Patiëntenrekrutering binnen het HALT2Diabetes-project: van plan tot praktijk

Dr. Coleman Koen, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Sunaert Patricia, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Poelman Tom, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: Diabetes mellitus type 2 (DM2) is wereldwijd een snel toenemend gezondheidsprobleem. De huidige prevalentie in België wordt geschat op 5% van de volwassen bevolking, tegen 2030 wordt bijna een verdubbeling verwacht van dit cijfer. Hierdoor komt niet enkel de gezondheid van de bevolking, maar ook het gezondheidsbudget onder druk te staan.
Er is wereldwijd goede evidentie dat door opsporen van personen met een hoog risico op het ontwikkelen van DM2 en het ingrijpen door middel van een leefstijlprogramma de progressie tot DM2 kan worden uitgesteld of vermeden.
HALT2Diabetes is een pilootstudie van de Diabetes Liga in opdracht van de Vlaamse overheid, waarbij de haalbaarheid van een leefstijlproject dat zich toelegt op de sensibilisatie van de bevolking en hulpverleners ten aanzien van het risico op DM2, de identificatie van personen met een hoog risico op DM2 en het begeleiden van deze groep naar een programma om aanpassingen in de leefstijl te bekomen en de progressie naar DM2 tegen te gaan.
In deze masterproef werd de implementatie van HALT2Diabetes in een huisartsgroepspraktijk te Merelbeke onder de loep genomen. De haalbaarheid van de rekruteringsmethode werd getoetst aan de realiteit binnen de huisartspraktijk. Ten slotte worden aanbevelingen voor het verder ontrollen van HALT2Diabetes over Vlaanderen geformuleerd.

Onderzoeksvragen: Wat is het effect van de verschillende rekruteringsmethoden op de participatie van patiënten en wat is binnen deze methoden de rol van de huisarts? Welke patiënten werden binnen onze praktijk gerekruteerd en op welke wijze gebeurde de rekrutering van deze patiënten? Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren binnen onze praktijk bij implementatie van de rekruteringsmethode van HALT2Diabetes?

Methode: Vooraf werd een literatuurstudie uitgevoerd om inzicht te krijgen in de verschillende rekruterings-strategieën bij leefstijlprojecten ter preventie van DM2.
Binnen het praktijkproject werd tijdens het implementeren van HALT2Diabetes in onze praktijk het rekruteringsverloop opgevolgd en aan het eind van de rekruteringsperiode beschreven in een flowchart.
Aan de hand van deze flowchart werd een vragenlijst opgesteld die als leidraad diende voor de semigestructureerde interviews bij artsen en patiënten. Door middel van het verloop in onze praktijk en de interviews worden bevorderende en belemmerende factoren bij het implementeren van HALT2Diabetes geïdentificeerd. Op basis hiervan en de resultaten uit de literatuur worden aanbevelingen geformuleerd naar de Diabetes Liga.

Resultaten: In de literatuur worden verschillende rekruteringsstrategieën besproken. Het EMD is een goed hulpmiddel om hoogrisicopatiënten te identificeren. Opportunistisch screenen bij de huisarts ken effectief zijn indien de artsen voldoende gemotiveerd zijn. Telefonische contactname van hoogrisicopatiënten is een goede methode indien er voldoende praktijkondersteuning geboden wordt. Via passieve contactname kan met weinig middelen een grote groep patiënten worden gesensibiliseerd, maar dit zorgt voor weinig instroom in de leefstijlprojecten. Actieve contactname is tijds-en middelenintensief, maar zorgt voor een hogere participatiegraad. Via contactname met een brief kunnen grote aantallen patiënten worden gesensibiliseerd en hoewel de responscijfers laag zijn, kunnen in absolute aantallen een grote groep patiënten worden gemotiveerd tot participatie. De meest efficiënte methode was deze waarbij in bedrijven werknemers gescreend en geselecteerd werden.

In het praktijkproject werden 21 patiënten geregistreerd, waarvan er 16 verwezen zijn naar het leefstijlproject. 4 van hen waren hoogrisicopatiënten geïdentificeerd door de huisartsen en opgebeld door de projectleider. 17 patiënten stroomden in via opportunistische screening. Geen enkele patiënt melde zich aan naar aanleiding van de sensibilisatiecampagne.
De belangrijkste bevorderende factoren waren het gebruik van de FINDRISC-vragenlijst, de succesvolle aankondiging van het project naar de artsen toe, de ondersteuning vanuit HALT2Diabetes bij aanvang van de rekruteringsperiode, de positieve attitude van de artsen en patiënten ten aanzien van preventie en de vertrouwensband tussen arts en patiënt.
De belangrijkste belemmerende factoren waren de extra tijdsinvestering, het informatief/motivationeel gesprek buiten de huisartspraktijk, het cardiovasculair risico als inclusiecriterium, gebruik van een ongebruiksvriendelijk elektronisch registratieplatform los van het EMD, het gebrek aan een duidelijk draaiboek voor de artsen, gebrek aan continuïteit van de zorg, verkeerde opvattingen over “gezonde leefstijl” en DM2 binnen de bevolking, het gebrek aan zichtbaarheid van het project in de lokale gemeenschap en gebrek aan ondersteuning bij preventie in de huisartspraktijk vanuit het beleid.

Conclusies: Vanuit dit praktijkproject kunnen volgende adviezen naar HALT2Diabetes geformuleerd worden: De sensibilisatiecampagne zou best worden geïntensifieerd en uitgebreid naar de onmiddellijke leefomgeving van de patiënt. Er zou meer ondersteuning geboden kunnen worden aan de huisartsen bij identificatie, contactname, selectie en registratie. Er wordt best een informatief en motivationeel gesprek bij de huisarts ingepland in het rekruteringsprotocol aan de hand van een duidelijk draaiboek. Registratie moet worden geïntegreerd in het EMD en beperkt tot inschatten van het CVR en het risico op DM2. Leefstijlbegeleiding wordt best aangeboden aan alle patiënten met FINDRISC-score ≥12. Feedback en terugverwijzing naar de huisarts zijn belangrijk voor de motivatie bij de artsen en de continuïteit van de zorg.

Inhoudstabel

I. Inleiding 4
II. HALT2Diabetes 6
A. Doelstelling 6
B. Rekruteringsstrategie 7
1. Risicostratificatie 8
2. Assessment en indicatiestelling 9
3. Interventie 10
III. Methode 11
A. Literatuurstudie 11
B. Praktijkproject 12
1. Setting 12
2. Doelstelling 12
3. Onderzoeksvragen 13
4. Interventie 13
5. Dataverzameling en data analyse 13
IV. Resultaten 15
A. Literatuurstudie 15
1. Identificatie van hoogrisicopatiënten 15
2. Contacteren en screenen van de doelgroep 16
3. De selectieprocedure 19
B. Praktijkproject 20
Onderzoeksvraag 1 20
Onderzoeksvraag 2 22
DEEL1: De rekruteringsmethode vertaald naar onze praktijk 22
1. Instroom binnen onze praktijk: pre-selectie, contactname en screenen 22
2. Informeren en motiveren van gescreende patiënten met een FINDRISC-score≥12 23
3. Selectie: inclusie en exclusie van gemotiveerde patiënten met een FNDRISC-score≥12 23
4. Registratie van de geïncludeerde patiënten op het elektronisch platform 23
5. Verwijzen van geregistreerde patiënten 23
DEEL2: Bevorderende en belemmerende factoren binnen onze praktijk 25
A) Kenmerken van de rekruteringsmethode 25
B) Artsgerelateerde factoren 29
C) Patiëntgerelateerde factoren 30
D) Kenmerken van de praktijkorganisatie 32
E) Implementatiegerelateerde factoren 32
F) Contextgerelateerde factoren 34
V. Discussie 35
1. Bespreking 35
2. Sterktes van het praktijkproject 38
3. Zwaktes van het praktijkproject 38
VI. Conclusie 39
1. Aanbevelingen naar de wetenschappelijke equipe van HALT2Diabetes 39
2. Persoonlijke lessen uit dit praktijkproject 40
VII. Bronnen 41
VIII. Bijlagen 43

I. Inleiding

Diabetes mellitus type 2 (DM2) is een wereldwijd gezondheidsprobleem dat leidt tot verminderde levenskwaliteit en levenskwantiteit bij patiënten en is een zware last voor het maatschappelijke gezondheidsbudget.(1-3) In België wordt de huidige prevalentie van DM geschat op 5% van de volwassen bevolking, tegen 2030 verwacht men een toename tot bijna 10%. De bevolkingsenquête van 2013 toont een prevalentie van DM2 bij 65plussers van 14.6% bij mannen en 12.4% bij vrouwen (4). Ook de toenemende incidentie als gevolg van demografische, culturele en socio-economische tendensen bewijst de noodzaak om preventieve strategieën te ontwikkelen om dit escalerende probleem een halt toe te roepen. (5-8)

Een groot probleem bij DM2 is dat er een lange asymptomatische fase bestaat, waarbij reeds schade aan verschillende organen onopgemerkt plaatsvindt. Hierdoor wordt vaak laattijdig tot actie overgegaan (1,5-10).

De laatste jaren is er meer en meer evidentie dat niet alleen het tijdig opsporen en behandelen van DM2 morbiditeit en mortaliteit kan voorkomen, maar dat ook het opsporen en begeleiden van mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van DM2 verdere progressie naar het ontwikkelen van DM2 kan uitstellen of zelfs voorkomen (2,7-13). Daarom wordt in de richtlijnen voor de eerste lijn opportunistische screening aangeraden bij personen met een verhoogd risico (14). Tot voor kort kaderde dit in de preventiemodule van het GMD plus.

In België wordt aangeraden om binnen de huisartspraktijken bij alle 40-plussers het risico op het ontwikkelen van DM2 na te gaan. Het instrument dat hiervoor naar voor wordt geschoven is de FINDRISC-vragenlijst (zie kader A).
Bij personen met een hoog risico wordt aangeraden van start te gaan met leefstijladvies. Een concreet kader hiervoor ontbreekt vooralsnog, de huisarts staat bij deze patiënten alleen in de begeleiding naar het voorkomen van DM2. Er bestaan geen programma's op nationaal niveau die gericht mensen met een hoog risico gaat opsporen, sensibiliseren en begeleiden in preventie. Samenwerking met een diëtist of leefstijlcoach wordt niet terugbetaald en educatie is voor deze groep niet beschikbaar.(14)

De diabetesliga heeft in samenwerking met de Vlaamse overheid een pilootproject opgezet, waarbij in de algemene bevolking personen met een verhoogd risico op DM2 worden geïdentificeerd en door middel van een leefstijlprogramma worden aangespoord om hun leefstijl aan te passen: HALT2Diabetes. Hierbij wordt getracht ondersteuning te bieden aan de groep personen met een verhoogd risico op DM2 die op een gestructureerde manier hun leefstijl willen verbeteren. Dit project omvat een uitgebreide sensibiliserings- en screeningscampagne gevolgd door verschillende leefstijlsessies in verband met voeding, beweging en tabaksgebruik.

Omdat HALT2Diabetes ook in mijn regio werd georganiseerd, hebben wij met onze groepspraktijk besloten om onze schouders achter dit project te zetten. Ons doel was enerzijds om het initiatief uit de startblokken te krijgen en anderzijds om onze patiënten met een verhoogd risico op DM2 een kans te geven om via begeleiding verdere progressie naar DM2 te voorkomen.

In de voorbereidende literatuurstudie worden verschillende rekruteringsstrategieën bij gelijkaardige preventieve leefstijlprojecten opgezocht en wordt getracht antwoord te geven op de volgende vragen: Wat is het effect van de verschillende rekruteringsmethoden op de participatie van patiënten en wat is binnen deze methoden de rol van de huisarts?

Binnen HALT2Diabetes speelt de huisarts een centrale rol in het rekruteringsproces. In deze masterproef wordt de methode van rekrutering binnen onze huisartspraktijk geanalyseerd en wordt via semi-gestructureerde interviews getoetst naar de ervaringen van arts en patiënt.
Op basis van deze resultaten wordt een antwoord gegeven op volgende onderzoeksvragen:

1) Welke patiënten werden binnen onze praktijk gerekruteerd en op welke wijze gebeurde de rekrutering van deze patiënten?
2) Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren binnen onze praktijk bij implementatie van de rekruteringsmethode van HALT2Diabetes?

Uit de resultaten van dit praktijkproject en de inzichten verworven in de literatuurstudie, worden aanbevelingen geformuleerd naar de wetenschappelijke equipe van HALT2Diabetes toe, om de implementatie van leefstijlprojecten ter preventie van DM2 bij hoog risicopatiënten haalbaarder te maken in de huisartspraktijk. Dit kan gebruikt worden om aanpassingen te maken in het rekruteringsprotocol voordat het project wordt uitgerold over heel Vlaanderen.

II. HALT2Diabetes

A. Doelstelling

HALT2Diabetes staat voor “haalbaarheid van lokale preventie van type 2 diabetes”, het is een pilootproject van de Diabetes Liga in samenwerking met de Vlaamse overheid, onder wetenschappelijke begeleiding van de Stuurgroep Diabetespreventie van de Diabetes Liga.[1] *

Concreet is het een project waarbij mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van DM2 worden opgespoord en begeleid naar een gezondere leefstijl.

HALT2Diabetes ging door in 2 regio’s: Sint-Truiden-Borgloon en Gent-Merelbeke-Melle-Destelbergen. Vooraf werden huisartsen en apothekers uit deze regio via navormingen geïnformeerd en gemotiveerd om mee te werken aan het project, zij zijn de hoofdactoren in het rekruteringsproces.

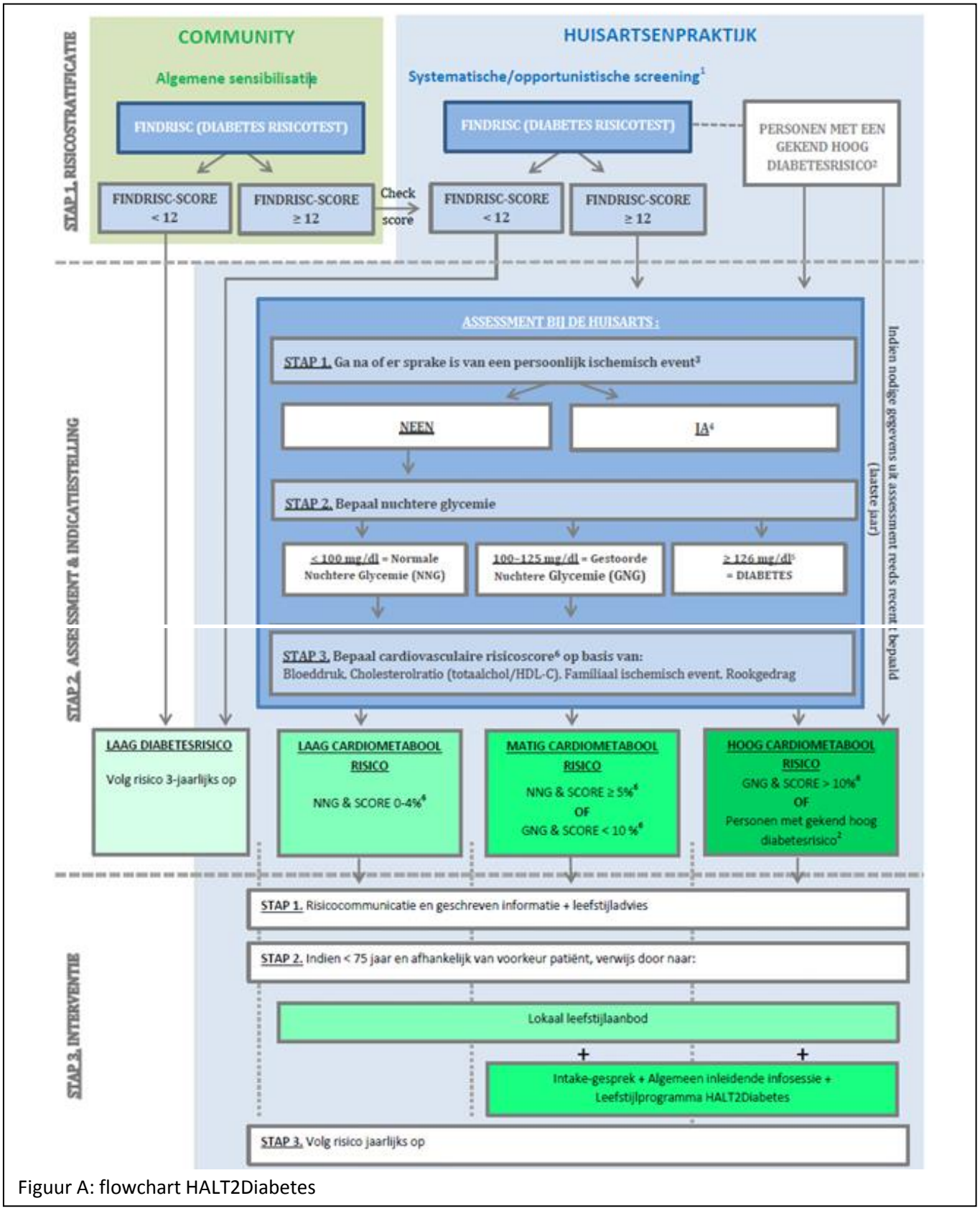
Het specifieke doel van HALT2Diabetes is het in kaart brengen van randvoorwaarden en pijlers voor de implementatie van een lokaal leefstijlproject ter preventie van DM2 bij hoogrisicopatiënten. Concreet gaat het over:

- Implementeren van een model voor screening, vroegdetectie en preventie van DM2.
- In kaart brengen van en voorzien in een geschikt leefstijlaanbod voor hoogrisicopatiënten voor het ontwikkelen van DM2, na doorverwijzing uit de eerste lijn:
    - Begeleiding via een matig intensief leefstijlprogramma.
    - Integratie binnen het reeds bestaande, kwalitatief bevonden, lokale leefstijlaanbod.
- Het creëren van een lokaal draagvlak voor diabetespreventie met diverse partners.
- Deskundigheid omtrent screening, vroegdetectie en diabetespreventie bevorderen bij zorgverleners.
- Informeren en sensibiliseren omtrent risicofactoren voor DM2 en het belang van screening, vroegdetectie en diabetespreventie bij:
    - Hoogrisicopatienten voor DM2 en de algemene populatie
    - Zorgverleners
- De verankering van HALT2Diabetes in de lokale context
- Via een lokaal pilootproject het model in eerste fase uittesten om na eventuele bijsturing te kunnen implementeren op grotere schaal in Vlaanderen.

[1] Dr. Luk Buyse , Dr. Inge Van Pottelbergh, Dr. Ann Verhaegen, Prof. Dr. Christophe De Block, Prof. Dr. Johan Wens, Prof. Dr. Chantal Mathieu, Prof. Dr. Luc Van Gaal, Dr. Johannes Ruige, Dr. Katrien Benhalima, Dr. Frank Nobels, Aurélie Lampaert , Frederik Muylle,

B. Rekruteringsstrategie

Figuur A geeft de flowchart weer van de verschillende stappen in het rekruteringsproces.



Figuur A: flowchart HALT2Diabetes

1. Risicostratificatie

De rekruteringsperiode van HALT2Diabetes ging door tussen 1 juni 2014 en 30 maart 2015. Rekrutering verliep op drie manieren: sensibilisatie in de lokale gemeenschap, screening bij de huisarts en contactname door de huisarts van patiënten met een gekend hoog risico.

Ten eerste was er in de algemene bevolking een sensibilisatiecampagne via promotie op lokale evenementen, markten en in dienstcentra. Advertenties en artikels werden gepubliceerd in tijdschriften en kranten. FINDRISC-scorelijsten (zie kader A) en informatieve folders over DM2 werden verdeeld via dienstencentra, apothekers en andere gezondheidswerkers. Ze werd ook afgedrukt in lokale kranten. Bij een score ≥12 werd aangeraden de huisarts te contacteren. Wanneer een patiënt met een ingevulde FINDRISC-scorekaart consulteerde bij de huisarts, werd deze gecontroleerd. Het doel was mensen te stimuleren hun risico op DM2 onder de loep te nemen.

Kader A: De FINDRISC-vragenlijst

Het instrument om personen met een hoog risico op DM2 te identificeren was de FINDRISC-vragenlijst. Deze werd verspreid in de lokale gemeenschap. Ook huisartsen gebruiken de FINDRISC-vragenlijst bij screenen van de doelgroep.

FINDRISC staat voor Finse diabetes risicoscore (13-15). In de Finse vragenlijst wordt gebruik gemaakt van 8 risicoparameters die, elk volgens een eigen gewicht, bijdragen in een totale risicoscore. Deze score voorspelt het risico om type 2 diabetes te ontwikkelen binnen de eerstvolgende tien jaar. Uit de validatiestudie van FINDRISC blijkt dat 65.9% van de mannen en 45.2%van de vrouwen met een FINDRISC-score ≥11 gestoorde glycemiewaarden heeft (16). Een score <7 komt overeen met een risico op het ontwikkelen van DM2 over de volgende 10 jaar van 1/100, een score 7-11 met een risico van 1/25, een score 12-14 met een risico van 1/6, een score 15-20 met een risico van 1/3 en een score >20 met een risico van 1/2.
Een score <12 komt overeen met een relatief laag risico op het ontwikkelen van diabetes, bij deze mensen wordt een 3-jaarlijkse controle aangeraden. Patiënten met een score ≥12 hebben en sterk verhoogd risico en konden deelnemen aan een verdere indicatiestelling voor het leefstijlproject van HALT2Diabetes. Deze groep wordt best jaarlijks opgevolgd.

