. De mensen die spontaan deelnemen aan preventie zijn vaak de gezondere personen en de echte risicogroepen, zoals mensen in een sociaal of psychisch isolement of mensen van buitenlandse afkomst of oudere mensen, worden moeilijker bereikt[42-44,53-54].

Huisartsen zijn zich wel bewust zijn van GNG en GGT[45,52], maar ze begrijpen de significantie van het verhoogde risico niet[45,52]. Ze zijn zich ook niet bewust van de prevalentie[52]. Bovendien zijn ze onzeker hoe ze deze patiënten moeten behandelen en opvolgen[52]. Slecht een klein percentage van mensen met GNG of GGT zijn gekend bij de huisartsen en huisartsen zijn niet geneigd om meer aan 'case finding' te doen en hun beleid aan te passen ondanks wat de literatuur hierover bewezen heeft[52]. Prediabetes wordt ook niet altijd gezien als een klinische entiteit[42]. In sommige studies zeggen huisartsen dat GNG en GGT niet gemedicaliseerd moet worden en dat het eerder een sociaal probleem (obesitas) is. Ze beweren dat men via deze weg van 'gezonde mensen' 'zieke mensen' maakt[45,52]. Sommige artsen stonden wel positief tegenover het toedienen van medicatie voor GGT en GNG, zo wordt het meer een medisch probleem en artsen voelden zich beter bij het behandelen van een ziekte, dan het voorkomen ervan[52].

Wat denken huisartsen over de mogelijkheid tot implementatie van nieuwe (preventie) projecten? Wat moet er verbeteren voor betere implementatie van projecten ter preventie van type 2 diabetes?

Eén van de drempels voor implementatie van nieuwe projecten die in de literatuur naar voren komen is dat huisartsen angstig zijn voor een nieuwe, niet gefundeerde opdracht. Bovendien verwachten ze niet dat patiënten geneigd zijn om veel te veranderen in hun leefstijl[26]. Zowel het uitvoeren van screening als het aanbieden van een vervolgtraject vormt een extra belasting voor de huisartsenpraktijk. Uit vele implementatiestudies blijkt ook dat de huisartsen schrik hebben voor meer werkdruk en/of tijdsgebrek bij het uitvoeren van preventie. Ze zeiden bovenop de problematiek van de patiënt niet de tijd te hebben om een discussie over leefstijlveranderingen te voeren[26,42-43,45,50-55]. Sommigen wilden liever focussen op de acute zorg[43,47]. Een andere drempel voor implementatie van preventiemodellen was dat er effectief van de patiënten zelf te weinig motivatie voor leefstijlveranderingen was[26].

Huisartsen klagen ook vaak dat de praktische organisatie van preventie(projecten) moeilijker is[42] en dat er is te weinig personeel is[55]. De vereiste hulpmiddelen voor goede preventie of implementatie zijn niet voorhanden[42-43,45-49,52-56].

Om het risico te verkleinen dat huisartsen niet begaan zijn met een nieuw project, moet er een goede samenwerking zijn met de verschillende partners. Huisartsen vinden het belangrijk dat de interventiemakers hen bijstaan bij de implementatie. Huisartsen moeten adequate toegang hebben tot de middelen die nodig zijn voor de screening van hoogrisicopersonen en de management van nieuwe diagnose van type 2 diabetes[22]. In één studie hadden de huisartsen voor rekrutering van risicopersonen een praktijkondersteuner aangenomen, voor 36 uur per week[57]. Nederlandse huisartsen hebben graag een verpleegkundige om preventieve activiteiten te doen[26]. Het is belangrijk om huisartsen voldoende materialen en training, voornamelijk in communicatievaardigheden, te geven[3,26,40].

Voor een goede implementatie moeten huisartsen zich bewust zijn van de klinische significatie van GGT en overtuigd zijn van de daling van de incidentie van type 2 diabetes door leefstijladvies bij risicopatiënten[41]. Zoals eerder vermeld, is dit niet steeds het geval.

	Inhiberende factoren voor implementatie	**Stimulerende factoren voor implementatie**
Bij huisartsen in de literatuur	- tijdsgebrek - werkdruk - focus op acute zorg - nieuwe, niet gefundeerde opdrachten - financiële overweging - gebrek aan overtuigingskracht - gebrek aan motivatie - onvoldoende aandacht voor eigen gezondheid - niet overtuigd van preventie - slechte compliantie en motivatie van patiënt - verantwoordelijkheid patiënt - tekort aan kennis over preventiestrategieën en communicatievaardigheden	- positieve ervaringen zoals betere therapietrouw en meer motivatie van de patiënt - financiële ondersteuning - geen meerkost voor patiënt - zelfmotivatie en educatie van de patiënt (empowerment) - ondersteuning met materialen of praktijkhulp - hulp van derden bij het sensibiliseren van risicopatiënten - verantwoordelijkheid arts - kennis van de patiënt door de arts - goede ondersteuning door de makers van het project - steun van overhead - praktijkhulp

Tabel 3: factoren voor implementatie uit de literatuurstudie

RESULTATEN focusgroepen en interviews

Onderzoeksvraag 1: *Welk verband kan er gevonden worden tussen de motivatie van huisartsen bij aanvang van het project en het screeningsresultaat?*

Vele artsen gaven aan reeds vóór het project gemotiveerd te zijn om patiënten met een verhoogd risico op type 2 diabetes op te volgen. Er waren verschillende soorten motivaties om deel te nemen aan het project en alle artsen hadden meerdere redenen om deel te nemen. Dezelfde motivaties leverden echter bij verschillende artsen andere screeningsresultaten op. Daarenboven bleek uit de focusgroepen en interviews dat de motivatie voor deelname kon veranderen tijdens de implementatie van het project.

De meeste artsen, zowel 'deelnemers' als 'niet-deelnemers', zeiden dat ze **reeds vóór het project aandacht hadden voor patiënten met risicofactoren** voor type 2 diabetes. Ze screenden hen, volgden hen systematisch op, gaven leefstijladvies of stuurden hen door naar een kinesist of een diëtist. Via

"HALT2Diabetes" was er een nieuwe mogelijkheid om, op een eenvoudig en weinig belastende manier, risicopatiënten voor type 2 diabetes te behandelen en door te sturen naar een multidisciplinair leefstijlprogramma. Vele artsen gaven dit dan ook aan als een belangrijke reden voor deelname. Artsen die deze motivatie aangaven, includeerden zowel veel als weinig patiënten.

Vier artsen uit de focusgroepen hadden het **project mee helpen opstarten** en drie daarvan zeiden dat dit een motivatie was om deel te nemen. Eén van de vier had geen patiënten doorgestuurd, één had er meer dan twintig doorgestuurd en twee artsen hadden er gemiddeld drie doorgestuurd.

> **Citaat 1***: "Ik kan het niet maken om in de LMN te zitten, in de stuurgroep, de bijscholingen te geven en dan te zeggen: 'ik doe niet mee'. Je moet een beetje consequent zijn. Maar los daarvan zou ik anders ook wel de foldertjes aanvaard hebben en meegedaan hebben. Maar ik vrees dat het resultaat even erbarmelijk zou geweest zijn. Het is niet dat ik het tegenwerk of zo, ver van… Maar ik heb er uiteindelijk maar twee kunnen includeren." (35-40j ♀)*

Verder namen de ondervraagde artsen deel uit **nieuwsgierigheid**, omdat ze meer wilden inzetten op preventie of omdat **het aansloot bij andere preventieve onderzoeken** [C2]. Enkele artsen uit de regio Haspengouw vonden dat het project zorgde voor de uitbouw van de eigen eerstelijn, omdat het draaiboek voor het **leefstijlprogramma lokaal ontwikkeld** was. Twee artsen hadden deelgenomen door **peer pressure**. Artsen die deze redenen aanhaalden, stuurden tussen de één en de zes patiënten door naar het leefstijlprogramma. Eén arts had ook deelgenomen omdat hij al langer op zoek was naar een methode om risicopatiënten voor type 2 diabetes te behandelen. Hij stuurde meer dan 20 patiënten door naar het leefstijlprogramma.

Uit al dit bovenstaande blijft dat er geen duidelijk verband gevonden kan worden tussen de motivatie voor deelname bij aanvang van het project en het aantal gescreende patiënten.

> **Citaat 2**: *"Ik heb deelgenomen omdat het aansluit bij ons GMD plus programma en omdat we er op zich zeker achterstaan. We wilden kijken of er niet meer aan preventie kan gedaan worden, het is vooral het preventieve dat ons wel ligt, zeker binnen de wijkgezondheidscentra, daar zijn we wel mee bezig. Ik heb er een viertal doorgestuurd… dat waren patiënten die we sowieso screenden binnen het kader van het GMD plus." (30-35j ♂)*

Het al dan niet beschikken over een praktijkhulp (zoals secretariaat of verpleegkundige) bleek bij verscheidene artsen een motivatie te zijn om meer of minder patiënten door te sturen. Drie artsen zeiden te hebben gewerkt met een praktijkhulp, één stuurde er drie door, wat niet meer was dan de meeste artsen zonder praktijkhulp. De twee anderen screenden er wel meer dan twintig. De artsen die patiënten met behulp van een praktijkhulp geïncludeerd hadden in het project, gaven toe dat ze zonder deze hulp er minder gescreend en doorgestuurd zouden hebben [C3]. Artsen zonder praktijkhulp zeiden dat ze er anders wel meer zouden gescreend hebben[C4].

> **Citaat 3**: *"Ik heb er drie doorgestuurd. Het is een bijkomende stimulans om mensen die een verhoogd risico lopen hiermee te confronteren en tegelijk op te vangen binnen preventie. Het model spreekt meer tot de verbeelding dan de vragen van de gezondheidsgids. Het is wel tijdrovend en vergt een goede aangepaste praktijkorganisatie. Zonder een praktijkhulp zoals bij mij is dit niet goed uit te* voeren …" (45-50j ♂)

> **Citaat 4**: *"Groepspraktijken kunnen het anders bekijken en aanpakken dan wij, ze kunnen het werk verdelen of ze hebben vaak hulp van een secretaresse of een verpleegster. Ik heb drie mensen doorgestuurd… Ik betrap mezelf erop dat ik er meer zou kunnen sturen maar er is een tijdsgebrek." (60-65j ♂)*

Sommige artsen dachten al bij aanvang van het project dat het een **te grote werk- en tijdsbelasting** zou vormen en participeerden daarom niet. Ze gaven aan nu al te weinig tijd te hebben om hun werk rond te krijgen. Andere artsen ondervonden tijdens het toepassen van het project hetzelfde probleem. Dit probleem was de primaire reden waarom de meeste onderzochte artsen afhaakten. Sommigen zeiden ook **het project of de screeningsmethodiek te vergeten**. De motivatie tijdens de implementatie kan dus verminderen waardoor het screeningsresultaat ook vermindert.

> **Citaat 5**: *"Die ene patiënt die ik doorgestuurd heb, dat was meteen na de uitleg, toen zat het nog fris in mijn hoofd. Maar toen ik die patiënt incorporeerde, nam dat veel tijd in beslag. Ik had hem uitgenodigd voor een GMD plus en dan heb ik er direct het project van "HALT2Diabetes" aangekoppeld. Op het einde zei ik 'we gaan dat vlug hier in de computer steken' maar dat bleek meer werk te zijn dan ik dacht. Het is alweer even geleden, maar ik had toen wel iets van 'pff als dat zoveel tijd nodig heeft'. Nu is het probleem, we willen het wel bij elke patiënt doen, maar als je 'in retard' bent, dan wordt het jammer genoeg en onterecht naar de achtergrond verschoven. Dat is onze fout." (30-35j ♂)*

Soms verhoogde of veranderde de motivatie tijdens de implementatie. Huisartsen zagen onder andere dat de screeningsmethodiek **gemakkelijker ging als ze het vaker toepasten**. Vaak werden ze ook gemotiveerd doordat de patiënten hun glycemie verbeterde of doordat ze enthousiaste **feedback** kregen van hun patiënten die deelgenomen hadden aan het leefstijlprogramma.

> **Citaat 6***: "Persoonlijk vind ik dat het heel veel energie koste om de eerste patiënt in te schakelen, om die te detecteren, om het samen te overlopen, om de software te leren kennen, tot als je dat enkele keren gedaan hebt, dan begint het plezant te worden zelf en dan merk je ook dat de patiënten ook wat meegaan in het verhaal… Na één of twee zag ik ook dat het minder tijdrovend was. Dat is het knelpunt natuurlijk. Je moet er tijd en energie in investeren om uw patiënt beter te maken. Dat is natuurlijk iets wat bij het huisartsenberoep hoort, maar het is toch een opoffering, voornamelijk die eerste om mee te starten." (25-30j ♂)*

Het feit dat de artsen **reeds een eigen methode hadden voor screening en opvolging van risicopatiënten** was ook een reden zijn om net niet deel te nemen. Ze hadden de overtuiging dat "HALT2Diabetes" geen meerwaarde betekende voor hun praktijk naast hun eigen methodes. In de focusgroep met artsen die niet deelnamen aan het project zaten zowel artsen die wel en niet gemotiveerd waren om zelf, zonder het project, risicopatiënten voor type 2 diabetes te behandelen.

> **Citaat 7**: "*Van de meeste van mijn patiënten, ik heb natuurlijk ook een solopraktijk, die ook maar ver aanleg hebben voor diabetes, heb ik de laatste vijf jaar een nuchtere bloedname gedaan. Die vallen uit, als ik die mensen nog moeten ambeteren of bezig houden met dit project, dan vind ik dit in mijn praktijk tijdverlies... dat is één van de redenen dat ik niet actief op zoek ga naar patiënten.. Ik heb er nog geen doorgestuurd." (50-55j ♂)*

Andere **belemmerende factoren** die artsen aanbrachten voor deelname waren; geen patiënten om te includeren, slechte ervaringen met andere projecten of afgehaakt vanwege de software. Sommigen geloofden niet dat het project, ook niet door de multidisciplinaire aanpak, een betere opsporing van risicopatiënten of een verbetering van de risicofactoren voor type 2 diabetes zou geven.

> **Citaat 8:** *"… maar ik was niet meteen enthousiast over het project. Na zoveel projecten die ik in het verleden al meegedaan heb, gaf het mij ook een degout. En de energie die je er moet insteken. Uiteindelijk was ik het misschien toch van plan. Toen heb ik een mail gekregen om te registreren. Toen heb ik het opgegeven omdat er wéér een wachtwoord ingegeven moest worden…. ik vind inderdaad dat we de diabetesmensen vroeger moeten kunnen opsporen en verbeteren, maar de vraag is ofdat we op deze manier sneller en beter mensen opsporen."* (60-65j ♀)

In de focusgroep met 'niet-deelnemers' was iedereen naar de navorming geweest, maar niet gestart met het project. Sommigen wilden toch nog starten met het project, anderen zijn echter volledig afgehaakt.

Wat was de motivatie voor preventie (van type 2 diabetes) bij de onderzochte huisartsen onafhankelijk van het project?