1. LEEFTIJD. Hoe oud ben je?

O Jonger dan 45 jaar	0 punten
O Tussen 45 en 54 jaar	2 punten
O Tussen 55 en 64 jaar	3 punten
O 65 jaar of ouder	4 punten

2. GEWICHT. Hoe hoog is je BMI (Body-Mass Index)?
Zie tabel hiernaast

O Lager dan 25 (groen)	0 punten
O Tussen 25 en 30 (oranje)	1 punt
O Meer dan 30 (rood)	3 punten

3. BEWEGING. Beweeg je dagelijks minstens een half uur?

O Ja	0 punten
O Nee	2 punten

4. BUIKOMTREK. Wat is je buikomtrek?
Meet de buikomtrek op het binnenste punt als je naar rechts buigt. Verbind de lintmeter dan met je navel en meet vandaar je hele buikomtrek. Meet op een blote huid, na een normale uitademing, zonder druk uit te oefenen.

	Vrouw	*Man*	
O	< 80 cm	< 94 cm	0 punten
O	80-88 cm	94-102 cm	3 punten
O	> 88 cm	> 102 cm	4 punten

5. GEZONDE VOEDING. Eet je dagelijks groenten en fruit?

O Ja	0 punten
O Nee	1 punt

6. BLOEDDRUK. Neem je of heb je ooit geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk genomen?

O Nee	0 punten
O Ja	2 punten

7. BLOEDSUIKERWAARDE. Werd bij jou ooit een verhoogde bloedsuikerwaarde vastgesteld?
Bijv. bij een ziekenhuisopname, bij een routinecontrole of zwangerschapsdiabetes.

O Ja	5 punten
O Nee	0 punten

8. ERFELIJKHEID. Heb je familieleden met diabetes (type 1 of type 2)?

O Neen	0 punten
O Ja; grootouder(s), nonkel(s)/tante(s), neven/nichten in de eerste graad. Echter géén ouder(s), broer(s), zus(sen) of kind(eren).	3 punten
O Ja; ouder(s), broer(s), zus(sen) of kind(eren)	5 punten

Lindstrom, J. and J. Tuomilehto (2003). "The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk." Diabetes Care 26(3): 725-731.

In een tweede tak werd aan huisartsen gevraagd mensen te screenen via de FINDRISC- scorelijst, hetzij systematisch, hetzij opportunistisch. Het profiel van de te screenen populatie staat beschreven in tabel A.

Ten slotte werd er aan de huisartsen gevraagd een systeem uit te werken waarbij via het gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) patiënten met een gekend hoog risico op het ontwikkelen van DM2 worden geïdentificeerd en vervolgens gecontacteerd door de huisarts.

Het gaat concreet over patiënten met een voorgeschiedenis van GNG/GGT[2], stress-hyperglycemie, zwangerschapsdiabetes of microalbuminurie. Zij behoren tot de hoogrisicogroep (HR-groep). Deze patiënten komen sowieso in aanmerking voor het leefstijlproject onafhankelijk van het cardiovasculair risico (CVR) tenzij bij de aanwezigheid van exclusiecriteria. (Zie tabel B).

Ongeacht de leeftijd: nagaan van gekend risicoprofiel: -Personen met reeds gekend GGT/GNG -Personen met een voorgeschiedenis van verhoogde glycemie -Personen met cardiovasculaire voorgeschiedenis -Personen met microalbuminurie
Alle personen vanaf 65 jaar
Personen tussen 45 en 65 jaar: ≥1 van deze criteria: -Familiale voorgeschiedenis van diabetes mellitus -BMI ≥ 25 kg/m² -Buikomtrek > 88cm (vrouw) of >102 cm (man)
Personen jonger dan 45 jaar: ≥2 van bovenstaande criteria

Tabel A: Beschrijving van de te screenen doelpopulatie

Inclusiecriteria voor het rekruteringsproces
Een FINDRISC-score ≥12
Inclusiecriteria voor de leefstijlsessies
Een gekend hoog risico op het ontwikkelen van DM2: -GGT/GNG -Zwangerschapsdiabetes in de voorgeschiedenis -Verhoogde glycemie naar aanleiding van ziekenhuisopname -Micro-albuminurie in de voorgeschiedenis
Of een FINDRISC-score ≥12 en CVR ≥5%
Exclusiecriteria voor de leefstijlsessies van HALT2Diabetes
Cardiovasculair event [2] in de voorgeschiedenis **Diagnose van diabetes mellitus type 1** **Diagnose van diabetes mellitus type 2** **Nuchtere glycemie ≥126mg/dl bij meting tijdens rekrutering**

Tabel B: inclusie- en exclusiecriteria binnen de doelgroep

2. Assessment en indicatiestelling

a. Cardiovasculair risico

Bij patiënten met een FINDRISC-score ≥12 werd het cardiovasculair risicoprofiel bepaald volgens het algoritme van BOLAND en de "Systematic COronaryRisk Evaluation" (SCORE)-tabellen. Patiënten die niet behoorden tot de groep met een gekend hoog risico (zie tabel A), konden enkel deelnemen aan het leefstijlprogramma bij een tienjaarsrisico op sterfte door een cardiovasculaire aandoening ≥5%. Personen met een risico <5% werden verwezen naar het lokaal leefstijlaanbod.

b. Exclusiecriteria

Alle patiënten met een ischemisch event in de voorgeschiedenis werden geëxcludeerd3. Het gaat bij deze patiënten namelijk over secundaire preventie. Het leefstijlprogramma van HALT2Diabetes was niet aangepast aan de specifieke zorgnoden voor deze groep.

Bij alle deelnemers wordt in het medisch dossier gezocht naar een glycemiewaarde uit de voorafgaande 12 maanden. Indien er geen waarde beschikbaar is wordt er een nuchtere veneuze glycemiebepaling uitgevoerd om personen met prediabetes[2] of DM2 (nuchtere glycemie bij herhaling ≥126mg/dl) te identificeren. Patiënten met DM2 worden geëxcludeerd uit de studie en behandeld volgens de richtlijnen betreffende DM2.

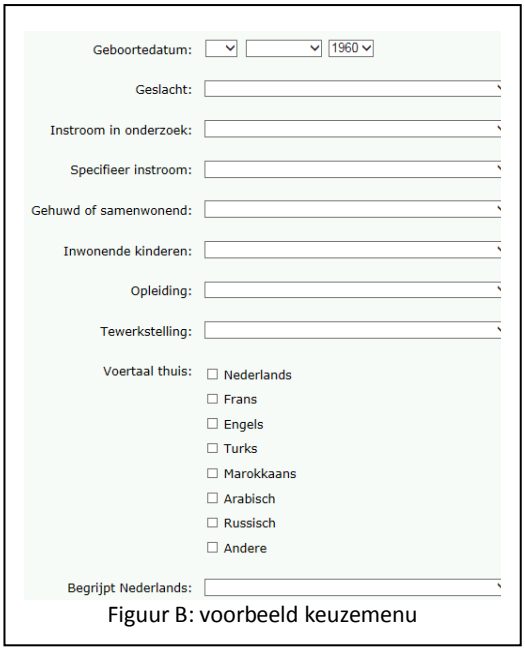
[2] prediabetes =intermediaire hyperglycemie = gestoorde glucosetolerantie (GGT =2uur na OGTT glycemie van 140-199 mg/dL) of gestoorde nuchtere glycemie' (GNG = nuchtere glycemie van 110-125 mg/dL) of HbA1c van 6-6,4%. (17)

[3] Hiertoe behoren aandoeningen op coronair, cerebraal of aorto-femoraal gebied zoals o.a. acuut myocardinfarct, angina pectoris, CVA, TIA, claudicatio intermittens of revascularisatie (overbrugging, dilatatie).

c. Registratieprocedure

Het registreren van een geïnformeerde patiënt voor deelname aan het leefstijlproject werd door de huisarts gedaan op een elektronisch online formulier. Eerst werd persoonlijke informatie zoals rijksregisternummer, naam, email en telefoonnummer op het algemeen platform ingevuld. Nadien werd genavigeerd naar de module van HALT2Diabetes en additionele informatie via keuzemenu's ingegeven (zie figuur B). Verder ook gegevens als cardiovasculaire voorgeschiedenis, nuchtere glycemie, data voor de FINDRISC-vragenlijst en de SCORE-risicotabel.

Informatie over diabetespreventie en lokale leefstijl-projecten konden indien gewenst worden afgedrukt en meegegeven aan alle patiënten die het informed consent formulier invulden.



Figuur B: voorbeeld keuzemenu

d. Verwijsprocedure

Personen die in aanmerking kwamen voor het HALT2Diabetes leefstijlproject en gemotiveerd waren tot deelname, tekenden een informed consent en kregen een uitgeprint doorverwijsdocument met contactinformatie van de leefstijlcoach uit hun regio, zodat zij een afspraak konden maken voor het intakegesprek. Dit doorverwijsdocument werd tevens automatisch opgestuurd naar de leefstijlcoach in kwestie zodat deze de patiënt zelf kon contacteren indien de contactname van de patiënt uitbleef. Bij patiënten die in aanmerking kwamen voor het project, maar niet gemotiveerd waren, werd de reden van afhaken bevraagd.

3. Interventie

Tijdens het intakegesprek met de leefstijlcoach werden de deelnemers geïnformeerd over het opzet van de studie en gemotiveerd tot verdere deelname aan het project. Dit informatief en motivationeel gesprek werd uitgesteld tot het intakegesprek om de huisartsen te ontlasten.

Het leefstijlprogramma ging door in de periode van april tot juni 2015 en bestond uit tweewekelijkse groepssessies: 2 voedingssessies, 2 beweegsessies en een informatiesessie over (pre)diabetes. Tijdens deze reeks werden de deelnemers gevraagd om hun voeding en beweging te monitoren. 6 maanden na de laatste sessie vond er een boostsessie plaats.

III. Methode

A. Literatuurstudie

Het doel van de voorbereidende literatuurstudie was mogelijke rekruteringsmethoden nagaan voor preventieve projecten binnen de eerste lijn of de gemeenschap, waarbij via leefstijlinterventie getracht wordt de ontwikkeling van DM2 tegen te gaan bij mensen met een verhoogd risico op DM2. Binnen deze projecten werden rekruteringstrategieën met betrekking op selecteren, identificeren, contacteren, informeren en registreren van patiënten geanalyseerd. Hierbij werd ook steeds het effect van de strategie op de participatie van patiënten genoteerd. Vanuit deze resultaten werd getracht de aanbevelingen naar de Diabetes Liga toe te funderen.

Het bronmateriaal werd op verschillende manieren geselecteerd:

Ten eerste werden de bronartikels die gebruikt werden voor het wetenschappelijk onderzoek ter voorbereiding van HALT2Diabetes overlopen. Originele artikels over leefstijlprojecten ter preventie van DM2 met een voldoende uitgeschreven rekruteringsmethode werden weerhouden. Bij meta-analysen en reviews werd getracht de originele artikels op te sporen via de referenties, deze worden vermeld bij “sneeuwbalmethode”.

Ten tweede werd een systematische zoekstrategie op de Pubmed database verricht met verschillende zoektermen (zie tabel C).

Literatuurstudie: Zoekstrategie			
Pubmed	**Datum**	**Mesh database zoektermen**	**Filters**
Methode 1	28/2/2016	"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND "Primary Prevention"[Mesh] AND "Life Style"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh] NOT "Pharmaceutical Preparations"[Mesh]	Taal: Engels of Nederlands Publicatiejaar: 1990-2016
Methode 2	28/2/2016	"Diabetes Mellitus, Type 2/prevention and control"[Mesh] AND "Life Style"[Mesh] AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh]) NOT "Pharmaceutical Preparations"[Mesh]	

Tabel C: de zoekstrategie binnen de literatuurstudie

Inclusiecriteria waren: enkel Nederlandstalige en Engelstalige artikels vanaf publicatiejaar 1990, die volledig en gratis beschikbaar werden aangeboden op de database zelf of die via de licentie van de universiteitsbibliotheek van de universiteit Gent gratis elektronisch opgevraagd konden worden. Studies bij kinderen werden niet geïncludeerd. Studies met betrekking op diabetes mellitus type 1 werden eveneens geëxcludeerd, evenals studies met in de onderzoekspopulatie enkel diabeten. Studie die reeds bekomen werden bij de eerste zoekstrategie werden niet opnieuw vermeld bij de resultaten van de Pubmed-zoekstrategie.

Verder werd via de sneeuwbalmethode een aantal geciteerde artikels geselecteerd wanneer deze nuttige informatie verschaffen over de gebruikte rekruteringstrategie of participatiecijfers van studies. Deze worden vermeld bij “sneeuwbalmethode”.

B. Praktijkproject

1. Setting

Het praktijkproject ging door in de periode van oktober 2014 tot en met maart 2015 in een huisartsengroepspraktijk te Merelbeke. De groep bestaat uit 4 erkende artsen, een huisarts in opleiding (HAIO) en 2 praktijkassistenten. Drie erkende artsen namen deel aan het onderzoek. De 4^{e} arts van de groep nam geen deel aan het project omdat deze in het verloop van de rekruteringsperiode de groepspraktijk heeft verlaten.

De HAIO fungeert als projectleider. Zijn rol is coördinatie van het rekruteringsproces en bij onoverkomelijke drempels bepaalde taken binnen het proces overnemen.
Binnen de praktijk is er een wekelijkse artsenvergadering waar casussen en agendapunten worden besproken, hier werd systematisch gebruik van gemaakt om het projectverloop te bespreken.

Binnen de praktijk is reeds een zeer positieve attitude ten opzichte van preventie. Patiënten worden systematisch geïnformeerde in verband met screening naar carcinomen (bevolkingsonderzoek darmkanker, borstkanker, cervixkanker en prostaatkanker), CVR en DM2. Rookstopbegeleiding gebeurt bij de artsen zelf of via verwijzing naar tabakologen. Voedingsadvies wordt gegeven door alle artsen en in samenwerking met diëtisten uit de buurt. Fysieke activiteit wordt gestimuleerd op individuele basis of via deelname aan lokale initiatieven (infraligne, fitclass, beweegaanbod Merelbeke) of bij bekwame personal coaches.
In mei 2015 werd de recentste Belgische richtlijn over DM2 gevalideerd. Hierin wordt het gebruik van de FINDRISC-vragenlist gestimuleerd voor screening. Vooraf aan de rekruteringsperiode werd in onze praktijk de FINDRISC-vragenlijst nog niet gebruikt voor het inschatten van het risico op DM2.

Wat praktijkondersteuning betreft is er in onze praktijk voltijds een administratief medewerker aanwezig, deze taak wordt gedeeld door 2 personen. Zij nemen echter niet deel aan het rekruteringsproces omwille van tijdsgebrek.

Voor het bijhouden van patiëntengegevens wordt er gebruik gemaakt van een EMD (elektronisch medisch dossier) en papieren dossiers. Het medisch programma van de praktijk werd in de rekruteringsperiode van het onderzoek vervangen door een ander softwarepakket dat voldoet aan de registratievereisten van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. Dit omwille van gebrekkige mogelijkheden tot coderen. Coderen van data was tot deze overgang niet gebruikelijk.

2. Doelstelling:

Het doel van deze thesis is het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren binnen de rekruteringsmethode van HALT2Diabetes, om van hieruit vanuit de literatuur gestaafde aanbevelingen te formuleren naar de wetenschappelijke equipe van HALT2Diabetes,om de implementatie van een rekruteringsmethode binnen een leefstijlproject ter preventie van DM2 bij hoog risicopatiënten haalbaarder te maken voor de huisartspraktijk.

3. onderzoeksvragen

1) Welke patiënten werden binnen onze praktijk gerekruteerd en op welke wijze gebeurde de rekrutering van deze patiënten?
2) Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren binnen onze praktijk bij implementatie van de rekruteringsmethode van HALT2Diabetes?

4. Interventie

Begin oktober 2014 werd een samenkomst tussen een medewerker van HALT2Diabetes en de projectleider binnen de huisartsenpraktijk gepland. De methode van rekrutering werd besproken en de eerste afspraken werden gemaakt.
De rekruteringsmethode binnen HALT2Diabetes werd voorgesteld door de projectleider aan de 3 artsen van de groepspraktijk. Aansluitend werd een overleg gepland. Hierin werd de praktische aanpak van selecteren en rekruteren van de patiënten besproken, de vooropgestelde rekruteringsmethode van HALT2Diabetes werd vertaald naar een eigen methode binnen de praktijk.
Binnen onze praktijk werden FINDRISC-scorelijsten en informatiefolders over DM2 beschikbaar gesteld in de wachtzaal, de wandelgang en de consultatieruimte. Verdere verspreiding van de FINDRISC-scorelijst en folders in de regio gebeurde door de verantwoordelijken van HALT2Diabetes.

Tijdens het verloop van de rekruteringsfase waren er frequente contacten tussen de projectleider en de andere artsen tussen de consultaties door en tijdens een wekelijkse groepsvergadering. Moeilijkheden binnen het rekruteringsproces werden besproken en aanpassingen gemaakt.

5 Dataverzameling en data-analyse

Om antwoord te geven op de eerste onderzoeksvraag werd met behulp van het elektronisch registratieplatform van HALT2Diabetes de wijze van instroom van elke patiënt genoteerd. Ook de gegevens van gescreende patiënten werd hierin bijgehouden. Dit waren geslacht, leeftijd, voertaal thuis, scholingsgraad, gezinssituatie, tewerkstelling, manier van instroom in het onderzoek, FINDRISC parameters, voorgeschiedenis van ischemisch event, nuchtere glycemiewaarde, SCORE parameters en bereidheid tot leefstijlverandering. Voor rapportering werden volgende karakteristieken genoteerd: geslacht, leeftijd, BMI, FINDRISC-score, rokersstatus, nuchtere glycemie, systolische bloeddruk, cholesterol-HDL-verhouding, cardiovasculair risico en aantal consultaties voor inclusie.

De data nodig voor onderzoeksvraag twee werd verzameld in verschillende fasen:
Ten eerste werden tijdens de wekelijkse overlegmomenten de moeilijkheden bij het rekruterings-proces besproken. Indien nodig werden aanpassingen gemaakt. Bij het beëindigen van de rekruteringsperiode binnen HALT2 Diabetes werd de uiteindelijke methode van rekrutering binnen de praktijk vergeleken met de voorgestelde methode van HALT2Diabetes. Verschillen werden opgespoord. Een flowchart van de praktijkmethode werd gemaakt. Aan de hand van de flowchart werd de vragenlijst voor de artsen opgesteld (zie vragenlijst artseninterviews in bijlage 3).

In de tweede fase werd op basis van vragenlijst en de flowchart met elke arts een individueel semigestructureerd interview georganiseerd. De aanpassingen in de rekruteringmethode werden besproken en belemmerende en bevorderende factoren volgens de arts werden genoteerd. De gesprekken werden opgenomen op een audio-recorder
Op basis van de onderwerpen aangehaald in deze interviews en de flowchart van de rekruteringsmethode binnen onze praktijk werd een vragenlijst opgesteld voor patiënten. (zie vragenlijst patiënteninterviews in bijlage 4)

In de derde fase werden patiënteninterviews afgenomen, analoog aan de artseninterviews. Patiënteninterviews hadden een gemiddelde duur van 55 minuten per patiënt (34 tot 79 minuten), artseninterviews duurden gemiddeld 51 minuten (36 tot 65 minuten).

De patiënten werden geselecteerd uit de lijst geregistreerde patiënten op het elektronisch platform. Er werd gestreefd naar diversiteit binnen de selectie van geïnterviewde patiënten zowel naar manier van instroom in het project, als naar leeftijd en geslacht. Ook enkele patiënten die de rekruterings-procedure doorliepen, maar niet in aanmerking kwamen voor het leefstijlproject werden geïnterviewd. Het aantal interviews werd bepaald door de aanbreng van nieuwe informatie. Wanneer bij 2 opeenvolgende interviews geen nieuwe informatie werd bekomen, werden geen patiënten meer uitgenodigd voor een interview. Uiteindelijk werden 9 patiënten geïnterviewd, zij worden in tabel X en Y aangeduid met ”#”.

In de vierde fase werden de bevorderende en belemmerende factoren bekomen uit de interviews bij artsen en patiënten uitgeschreven en gegroepeerd per stap in de flowchart. Voor de uiteindelijke rapportering worden deze factoren ingedeeld volgens 6 categorieën:
kenmerken van de rekruteringsmethode, artsgerelateerde factoren, patiëntgerelateerde factoren, kenmerken van de praktijkorganisatie, implementatiegerelateerde factoren en contextgerelateerde factoren.

Aan de hand van de drempels geïdentificeerd uit de zes categorieën en de resultaten van de literatuurstudie werden aanbevelingen geformuleerd naar de wetenschappelijke equipe van HALT2Diabetes, om de implementatie van een rekruteringsproces binnen het kader van een leefstijlproject ter preventie van DM2, in de huisartspraktijk haalbaarder te maken.

IV. Resultaten:

A. Literatuurstudie

In totaal werden er 166 artikels bekomen. 94 via de bronartikels gebruikt bij de voorbereiding van HALT2Diabetes en 72 via de zoekstrategie op de Pubmed-database (zie tabel C). 26 artikels waren relevant voor de literatuurstudie (zie tabel D). Uit referenties werden via de sneeuwbalmethode nog 18 artikels geselecteerd met nuttige informatie inzake de rekruteringsmethode of participatiecijfers van de gevonden studies. Een tabel met de beschrijving van de rekruteringsmethode van elke studie is beschikbaar in bijlage 5.

Literatuurstudie: Resultaten								
Methode	**Aantal gevonden**	**Aantal verworpen**					**Aantal weerhouden**	**Referentienummers**
		*	**	§	§§	§§§		
Bronartikels HALT2Diabetes	94	67	3	5	5	3	11	15,16,23,27,28,33,35,36,38,44,55
Methode 1	10	4	2	0	1	0	3	17,31,45
Methode 2	62	21	4	12	13	1	11	18,19,26,29,30,32,34,50-53
Sneeuwbalmethode							18	20-22,24,25,37,39-43,46-49,54,56,57

* artikel is niet relevant voor het doel van de literatuurstudie (voldoet niet aan inclusiecriteria), ** artikel niet gratis beschikbaar via Pubmed of via de licentie van de Universiteit Gent, §: artikels over onderzoek bij een doelpopulatie met uitsluitend gekende DM2, §§ overlappende resultaten met eerdere zoekmethode, §§§ gebrekkige beschrijving van rekruteringsmethodiek.