Als barrières om aan algemene preventie te kunnen doen gaven huisartsen aan dat ze te weinig tijd hebben, dat het te moeilijk is of omdat ze geen extra inspanningen willen doen. Dit zijn ongeveer dezelfde redenen als de belemmerende factoren voor deelname aan "HALT2Diabetes".

Tijdens het onderzoek waren er discussies of preventie de verantwoordelijkheid van de patiënt is, van de arts, of van beiden. Hier kon geen consensus over gevonden worden. Sommige artsen stelden dat patiënten niet graag moeite doen, niet gemotiveerd zijn om leefstijlveranderingen door te voeren en weinig zelfbewust zijn van hun risico.

> **Citaat 9**: *"Ik denk dat de meeste mensen via de media wel weten dat obesitas niet goed is en dat dit kan leiden tot diabetes. Ik denk dat de meeste mensen wel de kennis hebben, maar dat impliceert niet dat ze zich daarnaar gaan gedragen. Je weet dat je niet teveel alcohol mag drinken, maar …" (50-55j ♂)*

De meeste artsen vonden wel dat preventie tot hun takenpakket behoort en dat ze hun patiënten moeten ondersteunen om tot een eigen, geïnformeerde keuze te komen voor het al dan niet aanpakken van hun risico [C10]. Artsen vonden ook dat de patiënten verantwoordelijk gemaakt moesten worden voor hun eigen gezondheid, de zogenaamde "empowering" van de patiënt.

> **Citaat 10**: *"Uw patiënt weet dat ook niet altijd. De mensen komen bij ons en ze kunnen met moeite het woord 'dafalgan' uitspreken en dan verwacht je dat ze alles van preventie weten, nee, dat vind ik niet helemaal correct. Roken is niet gezond, dat weet iedereen. Maar al de rest, ik ben ook geen voedingsdeskundige. Dus je hebt dikwijls dat mensen denken dat ze goed bezig zijn en dat ze gezond eten, maar dan blijken daar dieetfouten in te zitten."(35-40j ♀)*

Onderzoeksvraag 2: *Hoe evolueert de implementatie van het "HALT2Diabetes" project bij huisartsen tijdens de duur van het project in de verschillende regio's?*

In de meerderheid van de gevallen gaven de huisartsen aan dat **de implementatie moeizaam** verliep. Uit het onderzoek bleek dat de screeningsmethodiek bij niemand ingebed was in de dagelijkse praktijk, maar eerder een **zeldzaamheid** bij het consultatievoeren was. Vele artsen die patiënten screenden en includeerden in het project, deden dit maar bij één tot vier personen. Artsen vonden het **moeilijk om een preventiestrategie in te passen in het huidige consultatiemodel** waar de patiënt met een curatieve vraag komt [C11]. De meesten waren in de toekomst wel nog van plan en gemotiveerd om meer patiënten te includeren en te blijven werken met de screeningsmethodiek.

> **Citaat 11**: *"Dan zit je op een heel andere manier te werken, mensen komen voor een bepaald probleem en je gaat dan totaal out of the blue iets voorstellen waardoor de mensen denken; 'wat zegt hij nu?'. En natuurlijk mogen wij dat, maar dat zie ik me niet implementeren in mijn werkwijze." (50-55j ♂)*

Artsen zagen drie belangrijke voordelen bij het herhaaldelijk toepassen van "HALT2Diabetes". Ten eerste merkten ze dat de **screeningsmethodiek vlotter en efficiënter** werd. Ten twee ondervonden ze dat ze een goede ondersteuning hadden om op een gemakkelijk, weinig belastende manier, risicopatiënten te behandelen en door te sturen naar een **concreet, multidisciplinair leefstijlprogramma** [C12]. Ten derde vonden ze ook dat de screeningsmethodiek **goed aansloot bij andere preventieve zaken** [C13]. Het project pakt een belangrijk gezondheidsprobleem aan. Artsen zeiden het belangrijk te vinden actief aan preventie van type 2 diabetes te blijven doen.

> **Citaat 12**: *"Je zegt tegen de patiënt: 'je moet naar de diëtist, of 'je moet een beetje meer bewegen'. Ik heb ook de tijd niet. Je weet hoe moeilijk gedragsveranderingen zijn. Die patiënt zegt dan, 'oké, ik zal er een beetje op letten'. Het probleem is dat dat zo weinig effect heeft. In andere landen biedt men de mensen een project aan waarin ze kunnen stappen, zoals ze hier doen met beweging, diëtist en uitleg, waar ik de tijd niet voor heb. Nu heb ik de mogelijkheid om die patiënten nu door te sturen en niet door weinig advies, weinig effect te hebben. En ik hoop dat de patiënten dan meer gemotiveerd zijn als ze door dit team goede informatie krijgen." (50-55j ♂)*

> **Citaat 13**: *"Ik had meteen al de preventieve acties gedaan, ik heb het "HALT2Diabetes" project gekoppeld aan het GMD plus. Dan is het meteen allemaal in orde, heb je een hele resem ineens. Het was een springplank voor de rest van de preventieve onderzoeken."(30-35j ♂)*

De artsen die deelnamen aan "HALT2Diabetes" zeiden **goed geïnformeerd** te zijn over het project [C14], **goed ondersteund** te zijn door de organisatie van "HALT2Diabetes" en het project goed te kunnen overbrengen naar hun patiënten toe.

> **Citaat 14**: *"Er is iemand langsgekomen om het uit te leggen, iemand op uitnodiging. Wij zijn een groepspraktijk en hebben het dan besproken hoe we het gingen aanpakken." (30-35j ♂)*

Er lijkt ook **een regionaal verschil** te bestaan wat de betreft de implementatie van "HALT2Diabetes" in de huisartsenpraktijk. In de regio Haspengouw werden twee navormingen georganiseerd waar er procentueel meer artsen bereikt werden dan op de navormingen in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. Het project kwam moeilijker op gang in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen, waar procentueel minder huisartsen zich registreerden voor het project en er minder patiënten gescreend en doorverwezen werden naar het leefstijlprogramma dan in de regio Haspengouw. In de periode tussen juli en november 2014 werden er in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen 9 en in de regio Haspengouw 65 patiënten doorverwezen (zie tabel 4). Men ziet na enkele maanden wel in beide regio's, voornamelijk in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen, een stijgende trend.

Praktische cijfers	**Regio Haspengouw**	**Regio Gent**
Deelnemers aan de navormingen	48%	17%
Bereid voor eventuele deelname na meer info en/of navorming	23%	15%
Artsen die zich na alle sensibilisatie acties geregistreerd hebben	42	57
Doorverwijzingen in november 2014	65	9
Doorverwijzingen in februari 2015	82	49

Tabel 4: cijfers "HALT2Diabetes"

De ondervraagde huisartsen uit de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen gaven verscheidene verklaringen voor het verschil in implementatie. Ten eerste vonden ze dit kwam omdat de omkadering in de regio Haspengouw beter was met het 'Huis voor Chronische Zorg', waardoor de patiënten naar één centrale plaats gestuurd konden worden. Ten tweede meenden ze ook dat een kleinere, intiemere groep huisartsen zoals in de regio Haspengouw gemakkelijker te bereiken en te motiveren zijn. Ten derde stelden ze dat er in verstedelijk gebied een diversiteit van populatie is met meer allochtonen, waardoor zo'n projecten moeilijker geïmplementeerd kunnen worden. Ten vierde zeiden ze dat Gent een universiteitsstad is met een overaanbod aan projecten en navormingen.

> **Citaat 15**: *"Ik denk dat de omkadering anders is…. Sint-Truiden is al veel kleiner en met jullie 'Huis voor Chronische Zorg' kunnen jullie bekomen dat uw organisaties en ook huisartsen bijgerekend, gewoon de patiënt naar daar kunnen sturen en dat daar de begeleiding en de vragenlijst en al de rest gebeurd. We zitten hier met vier gemeenten. Dus je hebt een grotere bevolkingsgroep, we hebben niet één centraal huis waar je iedereen maar naar kan doorsturen en je zit met ruim 300 artsen en verschillende instanties, ik denk dat dat factoren zijn die meespelen." (35-40j ♀)*

Onderzoeksvraag 3: *Hoe passen huisartsen die participeren aan "HALT2Diabetes" de screeningsmethodiek toe in de dagelijkse zorg en wat vinden zij praktisch haalbaar? Welke onderdelen vinden zij goed en welke delen vragen om een aanpassing?*

1) *Hoe passen huisartsen die participeren aan "HALT2Diabetes" de screeningsmethodiek toe in de dagelijkse zorg en wat vinden zij praktisch haalbaar?*

Artsen gaven verschillende manieren aan waarop ze de screeningsmethodiek toepasten. Eén manier, die het meeste toegepast werd door de huisartsen, was via **opportunistische screening**. Hierbij spraken de artsen de patiënten dus aan die voor een andere reden dan "HALT2Diabetes" op consultatie kwamen

[C16]. Een aantal artsen zijn **retrograad** gaan terug kijken naar risicopatiënten in de medische dossiers en hebben hen dan aangesproken of aangeschreven. De huisartsen die op deze manier te werk gingen includeerden meer dan 20 patiënten in het leefstijlprogramma. Zij gaven aan ondersteuning te hebben van een secretaresse of verpleegkundige. Enkele artsen wilden deze laatste methode op het moment van de focusgroepen nog gaan toepassen. Andere artsen zeiden eerder een **passieve houding** aan te nemen en enkel te screenen en eventueel door te verwijzen naar het leefstijlprogramma als de patiënt zich aanmeldde op de consultatie met een ingevulde risicotest of concrete preventieve vraag [C17].

De artsen die de patiënten actief aanspraken over hun verhoogde risico en het project, hebben meer patiënten gescreend en geïncludeerd dan de artsen die passief wachtten tot de patiënt zelf met een ingevulde risicotest kwam (vanuit de gemeenschap). Meestal leverde deze laatste methode zelfs geen patiënten op.

> **Citaat 16**: *"Ik moet zeggen, de meeste heb ik ook gevonden door ze actief aan te spreken, bv waarvan ik weet, de ma heeft diabetes en hij heeft een dik buikje, dan zeg ik soms zelf: ' we zijn bezig met dit project en uw ma had diabetes, wil je dit eens testen?' En dan als er risico is, dan kijk ik of er een recente bloedname is en zo niet laat ik ze nuchter terugkomen. En zo heb ik eigenlijk de meeste gezien. Met die folders heb ik er maar een stuk of twee gezien." (50-55j ♂)*

> **Citaat 17**: "*Ik moet echt wel zeggen dat ik passief meegedaan heb, omdat ik geen zin had en geen tijd had om mij daarmee actief bezig te houden en om mensen aan te sporen. Dus die folders liggen al 3 maanden in de wachtzaal en uitzonderlijk op mijn bureel en dan zie je af en toe iemand dat eens opnemen en dan leggen ze het terug. Niemand heeft me ooit gevraagd, kan ik daaraan mee doen of hoe zit dat." (50-55j ♂)*

Huisartsen gaven aan dat ze regelmatig patiënten **screenden in functie van bereidwilligheid** voor deelname aan het leefstijlprogramma en niet in functie van een mogelijks verhoogd risico. Op deze manier wordt een grote risicogroep niet gescreend of bereikt. Daarenboven schatten huisartsen de "bereidheid" van hun patiënt veelal verkeerd in. Enkele artsen vonden ook dat sommige risicopatiënten door een taalbarrière of door psychische problemen niet in aanmerking kwamen voor screening of inclusie in "HALT2Diabetes".

> **Citaat 18**: *"Naar informatie toe, betrap ik me op bias. Ik kijk aan welke patiënt ik het project het best kan uitleggen. Dan denk ik, dat is hier een goede patiënt voor. Ik maak voor mezelf een selectie. Die moet ik niet sturen, daar ga ik niet aan beginnen en mijn tijd verliezen. Dit geeft een vertekend beeld."(60-65j ♂)*

De meeste artsen zeiden dat het het gemakkelijkste is als men de patiënt met een mogelijks verhoogd risico laat terugkomen. Men kan dan de screeningsmethodiek en het project in alle rust overlopen en als de patiënt terugkomt, is dit een teken van interesse. Andere artsen deden het meteen tijdens de consultatie, maar zagen dan dat het dan (te) veel tijd in beslag neemt.

> **Citaat 19**: *"Ik heb sommige mensen laten terugkomen en bij andere heb ik het meteen kunnen doen, als enkel de suiker het probleem was en er geen andere zaken te bespreken waren. En of als ik zag dat er geen patiënten zaten te wachten achter deze patiënt. Maar het is wel een tijdsinvestering" (30-35j ♂)*

Het beleid in de huisartsenpraktijk is sinds het project nauwelijks veranderd, vonden de deelnemende artsen, omdat ze zelf al screenden en aan preventie deden. Sommige artsen zeiden, sinds de start van het project, meer aandacht te hebben voor de risicofactoren van type 2 diabetes. Een meerwaarde is wel dat er een extra mogelijkheid voor doorverwijzing naar geschikt aanbod voor leefstijlverandering is. De consultaties werden wel ingewikkelder door de methodiek van "HALT2Diabetes". Want artsen moesten veel (extra) uitleg geven onder andere over het project, ze moesten de patiënten registreren in de software en ze moesten de nuchtere glycemie bepalen, waarvoor de patiënt vaak moet terugkomen. Geen enkele arts vond dat zijn consultatie vlotter ging door het gebruik van de screeningsmethodiek.

> **Citaat 20**: *"Maar ik denk, naar de studie toe, dat in eerste instantie het opsporen te tijdsintensief is en niet direct een meerwaarde is binnen een klassieke huisartsenpraktijk, omdat je de glycemie al altijd incalculeert in het denken of in het bezig zijn."* (50-55j ♂)

Huisartsen zeiden wel dat ze zelf goed geplaatst zijn om de screeningsmethodiek toe te passen en eventueel patiënten door te sturen naar het leefstijlprogramma, omdat ze hun eigen patiënten en deze hun risicofactoren kennen. Daarenboven vonden ze dat ze hun patiënten beter persoonlijk kunnen motiveren dan via folders of affiches.

> **Citaat 21**: *"Het is weer een foldertje in de wachtzaal. De mensen worden overstelpt door informatie. Als wij zeggen dat hun glycemie te hoog is en dat ze dit en dat moeten doen en dat in drie woorden dan heeft dat meer impact dan alle folders die in de wachtzaal liggen, omdat wij naar de mensen toe, individueel, meer kracht hebben dan dat we denken, om iets te veranderen."* (50-55j ♂)

2) Welke onderdelen vinden de artsen goed?

Artsen uit de focusgroepen met 'deelnemers' brachten zelf aan dat ze het goed vonden dat apothekers ook personen met een mogelijks verhoogd risico screenen door middel van de risicotest. Ze meenden dat apothekers kunnen helpen bij het sensibiliseren van hoogrisicogroepen en dat ze misschien meer tijd hebben en actiever met het project bezig kunnen zijn. Anderzijds zeiden ze wel dat apothekers minder binding en kennis van de cliënten hebben en slechts weinig cliënten kunnen motiveren om de risicotest in te vullen en indien nodig naar de huisarts te gaan. Artsen merkten ook op dat die screening uitgevoerd door de apothekers amper rendabel was, want op het moment van de focusgroepen en interviews waren er nog maar enkele patiënten van de apotheker gekomen met deze risicotesten bij de deelnemende artsen.