Tabel D: Selectie van artikels binnen het literatuuronderzoek

1. Identificatie van hoogrisicopatiënten

a. Het EMD

In de “DE-PLAN Catalonië” studie (15-17) en de “preventing diabetes in Japanese with IGT” studie (18) werd het EMD gebruikt om een onderzoekspopulatie te selecteren representatief voor de volledige patiëntenpopulatie van de deelnemende praktijk.
De meeste studies waarbij gebruik werd gemaakt van het EMD, hadden als doel om patiënten met een verhoogd risico op DM2 te identificeren. Meestal werd gebruik gemaakt van de analyse-tool binnen het medisch programma zelf.

In de “SLIMMER”-studie (19,20) werden in een huisartspraktijk van 3 artsen 54 patiënten met prediabetes geïdentificeerd. In de “An Ounce of Prevention”-studie (21) was dit 286 patiënten met prediabetes uit de patiëntendossiers van 16 huisartsen. De 49 huisartsenpraktijken in Cambridge uit de “ADDITION-Europe” -studie (22,23) identificeerden 35297 patiënten met een sterk verhoogd risico op DM2 op basis van klinische parameters in het EMD. Ook de “GOAL” -studie (24,25), en de “FIN-D2D”-studie (26-28) identificeerden patiënten met gekende risicofactoren met behulp van het EMD.

Andere studies zoals de “FLIP”-studie (29) en de “Walking away from type 2 diabetes”-studie (30) pasten een voor de studie zelf ontworpen software toe op het medisch programma, specifiek voor het identificeren van patiënten met bepaalde karakteristieken binnen het EMD. De 3 artsen van de “FLIP”-studie identificeerden op deze manier 180 patiënten met prediabetes.

b. Screeningsinstrumenten

Veel studies gebruikten net zoals bij HALT2Diabetes de “FINDRISC”-vragenlijst als screeningsinstrument (15-17,24-28,31-36,37). Andere screeningsinstrumenten waren de “7-item American Diabetes Association (ADA) diabetes risk assessment” (38), de “Danish Risk Score Questionnaire” (22,23,39), de “Australian Diabetes Risk Assessment Tool” (AUSDRISK) (40-43), de “Dutch Diabetes Risk Test” (19,20), de Diabetes Risk Score tool (44), de “Hoorn Symptom Risk Questionnaire” (22,23) en glycemiebepaling via capillaire vingerprik (45-49).

2. Contacteren en screenen van de doelgroep

a. Opportunistische screening:

In de “GOAL”-studie (24,25) werd gescreend door de praktijkverpleegkundige aan de hand van gegevens uit het EMD. 88.6% van de gescreende patiënten die in aanmerking kwamen participeerde. De auteurs benadrukten dat bij rekruteren via opportunistische screening er slechts een beperkt en geselecteerd publiek bereikt wordt.

In de “Sydney Diabetes Prevention Program”-studie (40,41), “DPP”-studie (45,46), “FIN-D2D”-studie en de “MDPS”-studie (42,43) verliep de screening bij de huisartsen zelf in de huisartspraktijk. Screening verliep respectievelijk aan de hand van de AUSDRISK-vragenlijst, de glycemiewaarde bij capillaire bloedafname en de FINDRISK-vragenlijst. Participatiecijfers specifiek voor deze methode waren niet beschikbaar.

De “ISAIAH”-studie (50) en de “BeweegKuur”-studie (51) includeerden via opportunistische screening enkel patiënten met prediabetes in het leefstijlprogramma. Van de 40 patiënten die in aanmerking kwamen voor de “ISAIAH “-studie, participeerde 90%. Binnen de “Beweegkuur”- studie werd slechts 7.7% van het totaal aantal patiënten met prediabetes binnen het praktijkbestand doorgestuurd naar het leefstijlproject.

b. Telefonische contactname

In de “DE-PLAN Catalonië”-studie (15-17) werd een groep patiënten representatief aan de patiëntenpopulatie van de praktijk opgebeld door studiemedewerkers en uitgenodigd voor screening. 80% van de gecontacteerde patiënten ging hierop in.

De “An Ounce of Prevention”-studie (21) identificeerde hoogrisicopatiënten via het EMD, deze werden opgebeld door studiemedewerkers. 81% van de patiënten ging in op de uitnodiging voor screening.

In de studie van Linmans JJ. (52) werd gevraagd aan 2 huisartsenpraktijken zelf een systeem op te zetten voor leefstijlbegeleiding van patiënten met DM2 of prediabetes. Er werd gekozen voor telefonische contactname door de huisartsen zelf. Deze strategie was niet succesvol: er werden geen patiënten met prediabetes geïncludeerd in het leefstijlprogramma (9 patiënten met DM2). De reden van falen werd toegeschreven aan de onhaalbare tijdsinvestering.

c. Contacteren via brief: hoogrisicopatiënten

Bij een aantal studies werden vooraf hoogrisicopatiënten geïdentificeerd via het EMD.
Deze patiënten werden per brief attent gemaakt op hun verhoogd risico op DM2.
De "ADDITION-Europe" -studie (22,23) is een multicenter eerstelijnsstudie die doorging in het Verenigd Koninkrijk (VK), Denemarken en Nederland. In de deelstudie te Cambridge (VK) werden de hoogrisicopatiënten per brief uitgenodigd voor een bloedafname bij de huisarts. 73.5% van de patiënten ging in op de uitnodiging.
Gelijkaardige methoden weden gebruikt in de "Sydney Diabetes Prevention Program"-studie (40,41), de "FLIP"-studie (29) (participatie 33%) en de "Walking away from type 2 diabetes"-studie (30).
Bij de "SLIMMER"-studie (19,20) werd bij de brief een uitnodiging gestuurd voor een algemene informatieavond in een gemeenschapsgebouw. Hier werd informatie gegeven door de huisarts, een studiemedewerker, een diëtist en een kinesist. Na deze brief werden de patiënten telefonisch herinnerd aan deze avond door de medewerkers van de studie. 57% kwam naar de informatieavond.

d. Contacteren via brief: patiënten binnen een bepaalde regio

Bij de onderstaande studies werden brieven gestuurd naar grote groepen patiënten in de lokale gemeenschap, ongeacht hun risico op het ontwikkelen van DM2
In de Deense deelstudie van de "ADDITION-Europe" studie (22,23) werd samen met de uitnodiging een "Danish Risk Score Questionnaire" opgestuurd. Bij een score ≥5 werd gevraagd contact te nemen met de huisarts voor een bloedafname. De respons verschilde sterk per huisartspraktijk (9%-77%, gemiddeld 20%) in de Nederlandse deelstudie werd eveneens een brief gestuurd. Hierbij werd de "Hoorn Symptom Risk Questionnaire" gevoegd. Bij een score ≥4 werden de patiënten uitgenodigd bij de huisarts voor glycemie-meting. 25-38% van de patiënten ging in op de uitnodiging. In de deelstudie te Leicester (VK) werden de per EMD geïdentificeerde hoogrisicopatiënten per brief uitgenodigd door de huisarts voor een bloedafname. Er werd geen vragenlijst toegevoegd. 20% van de aangeschreven patiënten ging in op de uitnodiging.

Een gelijkaardige strategie werd gebruikt in de "DEPLOY"-studie (38), de studie van J. O. Christensen et al.(39) (respons 50%) en de "APHRODITE" studie (34,35,37) (respons 54.6%)
De "Hoorn Prevention"-studie (53) verstuurde samen met een informatieve brief een meetlint om de buikomtrek te meten. Bij een buikomtrek ≥101 cm bij mannen en ≥87 cm bij vrouwen, werd gevraagd de huisarts op te zoeken. 44% van de patiënten ging in op de uitnodiging.
In de "PreventieConsult Nederland"-studie (31) werd in 1 studietak gevraagd om een online de FINDRISC-vragenlijst in te vullen en in een tweede tak werd de vragenlijst bijgevoegd in de brief en gevraagd deze te terug te sturen naar de huisarts. De respons was respectievelijk 33% en 69-75%.
Eén van de rekruteringsstrategieën van de "DPP"-studie (45,46) was het gebruik van brieven. Hier waren geen participatiecijfers beschikbaar. Een belangrijk resultaat was echter dat deze rekruterings-strategie zeer middelen- en tijdsintensief was, maar dat deze in vergelijking met andere strategieën zorgde voor de grootste instroom van patiënten (29%). Vooral de kwetsbare groepen (bejaarde en allochtone patiënten) werden op deze manier bereikt en gemotiveerd tot screening.

e. Passieve contactname: folders, posters, media

In de “D-CLIP”-studie (49) werd gebruik gemaakt van folders en posters. Deze werden verspreid in de lokale gemeenschap. Deze methode was echter niet succesvol: de advertenties in kranten, posters en de folders werden amper opgemerkt in de lokale gemeenschap,
Ook de “PreventieConsult Nederland”-studie (31) rapporteert een zeer lage instroom van patiënten (1%) via deze methode.
De “DPP”-studie (45,46) rapporteerde een instroom van 14.5% via artikels en advertenties in kranten en populaire tijdschriften en 8.5% via reclame op televisie en radio. Een belangrijk besluit was dat deze strategie de laagste tijdsinvestering vereist per gerekruteerde patiënt.
Bij de “‘New life, New you' intervention”-studie (36) was het aandeel van patiëntenstroom via flyers, informatie in recreatiecentra en kranten respectievelijk 16%,6% en 6%.

In de Deense deelstudie van de “ADDITION-Europe” studie (22,23) konden patiënten in de wachtzaal van de huisartspraktijken de “Danish Risk Score Questionnaire” invullen tijdens het wachten. 28% tot 45% van de patiënten vulde de scorelijst in. Tijdens de rekruteringsperiode kwam 77.5%-81% van de patiëntenpopulatie van de praktijken op consultatie, 19%-22.5% van het patiëntenbestand werd via deze strategie dus niet bereikt.

f. Actieve contactname: aanspreken van patiënten

Eén onderzoekstak van de “D-CLIP”-studie (49) ging door in de lokale gemeenschap. De rekrutering verliep via screeningcampagnes in gemeenschapsgebouwen, kantoren, scholen, religieuze centra en recreatieve plaatsen (speelpleinen, parken, stranden). Aan voorbijgangers werd voorgesteld hun glycemie te controleren via een vingerprik. Bij een verhoogde waarde werd een OGTT (Orale Glucose Tolerantie Test) uitgevoerd in de studiecentra. Van diegenen met een verhoogde glycemiewaarde, ging 21.5% in op de uitnodiging voor de OGTT. Deze strategie vereiste een zeer grote tijdsinvestering (350 uur/week voor 11 medewerkers). Per deelnemer aan het leefstijlproject moesten er 55 personen worden gescreend.
Ook de “DPP”-studie (45,46) concludeerde dat deze strategie zeer tijdsintensief was. De gemiddelde tijdsinvestering voor 1 deelnemer aan het leefstijlproject was 125uur. Rekrutering via actieve contactname zorgde voor een patiëntenstroom van 11.5%.

Bij de “FIN-D2D”-studie (36-38) en de “MDPS”-studie (14,17) namen studieverpleegkundigen FINDRISC-vragenlijsten af bij bezoekers van apotheken, hobbygroepen en op lokale evenementen. Afzonderlijke participatiecijfers voor deze strategie waren niet beschikbaar.

In de “GGT”-studie (44) werd de “Diabetes Risk Score tool”-vragenlijst afgenomen bij patiënten in de wachtkamer en aan de receptieruimte van huisartspraktijken door medewerkers van de studie. Ruim 2/3 van de patiënten vulde de vragenlijst in. Van de patiënten met een verhoogde score (≥12) nam 65.5% deel in leefstijlproject.

g. Contactname in bedrijven

In de “Indian Diabetes Prevention Programme”-studie (48) werd in bedrijven via advertenties en memo’s de studie gepromoot. Geïnteresseerde werknemers konden zich tussen de werkuren laten screenen met een vingerprik (participatie 95.5%), bij verhoogde waarde werd een OGTT verricht in het bedrijf. 77% van de werknemers met verhoogde glycemiewaarden meldden zich aan voor OGTT.

In een tak van de “DE-PLAN Greece”-studie (33) werd in 6 bedrijven een ‘dag voor diabetespreventie’ georganiseerd. FINDRISC-vragenlijsten werden aan werknemers uitgedeeld en toegelicht door studiemedewerkers. Werknemers met een score ≥15 werden telefonisch gecontacteerd en uitgenodigd voor een OGTT. 83% van de vragenlijsten werd ingevuld. 55% van de patiënten met een score ≥15 onderging OGTT, van hen deed 92% mee aan het leefstijlproject. Rekruteren op de werkvloer was 5x succesvoller dan in de andere onderzoekstak waar FINRISC-vragenlijsten werden verdeeld via de huisarts.

De studie van Taradash J et al.(47) ging door in gebouwen van Bayer Pittsburgh. Sensibilisatie verliep via verschillende kanalen, o.a. een vergadering waarbij de CEO en de studieverantwoordelijke alle werknemers informeerden over DM2, prediabetes, metabool syndroom en het studieproject. Nadien konden medewerkers met kenmerken van prediabetes of metabool syndroom deelnemen aan telefonische pre-screening. Patiënten die hierbij voldeden aan de inclusiecriteria werden uitgenodigd voor verdere bloedafnames. Deze gingen door tijdens de werkuren in het bedrijf zelf. 93.6% van de personen die in aanmerking kwamen na de pre-screening nam deel aan de selectieprocedure.

3. De selectieprocedure

Verschillende studies includeerden enkel patiënten met prediabetes (18,21,29,45,46,48-52,54-57).
Bij de andere studies werd er voor alle patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van DM2 een bepaalde leefstijlinterventie voorzien, tenzij bij aanwezigheid van exclusiecriteria.
In de “Sydney Diabetes Prevention Program”-studie (40,41) konden alle patiënten met een AUSCRISC≥15 deelnemen aan de leefstijlinterventie, onafhankelijk van het CVR. In de “DE-PLAN Catalonië”-studie (15,16,17) alle patiënten met een FINDRISC-score ≥15 of prediabetes.
In de “FIN-D2D”-studie (26-28) kregen alle patiënten met een FINDRISC-score 7-14 een informatiebrochure over DM2 en de invloed van leefstijl. Iedereen met een score >14 kon deelnemen aan het leefstijlproject.

Er waren geen studies waarbij, zoals bij HALT2Diabetes, het CVR als essentieel inclusiecriterium werd gebruikt.
In de “Hoorn Prevention”-studie (53) werd het CVR wel als extra mogelijkheid tot inclusie gebruikt voor het leefstijlprogramma. In deze studie werd op basis van de klinische parameters van patiënten tussen de 30 en 50 jaar het individuele risico op het ontwikkelen van DM2 over 9 jaar en het risico om te sterven aan een cardiovasculaire aandoening over 10 jaar ingeschat op het moment dat de patiënt 60 jaar oud zou zijn. Men ging er van uit dat tot die tijd de parameters onveranderd zouden. Op die manier werd de factor “leeftijd” voor het CVR uitgeschakeld. Voor het schatten van het risico op het ontwikkelen van DM2 over 9 jaar werd de formule gebruikt uit de Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) Study. Voor het inschatten van het CVR op sterfte over 10 jaar werd gebruik gemaakt van SCORE-tabellen, net zoals bij HALT2Diabetes.

B. Praktijkproject

Onderzoeksvraag 1:

Welke patiënten werden binnen onze praktijk gerekruteerd en op welke wijze gebeurde de rekrutering van deze patiënten?

Tijdens de rekruteringsfase werden 21 patiënten op het elektronisch platform geregistreerd.

- 4 patiënten stroomden in na telefonische contactname door de projectleider. Zij waren omwille van een gekend hoog risico op DM2 (zie tabel E) opgelijst door de artsengroep (HR-groep). Deze lijst bestond uit 8 patiënten, 4 hiervan gingen niet in op de telefonische uitnodiging.
- 17 patiënten stroomden in via opportunistische screening.
- Geen enkele patiënt kwam op consultatie met een ingevulde FINDRISC-vragenlijst of met en hulpvraag naar aanleiding van sensibilisatie via HALT2Diabetes.

Van de 21 geregistreerde patiënten werden er 16 verwezen naar het intakegesprek van het leefstijlproject van HALT2Diabetes bij de leefstijlcoach(zie tabel E).

- 12 patiënten uit de groep van opportunistische screening tijdens de consultatie.
- 4 patiënten uit de groep met een gekend hoog risico op DM2 (HR-groep).

Geslacht	Leeftijd	BMI	FINDRISC-score	Roker	Nuchtere glycemie (mg/dl)	Systolische bloeddruk (mmHg)	Totaal cholesterol/ HDL	Cardio-vasculair risico	Aantal consultaties voor inclusie
Instroom via actieve contactname omwille van gekend hoog-risicoprofiel (HR-groep)									
vrouw	48	>30	17	ja	100-125	130-150	5.5-6.5	2%	1
man[#4]	54	>30	12	nee	100-125	130-150	4.5-5.5	4.5%	1
vrouw[#8]	60	>30	25	ja	100-125	150-170	<4.5	6%	1
vrouw	50	>30	21	nee	100-125	<130	5.5-6.5	1.5%	1
Instroom via sensibilisatie in de lokale gemeenschap									
Instroom via opportunistische screening tijdens de consultatie									
vrouw	52	>30	17	ja	100-125	130-150	5.5-6.5	2%	1
vrouw	58	>30	19	nee	100-125	130-150	>6.5	3%	2
man[#9]	62	25-30	12	ja	<100	130-150	4.5-5.5	10%	2
vrouw[#3]	77	<25	19	nee	<100	130-150	<4.5	5%	2
man	71	25-30	21	nee	100-125	130-150	<4.5	9%	2
man	67	25-30	18	nee	100-125	150-170	<4.5	8%	2
vrouw	62	25-30	15	nee	100-125	130-150	>6.5	4.5%	2
vrouw	68	>30	19	nee	<100	130-150	<4.5	7.5%	2
man[#1]	67	25-30	16	nee	100-125	130-150	<4.5	9%	1
vrouw[#2]	63	25-30	17	nee	100-125	130-150	4.5-5.5	6%	2
vrouw[#6]	63	25-30	13	nee	100-125	130-150	4.5-5.5	6%	1
vrouw	65	25-30	15	nee	<100	130-150	5.5-6.5	10%	1

Tabel E: karakteristieken van de verwezen patiënten (# : geïnterviewde patiënt en referentienummer)

5 van de 21 geregistreerde patiënten werden niet verwezen naar het intakegesprek (zie tabel F).

- 4 patiënten waren geïnteresseerd om deel te nemen, maar voldeden niet aan de inclusiecriteria wegens een te laag CVR.
  Twee van hen hadden een partner die wel kon deelnemen aan de leefstijlsessies. Na goedkeuring van de organisatie mochten zij enkele sessies toch meevolgen. Hun gegevens werden niet gebruikt voor verdere studiedoeleinden binnen HALT2Diabetes.
- 1 patiënt voldeed aan alle inclusiecriteria, maar was niet geïnteresseerd tot deelname.
- Geen enkele patiënt werd geëxcludeerd omwille van een cardiovasculair event in de voorgeschiedenis.
- Geen enkele patiënt werd geëxcludeerd omwille van een nuchtere glycemie ≥126mg/dl.

De flowchart van de gebruikte rekruteringsmethode binnen onze praktijk en de manier van instroom van patiënten, van screening tot verwijzing, is terug te vinden in figuur C.

Van de 16 verwezen patiënten, namen er 11 (69%) effectief deel aan de leefstijlsessies.

Geslacht	Leeftijd	BMI	FINDRISC-score	Roker	Nuchtere glycemie (mg/dl)	Systolische bloeddruk (mmHg)	Totaal cholesterol/ HDL	Cardio-vasculair risico	Aantal consultaties voor exclusie
Cardiovasculair risico <5%									
man[#7]	45	25-30	13	nee	<100	130-150	<4.5	0%	1
man	45	>30	13	nee	<100	130-150	>6.5	2%	1
vrouw[#5]	59	>30	12	nee	<100	130-150	5.5-6.5	4.5%	2
vrouw	47	>30	12	nee	<100	130-150	<4.5	0%	2
Niet gemotiveerd tot deelname na informatie en registratie									
vrouw	60	25-30	17	nee	100-125	130-150	4.5-5.5	2%	1

Tabel F: karakteristieken van de niet-verwezen patiënten (#: geïnterviewde patiënt met referentienummer)

De artseninterviews werden afgenomen bij de 3 participerende artsen.
Karakteristieken zijn terug te vinden in tabel G.

referentie	Geslacht	Leeftijd	Deelname aan de elektronische registratie
Arts 1	man	64	nee
Arts 2	vrouw	44	ja
Arts 3	man	47	ja

Tabel G: karakteristieken van de geïnterviewde artsen

Onderzoeksvraag 2:

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren binnen onze praktijk bij implementatie van de rekruteringsmethode van HALT2Diabetes?

De resultaten van het praktijkproject worden vermeld in 2 delen:

In het eerste deel werd een analyse gemaakt van het verloop van rekrutering binnen onze praktijk. Aanpassingen ten opzichte van de methodiek voorgesteld door HALT2Diabetes werden vermeld. De rekruteringsmethode gebruikt in onze groepspraktijk wordt voorgesteld in figuur B.

In het tweede deel werden de resultaten uit de interviews besproken in zes categorieën: kenmerken van de rekruteringsmethode, artsgerelateerde factoren, patiëntgerelateerde factoren, kenmerken van de praktijkorganisatie, implementatiegerelateerde factoren en contextgerelateerde factoren. Binnen deze categorieën werden de belemmerende en bevorderende factoren, geïdentificeerd tijdens de interviews, besproken. Tussen vierkante haakjes "[]" wordt steeds aangegeven hoeveel artsen of patiënten het argument hadden vermeld.

DEEL 1: Vertaling van de rekruteringsmethode naar onze praktijk.

1. Instroom binnen onze praktijk: pre-selectie, contactname en screenen.

a. Instroom via actieve contactname wegens een gekend hoog risico.

HALT2Diabetes bood de mogelijkheid aan artsen om personen met een gekend hoog diabetesrisico (in afwezigheid van de exclusiecriteria) zonder verdere selectieprocedure door te verwijzen voor het leefstijlprogramma. Om deze patiënten te identificeren dient gebruik te worden gemaakt van het EMD en contactname dient te verlopen via een door de huisarts opgezet uitnodigingssysteem.

Omwille van technische redenen was het niet mogelijk om aan de hand van parameters een patiëntenlijst te extraheren uit het EMD. Vanuit dossierkennis werden binnen de artsengroep 8 patiënten opgelijst tijdens een groepsvergadering. Zij werden telefonisch gecontacteerd en uitgenodigd door de projectleider.

b. Instroom via opportunistische screening tijdens de consultatie.

Opportunistische screening verliep conform het protocol van HALT2Diabetes door middel van de FINDRISC-vragenlijst. Toch werd omwille van een aantal drempels niet systematisch bij elke consultatie van een patiënt behorende tot de doelgroep de vragenlijst overlopen (zie verder).

c. Instroom via sensibilisatie in de lokale gemeenschap.

Er werden geen patiënten gescreend via deze methode.

2) Informeren en motiveren van gescreende patiënten met een FINDRISC-score≥12.

In onze praktijk werd ervoor gekozen om een informerend en motiverend moment in te lassen binnen de rekruteringsmethode. Hierbij werd door de huisarts beknopt informatie gegeven over de voordelen van het leefstijlproject, het studieverloop werd toegelicht en er werd een korte uitleg gegeven over DM, mogelijke complicaties en de rol van de leefstijl in de preventie van DM2.
Dit verschilt van de strategie voorgesteld door HALT2Diabetes, waarbij dit gesprek wordt uitgesteld tot het intakegesprek bij de coach na verwijzing door de huisarts.

De reden om in dit aspect af te wijken van methode van HALT2Diabetes was tweeledig:
Enerzijds was het bij het overlopen van de FINDRISC-vragenlijst noodzakelijk dat het doel van de vragenlijst en de betekenis van het resultaat kort werd uitgelegd aan de patiënt.
Anderzijds bleek snel dat het motiveren van patiënten en het geven van verdere informatie, evenals het antwoorden op vragen van patiënten zeer belangrijk was als voorwaarde voor participatie.

Omwille van een aantal praktische moeilijkheden werd dit informatief en motivationeel moment bij het eerste contact beknopt gehouden, het de meeste patiënten die verder wensten deel te nemen aan HALT2Diabetes kreeg de boodschap dat zij zouden worden opgebeld door de projectleider om een nieuwe consultatie vast te leggen waarin meer informatie zou worden gegeven.

3) Selectie: inclusie en exclusie van gemotiveerde patiënten met een FINDRISC-score ≥12.

Volgens de methode van HALT2Diabetes dient bij patiënten met een FINDRISC-score ≥12 een nuchtere bloedafname te gebeuren indien er geen nuchtere glycemiewaarde en lipidenprofiel beschikbaar is uit de voorafgaande 12 maanden. Dit om ongekende (pre)diabetes te identificeren.

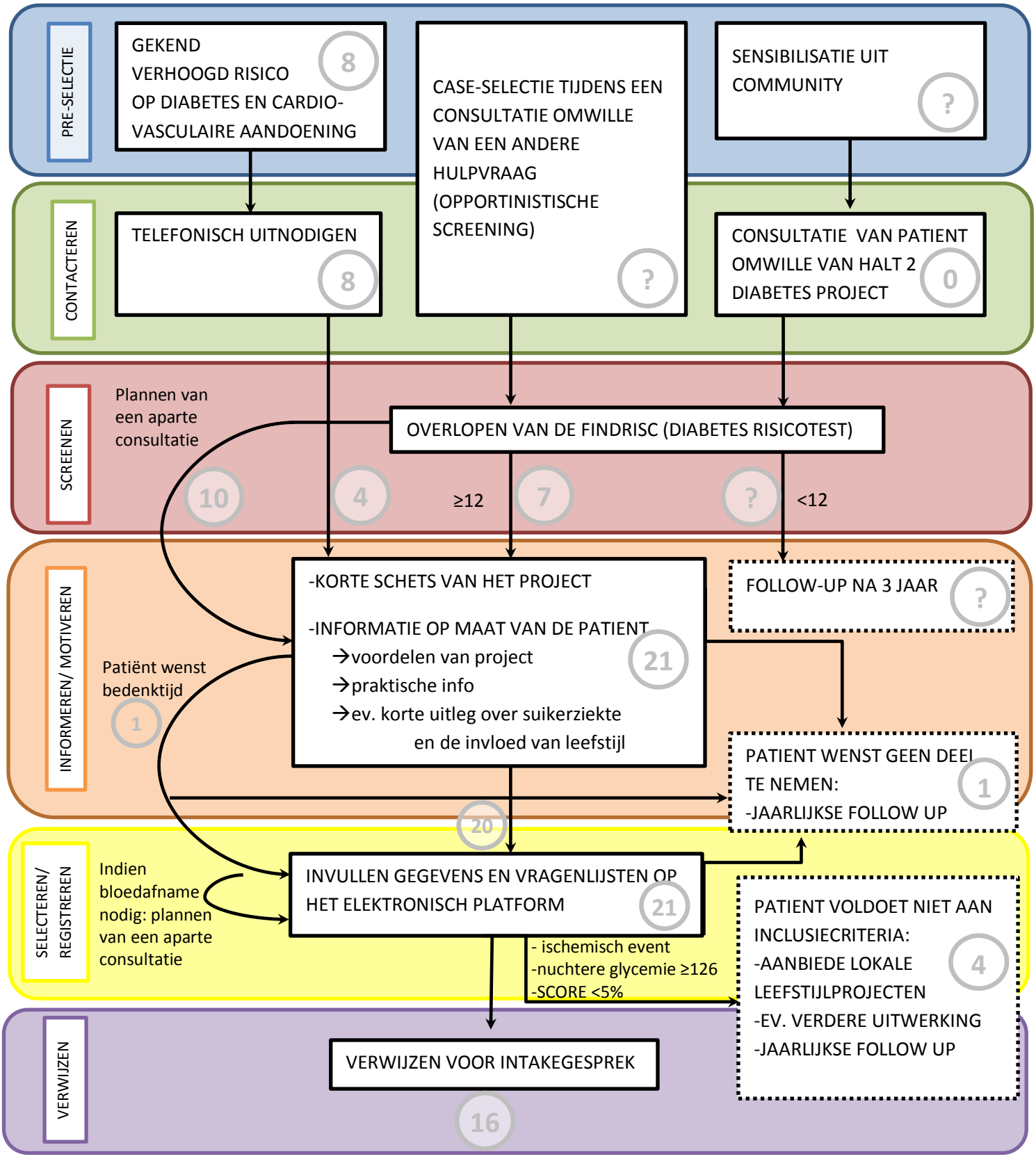
Bij alle gescreende patiënten binnen onze praktijk waren deze nuchtere bloedresultaten beschikbaar. Er werd geen enkele extra bloedafname verricht tijdens de rekruteringsperiode naar aanleiding van HALT2Diabetes. Bijgevolg werden er geen patiënten met ongekende (pre)diabetes geïdentificeerd.

4) Registratie van de geïncludeerde patiënten op het elektronisch platform.

Er werd vooraf met 1 arts afgesproken om selectie en elektronische registratie toe te vertrouwen aan de projectleider. Het gebruik van een online platform was hierbij de drempel. Tijdens het verloop van de rekruteringsfase verkozen ook de andere artsen deze methode en verliep registratie via de projectleider.

5) Verwijzen van geregistreerde patiënten.

Deze procedure verliep volledig conform de methode van HALT2Diabetes.



Figuur C: Flowchart van de rekruteringsmethode binnen onze praktijk. (in het grijs zijn het aantal patiënten weergegeven)

DEEL 2: Bevorderende en belemmerende factoren binnen onze praktijk.

A) Kenmerken van de rekruteringsmethode.

1. Bevorderende factoren.

a. Identificatie van hoogrisicopatiënten via het EMD:

Het extraheren van een lijst van hoogrisicopatiënten uit het EMD vormde voor de artsen geen drempel als dit technisch mogelijk is [3].
Deze vorm van preselectie zorgt tevens voor het efficiënt inzetten van tijd en middelen. [2].
Ook de meerderheid van de patiënten is van mening dat identificatie en contactname van hoogrisicopatiënten een taak is van de huisarts [6]. Contactname mag op verschillende manieren: via brief of telefoon.

b. De FINDRISC-vragenlijst:

De FINDRISC-vragenlijst in de vorm van een folder is volgens de artsen een goed instrument om te screenen [3]. Het is eenvoudig en relatief snel samen met de patiënt in te vullen [3] Het werd ook gebruikt bij sensibilisatie [3], educatie [2] en follow-up [1].

> Arts 1: "*De eerste stap, namelijk om dat (de FINDRISC-vragenlijst) in te vullen was wel goed, … Je kunt de folder (FINDRISC-vragenlijst) herhaalde keren tonen en toevoegen aan het dossier en gebruiken om bij opvolging op terug te komen. Dit was de "positiviteit" van het onderzoek*"
>
> Arts 2: "*Zeer handig, de tool op zich motiveert de mensen al door de confrontatie met het "sedentairisme" of de buikomtrek. Door dingen te scoren creëer je meer aandacht ervoor. En je geeft aan dat ze ermee aan de slag kunnen en dat we het intensiever moeten opvolgen en preventief al wat dingen doen*"

2. Belemmerende factoren.

a. De tijdsinvestering

De HR-groep: een tijdsinvestering buiten de consultatie:
Het extraheren van een lijst patiënten die voldoen aan een aantal karakteristieken uit het EMD vergt een zekere vaardigheid met het medisch programma, wat niet evident was in de overgangsperiode [2]. Zowel het zich bekwamen in het gebruik van het programma, als het uitvoeren van analysen binnen het EMD vergt extra tijd buiten de consultatie [2]. De geïdentificeerde patiënten opbellen neemt eveneens veel tijd in beslag buiten de consultatie [3]. Het feit dat deze tijdsinvestering van de arts op geen enkele manier wordt vergoed is een duidelijke drempel voor de artsen[2].

> Arts 2: "*Als dat (identificeren, contacteren, registreren van patiënten) naast onze uren is, dan denk ik dat daar een vergoeding mag voor zijn. We gaan het anders wel doen tijdens de consultatie, maar dan gaat dit daar buiten niet systematisch lukken. …als je ziet hoeveel potentiele ziekte je kan vermijden en hoeveel dat dat spaart, dan denk ik dat er geld in preventie mag worden gestoken …dat is peanuts ten opzichte van bijvoorbeeld een stent steken op relatief jonge leeftijd. indien je dit kan voorkomen zou dat mooi zijn en voor iedereen een win-win. "*

Opportunistisch screenen: een tijdsinvestering binnen de consultatie:
Het screenen via de FINDRISC-vragenlijst vergt participatie van de patiënt. Hiervoor is het nodig de intentie van de scorelijst en de betekenis van de score te kaderen. Dit neemt enkele minuten in beslag. Het is omwille van het tijdsschema binnen de agenda niet mogelijk om binnen het kader van opportunistische screening bij elke patiënt uit de doelgroep de vragenlijst te overlopen [2].

b. Het informatief en motivationeel gesprek buiten de huisartspraktijk :

Bij rekrutering binnen een project waarbij het doel is om leefstijlverbetering te bekomen, is motiveren en informeren een essentieel aspect [3]. HALT2Diabetes stelt in hun methode voor om dit te laten doorgaan na verwijzing, tijdens het intakegesprek bij de coach.

In onze praktijk kozen we ervoor om dit gesprek reeds bij de huisarts te laten doorgaan om de participatiegraad te verhogen.

Informeren en motiveren is belangrijk tijdens de rekruteringsfase:

Dit informatief en motiverend moment tijdens en na screening werd als zeer belangrijk ervaren voor sensibilisatie en verdere participatie door zowel de artsen [2] als de patiënten [8].

Voor enkele patiënten was het belangrijk om de praktische planning van de leefstijlsessies te kennen vooraf in te stappen in het project. Dit om te vermijden dat er een onhaalbaar engagement wordt aangegaan [4]. De andere patiënten vonden dit geen drempel [5].

Inhoudelijk waren patiënten vooral geïnteresseerd in uitleg over het ontstaan van DM2, de mogelijke complicaties en welke inspanningen er kunnen worden gedaan ter preventie van DM2 [6]. Een belangrijke opmerking hierbij is dat bij 4 op 9 patiënten de confrontatie met de mogelijke gevolgen van DM2 de doorslaggevende factor bleek om deel te nemen aan HALT2Diabetes [4]. Een andere belangrijke factor was algemene interesse naar informatie over DM2.

De mogelijkheid tot het stellen van vragen is een belangrijk tijdens het motivationeel proces [5].

> Patiënt 2: *"Ik vind het wel belangrijk dat je het kader een beetje weet, dat je weet wat er gaat komen, dat moet niet in detail, details kunnen bij mevrouw Van Renterghem (de coach)… ik zou graag ook op voorhand de planning wat kennen, zodat ik dat op mijn kalender kan vastleggen."*
>
> Patiënt 3: *"Het is interessant omdat je dan weet waaraan je begint. Dan maak je eigenlijk op dat moment de beslissing om wel of niet mee te doen."*
>
> Patiënt 4: *"De praktische informatie moet niet bij de huisarts of tijdens het gesprek met de coach. Dit mag gewoon via mail."*
>
> Patiënt 6: *"Ik had graag op voorhand geweten wat er zou gebeuren, maar ik heb dat kunnen vragen bij het intakegesprek, dat was ook goed zo."*

De huisarts als sleutelfiguur bij motivatie

De huisarts is de best geplaatste persoon voor motivatie tot deelname volgens de artsen zelf [2], maar zeker ook volgens de patiënten [8]. Voor 1 patiënt kon dit eventueel door de leefstijlcoach.

Patiënten geven aan dat de vertrouwensband zeer belangrijk is [8]:

De huisarts heeft een grote kennis over DM2 en kent daarnaast ook de patiënt en zijn leefomgeving zeer goed [5]. Bovendien is de drempel om vragen te stellen en bezorgdheden te uiten bij de huisarts zeer laag [5]. Ten slotte zorgt deze vertrouwensband bij patiënten voor een sterke motivatie om het project te volbrengen en zich in te zetten tot leefstijlveranderingen om de band niet te schaden [4].

> Patiënt 1: *"Ik denk dat de huisdokter belangrijk is om mensen te stimuleren om deel te nemen. Je gaat het advies rapper opvolgen als het van de hem komt. De eerste stap is gezet bij de huisdokter"*
>
> Patiënt 4: *"Als ik een brief of telefoon krijg van de huisarts met de vraag om deel te nemen aan een leefstijlproject, dan ga ik rapper meedoen dan als de vraag van iemand anders komt… Ook de uitleg over suiker heb ik liever bij de huisarts, die heeft lang gestudeerd om goede informatie te geven."*
>
> Patiënt 5: *"Ik heb liever dat dit (informatief gesprek) bij de huisarts doorgaat, vooral omdat ik hem dan vragen kan stellen…. Uiteindelijk zal de huisarts een meerwaarde zijn."*
>
> Patiënt 6: *"Als ik zou horen van een andere persoon dan mijn huisarts, zelfs al is dat een arts, dat mijn suiker te hoog is, dan zou ik toch nog bij mijn huisarts ten rade gaan om het eens te bespreken."*
>
> Patiënt 7: *"De huisarts heeft een stap voor op iemand anders, je hebt een vertrouwensrelatie. Je gaat liever met die vertrouwensman communiceren over wat je met de hoge score (FINDRISC-score) kan gaan doen…. Als de huisdokter je vraagt om mee te doen, dan wil het zeggen dat het nodig is. Als ik bij mijn huisarts over suiker ga praten, dan ga ik er iets mee doen, het is een verbintenis."*
>
> Patiënt 8: *"Als er iets is ga ik naar de huisarts, daar kan ik mijn vragen kwijt… Via de huisarts ga ik rapper deelnamen, ik denk dat dat vertrouwen is, het is een buikgevoel… als ik iets beloof aan de huisarts, dan doe ik dat, nadien moest ik zelfs geen intakegesprek hebben om deel te nemen."*

Een tweede consultatie voor Informeren en motiveren vormt geen drempel

Patiënten informeren over DM2 en motiveren tot leefstijlverbetering is volgens de artsen een taak van de huisarts. Dit wordt reeds gedaan in onze praktijk [3].

Na opportunistische screening werd door tijdsgebrek de patiënt meestal uitgenodigd voor een tweede consultatie bij de projectleider om HALT2Diabetes te bespreken [3]. Dit was op zich geen drempel voor de artsen [3] of de patiënten [9]. Dit probleem stelde zich niet bij de HR-groep en zou ook bij instroom naar aanleiding van sensibilisatie in de gemeenschap geen drempel vormen [3].

> Patiënt 2: *"Ik vind dit zeker niet erg om te moeten terug te komen, in tegendeel, ik vind dat de vraag zelf je bewuster maakt van het belang ervan (glycemiewaarde) … Als je weet dat het voor uw eigen goed is, is dat zeker geen probleem… Ik was toen ook ziek, ik had koorts. Ik zou eigenlijk liever terugkomen als ik niet ziek ben, dan als ik informatie krijg terwijl ik mij ziek voel."*
>
> Patiënt 8: *"Terugkomen bij de huisarts zou ik doen, praten kan geen kwaad, liever een keer te veel bij de arts gaan dan te weinig."*
>
> Patiënt 9: *"Voor mij is terugkomen geen probleem als daar een goede reden voor is."*

c. CVR als inclusiecriterium:

Patiënten zonder prediabetes moeten voldoen aan het inclusiecriterium: CVR ≥5%.

Er werd opgemerkt dat in onze praktijk reeds uitvoerig aandacht besteed wordt aan het opsporen en behandelen van hypertensie, waardoor het CVR daalt. Hierdoor volgt dat in onze praktijk alle niet-rokende vrouwen jonger dan 63 jaar, rokende vrouwen jonger dan 58 jaar en alle mannen jonger dan 53 jaar niet in aanmerking komen voor het leefstijlproject ondanks een sterk verhoogd risico op DM2. Zowel artsen [2] als patiënten [3] waren van mening dat de leeftijd geen doorslaggevende factor mag zijn om deel te mogen nemen aan leefstijlverbeterende initiatieven.

Als gevolg van dit criterium heeft een grote groep patiënten met een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van DM2 niet de mogelijkheid tot leefstijlbegeleiding binnen HALT2Diabetes. [2].

> Arts 1: "*Als je een obees patiënt hebt met een familiale voorgeschiedenis (van DM2), maar die niet aan zijn punten komt omwille van een leeftijd van 45 jaar, dat begrijp ik niet! … De mensen wisten niet (na screening) of ze konden instappen, dat was een grote tekortkoming* "
>
> Arts 2: "*… van zodra je weet dat het zinvol is om aan leefstijlverbetering te doen, zou je moeten kunnen verwijzen."*

d) Exclusie van patiënten bij de huisarts:

Excluderen is inefficiënt en demotiverend:

Na screening werd er bij een FINDRISC-score ≥12 overgegaan tot informeren, motiveren en registreren. Wanneer mensen met een sterk verhoogd risico op DM2 niet in aanmerking kwamen voor het leefstijlproject omwille van een laag CVR, vinden de artsen deze tijdsinvestering te groot [2].

De artsen ervaren dit als een nutteloze tijdsinvestering in een reeds drukke agenda [2]. Een gevolg is dat de motivatie om te screenen in de doelgroep daalt en dus ook de participatie van de arts.

Excluderen werkt selectie in de hand:

Een andere consequentie is dat artsen selectief hebben gescreend [2]. Zo werden enkel patiënten gescreend waarvan reeds een glucosewaarde gekend is uit de laatste 12 maanden in het EMD. Op deze manier wordt een belangrijke risicogroep gemist en wordt geen ongekende DM2 ontdekt.

> Arts 2: "*…het heeft te maken met het feit dat je enkel die gaat screenen waarvan je overtuigd van ben dat het "prijs" zal zijn. Er zullen daardoor ook wat mensen niet gescreend worden omdat de kans bestaat dat ze dan toch niet in aanmerking komen… (als ze niet in aanmerking komen) dat is dan toch veel gedoe voor hen (de patiënten) en voor ons met weinig resultaat. …. En dan geeft je misschien de valse indruk dat ze gerust mogen zijn…."*

Excluderen is teleurstellend voor de patiënt:

Patiënten worden bij screening geconfronteerd met een sterk verhoogd risico op DM2. Vaak kennen deze patiënten reeds het lokaal leefstijlaanbod. Bijgevolg kan je als arts geen bijkomende ondersteuning aanbieden wanneer zij niet in aanmerking komen voor de leefstijlsessies [1]. Bovendien is deelname aan het lokaal leefstijlaanbod duur en niet volledig terugbetaald, wat zorgt voor additionele drempels, vaak bij de patiëntengroep met het hoogste risico [3].

Exclusie van partners:

Enkele patiënten die in aanmerking kwamen voor de leefstijlsessies haakten af omdat hun partner niet voldeed aan de inclusiecriteria en geen toestemming had om de sessies bij te wonen. Nochtans is het betrekken van het systeem waarbinnen een patiënt functioneert een belangrijk motivationeel aspect binnen leefstijlverandering [3].

> Patiënt 4: *" In feite zou dat moeten kunnen, dat iedereen die interesse heeft om deel te nemen mag deelnemen."*
> Patiënt 7: *" Het hele gezin zou moeten meedoen. Dan hou je het langer vol"*

e) Registratie op het elektronisch online platform.