De meeste artsen vonden de screeningsmethodiek goed uitgewerkt en gestructureerd. De folders met informatie en de FINDRISC risicotest vonden ze goed. Sommigen vonden de screeningsmethodiek echter minder duidelijk. Zij vonden het belangrijk om doorzicht te hebben wie na de screening advies moet krijgen, wie doorgestuurd moet worden of wie meer zorgen nodig heeft. Hiervoor is het belangrijk een duidelijke flowchart (eventueel op papier) te hebben met concrete richtlijnen en een duidelijk score systeem.

> **Citaat 22**: *"Bij een paar patiënten die ik doorgestuurd had, had ik problemen. Ik wist niet goed hoe de flowchart juist in elkaar zat en wanneer ik ze naar waar moet toesturen. Vorige keer had ik op iets verkeerd geklikt en dan bleek het fout te zijn…. Ik wil meer duidelijkheid over wie naar waar gestuurd moet worden. Ik ben hier nog niet zo vertrouwd mee. Als de computer iets anders zegt dan wat ik denkt, ben ik dan fout of het systeem? Dan is het fijn om ergens terug te kunnen kijken." (25-30j ♂)*

Er zijn twee elementen die artsen het meeste aanhaalden over de voordelen van "HALT2Diabetes" op niveau van de patiënten**.** Artsen vinden dat de **toegankelijkheid, zowel financieel als de nabijheid van het leefstijlprogramma, goed** is. Ze vinden het **multidisciplinair aanbod een meerwaarde** en het is praktisch voor de patiënten omdat ze verschillende eerstelijnsdiensten samen hebben.

> **Citaat 23**: *"Het is een goed aanbod, we bieden de mensen iets meer. Er waren geen mensen die dit allemaal delen. Dan moest je ze naar de diëtist en kinesist sturen, maar vele mensen willen niet naar al deze verschillende diensten gaan."(40-45j ♀)*

3) Welke delen vragen om een aanpassing?

Voor verdere implementatie van het project zijn er vier belangrijke knelpunten die door artsen het meeste aangebracht werden. Ten eerst vonden artsen dat de **software en de screeningsmethodiek geïntegreerd** moeten worden in het consultatievoeren en in het EMD. Nu is het een apart programma, los van het EMD. Ook moet het softwareprogramma vereenvoudigd en verbeterd worden. Het zou ook een meerwaarde zijn, zeiden de artsen, als het EMD zou waarschuwen bij een risicopatiënt en meteen zelf een risicoscore berekent op basis van de parameters die artsen tijdens de consultatie ingeven.

> **Citaat 24**: *"Als je je medisch dossier opent, dan is het gemakkelijk als je alles kan invullen en met een sneltoets doorsturen, zodat het geen extra werk oplevert. Medisch software programma's moeten beter ontwikkeld worden."(40-45j ♂)*

Ten tweede moet er meer ingezet worden op de randvoorwaarden. Het soort praktijk is belangrijk; sommige artsen vonden dat groepspraktijken zich beter kunnen organiseren door **praktijkondersteuning**. Ze zouden het gemakkelijk vinden als er een secretaresse of verpleegkundige is die risicopersonen kan aanschrijven en/of screenen. Artsen wensten hiervoor ondersteuning door de overheid.

Ten derde wilden artsen dat **patiënten zelf met een ingevulde risicoscore en/ of een preventieve vraag** komen. Enerzijds omdat ze er niet zelf over wilden beginnen en anderzijds om geen tijd te verliezen. Op dat moment vonden de artsen dat de patiënten onvoldoende bereikt worden ondanks vele inspanningen, want slechts een kleine minderheid van de patiënten komt, tegen hun verwachtingen in, met ingevulde risicotesten of een preventieve vraag. Om dit te verhogen wensten ze ondersteuning vanuit de gemeenschap en de overheid. Huisartsen stelden voor de patiënten te sensibiliseren voor hun risico en voor inclusie in "HALT2Diabetes" via mediacampagnes, herkenbare en duidelijke folders, publicaties in lokale blaadjes, via dienstencentra, OCMW en gemeenschapsinitiatieven.

> **Citaat 25**: *"Het community aspect is heel belangrijk. De gemeenschappen moeten meehelpen. Er moet genoeg overheid achter staan om het regelmatig in een blaadje te zetten. In Gingelom hebben ze het in een blaadje gezet, zonder de risicotest erbij te zetten. In Sint-Truiden ging dat beter. Ik vind dat er een geweldige steun moet zijn van de overheid, zodat de patiënten idealiter met een ingevulde score komen." (60-65j ♂)*

Ten vierde wensten sommige artsen een **vergoeding** voor de extra moeite [C26], anderen vonden dat het behoort tot de reguliere taken van de huisartsen en vonden een extra financiële vergoeding geen extra motivatie [C27]. Zeker als de patiënt terugkomt voor een extra consultatie meenden ze dat er geen extra verloning nodig is.

> **Citaat 26**: *"Eén element dat mij wel stoort is dat er geen verloning is, bijvoorbeeld zoveel per geval. Hier is geen verloning. Als huisarts hebben we dus enkel het plezier van het in te geven en de financiën gaan naar degene die de cursus geven. Huisartsen krijgen hier niets speciaal voor. Er zijn collega's die je hiermee over de streep trekt." (60-65j ♂)*

> **Citaat 27**: *"Voor mij is dat geen motivatie, als je me 50€ zou geven per patiënt, zou ik niet meer doen dan dat ik nu doe." (50-55j ♂)*

Hoewel artsen zelf een selectie maakten aan wie ze "HALT2Diabetes" voorstelden, maakten ze zich zorgen of de **juiste doelgroep** wel bereikt wordt. Dit waren voornamelijk de artsen die niet deelnamen aan het project. Vaak worden volgens de artsen, met dit soort projecten, de mensen met de meeste motivatie maar het minste risico bereikt. Artsen vinden dat de gemeenschap en de overheid mee moeten helpen om de juiste doelgroep te bereiken.

> **Citaat 28**: *"Ik denk dat het het belangrijkste is om de mensen te bereiken die niet naar de huisarts gaan, zoals kind en gezin, zodat we de juiste groep hebben." (25-30j ♂)*

4) Welke toepassingen en aanpassingen zien artsen op meso- en macroniveau?

In "HALT2Diabetes" is er een multidisciplinaire samenwerking met verschillende eerstelijnsmedewerkers zoals beweeg- en voedingsdeskundigen, endocrinologen, diabeteseducatoren en psychologen. De meeste huisartsen uit de focusgroepen en de interviews vinden multidisciplinair samenwerken een meerwaarde voor zowel de patiënten als de artsen. Samen staat men sterker en weet men meer. Andere disciplines zien de patiënten vanuit een ander standpunt en artsen vinden het leuk dat ze dan andere informatie over hun patiënten hebben.

> **Citaat 29**: *"Ik vind het een aanrader om multidisciplinair samen te werken, dan kan je korter op de bal spelen, zij gaan mensen anders zien en ja dan kunnen we eens van gedacht wisselen." (30-35j ♀)*

Artsen stelden dat er wel een betere communicatie moet zijn met goede feedback en een efficiënte (samen)werking. In dit project vonden artsen dat de multidisciplinaire samenwerking goed verliep, maar ze wensten wel feedback, wat er nu nog niet is. Feedback is belangrijk voor de opvolging van de patiënt,

om hem bij te sturen of blijvend te motiveren, maar kan ook een extra motivatie zijn voor de arts om verder te doen met het project.

> **Citaat 30**: *"Ik zou feedback wel goed vinden om terug op te kunnen inspelen. Mochten we feedback hebben van 'die mensen hebben dat bereikt', of 'hebben die interesses voor die sporten' of 'dat zijn hun drempels', dan, als ze daarmee terugkomen, kunnen we zien wat zijn die drempels en kunnen we daar iets aan doen. Ja, ik denk dat dat we handig kan zijn naar de toekomst toe om het te kunnen volhouden, want eenmaal dat het project gedaan is, moeten de mensen hun goede leefstijl verder zetten. Al het goede werk dat al verricht is door dat team, kan dan verder kan gezet worden. En men moet niet opnieuw beginnen." (30-35j ♂)*

Op macroniveau vinden huisartsen het belangrijk dat er zorgvernieuwingen geprobeerd worden en ze vinden dat de overheid daarvoor goed geplaatst is, de huisarts daarin moet ondersteunen en richtinggevend moet zijn. Er moet echter nog een vrije keuze zijn voor de artsen. Verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënten mag ook niet uit de handen van de arts genomen worden, volgens hen. Als de overheid het volledig zelf organiseert, dan zeggen huisartsen het minder te controleren of het wel echt gebeurt. Artsen vinden ook dat het initiatief voor gelijkaardige projecten beter van de beroepsgroep van de huisartsen kan komen.

> **Citaat 31**: *"En dat we dan als beroepsgroep over gaan nadenken, van kijk, is men daar al mee bezig? Wat wordt er in andere landen gedaan? Wat heeft men daar gevonden? Dan kunnen we dat eens overlezen en zien of men hier in de praktijk niets kan verbeteren? Ik denk dat het van onderuit moet komen, niet opgelegd … Ik heb liever dat het vanuit de beroepsgroep komt en dat de overheid het dan financiert." (50-55j ♂)*

> **Citaat 32**: *"Als de overheid teveel interfereert in ons werk, gaan we gewoon blindelings en volgens de flowchart mensen moeten doorsturen." (40-45j ♀)*

Volgens de artsen moet de overheid zorgen voor meer en beter verdeelde financiële steun en voor een betere multidisciplinaire samenwerking, zeker in gebieden waar de eerstelijnszorg nog zeer gefragmenteerd verloopt. Een dergelijk project, vinden de ondervraagde artsen, kan enkel slagen door een goede multidisciplinaire samenwerking.

> **Citaat 33: "***Ik vind het vooral heel proper van de overheid, ze willen graag op van alles inzetten zoals chronische zorgen en dan willen ze dit en dat en vooral dat iemand anders het doet en ze willen niet te veel betalen. Er zijn daar maar weinig budgetten voor, waarmee je grote mastodontische werken moet verwezenlijken. Er is een grote discrepantie van wat eigenlijk gewenst of verlangd wordt en wat er tegenover staat qua vergoeding. Zonder basis worden er geen folders gedrukt, bijeenkomsten georganiseerd, noem maar op… dat is vooral mijn grote punt. De overheid heeft meestal mooie ideeën, maar voor niets gaat de zon op." (35-40j ♀)*

DISCUSSIE

Samenvatting van de resultaten uit de focusgroepen en interviews

Tegen de verwachtingen in heeft slecht een minderheid van de artsen uit de pilootregio's deelgenomen en stuurden deze artsen weinig patiënten door. Er waren verschillende motivaties om deel te nemen aan het project, dezelfde motivaties leverden echter bij verschillende artsen andere screeningsresultaten op. Artsen die deelnamen vonden de screeningsmethodiek en het leefstijlprogramma inhoudelijk goed maar ze vonden wel dat er enkele structurele aanpassingen aan het project moesten gebeuren voor verdere implementatie.

Artsen haalden een aantal belangrijke opportuniteiten aan van dit project. Het project kan zorgen voor een samenwerking van verschillende lokale eerstelijnsdiensten door het tot stand brengen van het leefstijlprogramma. De arts moet de risicopatiënten zelf niet meer motiveren en adviezen geven voor leefstijlveranderingen, maar kan zijn patiënten door sturen naar een lokaal, multidisciplinair leefstijlprogramma. Het project zorgt voor een sensibilisatie van zowel artsen als patiënten voor de risicofactoren voor type 2 diabetes. De vragen van de FINDRISC risicotest sluiten aan bij andere preventieve onderzoeken.

Voor verdere implementatie van het project werden vier belangrijke knelpunten aangebracht. De software moet eenvoudiger worden en geïntegreerd worden in het elektronisch medisch dossier. Risicopersonen moeten zelf met de ingevulde risicotesten komen. Sommige artsen wensten een extra vergoeding voor de toepassing van het project, wat ook in de literatuurstudie als extra motivatie voor preventie aangegeven werd. Artsen vermoeden minder patiënten door te sturen zonder praktijkhulp en analoog meer door te sturen met praktijkhulp.

Tijdgebrek en werkbelasting blijven de belangrijkste redenen, zowel om niet deel te nemen als om te minderen met risicopersonen door te sturen. Ook in de literatuurstudie was dit een knelpunt voor implementatie van nieuwe projecten.

De screeningsmethodiek werd eerder zeldzaam toegepast en de implementatie verliep eerder moeizaam. Artsen screenden retrograad, via opportunistische screening of wachten af tot de patiënten zelf kwamen met een preventieve vraag. Huisartsen gaven aan dat ze regelmatig patiënten screenden in functie van bereidwilligheid voor deelname aan het leefstijlprogramma en niet in functie van een mogelijks verhoogd risico.

De meeste artsen zijn een voorstander van multidisciplinair samenwerken en vinden dit een meerwaarde op voorwaarde dat er een efficiënte samenwerking en goede feedback is.

Besprekingen resultaten van de focusgroepen en interviews (in vergelijking met de literatuurstudie)

Zoals men ziet in tabel 5 komen de resultaten uit de focusgroepen en interviews wat betreft de stimulerende en inhiberende factoren voor implementatie grotendeels overeen met de resultaten uit de literatuurstudie. Sommige zaken die niet overeen komen in tabel 5 zijn niet bestudeerd binnen het onderzoek van deze masterproef. Uit de literatuurstudie blijkt dat slecht een klein percentage van de mensen met GGT of GNG gekend is bij de huisartsen en dat ze niet meer aan 'case finding' willen doen of hun beleid hierover aanpassen. Bijna alle artsen uit de focusgroepen en interviews zeiden hier wel actief

mee bezig te zijn en hun patiënten systematisch te screenen bij risicofactoren. Er is bij dit onderzoek wel niet nagegaan of artsen dit daadwerkelijk deden.