Het registreren van de patiëntgegevens op het elektronisch platform was niet haalbaar [3]:

Het platform is ongebruiksvriendelijk:

De volgende drempels zijn volgens de artsen te groot: Je kan het niet bereiken vanuit het EMD [3] en er zijn opnieuw inloggegevens vereist [3]. De vormgeving is onoverzichtelijk [2]. Daarbij staat het volledig los van het EMD, waardoor er geen gegevens automatisch uit het dossier kunnen worden opgehaald en waardoor de ingegeven parameters niet worden opgeslagen in het EMD [2].

De vragenlijsten:

Alle artsen geven aan dat de vragenlijsten te uitgebreid en irrelevant zijn. De vragen zijn gericht op administratie binnen HALT2Diabetes en niet op bruikbare informatie voor de praktijk. Daarbij kost het invullen ervan te veel tijd en is dit zowel binnen als buiten de consultatie niet haalbaar [3].

Gebrek aan meerwaarde voor de dagelijkse praktijk:

Ingeven van gegevens los van het medisch dossier is een tijdrovende administratieve taak, waarbij de patiënt noch de arts voordeel heeft. Dit behoort niet tot het takenpakket van de huisarts [2].

Een uitzondering zijn de FINDRISC-vragenlijst en de SCORE-tabellen voor inschatten van CVR. Indien registratie van deze gegevens gelinkt wordt aan het medisch dossier (via het EMD of op papier) is dit een meerwaarde en haalbaar in onze praktijk [3].

> Arts 1: *"…Ik heb het uitbesteed omdat het voor mij veel te veel werk was… Zeker als dat een bladzijde of 3 is dat je moet invullen, ik doe dat niet, dat gaat niet. Ik zie daar ook het nut niet van in, ik word daar nerveus van, de patiënt heeft daar niets aan, dat is puur administratief en daar bedank ik voor, niet alleen in dit project maar in alle projecten. Dat zijn mijn grenzen, dat brengt mij niets bij, voor mij niet en voor de patiënt niet .. mijn tijd is te beperkt, het mag niet, ook geen 5 minuten, als die 5 minuten niets met motivatie te maken hebben."*

> Arts 2: *"Het was behoorlijk uitgebreid. je begint al met de score op papier te overlopen, dan nog eens op de computer. Dat neemt veel tijd in beslag, zeker als je dan nog eens wil gaan motiveren… De lijst moet ingekort: enkel op basis van de FINDRISC-score en eventueel de bloedafnames registreren en verwijzen. …het mag niet langer duren met de computer dan op papier en het systeem moet werken. Het zou ook handig zijn als het deel zou uitmaken van een softwarepakket. Zodat er 1 module is en niet programma's, naast programma's…"*

> Arts 3: *"Dit was een knoop! Als dat niet geïncorporeerd is in het EMD is dat een hinderpaal, als je dezelfde 'pathway' kan volgen in het EMD is dit wel haalbaar. … dit is voor mij te omslachtig … ik wordt samen met de patiënt in een keurslijf geduwd…daarom heb ik gevraagd of jij (projectleider) dit wou doen. Ik heb het elektronisch platform eenmaal zelf opengedaan, daarna niet meer."*

B) Artsgerelateerde factoren.

1. Bevorderende factoren.

a. Positieve attitude ten opzichte van preventie:

De artsen geven een zeer positieve attitude aan ten opzichte van preventie. Ze zijn er sterk van overtuigd dat preventie een basistaak is van de huisarts [3].
Ook zijn de artsen van mening dat er naar de toekomst toe meer aandacht moet zijn voor preventie vanuit het beleid en middelen moeten vrijgemaakt worden om in de huisartspraktijk, maar ook in de lokale gemeenschap goedkope preventie mogelijk te maken [2].
De bereidheid tot participatie aan preventie en specifiek HALT2Diabetes wordt weerspiegeld in het feit dat alle artsen patiënten binnen de doelgroep opportunistisch screenden, ondanks het beperkte tijdskader van een consultatie [3]. Daarbij werd steeds een korte uitleg gegeven en werd de patiënt gemotiveerd tot deelname aan het project en verwezen naar de projectleider.

> Arts 1: "Het cardiovasculair risico doe ik al jaren, dat plakkaat (Boland algoritme en SCORE lijst) ligt altijd bij mij. Wij doen hele dagen enkel dat: glycemie, bloeddruk, cholesterol. Vroeger heb ik nog gewerkt met stappenteller!"
>
> Arts 2: "*Het is een zeer goed project en preventie moet in de toekomst een zeer groot luik worden van ons werk, omdat dat (DM2) epidemiologisch het probleem van de toekomst wordt.*"

2. Belemmerende factoren.

a. Negatieve attitude ten opzichte van de extra administratieve werkbelasting:

De grootste drempel en doorslaggevende oorzaak van afhaken na de screeningsfase, is de administratieve belasting en de hieruit voortvloeiende tijdsinvestering vereist bij het rekruteren van patiënten binnen HALT2Diabetes [3].
Ten eerste vergt het identificeren en contacteren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van DM2 een significante tijdsinvestering buiten de consultatie die op geen enkele manier gecompenseerd wordt.
Ten tweede zijn de artsen van onze praktijk het unaniem eens dat de omslachtige en tijdsintensieve registratieprocedure voorgesteld door HALT2Diabetes op het ongebruiksvriendelijke elektronisch platform een onhaalbare en nutteloze administratieve taak is [3] Deze taken werden overgenomen door de projectleider.

b. Gebrek aan een draaiboek vanuit het project voor de artsen:

Vanuit het project werd de inhoudelijke informatie van de leefstijlsessies naar de huisarts toe beperkt gehouden en werd vooral ingegaan op hun rol bij screening, selectie en verwijzing.
Omwille van de initieel lage participatie van artsen en de verlenging van de rekruteringsperiode in onze regio, was er onzekerheid over de data en uren van het leefstijlproject.
Hoewel de artsen het erover eens waren dat gedetailleerde informatie over DM2 en HALT2Diabetes best na verwijzing wordt toegelicht, vonden alle artsen het essentieel dat ze toch op de hoogte waren van alle inhoudelijke en praktische informatie van het project om op vragen van de patiënten te kunnen antwoorden indien nodig [3]. Het niet kunnen antwoorden op vragen van de patiënten werkt nadelig op de participatie van artsen, bovendien vormt dit een groot gebrek bij het motiveren van patiënten [3].

> Arts 1: "*Om iemand goed te motiveren moet dat(het project) zeer sterk geassimileerd zijn bij jezelf, moet je verdomme goed weten wat daar gaat gebeuren. … Gezien ik de inhoud niet wist, ben ik er minder intens mee bezig geweest.*"
>
> *Arts 3: "Hoe beter je je verhaal kent en hoe meer je er zelf achter staat, hoe overtuigender je het kan brengen. … Mensen zeggen vaak "we kennen dat allemaal al" en dan kan je mensen maar warm maken als je kan aangeven dat er dingen gaan gebracht worden die ze nog niet kennen, maar dat kon ik niet omdat ik de inhoud (van het leefstijlproject) onvoldoende kende."*

c. Gebrek aan leefstijlbegeleiding binnen HALT2Diabetes voor de geëxcludeerde patiënten:

Voor gemotiveerde patiënten met een (sterk) verhoogd risico op DM2 die niet in aanmerking kwamen voor de leefstijlsessies, bestaat binnen HALT2Diabetes geen leefstijlondersteuning.
Aangezien binnen onze praktijk reeds aan preventie wordt gedaan en patiënten reeds op de hoogte worden gebracht van het leefstijlaanbod binnen onze regio, konden na de sensibilisatie en motivatie tot leefstijlaanpassing vaak geen nieuwe ondersteuningsmogelijkheden aangeboden worden.
Het niet kunnen bieden van enige vorm van alternatieven voor deze mensen binnen HALT2Diabetes was een drempel voor systematische screening binnen de doelgroep en zorgde bovendien voor een selectie van patiënten tijdens screening [2].

d. Gebrek aan continuïteit van de zorg:

Na verwijzing kreeg de huisarts geen feedback over de verdere participatie en progressie van de verwezen patiënten. De huisarts werd niet betrokken bij het proces tot leefstijlverandering, er was geen zicht op de doelen, aanpassingen of moeilijkheden bij de patiënten.
De leefstijlsessies zelf verlopen over een korte periode en na de terugkomsessie worden patiënten niet meer opgevolgd door HALT2Diabetes.
Ook was er geen sprake van actieve terugverwijzing na de laatste sessie. Zo was het voor de huisarts moeilijk om na het project patiënten efficiënt verder te begeleiden bij het uitbreiden of volhouden van de bekomen leefstijlaanpassingen [2].
Deze factoren zorgden voor de perceptie van verlies van continuïteit van de zorg onder de artsen en hadden een negatieve invloed op hun participatie [2].

> Arts 1: *"Het programma is zeer intens op een korte tijd, maar op lange termijn moet je continuïteit hebben, dat is iets wat ik in dat programma mis."*
>
> Patiënt 2: *"Ik vind dat er opvolging mag komen, bij de laatste boostsessie had ik het gevoel 'is dat nu gedaan, wat nu?' ik verwachtte toch opvolging.*
> Patiënt 7: *"Ik vind dat iedereen jaarlijks eens terug moet gaan op controle binnen het project, want de meerwaarde was echt het groepsgevoel, je stimuleert elkaar en leert van anderen, het is jammer dat er geen verdere sessies zijn. Ik denk dat dat op lange termijn beter zou zijn."*
> Patiënt 8: *"Voor mij hoeft geen sessie meer door te gaan, ik ga wel bij de huisarts… ik vind wel belangrijk dat het verder opgevolgd wordt."*

C) Patiëntgerelateerde factoren.

1. Bevorderende factoren.

a. Interesse voor informatie in verband met gezonde leefstijl en DM2:

Patiënten binnen onze praktijk stonden open voor een preventie project over DM2. Er was geen weerstand tegen het gebruik van de FINDRISC-vragenlijst bij opportunistische screening en patiënten stelden zich geïnteresseerd op naar informatie over leefstijl en DM2 toe. Het belang van sensibilisatie tot preventie van DM2 wordt aangegeven door alle geïnterviewde patiënten [9]

b. Vertrouwen in de huisarts:

De geïnterviewde patiënten hechtten heel veel waarde aan het advies van de huisarts [8]. Dit verhoogde de motivatie tot participatie en versterkte het engagement met het leefstijlproject [5].

c. Mandaat tot actieve contactname:

De meerderheid van de patiënten vindt het de taak van de huisarts om mensen met een hoog risico op een aandoening te gaan opsporen en contacteren buiten de gebruikelijke consultatie om [6]. Contactname per telefoon wordt niet als negatief ervaren. Dit mag ook per brief of mail [7].

> Patiënt 4: *"Op zich is dat goed, de patiënt gaat misschien even schrikken als ze worden opgebeld, maar er is eigenlijk geen nadeel aan."*
>
> Patiënt 5: *"Ik vind het eigenlijk de verplichting van de huisarts om de mensen te gaan contacteren als er een bepaald risico is op de gezondheid. Als huisarts moet je de mensen beschermen tegen desinteresse in de gezondheid. De huisarts heeft een maatschappelijke functie. Dit kan via beter met brief, maar mag met telefoon. En doen mensen het niet, dan is dat hun eigen verantwoordelijkheid, maar de mensen moeten bewust gemaakt worden van hun risico."*
>
> Patiënt 7: *"Als ik niet opgebeld wordt, dan weet ik het niet (het verhoogd risico op DM2). Als ik opgebeld wordt, dan weet ik het en kan ik er mee aan de slag. U opent zo een deur naar actie."*
>
> Patiënt 9: *"Ik zou mensen eerst aanschrijven en bij afwezig b lijven van antwoord eens opbellen…als het de huisarts is die belt en het wordt goed gekaderd, dan is dat geen probleem… Eigenlijk heeft de huisarts hier eigenlijk wel een verantwoordelijkheid om de mensen met een groot risico op de hoogte te brengen, de patiënt heeft de keuze om er al dan niet op in te gaan."*

2) Belemmerende factoren.

a. Verkeerde opvattingen over "gezonde leefstijl" en "suiker":

Uit de patiënteninterviews blijkt dat de patiënten onterecht denken dat ze een gezonde leefstijl hebben [6] of dat zij geen risico hebben op het ontwikkelen van DM2 [6] en het project dus niet relevant is voor hen.
Verder zijn ook de risico's en complicaties van DM2 onvoldoende gekend in de bevolking en wordt "suiker" geminimaliseerd [5]. Bovendien zijn zij zich niet steeds bewust van de mogelijkheid tot preventie van DM2 [3].

> Patiënt 3*: " Er zijn veel foute meningen over suiker en over spuiten…ik hoorde onlangs: 'bij mij is mijn suiker nog niet erg, want ik moet nog niet spuiten, enkel een pilletje nemen' "*
>
> Patiënt 4: *"Mensen die ik ken zeggen over ouderdomssuiker, dat dat niet erg is, dat dat samen komt met de ouderdom."*
>
> Patiënt 5: *"Ik denk dat mensen worden overspoeld met informatie, er is een overaanbod, maar ik denk dat we niet meer weten wat we nu eigenlijk moeten doen… op de duur zeg je 'wat moeten we nu eigenlijk doen?'."*
>
> Patiënt 6*: "ik was geschrokken van al de gevolgen die suiker kan hebben. … Ik was onder de veronderstelling dat ik goed bezig was en dat het project niet voor mij was, maar dan bleek dat mijn suiker wat verhoogd was, was ik zeer gemotiveerd om mee te doen, maar ik wist het niet…. Ik ken ook mensen die zeggen 'ik heb ouderdomssuiker' maar die mensen gaan niet gezonder gaan leven, zij zijn zich niet bewust van de risico's"*
>
> Patiënt 7: *"Ik ben van de ouwe stempel, wij hebben op school geen informatie gehad over gezond leven, in die tijd bestond dat niet."*

b. Gezondheid is niet steeds de prioriteit:

De prioriteiten van niet-zieke en vaak niet-gesensibiliseerde mensen inzake energie- en tijdsbesteding liggen niet steeds op vlak van gezondheid , maar op vlak van familie, kinderen, werk, geld en hobby's. Deze patiënten vormen volgens de artsen een belangrijke doelgroep die moet worden bereikt. Zij zijn enkel met sensibilisatie niet genoeg gemotiveerd om te consulteren in verband met preventie en hebben weerstand om na opportunistische screening verder deel te nemen aan het project [2].

> Arts1: "*Als de mensen de verbintenis hoorden, was de reactie vaak "oei ik heb daar geen tijd voor, wanneer gaat dat doorgaan? Ik werk over dag en 's avonds wil ik met rust gelaten worden? Ik weet wat ik moet doen, maar ik kom er nu al niet toe"*
>
> Arts 2: "*Het blijft moeilijk voor mensen die niet ziek zijn om te investeren in gezondheid , de wonde hechten is makkelijker dan ze te voorkomen"*
>
> Arts 3*: "Dit soort interventies is niet op het lijf geschreven van hoogrisicopatiënten… deze mensen zijn vooral bezig met zorgen dat er geld in huis komt en eten op tafel… gaan we hier de allerhoogste risico's die we niet kennen eruit halen? Ik betwijfel het. Ik denk dat we vooral in de vijver vissen van mensen die zich al laten volgen."*

Sommige patiënten gaven aan dat prioriteiten als werk en hobby kunnen worden gekoppeld aan preventieve projecten. Door mensen te gaat screenen op het werk, wordt het project niet alleen zichtbaarder, maar geef je werknemers de kans deel te nemen zonder een grote tijdsopoffering. Er is immers geen verplaatsing nodig en pauzes kunnen nuttig worden ingevuld [3].

> Patiënt 6: *"Vroeger toen ik nog werkte, kwamen mensen van de rugschool langs op de werkvloer om een presentatie te geven, ik heb daar veel van overgehouden, misschien zou dat voor suiker ook kunnen."*

D) Kenmerken van de praktijkorganisatie.

1. Belemmerende factoren.

a. Organisatie van de werkagenda:

Binnen de praktijk wordt voornamelijk gewerkt op afspraak. De duur van een consultatie wordt geschat op 20minuten en om de wachttijd voor patiënten kort te houden wordt dit zo veel mogelijk gerespecteerd.
Binnen het kader van opportunistische screening was het voor de artsen niet steeds mogelijk om binnen dit tijdsbestek de patiënten binnen de doelgroep te screenen [3].
Informeren, motiveren en registreren was aansluitend aan de opportunistische screening slechts uitzonderlijk mogelijk en werd meestal gedaan in een afzonderlijke consultatie [3].

b. Overschakeling van medische software:

In onze praktijk werd tijdens de rekruteringsfase overgeschakeld op een nieuw medisch programma. In het oude softwarepakket was het niet evident gegevens te coderen. Ook de conversie van de patiëntengegevens naar de nieuwe software verliep zeer stroef. Bij gevolg was het niet mogelijk het EMD te gebruiken om hoogrisicopatiënten te identificeren.

c. Praktijkmedewerkers zijn niet beschikbaar voor gezondheidspromotie:

Binnen onze praktijk is er voltijds een administratieve ondersteuning. Omwille van de reeds hoge werkdruk in onze praktijk kon deze niet voor de ondersteuning van het project ingezet worden.

E) Implementatiegerelateerde factoren.

1. Bevorderende factoren.

a. Succesvolle aankondiging van het project naar de artsen toe:

In de eerste helft van 2014 werden huisartsen door de equipe van HALT2Diabetes geïnformeerd over het project en gestimuleerd tot deelname via navormingen en e-mail. Binnen onze regio werd ook door het lokaal multidisciplinair netwerk (LMN) informatie verdeeld.
De artsen waren het erover eens dat de communicatie naar de huisartsen toe goed georganiseerd was [2], 1 arts van onze praktijk had deelgenomen aan één van deze navormingen. Verder kregen de artsen voldoende informatie vanuit het project en het LMN [2].

b. Voldoende ondersteuning bij opzetten van het project:

Bij aanvang van het project was er uitgebreide ondersteuning voorzien door HALT2Diabetes.
Via mail werd de nodige informatie over de rekruteringsmethode voorzien en een medewerker van HALT2Diabetes bezocht de praktijk om informatie over de methode en de software toe te lichten en vragen van de artsen te beantwoorden. Door omstandigheden kon enkel de projectleider deze sessie bijwonen. De informatie werd doorgegeven naar de artsengroep tijdens de groepsvergadering.
Tijdens de rekruteringsfase was deze medewerker vlot bereikbaar voor vragen en opmerkingen.

2. Belemmerende factoren.

a. Onvoldoende zichtbaarheid van het project binnen de lokale gemeenschap:

Geen enkele patiënt had over het bestaan van HALT2Diabetes vernomen in de lokale gemeenschap. Noch via gezondheidswerkers, noch via de folders of de FINDRISC-vragenlijst in kranten en tijdschriften. Ook werden de persberichten niet opgemerkt door de patiënten [9]. Slechts 1 van de geïnterviewde patiënten had een poster opgemerkt in een ziekenhuis, maar heeft hier verder geen aandacht aan geschonken.
Volgens de meerderheid van de patiënten is de afwezigheid van participatie vooral het gevolg van een gebrek aan bekendmaking van het project via populaire media zoals TV en radio, maar ook door te weinig reclame op populaire websites en sociale media [6].

> Arts 2: "*Het viel mij op dat geen enkele patiënt dat (het project) gezien had in de bibliotheek of via een boekje in de gemeente of via de mutualiteit,… ik had meer instroom verwacht. … zelfs nadat ik actief vermeld had dat ze ervan gingen horen via verschillende kanalen, heeft geen enkele patiënt kunnen bevestigen dat dit ook zo was. …het luik vanuit de community heb ik toch te weinig gevoeld.*"
>
> Patiënt 3: *"Ik vind dat dat bij veel projecten is, dat het zeer interessant is om deel te nemen, maar dat je er gewoon niet op tijd over hoort."*
>
> Patiënt 4: *"Eigenlijk zou gezondheid via een hardere boodschap mogen gebracht worden, bijvoorbeeld via de televisie: boodschappen van algemeen nut of een goed gefundeerd medisch programma."*
>
> Patiënt 6: *"Er zou hetzelfde moeten gedaan worden als met de stoegangstaal (bevolkingsonderzoek darmkanker) met een brief naar iedereen, dan praten de mensen erover ook al is het over stoelgang."*
>
> Patiënt 7*: "Wij werken samen met seniorennet (website), dat wordt bezocht door een miljoen mensen per dag, misschien moeten deze websites ook meedoen om het project te promoten…. Eigenlijk heb je een 'marketting-man' nodig die met kennis van zaken de zaak kan promoten… het zou op AVS moeten komen of op Radio 2 bij 'de madammen' (populair radioprogramma) … eigenlijk moet je het onderwerp in een stadium brengen dat erover gepraat wordt bij de mensen thuis."*
>
> Patiënt 8: *"Ik heb er niet op gelet, ik ben bij de apotheker geweest en mijn medicijnen gaan halen, maar er werd niets over gezegd."*

Het feit dat geen enkele patiënt werd gerekruteerd via sensibilisatie in de lokale gemeenschap, heeft als gevolg dat enkel patiënten werden gescreend en verwezen die zich reeds laten opvolgen door de huisarts. De artsen waren van mening dat daardoor de belangrijkste doelgroep, namelijk diegene met een hoog risico die zich niet laat opvolgen, niet door het project is bereikt.