	Bij huisartsen in de literatuur	Bij huisartsen uit focusgroep/interview
Inhiberende factoren voor implementatie	- **tijdsgebrek** - **werkdruk** - **focus op acute zorg** - nieuwe, niet gefundeerde opdrachten - **financiële overweging** - gebrek aan overtuigingskracht - **gebrek aan motivatie** - onvoldoende aandacht voor eigen gezondheid - **niet overtuigd van preventie** - **slechte compliantie en motivatie van patiënt** - **verantwoordelijkheid patiënt** - tekort aan kennis over preventiestrategieën en communicatievaardigheden	- **tijdsgebrek** - **werkdruk** - **focus op curatieve vraag van patiënt**/ project zelf niet willen voorstellen - **financiële overweging** - **gebrek aan motivatie**/ geen interesse voor actieve deelname - **niet overtuigd van de** meerwaarde van het project**/ van preventie** - vermoeden van **slechte compliantie en motivatie van patiënt** - **verantwoordelijkheid patiënt** - te moeilijke software - zelf al eigen methodes - vergeten van het project
Stimulerende factoren voor implementatie	- **positieve ervaringen zoals betere therapietrouw en meer motivatie van de patiënt** - **financiële ondersteuning** - **geen meerkost voor patiënt** - **zelfmotivatie en educatie van de patiënt (empowerment)** - **ondersteuning** met materialen **of praktijkhulp** - **hulp van derden bij het sensibiliseren van risicopatiënten** - **verantwoordelijkheid arts** - **kennis van de patiënt door de arts** - **goede ondersteuning door de makers van het project** - **praktijkhulp** - **steun van overheid**	- **positieve ervaringen zoals positieve feedback van de patiënt en/of het project** - verbetering patiënt/enthousiasme patiënt - **financiële ondersteuning** - **geen meerkost voor patiënt (gratis leefstijlprogramma)** - **zelfmotivatie en educatie van de patiënt (empowerment)** - meerwaarde van het project zoals leefstijlprogramma lokaal ontwikkeld / sluit aan bij andere preventieve onderzoeken / belangrijk gezondheidsprobleem aanpakken - **verantwoordelijkheid arts** - voldoende kennis van het project/ goed overbrengen naar de patiënten - **goede ondersteuning van het project** - **praktijkhulp bij informeren/selecteren van risicopatiënten** - **steun van overheid**

Tabel 5: factoren voor implementatie in de literatuurstudie en de focusgroepen/interviews. De overeenkomstige factoren zijn in het vet gedrukt.

Hoe de screeningsmethodiek toegepast wordt, is ook belangrijk. Retrograad patiënten met een verhoogd risico opzoeken in de medische dossiers en aanschrijven of aanspreken lijkt op het eerste zicht de meeste patiënten op te leveren, hoewel dit een conclusie is uit enkele voorbeelden. Als men risicopersonen aanschrijft is het project al op papier voorgesteld en komen deze personen voornamelijk terug als ze geïnteresseerd zijn. Opportunistische screening is ook een goed alternatief, als het systematisch gebeurt bij elke persoon met een verhoogd risico. Artsen beginnen ook vaak onderaan de screeningsmethodiek en doen een soort “preselectie” op basis van de bereidwilligheid van de patiënt en niet op basis van het risicoprofiel. Op deze manier wordt een grote risicogroep niet bereikt. Vermoedelijk is dit wegens tijdsgebrek, zodat ze door deze methode het project niet tevergeefs moeten aanhalen. Sommige artsen meenden ook dat personen met psychologische problemen en anderstaligen niet in aanmerking komen. Toch zijn dit belangrijke risicogroepen, die men zeker niet mag verwaarlozen en zelfs vaak een groter risico hebben. Artsen beseffen dit ook, want ze halen zelf aan tijdens het onderzoek dat ze willen dat het project de meest kwetsbare doelgroep eerst opspoort en behandelt, hoewel ze het zelf niet doen.

Artsen die niet deelnamen en sommige artsen die wel deelnamen aan het project zeiden dat ze het project moeilijk konden implementeren in hun werkwijze als de patiënt met een curatieve vraag kwam, omdat ze het moeilijk vonden om het project zomaar uit het niets voor te stellen. Uit de literatuurstudie bleek dat een gesprek over preventie het best getolereerd wordt door patiënten als het in verband staat met de klacht die de patiënt heeft, als de klacht maar centraal blijft staan. Dus het project uit het niets voorstellen, blijkt uit de literatuurstudie toch vervelender te zijn voor de patiënt. Een oplossing hiervoor is dat de arts de patiënt laat terugkomen. De arts heeft dan voldoende tijd om het uit te leggen en, als de patiënt terugkomt, toont hij interesse om zijn risico aan te pakken. Artsen ondervonden zelf dat het gemakkelijker was als ze de patiënten lieten terugkomen.

Uit de literatuurstudie kwam ook naar voren dat artsen gesprekken over leefstijl moeilijk vonden en dat ze zich er te weinig capabel voor voelden. Dit werd met dit project uit handen van de artsen genomen. Vele artsen waren inderdaad blij met een extra mogelijkheid om risicopersonen door te sturen naar een leefstijlprogramma, zodat ze deze personen niet zelf moesten motiveren.

De patiënten moeten gesensibiliseerd worden zodat ze zelf met de ingevulde risicoscore komen. Nu komen patiënten amper met de ingevulde risicotesten. Zowel in dit onderzoek als in de literatuurstudie wordt zelfmotivatie en educatie van de patiënt belangrijk bevonden voor betere implementatie van het project. Artsen uit het onderzoek wensten hiervoor ondersteuning van de overheid. Ook artsen in de literatuurstudie wilden dit. Verder moet de overheid ondersteunen in het screenen van de juiste doelgroep, het ter beschikking stellen van voldoende budgetten en inzetten op praktijkondersteuning, zoals een praktijkhulp. Ook in de literatuur was steun van de overheid een stimulerende factor voor implementatie.

Een goede feedback over de patiënten die deelgenomen hebben, kan zorgen dat de patiënt ook op langere termijn beter ondersteund kan worden door zijn arts in zijn leefstijlveranderingen en dat artsen enthousiast blijven over het project en meer patiënten gaan screenen.

In de regio Haspengouw kwam het project beter op gang dan in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. Artsen uit de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen geven zelf aan dat ze overvraagd zijn door de verschillende projecten (meestal getriggerd door ofwel universiteit Gent ofwel de Hoge scholen in de regio) en daardoor niet kunnen deelnemen aan elk project. Ook sommige artsen in de regio Haspengouw zeiden dat ze slechte ervaringen hadden met andere projecten en daarom niet wilden participeren. In de regio Haspengouw is het leefstijlprogramma ontwikkeld door de lokale eerstelijn en konden patiënten doorverwezen worden naar een gekende plaats, waar ook al andere eerstelijnsorganisaties zaten. Hier werd het project mee gedragen door de verantwoordelijk van het 'Huis voor Chronische Zorg'. Dit zorgde er vermoedelijk voor dat artsen zich meer betrokken voelden over het project, omdat het in hun 'huis' was, met hun mensen. Ook gaven de artsen in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen aan dat er meer allochtonen waren, zodat er onder andere ook een taalbarrière was. Dit is slechts de mening van enkele artsen en zou verder onderzocht moeten worden.

Net zoals in de literatuurstudie bleken de meningen over preventie en wie zijn verantwoordelijkheid dit is, verdeeld. Sommigen zeiden dat het de verantwoordelijkheid van de patiënt is en dat de patiënten toch niet geïnteresseerd of gemotiveerd zijn om hun leefstijl aan te passen. Maar de meeste artsen vinden het wel deel van hun takenpakket en hun verantwoordelijkheid. In de literatuurstudie blijkt ook dat huisartsen wel goed geplaatst zijn om aan preventie te doen, patiënten luisteren meer naar hun

eigen arts en de arts heeft kennis van de risicoprofielen van zijn eigen patiënt. Ditzelfde brachten artsen in de focusgroepen naar voren.

Zorgvernieuwingen moeten geprobeerd worden in opdracht van de artsen zelf maar ondersteund door de overheid. Denkelijk is het inderdaad beter dat artsen zelf hun projecten organiseren, omdat ze ook beter hun eigen noden en die van hun patiënten kunnen inschatten.

Zwaktes van de studie

De focusgroepen konden alleen in de regio Haspengouw uitgevoerd worden met in totaal 14 artsen. Er werden vier interviews afgenomen in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. Dit zijn geen grote aantallen en moeilijk om algemene conclusies uit te trekken. Met de focusgroepen en de interviews werden vermoedelijk de meest gemotiveerde artsen eerst bereikt, onder andere omdat deze participatie een extra inspanning vergde van de artsen. Iedereen in de focusgroep met de 'niet-deelnemers' was naar de navorming geweest. Huisartsen in de regio Haspengouw die nog niet gehoord hadden over het project, werden niet ondervraagd. De vier interviews in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen waren enkel met artsen die deelnamen aan het project. Dit is een duidelijke selectiebias. Bovendien zijn er maar weinig artsen die de screeningsmethodiek frequent gebruikten, dus meningen over het gebruik hiervan moeten ook genuanceerd worden. Er was ook een sociale bias, want bij persoonlijk contact worden er meer sociaal wenselijke antwoorden gegeven. Het was de eerste keer dat deze onderzoeker een focusgroep leidde, waardoor er waarschijnlijk minder goede resultaten bereikt zijn. De conclusies uit dit onderzoek moeten dus binnen deze context bekeken worden.

De verwerking van de onderzoeksgegevens, via selectie, codering en categorisering, is onderhevig aan de subjectieve interpretatie van de onderzoeker. Om deze bias tot een minimum te beperken werd een tweede onderzoeker ingeschakeld.

Bij het onderzoek, zowel in de focusgroepen als de interviews, was er een verscheidenheid aan aangebrachte thema's en knelpunten, hoewel er ook verschillende zaken terugkwamen. Door de gedeeltelijke herhaling zijn er vermoedelijk vele belangrijke thema's aan bod gekomen, maar is er geen volledige saturatie van onderzoeksgegevens bereikt.

Er werd tijdens deze masterproef ondervonden hoe moeilijk het is om artsen te motiveren, zij het maar om te komen opdagen voor een focusgroep. In de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen mocht er zelfs geen uitnodigingsbrieven verzonden worden, omdat de verantwoordelijke van de wetenschappelijke kring vond dat al teveel over gecommuniceerd was over het project. Op de uitnodigingsbrieven kwam er in beide pilootregio's amper respons. Persoonlijk aanspreken had nog het meeste effect in de regio Haspengouw. De persoonlijke telefoons naar artsen in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen leverden te weinig deelnames op met als meest gehoorde excuus dat de artsen geen tijd hadden. Deze problemen kunnen waarschijnlijk verklaard worden door de drukke agenda van vele artsen of door de desinteresse om deel te nemen aan de zoveelste masterproef.

Sterktes van de studie

Voor een goede implementatie van een nieuw project is het belangrijk de moeilijkheden voor implementatie en de meningen en ideeën van de artsen over het project in kaart te brengen, wat het doel was van deze masterproef. Kwalitatief onderzoek is hiervoor zeker geschikt. Artsen konden vrij aangeven hoe ze het project toepasten, wat ze zelf haalbaar vonden, wat moest veranderen en adviezen geven voor deze veranderingen. Er zijn nog niet veel kwalitatieve studies gebeurd naar de meningen en

visies van huisartsen over gelijkaardige projecten. Bovendien onderzoeken de meeste studies naar implementatie van nieuwe modellen de barrières bij de patiënten en niet bij de artsen.

De focusgroepen en interviews gingen door nadat de artsen vijf tot zes maanden tijd gehad hadden om het project toe te passen, wat voldoende tijd is om al enige ervaring te hebben met het project. De focusgroepen werden gesplitst volgens 'deelnemers' en 'niet-deelnemers' aan het project. Ze werden geleid door een onderzoeker, onafhankelijk van "HALT2Diabetes" en ook arts. Alle uitspraken en citaten werden ook anoniem verwerkt. Dit samen zorgde er denkelijk voor dat artsen zich vrij voelden in het uiten van hun klachten.

Waar de eerstelijnszorg nu in vele gebieden zeer gefragmenteerd verloopt, zorgt dit project voor een samenwerking van verschillende eerstelijnsdisciplines. Bij deze masterproef werd eveneens onderzocht hoe artsen denken over deze multidisciplinaire samenwerking. Dit kan belangrijk zijn voor de verdere uitbouw van de eerstelijn. Er werd ook bevraagd wat artsen denken over zorgvernieuwingen en projecten van de overheid, wat nog niet vaak nagegaan is bij huisartsen. Hierdoor kan men hopelijk in de toekomst gelijkaardige projecten beter aansluiten op maat van de huisarts door de barrières en suggesties die huisartsen uit dit onderzoek zelf aanbrachten.

Voorstellen voor vervolgonderzoek

Het zou interessant zijn om een herhalingsonderzoek uit te voeren na een tijdspanne van enkele maanden, zodat huisartsen meer tijd hebben gehad om in te stappen of het project toe te passen. Er zouden meer focusgroepen georganiseerd kunnen worden tot er een volledige saturatie van de onderzoeksgegevens bereikt is. Artsen die niet deelnemen aan het project en/ of artsen die nog nooit gehoord hebben van het project, zowel in de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen als in de regio Haspengouw zouden meer bereikt moeten worden. Het toepassen van een nieuw project vereist een gedragsverandering en grote aanpassing van de arts, zeker om dit te implementeren in de alledaagse workflow van de praktijk, hetgeen niet zo makkelijk is bij een arts die al jaren op dezelfde manier werkt. Dit werd ook opgemerkt bij dit onderzoek. Hoe kan men artsen beter motiveren tot deelname en hoe kan men die gedragsveranderingen te bewerkstelligen? Ook het verschil in implementatie tussen verstedelijkt en landelijk gebied is een mogelijk onderwerp voor vervolgonderzoek.

Verder zijn er een paar interessante onderwerpen aangeraakt, maar was er binnen het bestek van deze masterproef geen tijd en ruimte om hier verder op in te gaan. Bij dit onderzoek was tijdsgebrek de belangrijkste barrière voor het toepassen van de screeningsmethodiek. Momenteel wordt de arts betaald per consult en door de huidige structuur van de gezondheidszorg is er nog teveel aandacht voor kwantiteit en te weinig voor kwaliteit. Maar hebben huisartsen echt geen tijd of willen ze geen extra tijd investeren in preventieprojecten? Is het beter dat kwantiteit primeert of wensen artsen dit aan te passen en hoe kan men kwaliteit dan beter promoten en/ of belonen?

Tijdens het onderzoek zijn al een aantal randvoorwaarden naar voren gekomen, onder andere op niveau van praktijkorganisatie en praktijkhulp. Bovendien vonden artsen het moeilijk om de curatieve zorg te combineren met preventieve zorg. Het curatieve primeert vaak boven het preventieve terwijl het preventieve minstens even belangrijk is. Maar hoe zien deze artsen deze praktijkorganisatie concreet voor een betere implementatie van het project? Hoe willen ze preventieve projecten in de eerstelijn combineren met curatief werk? Wat zijn minimale randvoorwaarden van implementatieprojecten voor de eerstelijn die een betere implementatie zouden mogelijk maken?

Het project zorgt voor een samenwerking en uitbouw van de eerstelijn en is zorg vernieuwend binnen de geneeskunde. In deze studie zijn hier al visies en ideeën over naar voren gekomen, maar deze samenwerking zou nog beter en breder onderzocht moeten worden om algemene conclusies te kunnen genereren. Hoe kan er een betere interactie groeien tussen praktijkniveau en mesoniveau waar eerstelijnsdiensten gecoördineerd worden? Hoe kan er multidisciplinair beter samengewerkt worden, zeker in regio's waar de eerstelijnsgezondheidszorg nu zeer gefragmenteerd verloopt?

Conclusie

Type 2 diabetes is een groeiend gezondheidsprobleem. Patiënten met type 2 diabetes verliezen kwaliteit en kwantiteit van leven en dit kost handen vol geld aan de gezondheidszorg. 6,5% van de mensen hebben al GNG of GGT, waar ook gezondheidsrisico's aan verbonden zijn. In de richtlijnen zijn er wel al aanbevelingen voor screening op risicofactoren voor type 2 diabetes en aanpak van prediabetes, maar in de meeste huisartsenpraktijken is er nog plaats voor verbetering van screening en opvolging van hoogrisicopersonen. Verschillende studies hebben wereldwijd aangetoond dat leefstijlinterventies, bestaande uit intensief voedings- en bewegingsadvies, bij personen met een verhoogd risico op type 2 diabetes, de incidentie van type 2 diabetes kunnen verminderen en geïmplementeerd kunnen worden in de gemeenschap. Verschillende landen, zoals Nederland, zijn reeds gestart met een eigen project. "HALT2Diabetes" is een haalbaarheidsstudie waar zowel het opsporen als het begeleiden van hoog risicopersonen voor type 2 diabetes naar een gezonde leefstijl deel van uitmaakt. In deze masterproef werd er een kwalitatieve studie uitgevoerd via focusgroepen en interviews over het verloop van de implementatie en de motivatie over "HALT2Diabetes" op het niveau van de huisartsen. Dit gebeurde zowel bij 'deelnemende' als 'niet-deelnemende' huisartsen aan het "HALT2Diabetes" project in twee pilootregio's.

De ideeën omtrent preventie en implementatie van projecten van de huisartsen in de pilootregio's kwamen overeen met deze van de huisartsen in de internationale literatuur. Artsen waren ook moeilijk te motiveren tot deelname voor de focusgroepen, persoonlijk aanspreken werkte het beste. Tegen de verwachtingen in paste slechts een minderheid van de artsen de screeningsmethodiek toe en dan slechts een zeldzame keer. Artsen die deelnamen vonden de screeningsmethodiek en het multidisciplinair leefstijlprogramma inhoudelijk goed, maar ze vonden wel dat er enkele structurele aanpassingen aan het project moesten gebeuren voor verdere implementatie. De ondersteuning en kennis van het project was, volgens deelnemende artsen, goed. Ze brachten verscheidene knelpunten aan en dit voornamelijk op vlak van 'timemanagement' en de voorziene software. Empowerment van de patiënten vonden ze eveneens belangrijk. Ze gaven oplossingen voor deze knelpunten en zagen ook verschillende opportuniteiten voor het project. Artsen vragen ook een draagvlak bij de overheid voor zowel algemene preventie als hulp bij implementatie van dit project. In de regio Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen komt het project omwille van diverse redenen moeilijker op gang dan in de regio Haspengouw. Interessante meningen en ideeën over zorgvernieuwingen en multidisciplinair samenwerken werden ook aangehaald.

Hopelijk kan deze masterproef gebruikt worden om enkele structurele veranderingen door te voeren in het "HALT2Diabetes" project, zodat de screeningsmethodiek en een lokaal, multidisciplinair leefstijlprogramma geïmplementeerd kan worden in heel Vlaanderen, om samen deze epidemie van type 2 diabetes te bestrijden.

Referenties

1) Iberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. Diabet Med 2007;24: 451-463.
2) Paulweber B, Valensi P, Linström J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, Kissimova-Skarbek K, Liatis S, Cosson E, Szendroedi J, Sheppard KE, Charlesworth K, Felton AM, Hall M, Rissanen A, Tuomilehto J, Schwarz PE, Roden M. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. HormMetab Res 2010; 42 Suppl 1:S3-36.
3) Lindström J, Neumann A, Sheppard KE, Gilis-Januszewska A, Greaves CJ, Handke U, Pajunen P, Puhl S, Pölönen A, Rissanen A, Roden M, Stemper T, Telle-Hjellset V, Tuomilehto J, Velickiene D, Schwarz PE, Acosta T, Adler M, AlKerwi A, Barengo N, Barengo R, Boavida JM, Charlesworth K, Christov V, Claussen B, Cos X, Cosson E, Deceukelier S, Dimitrijevic-Sreckovic V, Djordjevic P, Evans P, Felton AM, Fischer M, Gabriel-Sanchez R, Gilis-Januszewska A, Goldfracht M, Gomez JL, Greaves CJ, Hall M, Handke U, Hauner H, Herbst J, Hermanns N, Herrebrugh L, Huber C, Hühmer U, Huttunen J, Jotic A, Kamenov Z, Karadeniz S, Katsilambros N, Khalangot M, Kissimova-Skarbek K, Köhler D, Kopp V, Kronsbein P, Kulzer B, Kyne-Grzebalski D, Lalic K, Lalic N, Landgraf R, Lee-Barkey YH, Liatis S, Lindström J, Makrilakis K, McIntosh C, McKee M, Mesquita AC, Misina D, Muylle F, Neumann A, Paiva AC, Pajunen P, Paulweber B, Peltonen M, Perrenoud L, Pfeiffer A, Pölönen A, Puhl S, Raposo F, Reinehr T, Rissanen A, Robinson C, Roden M, Rothe U, Saaristo T, Scholl J, Schwarz PE, Sheppard KE, Spiers S, Stemper T, Stratmann B, Szendroedi J, Szybinski Z, Tankova T, Telle-Hjellset V, Terry G, Tolks D, Toti F, Tuomilehto J, Undeutsch A, Valadas C, Valensi P, Velickiene D, Vermunt P, Weiss R, Wens J, Yilmaz T. Take action to prevent diabetes--the IMAGE toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. HormMetab Res 2010;42 Suppl 1:S37-55.
4) Wens J, Sunaert P, Nobels F. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Diabetes mellitus type 2. Berchem/Gent: WVVH/VDV. 2005.
5) Boland B,Christiaens T, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F,Van De Vyver N, Van Duppen D. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu 2007;339-375.
6) Rutten GEHM, De Grauw WJC, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, Heine RJ, Van Ballegooie E, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 M01 (derde herziening). Huisarts Wet 2006;49(3): 137-52.
7) Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, VanDijk JL, Van der Weijden T, Gansevoort RT, DasselaarJJ, Van Zoest F, Drenthen T, Walma EP, Goudswaard. AN. NHG standaard (2011). Het Preventie Consult Cardiometabool M96. Huisarts Wet 2011; 54(3):138-55.
8) Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksoon J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. Diabetes Care 2003; 26: 3230-3236.
9) Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM. Reduction in the incidence of type 2 with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346: 393-403.
10) Handleiding focusgroepen/Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO/ sept '04. Beschikbaar via: http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf. Geraadpleegd van maart tot november 2014.
11) Nikki Slocum. PARTICIPATIEVE METHODEN. Een gids voor gebruikers. Internet site Januari 2007. Beschikbaar via: http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/NL/PUB_1599_Methode_8_Focusgroep.pdf. Geraadpleegd van maart tot november 2014.
12) Dunkley AJ, Bodicoat DH, Greaves CJ, Russell C, Yates T, Davies MJ, Khunti K. Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2014; 37(4):922-33.
13) Schwarz PE, Lindstrom J, Kissimova-Scarbeck K, Szybinski Z, Barengo NC, Peltonen M, Tuomilehto J; DE-PLAN project. The European perspective of type 2 diabetes prevention: diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project. ExpClinEndocrinol Diabetes 2008; 116: 167–172.
14) Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti KG, Mathers JC. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. BMC Public Health 2009; 9:342.
15) Saaristo T, Peltonen M, Keinänen-Kiukaanniemi, S, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Tuomilehto J & FIN-D2D Study Group. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. International journal of circumpolar health 2007; 66(2).
16) Penn L, Ryan V, White M. Feasibility, acceptability and outcomes at a 12-month follow-up of a novel community-based intervention to prevent type 2 diabetes in adults at high risk: mixed methods pilot study. BMJ Open 2013; 3(11):e003585.
17) Penn L, Dombrowski SU, Sniehotta FF, White M. Participants' perspectives on making and maintaining behavioural changes in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention: a qualitative study using the theory domain framework. BMJ Open 2013; 3(6).
18) Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-kiukaanniemi S, Uusitupa M, Tuomilehto J; Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention study. Diabetes Care 2008; 31(5):857-62.

19) Nederlandse diabetesfederatie. Routeplanner diabetespreventie. 2010. Amersfoort. Beschikbaar via http://www.eerstelijnsprotocollen.nl/dynmedia/572345813171689592fd5be4d71bc550. Geraadpleegd in september 2014.
20) Costa B, Cabré JJ, Sagarra R, Solà-Morales O, Barrio F, Piñol JL, Cos X, Bolíbar B, Castell C, Kissimova-Skarbek K, Tuomilehto J; DE-PLAN-CAT/PREDICE Research Group. Rationale and design of the PREDICE project: cost-effectiveness of type 2 diabetes prevention among high-risk Spanish individuals following lifestyle intervention in real-life primary care setting. BMC Public Health 2011; 11:623.
21) Kramer MK, Kriska AM, Venditti EM, Miller RG, Brooks MM, Burke LE, Siminerio LM, Solano FX, Orchard TJ. Translating the Diabetes Prevention Program: a comprehensive model for the prevention training and program delivery. AM J PrevMed 2009; 37:505-11.
22) Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyovalti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Jokelainen J, Peltonen M, Oksa H, Tuomilehto J, Uusitupa M, Keinänen-Kiukaanniemo S. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). Diab Care 2010; 33:2146-51.
23) Costa B, Barrio F, Cabré JJ, Piñol JL, Cos X, Solé C, Bolíbar B, Basora J, Castell C, Solà-Morales O, Salas-Salvadó J, Lindström J, Tuomilehto J;DE-PLAN-CAT Research Group. Delaying progression to type 2 diabetes among high-risk Spanish individuals is feasible in real-life primary healthcare settings using intensive lifestyle intervention. Diabetologia 2012; 55(5):1319-28.
24) Makrilakis K, Liatis S, Grammatikou S, Perrea D, Katsilambros N. Implementation and effectiveness of the first community lifestyle intervention programme to prevent Type 2 diabetes in Greece. The DE-PLAN study. Diabet Med 2010; 27(4):459-65.
25) Gilis-Januszewska A, Szybinski Z, Kissimova-Skarbek K, Piwonska-Solska B, Pach D, Topor-Madry R, Tuomilehto J, Lindström J, Peltonen M, Eh Schwarz P, Hubalewska-Dydejczyk A. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in primary health care setting in Poland: Diabetes in Europe Prevention using Lifestyle, physical Activity and Nutritional intervention (DE-PLAN) project. The British Journal of Diabetes & Vascular disease 2011; 11:198-203.
26) Vermunt P, Milder I,Wielaard F, Baan C, Schelfhout J, Westert G, van Oers H. Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery. BMC Fam Pract 2012; 13: 79.
27) Katula JA, Vitolins MZ, Rosenberger EL, Blackwell CS, Morgan TM, Lawlor MS, Goff DC Jr. One-year results of a community-based translation of the Diabetes Prevention Program: Healthy-Living Partnerships to Prevent Diabetes (HELP PD) Project. Diabetes Care 2011; 34(7):1451-7.
28) Penn L, Lordon J, Lowry R, Smith W, Mathers J, Walker M, White M. Translating research evidence to service provision for prevention of type 2 diabetes : development and early outcomes of the 'New life, New you' intervention. The British Journal of Diabetes & Vascular Disease 2011; 11:175-81.
29) Ackermann RT, Finch EA, Brizendine E, Zhou H, Marrero DG. Translating the Diabetes Prevention Program into the community. The DEPLOY Pilot Study. Am J Prev Med 2008;35:357-63.
30) Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, Philpot B, Absetz P, Bunker S, O'Neil A, Reddy P, Best JD, Janus ED. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting. Greater Green Triangle (CGT) Diabetes Prevention Project. BMC Public Health 2007;7:249.
31) Absetz P, Oldenburg B, Hankonen N, Valve R, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Talja M, Uutela A. Type 2 diabetes prevention in the real world: three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. Diabetes Care 2009; 32(8):1418-20.
32) Nilsen V, Bakke PS, Gallefoss F. Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomised, controlled trial. BMC Public Health 2011; 11:893.
33) Barclay C, Procter KL, Glendenning R, Marsh P, Freeman J, Mathers N. Can type 2 diabetes be prevented in UK general practice? A lifestyle-change feasibility study (ISAIAH). Br J Gen Pract 2008; 58(553):541-7.
34) Greaves CJ, Middlebrooke A, O'Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, Gale T, Hammerton F, Daly M. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2008;58(553):535-40.
35) Penn L, White M, Lindström J, den Boer AT, Blaak E, Eriksson JG, Feskens E, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi SM, Walker M, Mathers JC, Uusitupa M, Tuomilehto J. Importance of weight loss maintenance and risk prediction in the prevention of type 2 diabetes: analysis of European Diabetes Prevention Study RCT. PLoS One 2013 ;8(2):e57143.
36) Ockene IS, Tellez TL, Rosal MC, Reed GW, Mordes J, Merriam PA, Olendzki BC, Handelman G, Nicolosi R, Ma Y. Outcomes of a Latino community-based intervention for the prevention of diabetes: the Lawrence Latino Diabetes Prevention Project. Am J Public Health 2012;102(2):336-42.
37) Crandall JP, Knowler WC, Kahn SE, Marrero D, Florez JC, Bray GA, Haffner SM, Hoskin M, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. The prevention of type 2 diabetes. Nat Clin Pract Endocrinol Metab 2008; 4(7):382-93.
38) Alssema M, Feskens EJM, Bakker SJL, Gansevoort RT, Boer JMA, Heine RJ, Nijpels G, Stehouwer CDA, van der Kraan M en Dekker JM. Finse vragenlijst redelijk goede voorspeller van het optreden van diabetes in Nederland. Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde 2008; 152 (44).
39) Schwarz PE, Peltonen M. Prevention of type 2 diabetes--lessons we have learnt for implementation. Horm Metab Res 2007;39(9):636-41.