> Arts1: "*…dat is een knelpunt in het onderzoek da we juist die mensen (patiënten die niet frequent op consultatie komen) hadden moeten kunnen bereiken en niet de mensen die vol enthousiast instapten, dit zijn meestal mensen die reeds proberen op hun levensstijl te letten. "*
>
> Arts 2: "*… sensibilisatie mag niet enkel met folders, want wie gaat die folders lezen? De mensen die reeds bezig zijn met hun gezondheid."*
>
> *Arts 3: "Je zit hier (bij opportunistische screening) met een populatie die zich reeds laat volgen …. Ik denk dat de meeste winst zou kunnen worden behaald bij patiënten die je niet gezien en dus niet gescreend hebt. … ik vrees dat we deze (hoogrisicopatiënten) er niet uit gehaald hebben, niet op deze manier."*

b. Gebrek aan ondersteuning bij registratie van gegevens:

HALT2Diabetes voorziet geen medewerkers die deelnemen aan het rekruteringsproces binnen de huisartspraktijken. Er werd getracht de werkbelasting bij de huisartsen zo laag mogelijk te houden door deze enkel te belasten met de screening, selectie, registratie en verwijzing van risicopatiënten. Het informeren en motiveren van patiënten werd gepland na verwijzing tijdens een intakegesprek bij de coach in de regio.
Uit de interviews blijkt echter dat het informeren en motiveren van patiënten geen drempel vormt, maar dat bij het registreren van de patiëntgegevens ondersteuning nodig is voor de haalbaarheid van het project [3].

c. Onzekerheid over de aanvang van de leefstijlsessies:

Gedurende de vooropgestelde rekruteringsfase in onze regio was de participatie van huisartsen initieel zeer laag met als gevolg een tekort aan verwezen patiënten. Daarom was er lang geen zekerheid dat het leefstijlproject zou kunnen doorgaan. Eind januari 2015 werd door de Stuurgroep en belangrijke HALT2Diabetes partners de beslissing gemaakt om in onze regio de rekruteringsfase met 2 maanden te verlengen en de start van het leefstijlproject te verschuiven.

Omwille van deze onzekerheid en verschuiving waren de exacte locaties, data en uren van de leefstijlsessies niet gekend. Deze informatie kon dus nog niet worden meegedeeld aan de patiënt tijdens het informerend en motiverend gesprek door de artsen [3].
Daarbij had deze onzekerheid een negatieve invloed op de participatie tot screening bij de artsen [3].

> Arts 3: "*Ik heb voor mezelf lang het gevoel gehad: 'het is te hopen dat het doorgaat, want anders we zijn hier mensen warm aan het maken voor niets'…dat had invloed op de participatie.*"

F) Contextgerelateerde factoren.

1. Belemmerende factoren.

a. Gebrek aan ondersteuning van huisartspraktijken bij preventie van DM2:

Tot 1 januari 2016 bestond een nomenclatuur voor systematische preventie bij personen tussen de 45 en 75 jaar onder de vorm van het GMD+. Hiervoor werd de huisarts financieel ondersteund (10.8€ per patiënt per jaar). Na deze datum verdween dit systeem en werd het GMD+ samengevoegd met het afsluiten van het GMD. De huisarts ontvangt dan automatisch bij het afsluiten van het GMD de som van 55€ (ipv 30€) voor extra preventieve taken bij een patiënt in de leeftijdscategorie 45-74 jaar, maar enkel als deze patiënt reeds in het bezit is van het statuut "chronisch zieke". Bijgevolg valt de ondersteuning voor preventie bij patiënten zonder ziekte, maar met een hoog risico op het ontwikkelen van ziekte, zoals DM2, volledig weg. Momenteel wordt preventie bij de huisarts op geen enkele manier ondersteund.
Het investeren van tijd in de organisatie en het uitvoeren van extra preventieve taken is niet haalbaar binnen een drukke praktijkagenda zonder hetzij kosteloze administratieve ondersteuning in de praktijk zelf of een compensatie voor de verantwoordelijke van deze taken [3].

> *Arts 2: "We zouden bevoordeeld via ons medisch programma mensen opsporen met verhoogde BMI, buikomtrek, glycemie, lipiden, met familiale antecedenten. Maar daarvoor moeten we ons eigen programma voldoende kennen. En hulp van externen zou wel zinvol zijn, dat iemand samen met ons kijkt hoe we kunnen opzoeken in ons computerprogramma…"*
>
> *Arts 3: "Je moet verschillende taken uit de consultatie kunnen halen en delegeren. … dit (het de rekruteringsstrategie) heeft maar gewerkt bij ons omdat er iemand tijd in wou en moest steken (de projectleider), anders had dit niet gelukt."*

b. Gebrek aan terugbetaling van leefstijlbegeleiding in de lokale gemeenschap:

Binnen HALT2Diabetes kwamen enkel patiënten met een sterk verhoogd risico op DM2 (FINDRISC-score ≥12) en een CVR ≥5% in aanmerking voor het leefstijlproject. Patiënten met enkel een (sterk) verhoogd risico op DM2 konden enkel verwezen worden naar het lokaal leefstijlaanbod. Binnen dit aanbod bestaat geen enkele vorm van gratis of goedkope ondersteuning (vb.: sportclubs, diëtist, fitness) en is de kwaliteit van begeleiding vaak evenredig met de prijs. Op deze manier bestaat er een klassengeneeskunde binnen preventieve zorg.
Door het aanbieden van gratis alternatieve vormen van leefstijlbegeleiding binnen, maar ook buiten HALT2Diabetes voor mensen met een (sterk) verhoogd risico op DM2 of een matig tot hoog CVR, kunnen ook deze risicopatiënten voldoende ondersteund worden bij leefstijlaanpassingen [3].

> Arts 2: "*…Er mag gerust meer aanbod zijn voor haalbaar bewegen, ook voor de jongere patiënten, ook buiten HALT2Diabetes…."*
>
> *Arts 3: "Wij werken samen met een diabetesverpleegkundige, vroeger kon zij enkel ingezet worden bij diabeten die met insuline werden behandeld, nu kan je ze al inzetten voor patiënten zonder insuline. Misschien is het kunnen inzetten van de diabetesverpleegkundige bij hoogrisicopatiënten een " to do" voor het beleid…"*

V. Discussie

1. Bespreking

a. Motivatie en informatie bij de huisarts:

Dit praktijkproject verschaft belangrijke informatie over het effect van een motivationeel en informatief gesprek bij de huisarts op de participatie van patiënten. Dit gesprek bleek onvermijdelijk binnen de screening en van grote waarde om de motivatie tot deelname bij patiënten te versterken.

5 studies uit de gevonden literatuur bespraken de rol van de huisarts binnen het rekruteringsproces van leefstijlprojecten (31,50,40,52). Consistent met onze resultaten bleek de vertrouwensband tussen arts en patiënt belangrijke motivator voor patiënten om deel te nemen. Uit patiënteninterviews van Linmans JJ et al. (52) blijkt dat de huisarts vooral belangrijk is in kader van informeren, motiveren en opvolgen van de patiënt. Het selecteren en registreren werd gedaan door de praktijkassistente.

b Identificatie van hoogrisicopatiënten:

Het identificeren van hoogrisicopatiënten via het EMD was niet mogelijk. De lijst opgesteld op basis van de dossierkennis van de artsengroep was accuraat, maar beperkt. De “An Ounce of Prevention”-studie (21), “ADDITION-Europe” -studie (22,23), “FLIP”-studie (29) en “SLIMMER”-studie (19,20) toonden aan dat door gebruik van het EMD een grote groep hoogrisicopatiënten kan worden geïdentificeerd. Via onze methode werd en veel potentiele deelnemers voor het leefstijlproject niet geïdentificeerd en dus niet gecontacteerd. Door gebruik van het EMD zou een hogere participatie in onze regio kunnen zijn bekomen. In het praktijkproject werden door middel van opportunistische screening enkele patiënten uit deze groep alsnog geïdentificeerd (zie tabel E en F)

c. Exclusie bij de huisarts:

De helft (53%)van de patiënten die instroomden in het praktijkproject via opportunistische screening hadden prediabetes. De verklaring hiervoor is selectie tijdens opportunistische screening, waarbij voornamelijk patiënten met prediabetes werden aangesproken om deel te nemen aan het project. Dit heeft als voordeel een kortere selectieprocedure en een zekerheid dat deze patiënten kunnen deelnemen aan de leefstijlsessies.

Selectief screenen door huisartsen werd ook geconstateerd in de studie van Linmans JJ (52). Dit werd gedaan om tijdinvestering in patiënten die niet gemotiveerd zijn of niet in aanmerking komen te vermijden. Uit deze resultaten kunnen we afleiden dat selectie zou kunnen vermeden worden door leefstijlbegeleiding te garanderen voor elke patiënt waarbij tijdens screening een sterk verhoogd risico op DM2 werd vastgesteld.

In de “Sydney Diabetes Prevention Program”-studie (40,41), “DE-PLAN Catalonië”-studie (15-17) en de “FIN-D2D”-studie (26-28) werd dit vermeden door aan alle patiënten met een verhoogd risico op DM2 een vorm van leefstijlbegeleiding aan te bieden. In de “GOAL”-studie (24,25) mochten patiënten die tijdens de studie werden gediagnosticeerd met DM2 het leefstijlprogramma volgen, ondanks dit een exclusiecriterium was.

In ons project was slechts 6 van de 17 patiënten die instroomden via opportunistische screening jonger dan 60 jaar. Nochtans komt een leeftijd van 45 tot 54 jaar en 55 tot 64 jaar overeen met een puntenwaarde van 2 en 3 respectievelijk op de FINDRISC-vragenlijst en zou een grotere instroom van deze leeftijdscategorieën te verwachten zijn.

Ook hier is er waarschijnlijk sprake van een zekere patiëntenselectie tijdens screening. Een persoon ouder dan 60 jaar heeft omwille van het doorwegende leeftijdsaspect bij de SCORE- risicostratificatie voor CVR een veel hogere kans om in aanmerking te komen voor de leefstijlsessies.
In de literatuur werd geen enkele andere studie gevonden die screende in een doelgroep met brede leeftijdsgrenzen, maar waarbij een bepaald inclusiecriterium zeer leeftijdsafhankelijk was. Het initieel gaan screenen op het CVR via de SCORE-lijsten in plaats van de FINDRISC-vragenlijst zou dit kunnen oplossen, maar dan wordt het doel van de studie voorbijgestreefd. Een betere oplossing werd voorgesteld in de "Hoorn Prevention"-studie (53). Hier werd bij relatief jonge patiënten het CVR ingeschat door hun klinische parameters te extrapoleren naar de leeftijd van 60 jaar. Op deze manier kan het CVR als criterium behouden blijven zonder de leeftijdsafhankelijke factor. Het toepassen van dergelijk systeem inzake CVR zou door HALT2Diabetes verder kunnen worden onderzocht.

d. Bereiken van een beperkt publiek:

Er werden geen nieuwe diagnosen van diabetes gesteld naar aanleiding van het project omdat er geen extra bloedafnames werden verricht. Ook dit zou het gevolg kunnen zijn van selectief screenen. Belangrijk is echter te benadrukken dat er geen instroom was vanuit de lokale gemeenschap naar aanleiding van de sensibilisatiecampagne. De patiënten die werden gescreend tijdens de consultatie lieten zich reeds goed opvolgen bij de huisarts.
In de Deense deelstudie van de "ADDITION-Europe" studie (22,23) was de conclusie dat via opportunistische screening 19-22.5% van de patiëntenpopulatie niet werd bereikt. Ook in ons praktijkproject werd door afwezigheid van instroom vanuit de lokale gemeenschap een zeer belangrijke patiëntengroep, die zich niet laat opvolgen door de huisarts, gemist.

HALT2Diabetes maakte in onze regio vooral gebruik van passieve contactmethoden bij sensibilisatie, namelijk advertenties in kranten, posters, folders in de wachtzaal, bij de apotheek en in dienstencentra. Verschillende studies (31,36,45,46) rapporteerden een zeer lage instroom via deze rekruteringsmethoden, variërend van 1% tot 16% van het aantal participerende patiënten.

Tijdens de rekruteringsfase waren er folders en FINDRISC-vragenlijsten beschikbaar in de wachtzaal van de praktijk en in apotheken.
De Deense deelstudie van de "ADDITION-Europe" studie (22,23) bekwam via het beschikbaar stellen van risicoscorelijsten in de wachtzaal van huisartsen, een patiëntenrespons van 28-45%.
Betere participatiecijfers werden bekomen in de "GGT"-studie (44) waar de "Diabetes Risk Score tool"-vragenlijst werd afgenomen bij patiënten in de wachtkamer en aan de receptieruimte van huisartspraktijken door studiemedewerkers. Ruim 2/3 van de patiënten vulde deze in.
De studies geven evenwel aan dat deze strategie een grote investering van middelen vereist. Om dit te drukken zouden huisartsen of praktijkassistenten de FINDRISC-vragenlijst actief kunnen aanbieden aan patiënten in de wachtzaal. Hoewel sensibilisatie via folders in de wachtzaal zich ook beperkt tot personen die de huisarts bezoeken, zou hier een grotere participatiegraad kunnen worden bekomen.

Een rekruteringsoptie die binnen HALT2Diabetes niet werd geëxploreerd, was samenwerking met bedrijven om medewerkers te screenen en begeleiden naar leefstijlverbetering. Uit onze patiënteninterviews bleek dat er interesse was naar een dergelijk systeem. Dit biedt praktische voordelen als tijdswinst voor wat betreft verplaatsing en het nuttig vullen van de pauzes.
De literatuur toont aan dat deze strategie zeer succesvol was, met participatiecijfers van 77% tot 93.6% (33,47,48). Deze rekruteringsstrategie zou verder onderzocht kunnen worden.

e. Praktijkondersteuning als voorwaarde voor succes:

De rol van de projectleider was deze van coördinator en onderzoeker. Om het project te ondersteunen fungeerde hij ook als studiemedewerker. Taken als opbellen van hoogrisicopatiënten, informeren en motiveren van patiënten, registreren van patiëntengegevens op het elektronisch platform en verwijzen van patiënten werden bijna integraal gedelegeerd naar de projectleider.

De reden dat deze taken door de projectleider werden uitgevoerd was voornamelijk de te grote tijdsinvestering die deze met zich meebrengen.
In de literatuur wordt opgemerkt dat slechts een beperkt aantal projecten (22,31,40,42,45,50,53) beroep doen op de huisarts voor het contacteren van patiënten, het afnemen van klinische parameters en het registreren van patiëntgegevens. Meestal werd dit gedaan door praktijk- of studieverpleegkundigen. Aangezien in onze praktijk geen beroep kon worden gedaan op de praktijkassistente of een studiemedewerker, hadden de artsen te weinig ondersteuning en zou het project zonder medewerking van de projectleider niet zijn kunnen doorgaan.
Zowel uit de literatuurstudie (21,31,34,35,37,40,41,52) als uit het praktijkproject blijkt dat voldoende ondersteuning en vergoeding hetzij vanuit de studie zelf, hetzij vanuit het beleid essentieel is voor de haalbaarheid van een leefstijlproject in de eerste lijn waarbij de huisarts als spilfiguur fungeert.

2. Sterktes van het praktijkproject

a. Interviews bij artsen en patiënten:

De resultaten voor het praktijkproject werden verkregen via semi-gestructureerde interviews bij artsen én patiënten. Dit zorgt voor een complementaire manier van informatieverzameling naast het onderzoek van HALT2Diabetes zelf en een belangrijke meerwaarde in het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren binnen het rekruteringsproces.

b. Maximale diversiteit binnen het patiëntenonderzoek:

Voor de patiënteninterviews werd naar analogie met de studie van Linmans JJ et al. (52) beroep gedaan op vrijwillig participerende patiënten die de selectieprocedure hebben doorlopen. Het interviewen van gemotiveerde patiënten kan de resultaten beïnvloeden. Er werd echter getracht een zo gevarieerd mogelijke groep te ondervragen. Er werden mannen en vrouwen, rokers en niet-rokers, gepensioneerde en werkende, verwezen en niet-verwezen patiënten met uiteenlopende risicoprofielen en uit elke leeftijdscategorie geïnterviewd. Op deze manier werden vanuit diverse perspectieven resultaten verzameld en deze vertekening zoveel mogelijk beperkt.

3. Zwaktes van het praktijkproject

a. Een kleinschalig praktijkproject:

Dit praktijkproject ging door in één huisartspraktijk met een eigen praktijkcultuur waarbinnen reeds aandacht was voor preventie en met een specifieke patiëntenpopulatie van voornamelijk patiënten van autochtone origine uit de socio-economische middenklasse. De resultaten dienen geïnterpreteerd te worden binnen deze context en kunnen niet zomaar worden veralgemeend.

b. Gebrek aan registratie tijdens screening:

Er werd tijdens dit praktijkproject niet geregistreerd hoeveel patiënten er opportunistisch werden gescreend met de FINDRISC-vragenlijst. Enkel de gegevens van patiënten met een score ≥12 en verder wensten deel te nemen aan het rekruteringsproces werden geregistreerd. Het gebrek aan informatie van patiënten met een FINDRISC-vragenlijst <12 of patiënten die niet gemotiveerd waren tot verdere deelname aan het rekruteringsproces had echter geen invloed op de resultaten. Omwille van het doel van dit praktijkverbeterend project was het enkel nuttig patiënten te interviewen die het rekruteringproces effectief hadden doorlopen.
Het nagaan van argumenten van patiënten om niet deel te nemen aan het rekruteringsproces binnen een leefstijlproject kan interessante informatie opleveren voor de wetenschappelijke equipe van HALT2Diabetes en kan een onderwerp zijn voor een complementair onderzoeksproject.

c. De HAIO als onderzoeker

Belangrijk is op te merken dat de projectleider ook fungeert als HAIO in de groepspraktijk. Het feit dat de interviews bijgevolg door een arts uit de praktijk zelf werden afgenomen, kan invloed gehad hebben op de antwoorden van de patiënten. Patiënten kunnen bewust of onbewust onjuiste antwoorden geven die passen binnen de vertrouwensband met de arts of die wenselijk zijn binnen de gebruikelijke normen en waarden. Vooral bij vragen die toetsen naar de rol en de meerwaarde van de huisarts in het rekruteringsproces is er risico op overschatting.

VI. Conclusie

1. Aanbevelingen naar de wetenschappelijke equipe van HALT2Diabetes.

De sensibilisatiecampagne in onze lokale gemeenschap was niet succesvol, geen enkele patiënt werd via deze weg gescreend. Hoogstwaarschijnlijk ligt een gebrek aan zichtbaarheid van het project aan de basis van dit belangrijk probleem.

→Het is aanbevolen om de sensibilisatiecampagne te intensifiëren en uit te breiden naar media die dichter staat bij de directe leefomgeving van de patiënt: televisie, kranten, radio, hobby- en sportverenigingen, religieuze centra, populaire websites en sociale media. Het aanbieden van screeningsprogramma's in bedrijven biedt zeer gunstige perspectieven en kan verder worden geëxploreerd en geïmplementeerd.

Binnen het huidig gezondheidssysteem is het essentieel dat de huisarts het initiatief neemt om patiënten te informeren over gezonde leefstijl. Identificeren, contacteren en screenen van (hoogrisico)patiënten neemt echter veel tijd in beslag buiten de gebruikelijke consultatie-uren.

→Het is aanbevolen om huisartsen te ondersteunen bij deze taken door het beschikbaar stellen van

- gebruiksvriendelijke contactmethoden zoals contactname via brieven of via een mailingsysteem
- kosteloze administratieve ondersteuning in de huisartspraktijk
- ondersteuning bij het gebruik van de medische software ter identificatie van hoogrisicopatiënten.

Zowel bij screenen via de FINDRISC-vragenlijst als bij het begeleiden van patiënten naar leefstijlverandering is het informeren en motiveren van patiënten belangrijk, reeds vooraf aan de verwijzing naar het intakegesprek. Daarbij is de huisarts de best geplaatste persoon voor deze taak.

→Het is aanbevolen om een motivationeel en informatief gesprek bij de huisarts in te plannen in de rekruteringsmethode en de huisartsen hiervoor te ondersteunen met een gebruiksvriendelijk draaiboek met zowel alle praktische als inhoudelijke informatie over het leefstijlproject.

Het registreren van patiëntgegevens op de huidige manier is niet haalbaar.

→Het is aanbevolen

- het elektronisch registratieplatform te integreren in het EMD
- de registratie te beperken tot de FINDRISC-vragenlijst en de SCORE-risicostratificatie
- een mogelijkheid tot registratie op papier aan te bieden
- een kosteloze administratieve ondersteuning voor de huisarts beschikbaar te stellen voor deze taak.

Het bestaande leefstijlaanbod in de lokale gemeenschap is beperkt en vaak duur. Het excluderen van gemotiveerde patiënten met een hoog risico op DM2 heeft een demotiverend effect op de artsen.

→Het is aanbevolen een vorm van leefstijlbegeleiding aan te bieden binnen HALT2Diabetes aan elke patiënt met een FINDRISC-score ≥12 en eventuele exclusie uit te stellen tot bij het intakegesprek

Eens de patiënten verwezen waren naar het intakegesprek werd de huisarts niet verder betrokken bij het leefstijlproces. De huisarts had geen zicht op de participatie, progressie en moeilijkheden van deelnemende patiënten tijdens of na het beëindigen van het project. Dit had een negatieve invloed op de motivatie van de artsen en zorgde voor verlies van continuïteit van de zorg.
→Het is aanbevolen tussentijdse feedback te geven aan de huisarts en binnen de structuur van het project een actieve terugverwijzing in te plannen naar de huisarts bij afloop van de leefstijlsessies.

2. Persoonlijke lessen uit dit praktijkproject

Preventie is een belangrijke taak van de huisarts. Het praktijkproject illustreert hoe belangrijk het initiatief van de huisarts is om patiënten aan te zetten om hun leefstijl te evalueren en te verbeteren. Binnen het huidige gezondheidssysteem worden patiënten niet gestimuleerd om zelf te consulteren omwille van een hulpvraag in verband met leefstijladvies. Huisartsen mogen niet wachten op andere partijen binnen het gezondheidssysteem of op de patiënten zelf om actie te ondernemen naar preventie toe. Het is de taak van de huisarts om patiënten actief te informeren over de ongezonde aspecten van hun leefstijl en ze te begeleiden bij leefstijlverbetering.

Het is belangrijk dat huisartsen er zich van bewust zijn dat patiënten veel waarde hechten aan hun advies. De vertrouwensband arts-patiënt biedt een ideaal kader om de motivatie tot leefstijlverbetering bij patiënten te versterken.