40) Helmink JH, Kremers SP, van Boekel LC, van Brussel-Visser FN, de Vries NK. Factors determining the motivation of primary health care professionals to implement and continue the 'Beweegkuur' lifestyle intervention programme. J Eval Clin Pract 2012;18(3):682-8.
41) Roumen C, Blaak EE, Corpeleijn E. Lifestyle intervention for prevention of diabetes: determinants of success for future implementation. Nutr Rev 2009;67(3):132-46.
42) Walter U,Flick u, Neuber A, Fischer C,Hussein R, Schwartz F. Putting prevention into practice: qualitative study on factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Family Practice 2010; 11:68.
43) De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. Minerva 2011; 10(10):118-118.
44) Hollander M, Stol D, Badenbroek I, Nielen M, de Wit N, Schellevis F. De impasse van het cardiometabool preventieconsult. Huisarts Wet 2014; 57:290-1.
45) Williams R, Rapport F, Elwyn G, Lloyd B, Rance J, Belcher S. The prevention of type 2 diabetes: general practitioner and practice nurse opinions. Br J Gen Pract 2004; 54(504):531-5.
46) Fhärm E, Rolandsson O, Johansson E. Aiming for the stars- GP's dilemmas in het prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes patients: focus group interviews. Family Practice 2009; 26 (2):109-114.
47) Harris SB, Petrella RJ, Lambert-Lanning A, Leadbetter W, Cranston L. Lifestyle management for type 2 diabetes. Are family physicians ready and willing? Can Fam Physician 2004; 50:1235-43.
48) Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. Scand J Prim Health Care 2007;25(4):244-9.
49) Poskiparta M, Kasila K, Kiuru P. Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. Scand J Prim Health Care 2006;24(4):206-10.
50) Grundmeijer HGLM. Preventie in de huisartsgeneeskunde; vroeger, nu en in de toekomst. Huisarts en Wetenschap 2002; 45(02): 76-80.
51) Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Piñeiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J; EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005;40(5):595-601.
52) Wylie G, Hungin APS, Neely J. Impaired glucose tolerance: qualitative and quantitative study of general practitioners' knowledge and perceptions. BMJ 2002;321:1190.
53) Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. Fam Pract 2002;19(4):344-9.
54) Whitford DL, Lamont SS, Crosland A. Screening for Type 2 diabetes: is it worthwhile? Views of general practitioners and practice nurses. Diabet Med 2003;20(2):155-8.
55) Larme AC, Pugh JA. Evidence-based guidelines meet the real world. The case of diabetes care. Diabetes Care 2001;24:1728-33.
56) Laws RA, Vita P, Venugopal K, Rissel C, Davies D, Colagiuri S. Factors influencing participant enrolment in a diabetes prevention program in general practice: lessons from the Sydney diabetes prevention program. 2012;12:822.
57) Frijling BD, Hulscher MEJL, Drenthen AJM, Van Leest LATM, Braspenning JCC, Van den Hoogen H, Grol RPTM. Preventie van hart- en vaatziekten. Resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. Huisarts Wet 2004;47(10):449-54.

Addenda

Bijlage 1: De huidige preventiemaatregelen voor type 2 diabetes in de richtlijnen van Vlaanderen, Nederland en Europa

Wordt screening in de richtlijn aangeraden? En zo ja, welke screening?

In alle onderzochte richtlijnen wordt preventie van type 2 diabetes vermeld[1-7]. De beste screening is een opportunistische screening bij personen met een verhoogd risico op type 2 diabetes, omdat dit een goede kosten-batenverhouding heeft[2-7].
De meest richtlijnen raden een driejaarlijkse screening aan[3-7]. Echter bij een gestoorde nuchtere glycemie of een gestoorde glucosetolerantie wordt er aanbevolen om na 3 maanden[6-7]of na één jaar[4-5] de nuchtere glucosebepaling te herhalen. Als er dan geen type 2 diabetes kan worden vastgesteld, wordt aangeraden om daarna de bloedglucose jaarlijks te bepalen en het cardiovasculair risicoprofiel op te maken[6-7].

De manier waarop gescreend wordt is niet eenduidig. Sommigen verkiezen screening met een nuchter plasmaglucose[1,4-7], maar anderen vinden de OGGT een betere en sensitievere test[1-2]. Enkelen stellen dat HbA1c kan gebruikt worden bij screening, maar bij verhoogde waarden moet er wel een OGTT volgen[1]. De ESC richtlijn[2] raadt het gebruik van HbA1c af, omdat een normaal HbA1c waarde de aanwezigheid van type 2 diabetes, GGT of GNG niet kan uitsluiten.
De richtlijn van Domus Medica[4] stelt dat een OGTT niet zinvol is in de klinische praktijk omdat de test omslachtig is, onder strikt gestandaardiseerde voorwaarden moet gebeuren en weinig reproduceerbaar is. Ze raden het gebruik van een OGTT enkel aan bij zwangerschapsdiabetes. De ESC richtlijn[2] stelt dat een OGTT meer sensitief is dan een nuchter plasmaglucose voor het opsporen van type 2 diabetes en dat het de enige methode is om GGT op te sporen.

De ESC richtlijn[2] en de Finse richtlijn[3] raden eerst opsporing met de niet-invasieve FINDRISC aan alvoor een meer invasieve test te gebruiken.

Welke risicofactoren worden er naar voren gebracht door de verschillende richtlijnen?

De modificeerbare risicofactoren zijn overgewicht en obesitas [1-7], type vetverdeling[6-7], lage fysieke activiteit[1-7], verkeerde voeding[1] waaronder lage vezelinname[2], lage onverzadigde op verzadigde vetzuren inname[2], diabetogene medicatie[2,4-7], voorgeschiedenis van episoden van hyperglycemie[2-7], hypertensie en lipidenstoornissen[1-7], inflammatie[1], roken[2] en/of depressie[2-3,6-7]

De niet-modificeerbare risicofactoren zijn leeftijd[1-7], familiale voorgeschiedenis van type 2 diabetes[1-7], etniciteit[1-2,4-7], zwangerschapsdiabetes of een baby meer dan 4kg[1-7], voorgeschiedenis van cardiovasculaire ziekten[2-7], laag geboortegewicht[2-3], PCOS[1-2] en/of bepaalde aandoeningen die type 2 diabetes kunnen veroorzaken (pancreaslijden, alcoholisme)[4-5].

Omgevingsrisicofactoren zijn een lage socio-economische status[2-3;6-7], een omgeving die inactiviteit of ongezonde leefstijl promoot[2-3;6-7], culturele of religieuze verschillen[2-3;6-7]en/of stress[2-3;6-7].

De twee belangrijkste risicofactoren blijven overgewicht en fysieke inactiviteit[1-4].

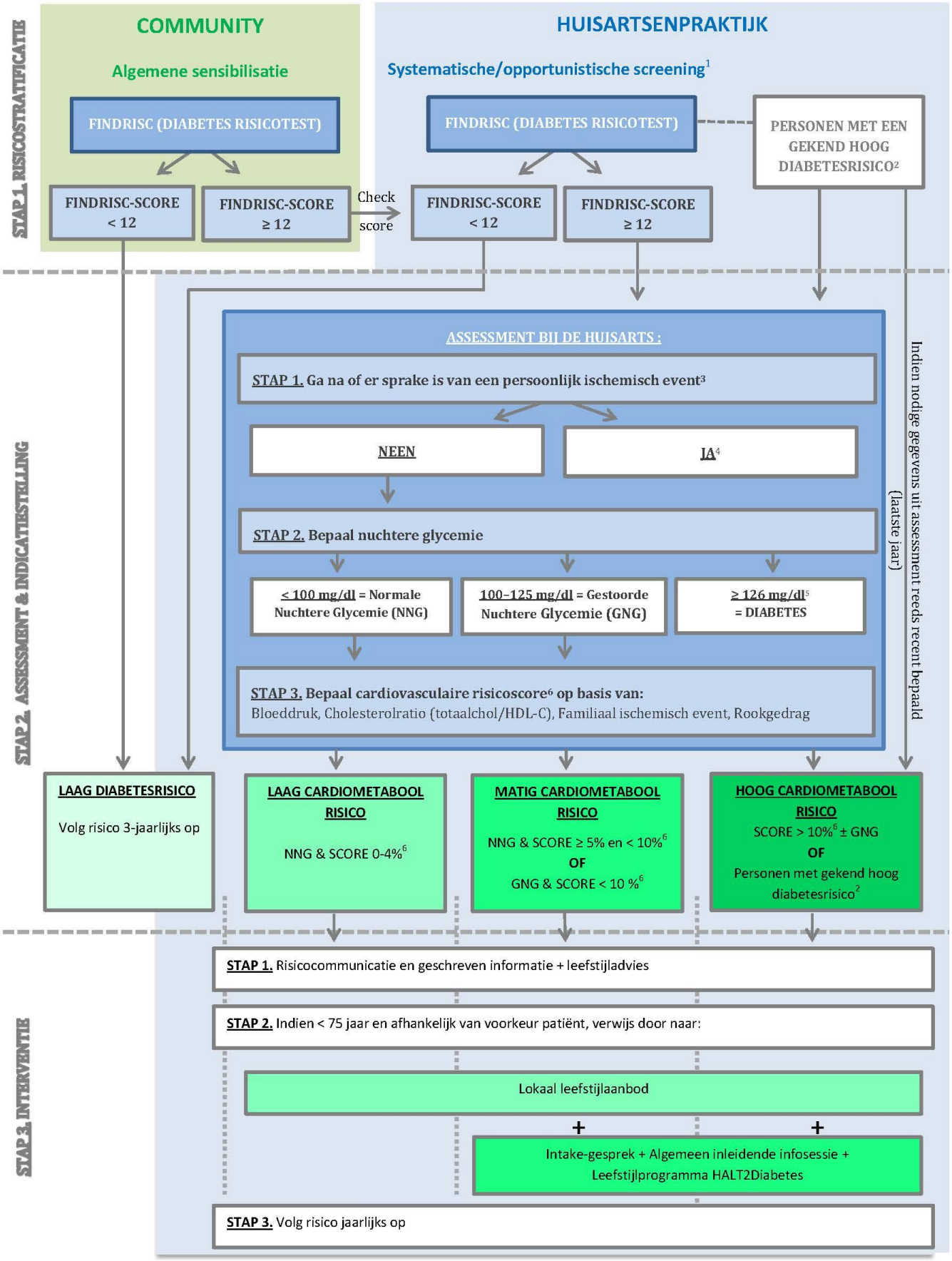
Wat is de aanpak ter preventie van type 2 diabetes volgens de richtlijnen?

De meeste richtlijnen stellen dieet- en voedingsadvies in combinatie met lichaamsbeweging voor. Dit combineert men best met leefstijlinterventies[1-7]. Het inschakelen van een voedings- en bewegingsdeskundige is aan te bevelen[4]. Verder raden ze een dieet met hoge vezelinname aan[2].

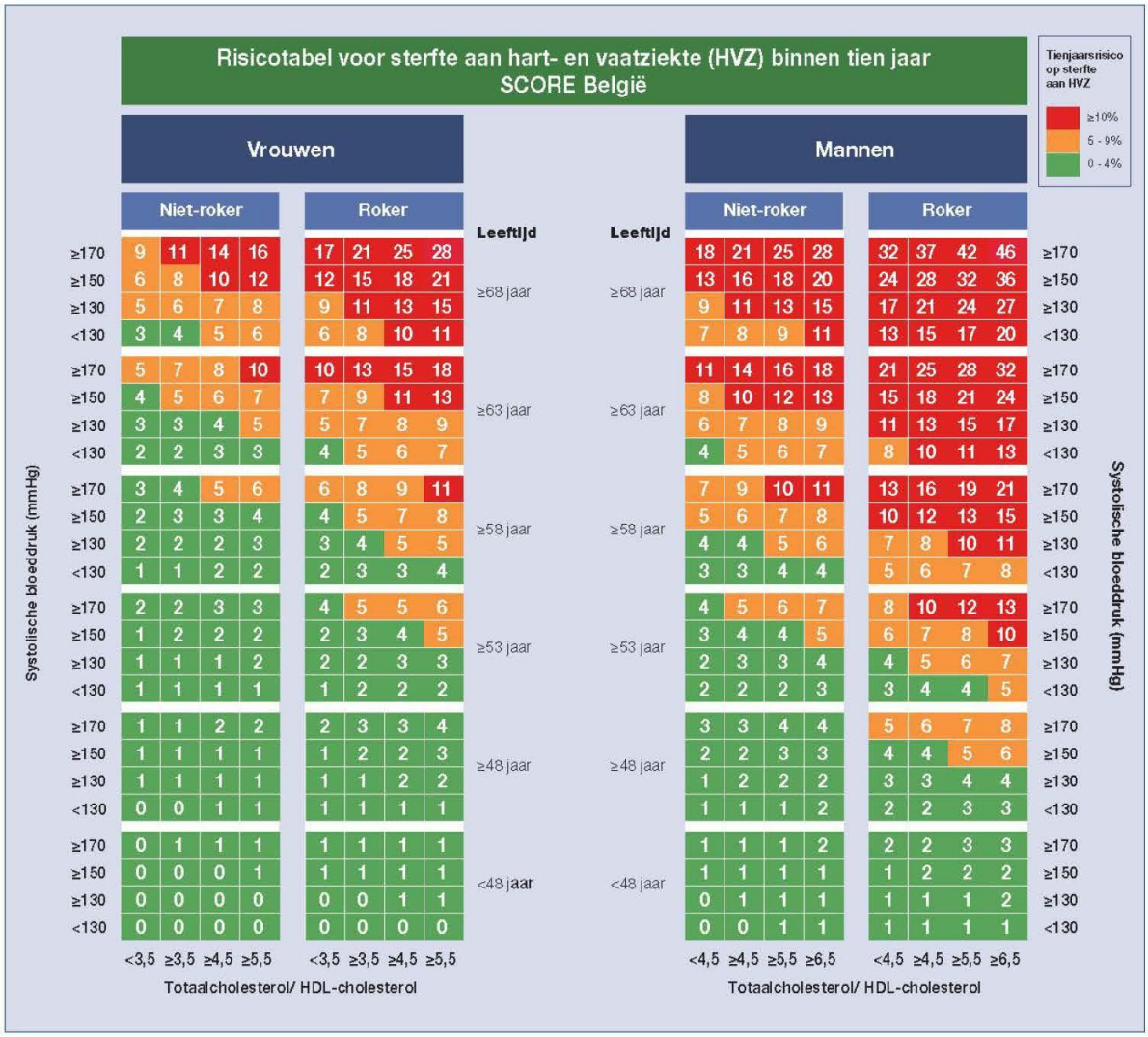
De richtlijn van ESC[2] en Domus Medica[4] stellen dat ongeacht het resultaat van de test, de risicofactoren moeten worden behandeld, zowel om het cardiovasculaire risico te reduceren als om de evolutie naar type 2 diabetes te voorkomen of uit te stellen. De ESC richtlijn[2] zegt ook de risicofactoren bekend te maken voor de gehele bevolking zodat mensen meer bedachtzaam zijn op hun leefstijl.

Bijlage 2: flowchart HALT2Diabetes




STAP 1. RISICOSTRATIFICATIE
COMMUNITY
Algemene sensibilisatie
FINDRISC (DIABETES RISICOTEST)
FINDRISC-SCORE < 12
FINDRISC-SCORE ≥ 12
Check score
HUISARTSENPRAKTIJK
Systematische/opportunistische screening[1]
FINDRISC (DIABETES RISICOTEST)
FINDRISC-SCORE < 12
FINDRISC-SCORE ≥ 12
PERSONEN MET EEN GEKEND HOOG DIABETESRISICO[2]
STAP 2. ASSESSMENT & INDICATIESTELLING
ASSESSMENT BIJ DE HUISARTS :
STAP 1. Ga na of er sprake is van een persoonlijk ischemisch event[3]
NEEN
JA[4]
STAP 2. Bepaal nuchtere glycemie
< 100 mg/dl = Normale Nuchtere Glycemie (NNG)
100-125 mg/dl = Gestoorde Nuchtere Glycemie (GNG)
≥ 126 mg/dl[5] = DIABETES
STAP 3. Bepaal cardiovasculaire risicoscore[6] op basis van:
Bloeddruk, Cholesterolratio (totaalchol/HDL-C), Familiaal ischemisch event, Rookgedrag
Indien nodige gegevens uit assessment reeds recent bepaald (laatste jaar)
LAAG DIABETESRISICO
Volg risico 3-jaarlijks op
LAAG CARDIOMETABOOL RISICO
NNG & SCORE 0-4%[6]
MATIG CARDIOMETABOOL RISICO
NNG & SCORE ≥ 5% en < 10%[6]
OF
GNG & SCORE < 10 %[6]
HOOG CARDIOMETABOOL RISICO
SCORE > 10%[6] ± GNG
OF
Personen met gekend hoog diabetesrisico[2]
STAP 3. INTERVENTIE
STAP 1. Risicocommunicatie en geschreven informatie + leefstijladvies
STAP 2. Indien < 75 jaar en afhankelijk van voorkeur patiënt, verwijs door naar:
Lokaal leefstijlaanbod
+
+
Intake-gesprek + Algemeen inleidende infosessie + Leefstijlprogramma HALT2Diabetes
STAP 3. Volg risico jaarlijks op

6: <u>Risicotabel voor sterfte aan hart- en vaatziekten binnen tien jaar (SCORE België)</u> *(Gezondheidsgids, Domus Medica, 2011)*



Opmerkingen

- Vermenigvuldig de gevonden score met 1,5 als de familiale voorgeschiedenis positief is (F+).
- Sommige risicofactoren worden in deze risicotabellen niet gekwantificeerd. Als ze bij een patiënt echter aanwezig zijn, kan zijn risico mogelijk onderschat worden. Pas het risico daarom aan:
  - bij zwaarlijvige personen of personen die een sedentair leven leiden;
  - bij asymptomatische patiënten met een preklinisch bewijs van arteriosclerose (bijvoorbeeld op een CT-scan of een echografie).
- Als de patiënt rookt, beschouw hem dan voor de eerste risico-evaluatie als een niet-roker. Als hij hierdoor één risiconiveau daalt, overweeg dan om hem eerst gedurende zes maanden rookstopbegeleiding aan te bieden samen met aangepast leefstijladvies. Herevalueer het risico na zes maanden.

Classificatie

Uiteindelijk worden alle patiënten ingedeeld in drie risicocategorieën:

Hoog cardiovasculair risico
>10% kans om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event

Matig cardiovasculair risico
5-9% kans om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event

Laag cardiovasculair risico
0-4% kans om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event

1: <u>Systematische of opportunistische screening binnen huidige GMD+ kader bij:</u>

- Personen ≥ 65 jaar
- Personen tussen 45 – 65 jaar en minstens 1 van volgende risicofactoren:
  - BMI ≥ 25
  - Buikomtrek > 88 cm voor vrouwen en > 102 cm voor mannen
  - Familiale voorgeschiedenis van diabetes

2: <u>Personen met een gekend hoog diabetesrisico:</u>

- Personen met reeds gestoorde nuchtere glycemie of gestoorde glucose tolerantie
- Personen met een voorgeschiedenis van verhoogde glycemiewaarden, bijv. naar aanleiding van een ziekenhuisopname of zwangerschapsdiabetes
- Personen met een cardiovasculaire voorgeschiedenis: zie 3 en 4. Definitie en opvolging van een persoonlijk ischemisch event.
- Personen met micro-albuminurie

3: <u>Definitie persoonlijk ischemisch event:</u>

- Hiertoe behoren aandoeningen op coronair, cerebraal of aorto-femoraal gebied zoals oa. acuut myocardinfarct, angina pectoris, CVA, TIA, claudicatio intermittens met of revascularisatie (overbrugging, dilatatie).

4: <u>Opvolging in geval van persoonlijk ischemisch event</u>

- **STAP 1. Bepaal nuchtere glycemie**
  - Indien ≥ 126 mg/dl: diabetes mellitus
    - Voer bevestigingstest uit
    - Behandel conform 'Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2' (*Wens et al, 2005)*
  - Indien 100 – 125 mg/dl: gestoorde nuchtere glycemie
    - Behandel conform 'Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2' *(Wens et al, 2005)*
  - Indien < 100 mg/dl: normale nuchtere glycemie
- **STAP 2. Behandel risicofactoren conform 'Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Globaal cardiovasculair risicobeheer'** *(Boland et al, 2007)*

5: <u>Opvolging in geval van vermoeden diabetes</u>

- **STAP 1. Bevestiging d.m.v. herhaling nuchtere glycemiebepaling**
- **STAP 2. Behandel conform 'Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2'** (*Wens et al, 2005)*

Bijlage 3: FINDRISC test

1. **LEEFTIJD**
U BENT...

- ☐ Jonger dan 45 jaar — **0** p.
- ☐ Tussen 45 en 54 jaar — **2** p.
- ☐ Tussen 55 en 64 jaar — **3** p.
- ☐ 65 jaar of ouder — **4** p.

2. **GEWICHT**
UW BODY-MASS INDEX (BMI)[1] IS...

- ☐ Lager dan 25 — **0** p.
- ☐ Tussen 25 en 30 — **1** p.
- ☐ Meer dan 30 — **3** p.

3. **BUIKOMTREK**[2]
DEZE MEET...

	MAN	VROUW	
☐	< 94 cm	< 80 cm	**0** p.
☐	Tussen 94 - 102 cm	Tussen 80 - 88 cm	**3** p.
☐	> 102 cm	> 88 cm	**4** p.

4. **BEWEGING**
BEWEEGT U DAGELIJKS MINSTENS EEN HALF UUR?

- ☐ Ja — **0** p.
- ☐ Nee — **2** p.

5. **GEZONDE VOEDING**
EET U DAGELIJKS GROENTEN EN FRUIT?

- ☐ Ja — **0** p.
- ☐ Nee — **2** p.

6. **BLOEDDRUK**
HEEFT U OOIT GENEESMIDDELEN TEGEN HOGE BLOEDDRUK GENOMEN?

- ☐ Nee — **0** p.
- ☐ Ja — **2** p.

7. **BLOEDSUIKERWAARDE**
WERD ER OOIT EEN VERHOOGDE BLOEDSUIKERWAARDE BIJ U VASTGESTELD?
(bijv. bij hospitalisatie, bij een routinecontrole of zwangerschapsdiabetes)

- ☐ Nee — **0** p.
- ☐ Ja — **5** p.

8. **ERFELIJKHEID**
HEEFT U FAMILIELEDEN MET DIABETES (TYPE 1 OF TYPE 2)?

- ☐ Nee — **0** p.
- ☐ Ja, grootouder(s), oom(s)/tante(s), neven/nichten in de eerste graad. Maar geen ouder(s), broer(s), zus(sen) of kind(eren). — **3** p.
- ☐ Ja, ouder(s), broer(s), zus(sen) of kind(eren). — **5** p.

EINDSCORE _____ / p.

[1] Body-mass index (BMI): kan u berekenen door uw gewicht (in kg) te delen door het kwadraat van uw lichaamslengte (in meter). Bijvoorbeeld: u weegt 70 kg en meet 1 m 80. Uw BMI is dan 21,6 (formule: 70 gedeeld door (1,80 x 1,80)).

[2] Buikomtrek: wordt gemeten met een lintmeter onder de onderste ribben, rond de navel.

Bijlage 4: Leefstijlprogramma van HALT2Diabetes







Leefstijlprogramma HALT2Diabetes

PRAKTISCHE INFO

Een stap in de gezonde richting.
Een leefstijlprogramma voor een hoogrisicogroep voor type 2 diabetes.

Diabetes Liga vzw
Stuurgroep Diabetespreventie: Dr. K. Benhalima, Dr. L. Buyse, Prof. Dr. C. De Block, Prof. Dr. Mathieu, A. Lampaert, F. Muylle, Dr. F. Nobels, Dr. J. Ruige, Prof. Dr. L. Van Gaal, Dr. I. Van Pottelbergh, Dr. A. Verhaegen, Ria Vanderstraeten, Prof. Dr. J. Wens,

Huis voor Chronische Zorg
Yannick Marchal (coördinator), Hilde Christiaens, Krista Boes, Ingrid Casters, Nele Cops, Wouter Goris, Katrien Meersseman, Jeroen Oeyen en Dr. Jan Knapen.

Team HALT2Diabetes Gent
Mie Baert, Hilde Caljon, Vijaya Bhagwata, Ria Vanderstraeten, Nancy Van Brabandt, Linda Van Himme, Irma Van Kelegom, Katrien Van Kerrebroeck, Riet Van Renterghem, Marleen Verbraeken, Tessa Verstraelen, Nicole Verstraeten.

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Bij uw huisarts vulde u een vragenlijst in om uw diabetesrisico na te gaan. Hieruit bleek dat u een score heeft van 12 of meer. Daarnaast werd ook uw nuchtere bloedsuiker (glycemie) en uw risico op hart- en vaatziekten bepaald. Uit de verschillende testen bleek dat u een matig tot sterk verhoogd risico hebt op type 2 diabetes.

Aan sommige risicofactoren voor type 2 diabetes zoals leeftijd of erfelijkheid of leeftijd, kan je niets veranderen, andere heb je echter wel in de hand. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat mensen met een verhoogd risico op type 2 diabetes de aandoening voor meer dan de helft kunnen voorkomen door een gezonde leefstijl

(voldoende beweging, gezonde voeding, rookstop). **Met andere woorden, het is niet te laat om type 2 diabetes een stapje voor te blijven. Het project HALT2Diabetes kan u, als primeur in Vlaanderen, hierbij helpen.**

Het project wordt uitgevoerd door de Diabetes Liga in opdracht van de Vlaamse overheid. HALT2Diabetes kan rekenen op de intensieve en deskundige medewerking van een multidisciplinaire werkgroep met vertegenwoordiging door de verschillende Vlaamse universiteiten (huisartsen, beweeg- en voedingsdeskundigen, endocrinologen, diabeteseducatoren en psychologen).

Hoe verloopt het leefstijlprogramma?

1. **Kennismakingsgesprek:**
   - Bespreken van de resultaten
   - Invullen van enkele vragenlijsten over uw huidig leefstijlgedrag
   - Praktische informatie over het leefstijlprogramma

2. **Algemene infosessie over het hoe en het waarom van diabetespreventie en een gezonde leefstijl**
   - Neem gerust uw partner en/of gezinsleden mee

3. **6 groepssessies over gezonde leefstijl ter preventie van type 2 diabetes**
   - 5 tweewekelijkse groepssessies waarin volgende thema's aan bod komen:
   - Algemene aanbevelingen rond gezonde voeding en beweging
   - Praktische oefeningen over gezonde voeding en beweging
   - Rookstop
   - Praktische tips voor een dagelijkse gezonde leefstijl om type 2 diabetes voor te blijven
   - 1 opvolgsessie na 6 maanden
   - In de laatste sessies worden opnieuw een aantal vragenlijsten ingevuld

4. **Alle sessies worden door deskundigen inzake voeding en beweging begeleid**

Welke voordelen haalt u hieruit?

Via HALT2Diabetes krijgt u de unieke kans om deel te nemen aan een primeur in Vlaanderen voor de preventie van type 2 diabetes. U kan **gratis** deelnemen aan een leefstijlprogramma om uw verhoogd risico onmiddellijk aan te pakken onder deskundige begeleiding (voedings- en bewegingsadvies). U krijgt preventieve leefstijladviezen om type 2 diabetes te voorkomen, u krijgt persoonlijke tips rond voeding en beweging en kan hiermee concreet aan de slag. **Laat deze kans dus niet liggen om te investeren in een gezonde toekomst!**

Wat wordt er verwacht indien u beslist om deel te nemen aan het leefstijlprogramma?

Om de haalbaarheid en uw tevredenheid over dit project na te gaan, zal u gevraagd worden om een vragenlijst bij opstart, tussentijds en bij het slot van het project in te vullen. Dit zal respectievelijk gebeuren tijdens het kennismakend gesprek, de vijfde sessie en de follow-up sessie.

Om een zo goed mogelijk leefstijladvies aan te bieden zal bovendien worden gevraagd om tijdens het leefstijlprogramma de voedings- en beweeggewoontes bij te houden en in elke sessie te bespreken.

Voor een goede en betrouwbare afloop van het onderzoek, is het uitermate belangrijk dat wij kunnen rekenen op uw volledige medewerking. Daarom willen wij benadrukken dat een naar waarheid ingevulde vragenlijst noodzakelijk is voor de verwerking van de gegevens en de resultaten van het pilootproject.

Hoe zit het met uw privacy?

Alle gegevens die u bij verdere correspondentie binnen dit project zal verstrekken, zullen vertrouwelijk worden behandeld, overeenstemmend met de wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Geen van de geregistreerde gegevens zullen nu of in de toekomst aan derden meegedeeld worden. De Diabetes Liga vzw heeft rechtstreeks toegang tot de gegevens om het verloop van het project te controleren en te evalueren, maar dit zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier te ondertekenen stemt u in met deze toegang. Indien u bereid bent aan het onderzoek deel te nemen, dan vragen wij om het toestemmingsformulier te ondertekenen. Om de anonimiteit van het onderzoek te garanderen worden aan uw persoonlijke gegevens een code toegekend. Ook wanneer de resultaten van het onderzoek op groepsniveau gepubliceerd worden blijft de anonimiteit van alle deelnemers gegarandeerd.

Bijlage 5: Draaiboek Focusgroepen en interviews

Onderzoeksfocus:

De lokale implementatie van een model voor screening, vroegdetectie en preventie van diabetes mellitus type 2 in de huisartsenpraktijk (binnen het HALT2Diabetes project).

Opening

Welkom iedereen, mijn naam is Marjolijn Van Hecke en ik ben huisarts in opleiding. Dit onderzoek is in kader van mijn masterproef. Voor we beginnen zou ik iedereen hier aanwezig willen bedanken voor hun bereidwilligheid om deel te nemen aan dit onderzoek. De focusgroep zal ongeveer anderhalf uur duren. Alles wat hier gezegd wordt, zal opgenomen worden, maar enkel door mij beluisterd en samengevat worden. Uw privacy zal gewaarborgd blijven. Het is zeer belangrijk dat u uw mening geeft zodat we de implementatie van dit model op Vlaams niveau kunnen aanpassen. Ook negatieve feedback is belangrijk. Mogelijks kan ik u vragen uw antwoorden te verduidelijken. U mag zeker ook onderling discussiëren en elkaar aanvullen en/of tegenspreken.

We zullen beginnen met een openingsvraag die we kort gaan bespreken en nadien komen de kernvragen. Tot slot volgt er een korte samenvatting met afsluiting.

Zijn er hierover nog vragen?

Vragen voor deelnemers aan het pilootproject:

Omschrijving van het probleem:

In februari/maart was er in uw regio een navorming over het HALT2Diabetesproject. Nadien heeft u toegestemd tot deelname aan het project. Nu zijn reeds 6 maanden verstreken waarin u het model heeft kunnen toepassen. Gezien dit een pilootproject is in deze regio, willen we de mogelijkheid tot implementatie van het model op het Vlaamse niveau onderzoeken. Het model zelf zal niet meer veranderd worden, maar we willen wel weten hoe we de implementatie van het model kunnen verbeteren. Hierover gaan we dus vandaag discussiëren.