Om efficiënt aan preventie te doen, is het noodzakelijk om binnen de huisartspraktijk een gestructureerd systeem te ontwikkelen. Idealiter is dit een combinatie van opportunistische screening en van actieve contactname. Het laatste is essentieel om patiënten te bereiken die zelden de huisarts bezoeken, maar een gekend risico hebben op het ontwikkelen van ziekte. De structuur en invulling van dit systeem moet bepaald worden binnen elke praktijk afzonderlijk, naargelang de prioriteiten van de artsen, de noden van de patiëntenpopulatie en de mogelijkheden binnen de praktijkorganisatie.
Een randvoorwaarde voor identificatie van hoogrisicopatiënten binnen een patiëntenpopulatie, is het correct gebruik van het EMD. Hiervoor is het belangrijk dat de arts vaardig is in het coderen van gegevens en het gebruik van analytische functies van het medisch programma.

Ten slotte is mij duidelijk geworden dat zelfs binnen onze patiëntenpopulatie die vooral bestaat uit geschoolde autochtone personen uit de sociale middenklasse, er veel misverstanden bestaan over het concept “gezonde leefstijl”. Ook zijn de gevolgen van een ongezonde leefstijl en geassocieerde ziekte te weinig gekend. Het is naar mijn mening de taak van zowel het beleid, als de medische opleidingscentra , maar ook de huisartsen om meer tijd en middelen te investeren in sensibilisatie binnen de lokale gemeenschap. HALT2Diabetes op een haalbare manier implementeren op grote schaal vormt hierbij een mooie eerste stap in de goede richting.

VII. Bronnen:

1.Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis.BMJ. 2007 Feb 10;334(7588):299.

2.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 Aug;32(8):1418-20.

3. Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, Ilanne-Parikka P, Aunola S, J; Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Diabetologia. 2013 Feb;56(2):284-93.

4. Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten D/2014/2505/52 – intern referentienummer: PHS Report 2014-030

5. Colagiuri R., Jonathan Brown J., Dain K. et al. Global Diabetes Plan 2011-2020. International Diabetes Federation. 2010

6. Iberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. Diabet Med 2007;24: 451-463.

7.Lindström J, Neumann A, Sheppard KE, Gilis-Januszewska A, Greaves CJ et al. 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.

8. Diabetes Liga. Preventie van type 2 diabetes bij volwassenen: Kernboodschappen voor zorgverleners en intermediairen. september 2013. Beschikbaar via: http://www.diabetes.be/sites/default/files/13/diabetesliga_kernboodschappendiabetespreventie.pdf Geraadpleegd op 8 september 2015

9. 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 Oct;35(4):357-63.

10. Paulweber B, Valensi P, Lindström J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M et al. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. Horm Metab Res. 2010 Apr;42 Suppl 1:S3-36.

11. 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 May;55(5):1319-28.

12.Patja K, Jousilahti P, Hu G, Valle T, Qiao Q, Tuomilehto J. Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk of type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. J Intern Med. 2005 Oct;258(4):356-62.

13. Diabetes Prevention Program Research Group. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Sep 11.

14.Philip Koeck, Hilde Bastiaens, Katrien Benhalima, Hanne Cloetens, Luc Feyen, Patricia Sunaert, Paul Van Crombrugge, Inge Van Pottelbergh, Esther van Leeuwen, Ann Verhaegen, Frank Nobels; met medewerking van Elissah Hendrickx, Ineke Meul en Johan Wens. Richtlijn: Diabetes mellitus type 2. Update mei 2015. Internet site DOMUS MEDICA. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/diabetes-type-2-horizontaalmenu-378.html. Geraadpleegd op 20 januari 2016.

15)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 May;55(5):1319-28.

16)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 Aug 4;11:623.

17) Umpierrez GE1, Pasquel FJ. Primary prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in primary care setting. Rev Clin Esp (Barc). 2014 Mar;214(2):79-82. doi: 10.1016/j.rce.2013.11.004. Epub 2013 Dec 11.

18)Sakane N, Sato J, Tsushita K, Tsujii S, Kotani K, Tsuzaki K, Tominaga M, Kawazu S, Sato Y, Usui T, Kamae I, Yoshida T, Kiyohara Y, Sato S, Kuzuya H; Japan Diabetes Prevention Program (JDPP) Research Group. Prevention of type 2 diabetes in a primary healthcare setting: three-year results of lifestyle intervention in Japanese subjects with impaired glucose tolerance. BMC Public Health. 2011 Jan 17;11(1):40.

19)Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen SC, ter Beek J, Hiddink GJ, Feskens EJ. SLIMMER: a randomised controlled trial of diabetes prevention in Dutch primary health care: design and methods for process, effect, and economic evaluation. BMC Public Health. 2014 Jun 14;14:602.

20)Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen SC, ter Beek J. Feasibility and potential impact of the adapted SLIM diabetes prevention intervention in a Dutch real-life setting: the SLIMMER pilot study. Patient Educ Couns. 2014 Oct;97(1):101-7.

21) Liddy CE, Cullen-Arseneau P, Merizzi S, Blazhko V. "An ounce of prevention": a primary care based prevention program for pre-diabetic population. Can J Diabetes. 2013 Feb;37(1):12-7.

22)Dalsgaard EM, Christensen JO, Skriver MV, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Sandbaek A. Comparison of different stepwise screening strategies for type 2 diabetes: Finding from Danish general practice, Addition-DK. Prim Care Diabetes. 2010 Dec;4(4):223-9.

23)van den Donk M, Sandbaek A, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Simmons RK, Wareham NJ, Griffin SJ, Davies MJ, Khunti K, Rutten GE. Screening for type 2 diabetes. Lessons from the ADDITION-Europe study. Diabet Med. 2011 Nov;28(11):1416-24.

24) Absetz P, Valve R, Oldenburg B, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Ilvesmäki V, Talja M, Uutela A. Type 2 diabetes prevention in the "real world": one-year results of the GOAL Implementation Trial. Diabetes Care. 2007 Oct;30(10):2465-70.

25)Absetz P, Valve R, Oldenburg B, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Ilvesmäki V, Talja M, Uutela A. Type 2 diabetes prevention in the "real world": one-year results of the GOAL Implementation Trial. Diabetes Care. 2007 Oct;30(10):2465-70.

26)Rautio N, Jokelainen J, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Saaristo T, Peltonen M, Moilanen L et al. Lifestyle intervention in prevention of type 2 diabetes in women with a history of gestational diabetes mellitus: one-year results of the FIN-D2D project. J Womens Health (Larchmt). 2014 Jun;23(6):506-12.

27)Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyövälti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Jokelainen J, Peltonen M, Oksa H, Tuomilehto J, Uusitupa M, Keinänen-Kiukaanniemi 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). Diabetes Care. 2010 Oct;33(10):2146-51.

28)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. Int J Circumpolar Health. 2007 Apr;66(2):101-12.

29)Dawes D, Ashe M, Campbell K, Cave D, Elley CR, Kaczorowski J, Sohal P, Ur E, Dawes M. Preventing diabetes in primary care: a feasibility cluster randomized trial. Can J Diabetes. 2015 Apr;39(2):111-6.

30)Yates T, Davies MJ, Henson J, Troughton J, Edwardson C, Gray LJ, Khunti K. Walking away from type 2 diabetes: trial protocol of a cluster randomised controlled trial evaluating a structured education programme in those at high risk of developing type 2 diabetes. BMC Fam Pract. 2012 May 29;13:46.

31)Assendelft WJ1, Nielen MM, Hettinga DM, van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJ, Schellevis FG, van Oosterhout MJ. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i126-i131.

32)Lindström J, Absetz P, Hemiö K, Peltomäki P, Peltonen M. Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity - efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland. Public Health Nutr. 2010 Jun;13(6A):993-9.

33)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 Apr;27(4):459-65.

34)Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, Baan CA, Schelfhout JD, Westert GP, van Oers HA. Behavior change in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention content. BMC Fam Pract. 2013 Jun 7;14:78.

35)Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, de Vries JH, van Oers HA, Westert GP. Lifestyle counseling for type 2 diabetes risk reduction in Dutch primary care: results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years. Diabetes Care. 2011 Sep;34(9):1919-25.

36)Penn L, Lordon J, Lowry R, Smith W, Mathers JC, 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(4): 175-181.

37)Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, van Oers JA, Westert GP. An active strategy to identify individuals eligible for type 2 diabetes prevention by lifestyle intervention in Dutch primary care: the APHRODITE study. Fam Pract. 2010 Jun;27(3):312-9.

38)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.

39)Christensen JO, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K. Population-based stepwise screening for unrecognised Type 2 diabetes is ineffective in general practice despite reliable algorithms. Diabetologia. 2004 Sep;47(9):1566-73.

40)Colagiuri S, Vita P, Cardona-Morrell M, Singh MF, Farrell L, Milat A, Haas M, Bauman A. The Sydney Diabetes Prevention Program: a community-based translational study. BMC Public Health. 2010 Jun 10;10:328..

41)Vita P, Cardona-Morrell M, Bauman A, Singh MF, Moore M, Pennock R, Snow J, Williams M, Jackson L, Milat A, Colagiuri S. Type 2 diabetes prevention in the community: 12-Month outcomes from the Sydney Diabetes Prevention Program. Diabetes Res Clin Pract. 2016 Feb;112:13-9.

42)Davis-Lameloise N, Hernan A, Janus ED, Stewart E, Carter R, Bennett CM, O'Reilly S, Philpot B, Vartiainen E, Dunbar JA; Melbourne Diabetes Prevention Study (MDPS) research group. The Melbourne Diabetes Prevention Study (MDPS): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013 Jan 31;14:31.

43)Dunbar J, Hernan A, Janus E, Davis-Lameloise N, Asproloupos D, O'Reilly S, Timoshanko A, Stewart E, Bennett CM, Johnson G, Carter R; Melbourne Diabetes Prevention Study research group. Implementation salvage experiences from the Melbourne diabetes prevention study. BMC Public Health. 2012 Sep 19;12:806.

44)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 (GGT) Diabetes Prevention Project. BMC Public Health. 2007 Sep 19;7:249.

45)Green LW1, Brancati FL, Albright A; Primary Prevention of Diabetes Working Group. Primary prevention of type 2 diabetes: integrative public health and primary care opportunities, challenges and strategies. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i13-23.

46)Rubin RR, Fujimoto WY, Marrero DG, Brenneman T, Charleston JB, Edelstein SL, Fisher EB, Jordan R, Knowler WC, Lichterman LC, Prince M, Rowe PM; DPP Research Group. The Diabetes Prevention Program: recruitment methods and results. Control Clin Trials. 2002 Apr;23(2):157-71.

47)Taradash J, Kramer M, Molenaar D, Arena V, Vanderwood K, Kriska AM. Recruitment for a Diabetes Prevention Program translation effort in a worksite setting. Contemp Clin Trials. 2015 Mar;41:204-10.

48)Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V; Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). Diabetologia. 2006 Feb;49(2):289-97.

49)Ranjani H, Weber MB, Anjana RM, Lakshmi N, Narayan KM, Mohan V. Recruitment challenges in a diabetes prevention trial in a low- and middle-income setting. Diabetes Res Clin Pract. 2015 Oct;110(1):51-9.

50)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 Aug;58(553):541-7.

51)Linmans JJ, Spigt MG, Deneer L, Lucas AE, de Bakker M, Gidding LG, Linssen R, Knottnerus JA. Effect of lifestyle intervention for people with diabetes or prediabetes in real-world primary care: propensity score analysis. BMC Fam Pract. 2011 Sep 13;12:95.

52)Linmans JJ, van Rossem C, Knottnerus JA, Spigt M. Exploring the process when developing a lifestyle intervention in primary care for type 2 diabetes: a longitudinal process evaluation. Public Health. 2015 Jan;129(1):52-9.

53)van Wier MF, Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Nijpels G, van Tulder MW. Economic evaluation of a lifestyle intervention in primary care to prevent type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases: a randomized controlled trial. BMC Fam Pract. 2013 Apr 4;14:45.

54)Eriksson J, Lindström J, Valle T, Aunola S, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Lauhkonen M, Lehto P, Lehtonen A, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Rastas M, Sundvall J, Turpeinen A, Viljanen T, Uusitupa M, Tuomilehto J. Prevention of Type II diabetes in subjects with impaired glucose tolerance: the Diabetes Prevention Study (DPS) in Finland. Study design and 1-year interim report on the feasibility of the lifestyle intervention programme. Diabetologia. 1999 Jul;42(7):793-801.

55)Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Aunola S, Cepaitis Z, Hakumäki M, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Moltchanov V, Rastas M, Salminen V, Sundvall J, Uusitupa M, Tuomilehto J. Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the Finnish Diabetes Prevention Study: results from a randomized clinical trial. J Am Soc Nephrol. 2003 Jul;14(7 Suppl 2):S108-13.

56)Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, Ilanne-Parikka P, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M, Tuomilehto J; Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Diabetologia. 2013 Feb;56(2):284-93.

57)Kosaka K, Noda M, Kuzuya T. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention: a Japanese trial in IGT males. Diabetes Res Clin Pract. 2005 Feb;67(2):152-62.

VIII. Bijlagen

Studieprotocol: Praktijkproject

DEEL 1: ERVARINGEN VAN DE ARTSEN IN ONZE PRAKTIJK BIJ IMPLEMENTEREN VAN HET HALT 2 PROJECT

1) Implementeren van het HALT 2 Diabetes project in mijn praktijk
   - voor details van het HALT 2 Diabetes project zie verder
   - informeren van collega's
   - praktische afspraken binnen de praktijk naar implementatie
2) Registratie en uitschrijven van de methoden gebruikt in onze praktijk inzake:
   - contacteren van patiënten
   - informeren van patiënten
   - motiveren van patiënten
   - registratie en inschrijven van patiënten
3) Evaluatie van de gebruikte methoden van contacteren, informeren, motiveren, registreren en inschrijven van patiënten:
   - individuele gesprekken met de artsen van de praktijk aan de hand van een semigestructureerd interview
   - groepsgesprek binnen de praktijk aan de hand van de resultaten uit de individuele gesprekken.
4) Vergelijken van de methoden van contacteren, informeren, motiveren, registreren en inschrijven van patiënten:
   - voorgestelde methode door HALT 2 Diabetes Project
   - Gebruikte methoden in onze praktijk
   - Gebruikte methoden in de FINDRISC-studie, de studie die als basis diende voor het HALT 2 Diabetes Project.
5) Analyse van bekomen resultaten
6) Formuleren van besluiten en feedback naar de wetenschappelijke equipe van het HALT 2 Diabetes Project vanuit onze praktijk.

DEEL 2: ERVARINGEN VAN DE PATIENTEN IN ONZE PRAKTIJK BIJ IMPLEMENTEREN VAN HET HALT 2 PROJECT

1) Selecteren, contacteren, informeren, motiveren, registreren van de patiënten volgens de afspraken binnen de praktijk.
2) Registratie van een semigestructureerd interview met patiëntengroep uit onze praktijk over hun ervaring en mening over de aanpak van selecteren, contacteren, informeren en registreren.
3) Analyse van de bekomen neerslag van het interview.
4) Formuleren van besluiten en feedback naar de wetenschappelijke equipe van het HALT 2 Diabetes Project vanuit onze patiëntengroep.

Bijlage 1: Studieprotocol

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Patricia SUNAERT
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0390	17-jul-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Patiëntrekrutering binnen het Halt2diabetes project: van plan tot praktijk.
(Manama Koen Coleman)

Belgisch Registratienummer: B670201524494

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 13/07/2015 op opmerkingen EC dd. 09/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 30/03/2015
* Diverse
  - Schriftelijke goedkeuring masterproef binnen halt 2 diabetes + protocol dd. 28/05/2015
  - halt 2 diabetes goedkeuring EC UZ Brussel dd. 08/05/2015
  - Ministrieel besluit Halt 2 project dd. 29/08/2013
  - Flowchart voor screening, vroegdetectie en preventie van type 2 diabetes mellitus
  - Diabetes overzicht intake-draaiboek voor coaches
  - Projectfiche huisartsen
  - Risicotest Gent (mei 2014)
  - Folder Diabetespreventie (Diabetesliga)
  - Handleiding software voor huisartsen
  - Flowchart onze methode
  - Referenties naar wereldwijd onderzoek
* Vragenlijsten
  - Vragenlijst Leefstijlprogramma
  - Vragen aan collega's gebaseerd op flowchart in kleur
* Informatieformulier: informatiebrief (N.)
* Toestemmingsformulier deelnemer studie
* Protocol studie 2.0
* Informatieformulier : Informatie voor de patiënt - Leefstijlprogramma
* Informatie- en toestemmingsformulier mijn masterproef (aangepaste versie cfr. mail dd. 14/07/2015)

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. SUNAERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/07/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 14/07/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

Bijlage 2: Goedkeuring van het Ethisch Comité

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/07/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/07/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/08/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/08/2015

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. R. Rubens, pro Voorzitter.

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. SUNAERT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Bijlage 2: Goedkeuring van het Ethisch Comité (vervolg)

ARTS

-Aan welke deelaspecten van het rekruteringsproces nam u actief deel?
-Voor elk deelaspect: waarom nam u hieraan wel/niet actief deel

PRE-SELECTIE

- Selecteren van patiënten uit het patiëntenbestand van de praktijk die (mogelijks) een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van diabetes omwille van eerdere glycemiewaarden (GNG/GGT/zwangerschapsdiabetes/hoge glycemie om andere reden), micro-albuminurie, familiaal voorkomen van diabetes, levensstijl, biometrie, metabole aandoeningen.
- Selecteren van patiënten die waarschijnlijk gemotiveerd zouden zijn om deel te nemen aan een leefstijlprogramma.

CONTACTEREN

- Aanspreken van een patiënt tijdens een consultatie omwille van een andere hulpvraag.
- Opbellen van patiënten uit het patiëntenbestand van de praktijk die (mogelijks) een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van diabetes omwille van eerdere glycemiewaarden, familiaal voorkomen van diabetes, levensstijl, biometrie, metabole aandoeningen.

SCREENEN

- Overlopen en invullen van de FINDRISC-test met een patiënt.
- Glycemiewaarden uit het medisch dossier opzoeken en overlopen samen met de patiënt.

INFORMEREN/ MOTIVEREN

- Geven van een korte schets over HALT2Diabetes aan de patiënt.
- De patiënt informeren over diabetes.
- De patiënt informeren over de voordelen van een leefstijlprogramma op de gezondheid.
- De patiënt informeren over het praktisch verloop van het project.
- De patiënt uitnodigen voor een tweede consultatie waarin bovenstaande informatie aan bod komt.
    - Ik deed de tweede consultatie zelf
    - Ik verwees voor een tweede consultatie naar een collega

SELECTEREN/ REGISTREREN

- Een bloedafname bij de patiënten waarvan geen gegevens beschikbaar waren in het medisch dossier over nuchtere glycemie of totaal cholesterol/HDL cholesterol.
- Invullen van de administratieve patiëntengegevens op het elektronisch platform.
- Invullen van de vragenlijsten op het elektronisch platform.
- Overlopen met de patiënt en laten ondertekenen van het formulier “informed consent”

VERWIJZEN

- Verwijzen van de patiënt naar het intakegesprek van HALT2Diabetes
- De geïncludeerde patiënt informeren over /verwijzen naar een ander leefstijlprogramma/leefstijlactiviteit.
- De niet-geïncludeerde patiënt informeren over /verwijzen naar een ander leefstijlprogramma/leefstijlactiviteit.
- De patiënt uitnodigen voor een tweede consultatie waarin bovenstaande deelaspecten voor registratie aan bod komt.
    - Ik deed de tweede consultatie zelf
    - Ik verwees voor een tweede consultatie naar een collega

Zou u bepaalde elementen in het gebruikte protocol of in het protocol van HALT2Diabetes anders aanpakken? Welke en hoe?

Bijlage 3: Vragenlijst artseninterviews

PATIENT

PRE-SELECTIE

1a.Op welke manier hoorde u voor het eerst over het bestaan van HALT2Diabetes?

CONTACTEREN

2a.Wat vond u van de manier waarop u werd op de hoogte gebracht van HALT2Diabetes?

2b.Wat is naar uw mening de beste manier om mensen op de hoogte te brengen van het bestaan van een project als HALT2Diabetes?

2c.Vindt het een taak van de huisarts om patiënten op de hoogte te brengen van het bestaan van dergelijke projecten? Vindt u dat patiënten meer moeten gestimuleerd worden tot het nemen van initiatief naar gezondheidspreventie toe?

2d.Was het voor U een meerwaarde dat de huisarts U op de hoogte bracht van het bestaan van dit project? Had dit invloed op uw beslissing om deel te nemen? Zou het een verschil maken mocht een andere persoon dan de huisarts U op de hoogte brengen?

SCREENEN

3a.Heeft uw score op de FINDRISC-vragenlijst invloed gehad op uw motivatie om deel te nemen aan HALT2Diabetes?
Zou de noodzaak tot een nuchtere bloedafname een drempel voor u betekenen om deel te nemen?

3b. Vindt u het belangrijk dat uw FINDRISC-vragenlijst wordt besproken door een gezondheidswerker? Wordt dit best gedaan door een getrainde verpleegkundige? Een leefstijlcoach? De huisarts? De apotheek? Iemand anders? Waarom best deze persoon? Was het voor u een meerwaarde dat dit nu werd gedaan door de huisarts? Waarom was dit wel/niet belangrijk voor u?

3c. Vindt U het bespreken van preventieve projecten een deel van een normale consultatie? Vindt u het bepalen of patiënten in aanmerking komen voor dergelijke preventieve projecten een deel van een dokterconsultatie? Wat vindt u ervan moest dit buiten de consultatie een plaats krijgen? (bespreken /selecteren tijdens aparte consulten? Andere lokalen? Andere personen?)

INFORMEREN/ MOTIVEREN

4a.Na het doorlopen van de FINDRISC-vragenlijst werd HALT2Diabetes kort geschetst.
-De voordelen van het project voor uw gezondheid werden toegelicht.
-Er werd praktische info gegeven over het verloop van het project.
-Er werd ook kort uitleg gegeven over suikerziekte en de invloed van de leefstijl.
Heeft het doorlopen van deze informatie uw keuze om deel te nemen aan HALT2Diabetes beïnvloed? Was dit een meerwaarde?

4b. Was het voor U belangrijk dat deze informatie werd gegeven bij het eerste contact of kan deze informatie in een later stadium worden toegelicht? Heeft het Uw beslissing om deel te nemen beïnvloed? Waarom was dit wel/niet belangrijk?

4c.Was het voor U belangrijk dat U bij dit eerste contact vragen kon stellen over het project of suikerziekte? Waarom was dit belangrijk voor U? Heeft dit uw keuze om deel te nemen beïnvloed?

4d.Wie is best geplaatst om deze informatie met U te overlopen? een getrainde verpleegkundige? Een leefstijlcoach? De huisarts? De apotheek? Iemand anders? Waarom best deze persoon? Was het voor u een meerwaarde dat dit nu werd gedaan door de huisarts?

SELECTEREN/ REGISTREREN

5a.Er werd tijdens het registreren informatie gevraagd om te bepalen of u in aanmerking komt voor HALT2Diabetes. Ook praktisch nuttige informatie werd gevraagd zoals telefoon/Gsm-nr om door te geven aan medewerkers van het project. Wat vond U hiervan?

5b.Om te controleren of iemand in aanmerking kwam was een recent bloedresultaat nodig en soms een bloedafname.
Bij sommige patiënten waren meerdere contacten nodig omdat er een extra bloedafname nodig was.
Is het een meerwaarde voor u dat dit door de huisarts wordt gedaan en waarom wel of niet? Wat zou u ervan vinden dat dit door een verpleegkundige wordt afgenomen. Door wie worden deze bloedresultaten het best besproken?

VERWIJZEN

5c. Bij sommige patiënten werden deze vragenlijsten overlopen tijdens een consultatie voor een andere reden, bij anderen werd hiervoor een afzonderlijke consultatie gepland. Welke aanpak verkiest u en waarom?

5d. Het invullen van de gegevens gebeurde door de huisarts samen met de patiënt tijdens de consultatie. Vindt u het belangrijk dat U dit samen met de huisarts doet? Waarom wel/niet? Wat zou U ervan vinden mocht deze informatie (mits uw goedkeuring) door een medewerker worden gedaan? Wat zou U ervan vinden als U deze thuis zelf dient in te vullen?

5e. U kreeg een verwijsdocument mee, was het voor U eenvoudig om verder contact te nemen met de medewerkers van het project? Waren er hierbij problemen? Wat vindt U van het systeem waarbij U zelf contact dient te nemen?

6a. Het overlopen van deze verschillende stappen, van contacteren tot verwijzen, verliep bij verschillende patiënten op een verschillende manier. Afhankelijk hiervan werd deze informatie overlopen in het verloop van 1-3 consulten. Wat is uw mening hierover?

Bijlage 4: vragenlijst patiëntenинterview

ref. nr.	locatie	setting	inclusiecriteria	rekruteringsstrategie	aantal patiënten	participatiecijfer
15,16, 17	Spanje (Catalonië)	18 eerstelijnscentra	45-75 jaar, FINDRISC>14 of prediabetes)	representatieve lijst binnen populatie huisartspraktijk, actieve contactname door studie, screening via FINDRISC, daarna OGTT (sowieso bij >14pt, anderen vrijwillig), daarna 2e OGTT	2054	81% gescreend, 58% doorliep selectieprocedure, 88,3% van de patiënten die in aanmerking kwamen nam deel aan leefstijlproject
18	Japan (Kyoto)	32 eerstelijnscentra en in bedrijven	GGT, 30-60 jaar	promotie door flyers, posters en mondelinge promotie, in eerstelijnscentra en op de werkvloer, gebruik van reeds gekende medische info in patiëntendossiers	\	\
19, 20	Nederland (Apeldoorn, Doetinchem)	eerstelijnscentra	40-70jaar, prediabetes (veneuze nuchtere glycemie 6.1-6.9 mmol/l) of hoog risico (Dutch Diabetes Risk Test >6)	huisarts identificeert via EMD hoogrisicopatiënten en contacteert via een brief met info over DM2 en studie, ook uitnodiging voor de presentatie van het project tijdens een openbare lezing. Enkele dagen vooraf aan deze presentatie telefonische herinnering door de studiemedewerkers. verdere verwijzing via praktijkverpleegkundige	54	respons op brief 57%
21	Canada (Ontario - Ottowa)	16 huisartsen	prediabetes, >18 jaar, kennis Engelse taal.	1) identificatie adh van EMD uit de huisartspraktijken (n: 286) 2) telefonische uitnodiging (vanuit de studie)	74	80% van de gecontracteerden doorliepen de selectie volledig
22,23	UK (Cambridge, Leicester), Nederland, Denemarken (Kopenhagen, Aarhus, Ringkoebing, Ribe en Zuid Jutland)	UK (Cambridge:49 eerstelijnscentra, Leicester 20 eerstelijnscentra), Denemarken (148 eerstelijnscentra) , Nederland (41 huisartspraktijken)	UK (40-69 jaar, diabetes risicoscore volgens algoritme ≥0,17), Denemarken (40-69jaar), Nederland (50-69 jaar)	UK (extractie van patiënten uit EMD, huisartsen schrijven de hoogrisicopatiënten aan met uitleg en uitnodiging voor glycemietesting, eenmalig een herinneringsbrief) Denemarken (brief met Danish Diabetes Risk Score Questionnaire naar personen tussen 40 en 69 jaar en opportunistische screening bij de huisarts, bij score ≥5 glycemietesting bij de huisarts) Nederland (brief van de Hoorn Symptom Risk Questionnaire naar personen 50-69 jaar. als ≥4 een uitnodiging voor glycemietesting bij de huisarts)	UK (cambridge: 135 825), Denemarken (31671 (via brief) 25618 (via opportunistische screening))	UK (Cambridge: eerste capillaire meting: 73.5%. OGTT : 82% van de potentiele patiënten, Leicester: OGTT: 20% van de potentiele patiënten) Denemarken (respons op brief 9-77% en via opportunistische screening screening 5-61% (gem 45%),in de wachtzaal 28%), OGTT: 62-82% van de potentiele patiënten) Nederland (eerste capillaire meting 25-38%, OGTT: 75-81% van de potentiele patiënten)
24,25	Finland (Paijat-Hame)	16 eerstelijns-centra	50–65 jaar met FINDRISC >11 bij screening + gekende risicofactoren uit EMD (obesitas, hypertensie, prediabetes of hyperlipidemie)	Screening door de praktijkverpleegkundige met gebruik van gekende patiëntengegevens uit het medisch dossier. Verwijzing vanuit eerstelijnscentra naar studieverpleegkundigen. Preventieve counseling door praktijkverpleegkundigen binnen hun gebruikelijke werkschema (rekrutering, labowerk, nemen van klinische parameters) met de FINDRISC- score.	352 voldeden aan de inclusiecriteria	88.6% nam deel aan het project
26,27, 28	Finland (Pirkanmaa, Centraal Finland, Zuid-Ostrobothnia, Noord-Ostrobothnia, Noord-Savo)	400 eerstelijns-centra	>18 jaar, voorgeschiedenis van zwangerschaps-diabetes of prediabetes of coronaire hartziekte of FINDRISC≥15	verdeling van FINDRISC-vragenlijsten via eerstelijnscentra, apothekers, promotie bij events, in kranten e tijdschriften en op het internet , (zelf) hulpgroepen (zoals Weight wachers)+ gebruik van elektronische patiëntengegevens.	vermoedelijk 200,000 gescreend, 10149 (at risk op basis van inclusie-criteria)	78% ging naar OGTT, 69% van de OGTT'ers stapte in
29	Canada (british colombia)	6 huisartsen	>18 jaar en pre diabetes	identificatie van risicopatiënten via EMD (>18 jaar, hbA1c 5,7-6,4% of nuchtere veneuze glycemie 61-6,9mmol/l of OGTT 7.8 - 11.0 mmol/L uit laatste jaar) contactname van de huisarts via brief en daarna telefonische contactname vanuit studie.	180 contactnames via brief	respons op brief 33%
30	UK (Leicester-shire)	10 huisartsen-praktijken	90e percentiel van de Leicester Risk Assessment tool	softwareprogramma (automated Leicester Risk Assessment tool) wordt toegepast op EMD. Dit extraheert automatisch patiënten met hoog risico op DM2 en ordent ze volgens risicogrootte. alle patiënten met een risico in 90e percentiel ontvangen brief met informatie over DM2 en over hun risico. er wordt gevraagd om op een voorgedrukte kaart aan te duiden of ze wensen deel te nemen aan studie. Indien “ja” uitgenodigd door studiemedewerker voor leefstijlprogramma.	\	\
31	Nederland	Huisarts-praktijken	Nielen: 45-70 jaar zonder cardio-metabole ziekte en zonder bloeddrukverlagende of lipidenverlagende medicatie. Kerkhof : 40-75 jaar, Klomp 40-75 jaar	1) contactname via brief (actief) of folders/posters in de wachtzaak (passief) . Er werd gevraagd om een online-risicoschatting in te vullen (op basis van SCORE en FINDRISC: leeftijd, geslacht, BMI, middelomtrek, rookgedrag, familiale voorgeschiedenis van AMI, CVA of DM2). Nadien ook 2e brief (reminder) van huisarts wegens lage participatie (Kerkhof en Klomp boden ook test op papier aan) 2) verwijzing naar de huisarts: eerst risicoschatting voor CVR en DM via labo afname en KO (door arts (14minuten gemiddeld) of assistent. Daarna 2e consultatie voor leefstijladvies bij de arts	Nielen: 617 Kerkhof:1704, Klomp: 2529	Nielen: 1% (passieve contactname)-33% (actieve contactname) (36% na reminder). Kerkhof 69% en Klomp 75% (actief)

Bijlage 5 : context, inclusiecriteria en Rekruteringsmethode per studie uit de literatuurstudie

32	Finland	preventie in een luchtvaart-maatschappij	\	screening met de FINDRISC - vragenlijst tijdens het jaarlijks arbeidskundig medisch onderzoek. Medewerkers met verhoogd risico op DM2 werden verwezen naar diëtist of diabetesverpleegkundige.	\	\
33	Griekenland (Athene)	6 huisarts-praktijken en 6 bedrijven (Hellenic Telecommuni-cations Company, Hellenic Radio-television, the Bank of Greece, een electronica-fabriek, en het University Hospital (Laiko General Hospital))	FINDRISC - score ≥15	7900 FINDRISC-vragenlijsten per post verstuurd naar bedrijven (organiseren van een 'day for diabetes prevention' : verdelen van de scorelijsten tijdens de werkuren + informatie door de studiemedewerkers op de site zelf, bij score ≥ 15 telefonische contactname door het project en verdere uitleg over het project, daarna telefonische uitnodiging en mail voor OGTT) en huisartspraktijken (elke niet-diabeet kreeg de score mee om thuis in te vullen). Er werd gevraagd om de ingevulde scorelijsten terug af te geven bij de huisarts of in het bedrijf. Bij een score ≥15 werd de patiënt per telefoon en mail uitgenodigd door de studiemedewerkers voor een OGTT .	7900 (1500in bedrijven, 6400 in huisartspraktij ken)	respons op post 41% (30% bij de huisartspraktijken, 80% bij de bedrijven), deelname OGTT van hoog risicopatiënten 51% van de personen die in aanmerking kwamen. Van de mensen die in aanmerking kwamen voor de leefstijlsessies deed 76% mee aan de sessies). rekrutering via bedrijven was succesvoller in identificatie (31% vs 83%), recrutering (OGTT bij 50% vs 55%) en deelname (92% vs 67%)) en volbrengen(60% vs 75%) van het project tov via huisartspraktijken.
34,35, 37	Nederland (Eindhoven)	48 huisartspraktij ken	40-70 jaar, FINDRISC>12	per brief werd de FINDRISC-vragenlijst opgestuurd naar de doelgroep. Er werd gevraagd deze ingevuld terug te sturen naar de huisarts. Bij score >12 werden patiënten per brief gevraagd om contact te zoeken met de huisarts.	16 032	54.6% respons op de brief, 73.1% van de hoog risicopatiënten ging op consultatie bij de huisarts
36	UK (Middlesbroug h)	lokale gemeenschap (socio-economische achtergestelde buurten)	45-65 jaar, socio-economische lagere klasse. FINDRISC>7	sociale marketting (advertenties / promotie: advertentie in de gemeenschap via de boodschappen: "leefstijlbegeleiding op maat"," in een groep van gelijkgestemde personen", "streven naar betere levenskwaliteit en kwantiteit"). Geïnteresseerden konden zich aanmelden in het studiecentrum voor selectie (oa. FINDRISC-vragenlijst). FINDRISC≥12 kregen kooklessen en fysieke activiteit in groep. 7-11 kreeg korting in fitness en zwembad. >20 werd verwezen naar huisarts voor controle.	217	90%van diegenen die in aanmerking kwamen stapten in. Ruim 1/4 van de deelnemers hadden over het project gehoord via mond-aan-mond reclame, 16% via Flyers, 6% door informatie in recreatiecentra, 6% via kranten .
38	Amerika (Indianapolis)	lokale gemeenschap (6 YMCA centra)	aanwezigheid van een risicofactor (BMI, voorgeschiedenis, familiale voorgeschiedenis)	1) brief met info over prediabetes en invloed van leefstijl op de ontwikkeling van DM2 willekeurig verdeeld in de gemeenschap (5 mijl rond de YMCA), iedereen met opgelijste risicofactoren voor DM2 werd gevraagd deel te nemen in de YMCA. 2) BMI bepaling. 3) 7-item American Diabetes Association (ADA) diabetes risk assessment 4) bij BMI ≥24 kg/m2 en ADA risk score ≥ 10 een niet-nuchtere capillaire vingerpriktest 5) personen met een waarde groter dan 200 mg/dL werden gestimuleerd om contact te nemen met hun arts. Als ADA risk score ≥10 en CCBG van 110–199 mg/dL (100–199mg/dL als nuchter) werden verwezen naar studie.	535 patiënten gescreend, 131 patiënten kwamen in aanmerking	70% van de gescreende patiënten die in aanmerking kwamen (30% had geen interesse)
39	Denemarken	meerdere huisartspraktij ken	40-69 jaar, Danish Risk Score>5,2	1) verdeling van een brief met epidemiologische info en de risico's van onbehandeld DM2 + de risicotest (Danish Risk Score) via de post, contactname als score≥5 2) random capillaire meting glycemie en HbA1c 3) nuchtere capilaire confirmatie als HbA1c of ≥6.1% of 5.6≤RBG 4) OGTT als R-HbA1c >6,1% en FBG <5,6 of als 5,6<FBG<6,1	60926	screening: 18% . Aanmelding bij huisarts: 18,5% van de totale gescreende populatie. Aanmelding bij huisarts van de groep die in aanmerking kwam: 76,5%. deelname aan volledige selectie: 96%
40,41	Australie (Sydney)	222huisartsen in 83 centra	50-65jaar	1) opportunistische screening + identificatie adh van EMD en gerichte contactname en uitnodiging via mail/brief + bekendmaking van het project via lokale media. 2) risicoschatting via AUSDRISK(The Australian Diabetes Risk Assessment Tool-duurt 5 min) -vragenlijst 3) ≥ 15 is zeer hoog risico dus capillaire glucosemeting bij huisarts 4) daarna indien indicaties voor DM2 nuchtere plasma glucose meting en indien nodig OGTT	4055	30,5% van de gescreende populatie verwezen. 84% van de patiënten met AUSCRISC>14 nam deel. 55% van gescreende populatie kwam niet in aanmerking . 64% van de groep die in aanmerking kwam doorliep selectie en nam deel aan leefstijlprogramma.
42,43	Australie (Melbourn)	huisartspraktij k en lokale gemeenschap (screening)	50-75jaar	AUSDRISC binnen doelgroep. gescreend door huisarts, maar ook langs de huisarts om door leefstijlcoaches , apotheken (studiemedewerkers rekruteren in apotheken.) Promotien in sport en hobby clubs, en evenementen ook niet via huisarts. een score >14 werd verwezen naar de studie	\	\
44	Australie (Hamilton, Horsham en Mount Gambier)	huisartspraktij ken	40-75jaar , The Diabetes Risk Score tool ≥12	opportunistische screening met de The Diabetes Risk Score tool door studieverpleegkundigen in recepties en wachtzalen van huisartsen	1500 gescreend, 523 in aanmerking (score ≥12) 343 deelgenomen	65,6% van de gescreende patiënten met score ≥12

Bijlage 5: context, inclusiecriteria en Rekruteringsmethode per studie uit de literatuurstudie (vervolg)

45,46	USA	27 studiecentra	>25 jaar, BMI ≥24, prediabetes volgens nuchtere veneuze afname en OGTT	studiecentra stuurden brieven en folders over DPP(willekeurige selectie van patiënten op basis van beschikbare administratieve lijsten) informatie in de bevolking via tijdschriften en televisie, advertenties en artikels in kranten. Screening op de werkvloer en in lokale initiatieven. Zeer klein aandeel via screening en verwijzing door huisartsen.	158177	deelname na screening 20%, afhaken tijdens selectie-procedure 48%. inloop via directe mail (29%), via kranten en tijdschriften (14,5%), screening en lokale acties (11,5%), radio en televisie (8,5%), telefonisch contact (4,2%).
47	USA (Pittsburgh)	bedrijf (Bayer Pittsbugh)	≥18 jaar, BMI≥24 kg/m² (22 voor Aziatische etniciteit) , prediabetes en/of metabool syndroom	vooraf een algemene vergadering (CEO en studie-verantwoordelijke informeren alle werknemers over project.) Ook aparte infosessies tijdens lunchpauzes. Daarna werd een brief gestuurd naar de woningen van de werknemers met info en de tijdsschema's van screening en leefstijlsessies. Daarbij werden ook folders verspreid en posters opgehangen en in gemeenschappelijke ruimtes werden kleine promotiestandjes geplaatst. Intern werden herinneringsmails gestuurd. Ook online presentatie ter beschikking. De volgende stap was telefonische pre-screening. Daarna vrijwillige screening tijdens de werkuren en op de werkvloer zelf (pre-diabetes en/of metabool syndroom).	176 telefonisch gescreend	93,6% van de opgebelde werknemers die in aanmerking kwamen doorliepen selectie. 83% van de verwezen nam effectief deel aan de leefstijlsessies
48	India	lokale gemeenschap	prediabetes	rekrutering via screening met capillaire glycemiemeter op de werkvloer van dienstencentra, daarna OGTT ook op de werkvloer	10,839	95,5% van de werknemers gescreend. 77% van de personen met geschikte capillair glycemie namen deel
49	India (Chennai)	lokale gemeenschap en gezondheids-centra	20-65 jaar, BMI>22 of buikomtrek >80 (vrouw) 90(man), prediabetes	rekrutering via screening met capillaire glycemiemeter in gemeenschapsgebouwen, kantoren, scholen, religieuze centra en recreatieve plaatsen (speelpleinen, parken, stranden) daarna OGTT in studiecentra. OOK rechtstreekse verwijzingen naar studiecentra voor OGTT via gezondheidscentra, bestaande studiepopulaties en gerichte advertenties (op het werk, via huisartsen en via advertenties in de krant). OOK rekrutering uit bestaande gegevens in de database van het onderzoekscentrum zelf. Lokale gemeenschap was number needed to screen voor 1 deelnemer 55, in de verwijzingstak 5!	19377 (screening in gemeenschap)	(4166) 21,5% van de geschikte personen na vingerprik + (521) 65% via verwijzing. 95% stapte effectief in in de run-in van het leefstijlprogramma. 85% stapte effectief in in het programma
50	Verenigd Koninkrijk (Sheffield)	1 huisarts-praktijk	pre-diabetes	Bij diagnose van prediabetes tijdens de gebruikelijke werkstructuur van de huisarts, werd de patiënt verwezen.	45	97% van patiënten met pre-diabetes doorliep selectie. 90% van patiënten die in aanmerking kwamen na selectie, participeerden.
51	Nederland (Eindhoven)	4 huisartsen-centra	DM2 of prediabetes	opvolging prediabetes of DM2 in de gebruikelijke praktijkvoering. Bij toestemming tot deelname registreert de huisarts dit in EMD (de studiemedewerkers gaan retrospectief na wie er heeft deelgenomen.). waarna verwijzing naar lifestyle coach, deze stuurt de patiënt naar de meest geschikte begeleiding (3 programma's)	2852 (DM2 of prediabetes)	7,7% (doorgestuurd) 85% naar leefstijlproject
52	Nederland (Maastricht)	2 huisartsen-centra	>18 jaar , DM of pre-diabetes	contacteren via telefoon van patiënten met gekend risico en (volgens artsen) waarschijnlijk geïnteresseerd.	784	0% (0 patiënten met pre-diabetes, wel 9 (1,1%) DM2)
53	Nederland (Hoorn)	10 huisartsen-praktijken	30-50 jaar. Geschat risico op 60 jarige leeftijd voor ontwikkelen van DM2 over 9 jaar of cardiovasculaire sterfte over 10 jaar ≥10%	identificatie van hoogrisicopatiënten op basis van het EMD, informatie en uitnodiging per brief	8193	44% van de aangeschreven patiënten ging in op de brief, 84% van de potentiele patiëntenpopulatie ging in op de uitnodiging van de huisarts
54,55, 56	Finland (Helsinki, Kuopio, Oulu, Tampere and Turku.)	studiesetting	40-65jaar, BMI>25kg/m²	patiëntgegevens (EMD) en opportunistische screening en advertenties via lokale kranten	522	\
57	Japan	eerstelijnscentrum	prediabetes, man, nuchtere glycemie en OGTT resultaat uit database van arbeidsgeneeskundige dienst	uit een database van arbeidsgeneeskundig centrum voor overheidspersoneel werden patiënten geselecteerd (nuchtere glycemie <140 mg/dl en OGTT (100mg - na 2 uur) 160-239mg/dl)	458	\

Bijlage 5: context, inclusiecriteria en Rekruteringsmethode per studie uit de literatuurstudie (vervolg)