De doelstelling

- Ten eerste wil men de motivatie van de huisartsen voor het toepassen van het model in kaart brengen.
- Ten tweede zal men discussiëren over de toepassing van het model in de huisartsenpraktijk met de drempels en opportuniteiten van het model en wil men te weten komen wat er veranderd is in hun huisartsenpraktijk sinds het toepassen van het model.
- Ten derde is men geïnteresseerd in de drop-outs van de artsen en hoe men deze kan voorkomen.

Via deze meningen en ideeën over de implementatie van het model kunnen zaken verbeterd worden in de implementatie van dit project op Vlaams niveau.

Openingsvraag:

- Er zal eerst gevraagd worden dat de artsen zich kort even voorstellen
- Waarom heeft u besloten om deel te nemen aan dit project?(in twee woorden uitleggen)

Hoofdvragen:

HOOFDVRAAG 1:

Welke elementen in het project kunnen u overtuigen om op deze manier (met dit model) verder te werken? Waarom is dat zo?

Bijvraag: Welke elementen in het project zouden ervoor kunnen zorgen dat artsen niet meer gemotiveerd zijn om op deze wijze verder te werken?

HOOFDVRAAG 2:

Hoe is uw werk in uw praktijk ten aanzien van mensen met (risico op) type 2 diabetes veranderd sinds de invoering van dit project? En kan u dit verduidelijken met een voorbeeld? Zijn er bepaalde zaken die uw consultatie eenvoudiger maakte? Of zijn er andere zaken die uw consultatie net bemoeilijkten? (drempels en opportuniteiten)

HOOFDVRAAG 3:

Dit project tracht mensen met (risico op) diabetes type 2 op te sporen en geeft een hulpaanbod dat de praktijk overstijgt. Het project richt zich - met medewerking van de huisartsen - naar een hoger niveau: het regionale niveau. Mensen worden uitgenodigd om deel te nemen en worden eventueel verwezen voor een leefstijlaanbod in de lokale gemeenschap.

Hoe ervaart u deze vorm van multidisciplinaire samenwerken? Hoe ziet u die samenwerking tussen de huisarts en de lokale gemeenschap voor de aanpak van hoog-risico diabetes patiënten?

Bijvraag: Zijn er bepaalde zaken veranderd in de lokale gemeenschap die samenwerking nu eenvoudiger maakt? Of zijn er andere zaken in de lokale gemeenschap die de samenwerking net bemoeilijken? (drempels en opportuniteiten)

HOOFDVRAAG 4:

Dit project voor patiënten met (risico op) diabetes type 2 wordt gesteund/gefinancierd door de overheid die inzet op nieuwe vormen van zorg aan mensen met een chronische aandoening zoals diabetes. Op deze wijze wordt gezocht of er meer mensen een volwaardig zorgaanbod kunnen genieten voor een aanvaardbare prijs.

Hoe ziet u deze vorm van zorgvernieuwing door de overheid? Hoe belangrijk lijkt het voor u dat dit soort vernieuwingen uitgeprobeerd worden? En welke rol speelt de overheid hierin?

Bijvraag: Hoe maakt de overheid het nu gemakkelijker voor u om mensen met (risico op) diabetes de juiste/goede zorg te geven? Hoe belemmert de overheid nu om mensen met (risico op) diabetes de juiste/goede zorg te geven?

Afsluitvraag:

Korte samenvatting van kernpunten die naar boven zijn gekomen in de discussie. Klopt dit? Heeft u hieraan nog iets toe te voegen?

Zijn er nog zaken of elementen, die we niet besproken hebben, maar die u er wel graag aan wil toevoegen?

Vragen voor 'niet-deelnemers' aan het pilootproject:

Omschrijving van het probleem:

In februari/maart was er in uw regio een navorming over het HALT2Diabetesproject. Nadien heeft u besloten niet deel te nemen aan het project. Gezien dit een pilootproject is in deze regio, willen we de mogelijkheid tot implementatie van het model op het Vlaamse niveau onderzoeken. Ook de reden waarom u niet deelnam is belangrijk om te weten. We zijn hier vandaag enkel met artsen die niet deelnemen. Het model zelf zal niet meer veranderd worden, maar wel de implementatie van het model. Hierover gaan we dus vandaag discussiëren. Op basis van deze groepsgesprekken zal ik een verslag maken en zullen er adviezen geformuleerd worden om de implementatie van het model op het Vlaamse niveau te verbeteren.

Openingsvraag:

- Er zal eerst gevraagd worden dat de artsen zich kort even voorstellen
- Waarom heeft u besloten om niet deel te nemen aan dit project? (in twee woorden uitleggen)

Hoofdvragen:

HOOFDVRAAG 1:

Welke elementen in het project moeten er veranderen om het model aantrekkelijker te maken voor u en voor zoveel mogelijk andere artsen?

Bijvraag: Welke drempels hebt u ervaren en wat zou u persoonlijk hieraan veranderen?

HOOFDVRAAG 2:

Wat denkt u dat de impact zou kunnen zijn van een model voor screening, vroegdetectie en preventie van diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk? Welke positieve of negatieve zaken verwacht u van dit pilootproject?

HOOFDVRAAG 3:

Dit project voor patiënten met (risico op) diabetes type 2 wordt gesteund/gefinancierd **door de overheid** die inzet op nieuwe vormen van zorg aan mensen met een chronische aandoening zoals diabetes. Op deze wijze wordt gezocht of er meer mensen een volwaardig zorgaanbod kunnen genieten voor een aanvaardbare prijs.

Hoe ziet u deze vorm van zorgvernieuwing door de overheid? Hoe belangrijk lijkt het voor u dat dit soort vernieuwingen uitgeprobeerd worden? En welke rol speelt de overheid hierin? Hoe zou de overheid op een andere manier het nu gemakkelijker voor u kunnen maken om mensen met (risico op) diabetes de juiste/goede zorg te geven? Hoe belemmert de overheid u nu om mensen met (risico op) diabetes de juiste/goede zorg te geven?

Afsluitvraag:

Korte samenvatting van kernpunten die naar boven zijn gekomen in de discussie. Klopt dit? Heeft u hieraan nog iets toe te voegen?

Zijn er nog zaken of elementen, die we niet besproken hebben, maar die u er wel graag aan wil toevoegen?

Verduidelijkingsvragen die tijdens de focusgroep gesteld kunnen worden:

Hoe komt dit? Kan u dit verder uitleggen?
Wat heeft daartoe bijgedragen?

Zijn er anderen die hier ook zo over denken?
Zijn er anderen die hier een andere mening over hebben?
Wat zijn daar de redenen voor?
Wat had dit kunnen voorkomen?
Welke oplossingen ziet u hiervoor?
Kan u uw antwoord verduidelijken?
Kan u een voorbeeld geven van wat u bedoelt?
Kan u er iets meer over zeggen?
Beschrijft u alstublieft wat u bedoelt?
Ik begrijp het niet helemaal...

Praktisch

- Opnameapparatuur meenemen en op voorhand testen
- Tijd goed in het oog houden (1.5 uur). Eventueel een stille wekker zetten om de tijd beter in het oog te houden.
- Aantekeningen maken tijdens het gesprek over de hoofdzaken om het gesprek in goede banen te leiden
- Flowchart eventueel terug uitdelen, ter opfrissing, zeker voor de 'niet-deelnemers' aan het pilootproject
- Informed consent uitdelen in het begin van de focusgroep en laten handtekenen

Bijlage 6: uitnodigingsbrieven

Informatiebrief voor de deelname aan het onderzoek naar de lokale implementatie van het model voor screening, vroegdetectie en preventie van type 2 diabetes "HALT2Diabetes" in de huisartsenpraktijk.

Geachte collega,

Ik ben Dr. Marjolijn Van Hecke, huisarts in opleiding in de huisartsenpraktijk van Dr. Theo Raskin te Sint-Truiden. Ik vraag u vriendelijk om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek in het kader van **mijn masterproef huisartsgeneeskunde**. Deze deelname is volledig vrijwillig. U kan uw deelname steeds stopzetten zonder enige consequentie.

In februari/maart was er in uw regio een navorming over "HALT2Diabetes", een innovatief pilootproject ter preventie van type 2 diabetes. Nadien heeft u gekozen om wel of niet deel te nemen aan het project. Momenteel wordt er al ongeveer 6 maanden een model voor screening, vroegdetectie en preventie van type 2 diabetes toegepast in de huisartsenpraktijken uit de "HALT2Diabetes" pilootregio's. De implementatie van deze methodiek is een belangrijk pijler binnen het volledige project.

In dit pilootproject willen we de mogelijkheden nagaan om de "HALT2Diabetes" methodieken te **implementeren op Vlaams niveau** en **gerichte adviezen formuleren naar de Vlaamse overheid** met de nodige randvoorwaarden voor verdere implementatie. Daarom zou ik graag een **onderzoek willen voeren via een focusgroep naar wat uw ervaringen zijn met het HALT2Diabetes project vanuit het "huisartsen perspectief".**

Een **focusgroep is een gestructureerde discussie** in een kleine groep van personen (in dit geval u en andere huisartsen), begeleid door een gespreksleider (in dit geval door mij). De methode is ontworpen om informatie te verkrijgen over de voorkeuren en waarden van (uiteenlopende) mensen met

betrekking tot een bepaald onderwerp en om te kunnen verklaren waarom men die meningen heeft. Dit is dus een **kwalitatief onderzoek**. **Het doel is de implementatie van de methodieken van "HALT2Diabetes" (meer specifiek het model voor screening, vroegdetectie en preventie van type 2 diabetes) in de huisartsenpraktijk te bespreken, zodat we alle mogelijkheden en drempels van het model in kaart kunnen brengen**. **Ook kan u uw meningen geven over wat u vindt over dergelijke projecten van de overheid**.

Indien u niet deelgenomen heeft aan dit pilootproject van HALT2Diabetes zouden we u zeker ook willen uitnodigen om deel te nemen. We zouden graag de redenen, waarom u gekozen heeft niet deel te nemen, kennen en bediscussiëren. Ook kan u uw meningen geven over wat u vindt over dergelijke projecten van de overheid. Zo kunnen we deze ook meenemen in ons advies naar de Vlaamse overheid voor implementatie van het model in heel Vlaanderen. In uw focusgroep zullen alleen artsen zitten die niet deelnemen aan het project.

Indien u wel deelgenomen heeft aan dit pilootproject van HALT2Diabetes zullen de vragen voornamelijk gaan over de positieve en negatieve ervaringen die u had met het model en hoe de uitrol van het model verloopt binnen de huisartsenpraktijk (sterktes, knelpunten, opportuniteiten, …). Ook kan u uw meningen geven over wat u vindt over dergelijke projecten van de overheid. Belangrijk is bijvoorbeeld om bij u na te gaan waar of dat u het haalbaar vindt om een dergelijke methodiek te implementeren op Vlaams niveau en wat eventuele drempels hierbij zijn.

Deze focusgroep zal ongeveer **anderhalf uur** van uw tijd in beslag nemen. Er is **accreditering** aangevraagd. We zullen eerst nog eens een korte samenvatting van het model geven om u in herinnering te brengen en nadien zullen we discussiëren over de implementatie van het model met de sterktes, zwaktes, knelpunten en opportuniteiten.

Het gesprek zal opgenomen worden, maar enkel door mij beluisterd en uitgetypt worden. Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegeven herkenbaar zijn. Ook als er quotes van u worden gebruikt, zullen deze zo verwoord worden dat anonimiteit gegarandeerd blijft.

Voor deze focusgroep is een goedkeuring ontvangen van de ethische commissie.

De focusgroepen voor artsen die deelnemen aan het "HALT2Diabetes" project zullen doorgaan in het Huis voor Chronische Zorg op donderdag 30/10 en op donderdag 27/11/14 om 20.30.

De focusgroepen voor artsen die niet deelnemen aan het "HALT2Diabetes" project zullen doorgaan in het Huis voor Chronische Zorg op donderdag 6/11 om 20.30.

Indien u wilt meewerken aan dit onderzoek kan u dit laten weten door een bevestigingsmail te sturen naar marjolijn.vanhecke@student.kuleuven.be. Vermeld hierbij of u al dan niet deelneemt aan het project van "HALT2Diabetes" en op welke datum u zal aanwezig zijn.

Voor bijkomende vragen in verband met het onderzoek via focusgroepen kan u terecht op volgend e-mailadres: marjolijn.vanhecke@student.kuleuven.be

Voor bijkomende vragen over “HALT2Diabetes” kan u terecht op www.HALT2Diabetes.be of via preventie@diabetes.be. De Projectcoördinator Diabetespreventie, Aurélie Lampaert, kan u persoonlijk bereiken voor vragen op het e-mailadres aurelie.lampaert@diabetes.be.

Hoogachtend, Marjolijn Van Hecke

Bijlage 7: informed consent

Toestemmingsformulier voor de deelname aan het onderzoek naar de lokale implementatie van het model voor screening, vroegdetectie en preventie van type 2 diabetes “HALT2Diabetes” in de huisartsenpraktijk.

Ik, (naam en voornaam)

……

bevestig hierbij mijn deelname aan het onderzoek naar de implementatie van “HALT2Diabetes” binnen de huisartsenpraktijk via focusgroepen. In verband hiermede verklaar ik het volgende:

- Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
- Ik weet dat mijn gegevens/meningen anoniem gebruikt kunnen worden voor doelen vermeld in de informatiebrief
- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen en ik weet dat ik elk moment uit deze studie kan stappen zonder enige consequenties.

Ik heb dit formulier voor geïnformeerde toestemming en het informatieblad voor de deelnemer ontvangen en gelezen. Ik heb een kopie van dit ondertekende en gedateerde formulier gekregen.

Datum en handtekening van de deelnemer,

…….

Onderzoeker, Marjolijn Van Hecke



Bijlage 8: Goedkeuring comité voor medische ethiek

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. J. WENS

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

De lokale implementatie van een model voor screening, vroegdetectie en preventie van diabetes mellitus type 2 in de huisartsenpraktijk (binnen het HALT2Diabetes project). (masterna-master Marjolijn Van Hecke)

Belgisch Registratienummer: B300201420899

datum	ons kenmerk	contactpersoon
14/04/2014	14/14/166	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 14/04/2014 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 1 versie 1/04/2014
- Protocol versie 1 versie 1/04/2014
- Flowchart versie 1 versie 1/04/2014
- Vragenlijst
  - FINDRISC test, versie 1 dd. 1/04/2014
- Diverse
  - Draaiboek focusgroepen, versie 1 dd. 1/04/2014
- CV onderzoeker Dr. Marjolijn Van Hecke

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Op het toestemmingsformulier ontbreekt de handtekening van de onderzoeker. Gelieve dit nog aan te passen en ons het aangepaste document te bezorgen.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

datum: 14/04/2014

ons kenmerk: 14/14/166

contactpersoon:
Annelies Van Looy / Kim Vermimmen
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. MICHIELSEN
Waarnemend voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. M. VAN HECKE, Katholieke Universiteit Leuven - Master Huisartsgeneeskunde, Tervuursevest 101 - 3001 Heverlee
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk