



Individuele feedback huisartsen

2016

Geneesmiddelen – Klinische biologie – Medische beeldvorming en pre-operatieve onderzoeken



Januari 2019



RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

DIENST GENEESKUNDIGE VERZORGING

Correspondent : Cel Doelmatige Zorg

E-mail : appropriatecare@riziv.fgov.be

Onze referte: 1802/CO/2019.1105

Brussel, januari 2019

Betreft: informatiecampagne 2019 over de huisartsenpraktijken in België

Beste,

In bijlage kan u een individueel activiteitenverslag terugvinden dat betrekking heeft op uw voorschrijfgedrag in het jaar 2016. Dit heeft als doel uw activiteit in de loop van het desbetreffende jaar op verschillende domeinen te weerspiegelen. Het betreft een feedback van uw voorschrijfgedrag voor bepaalde geneesmiddelen, klinische biologie, medische beeldvorming en preoperatieve onderzoeken en dit op basis van kwaliteitsindicatoren.

Dit rapport richt zich tot de huisartsen met meer dan 500 contacten in 2016 in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Het heeft hoofdzakelijk een didactische rol. Voor de eerste maal is deze feedback gericht naar de huisartspraktijk (solopraktijk of groepspraktijk).

De samenstelling van de groeperingen is gebaseerd op de gegevens zoals vervat in www.myRiziv.be. U kan desgewenst via deze website de samenstelling van de groepspraktijk aanpassen.

Eveneens nieuw is dat u per brief een samenvattende analyse ontvangt met de meest uit het oog springende resultaten mbt de geselecteerde indicatoren. Uw praktijkvoering wordt vergeleken met een referentiegroep. Op uw persoonlijke pagina van uw e-healthbox kan u de volledige analyse terugvinden met eveneens de huidige geldende evidence based aanbevelingen betreffende de besproken thema's: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/myehealth/>

Deze informatiecampagne is opgezet in samenwerking met de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie (NRKP). Op de volgende pagina kan u het begeleidend schrijven vinden van de NRKP. Deze campagne is ook opgenomen in het Nationaal Akkoord Artsen – ziekenfondsen van 19 december 2017.

Ten slotte verwijzen we naar de RIZIV-website (www.riziv.fgov.be) waar u alle nuttige informatie rond deze campagne kan terugvinden alsook een geanonimiseerd voorbeeld van de feedback. Ook heeft u daar de mogelijkheid een evaluatieformulier in te vullen. U volgt daarvoor: Professionals ►Individuele zorgverleners ►Artsen ►Kwaliteitszorg door artsen ►Individuele activiteitenverslagen en feedback.

Hoogachtend,
De leidend ambtenaar,

Alain GHILAIN
Directeur-generaal a.i.

NATIONALE RAAD VOOR KWALITEITSPROMOTIE

Beste collega,

Als actieve huisartsen die u vertegenwoordigen in de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) hebben wij vanuit onze klinische praktijkervaring mee richting kunnen geven aan deze feedback op uw voorschrijfgedrag.

In de NRKP werken artsen vanuit de beroepsverenigingen, de universiteiten en wetenschappelijke verenigingen samen met de mutualiteiten en de overheid aan de opvolging van de kwaliteit in de zorg.

We menen dat het werk van huisartsen in ons land belangrijk is.

De zorg – van alle huisartsen samen - is globaal genomen kwaliteitsvol en zet de patiënt centraal.

Natuurlijk, het kan altijd beter.

Als huisartsen binnen de NRKP vragen we daarom uw aandacht voor het bijgevoegd document van uw individuele feedback.

Het gaat om interessante cijfers en informatie over uw voorschrijven van geneesmiddelen, medische beeldvorming en labotesten.

De aanbevelingen in deze feedback zijn niet bedoeld als een strikt op te volgen kookboek.

'Evidence based' geneeskunde combineert voor ons klinisch werk namelijk drie elementen:

- gevalideerde richtlijnen op basis van wetenschappelijk onderzoek voor huisartsgeneeskunde,
- de waarden en voorkeuren van onze patiënten,
- onze eigen ervaring en klinisch oordeel, in overleg met onze collega's.

Deze feedback is een uitnodiging voor zelfreflectie en voor onderlinge discussie met collega's rond prioritaire aandachtspunten in de zorg.

Dankzij deze feedback kunt u gericht en stap voor stap actie ondernemen en die actie met relevante cijfers opvolgen: individueel, in uw groep of netwerk, en in uw LOK.

Samen maken we onze medische zorg nog beter.

Met vriendelijke groeten,

Namens uw collega-huisartsen van de NRKP

Dr. Michel Creemers, voorzitter NRKP

Dr. Johan Wens, voorzitter Werkgroep Huisartsgeneeskunde NRKP

Meer info over de NRKP vindt u via www.riziv.be > RIZIV > onze organen > Dienst Geneeskundige Verzorging > NRKP.

Inhoudstafel

INLEIDING	4
METHODOLOGIE	5
Welke gegevens werden er gebruikt?	5
Identificatie van uw patiënteel	6
Toewijzing patiënten aan een huisarts / huisartsenpraktijk	6
Exclusie patiënten	6
HAIO	6
Samenstelling van de vergelijkingsgroep	7
Wat is de inhoud van het verslag?	7
Hoe worden de resultaten voorgesteld?	8
Samenstelling van groepspraktijken.....	10
BESCHRIJVING VAN UW PATIËNTEEL	11
KWALITEITSINDICATOREN	13
THEMA I: GENEESMIDDELEN	13
1. Infecties in de ambulante praktijk	13
Griep	13
Antibiotica	14
2. Medicatie bij ouderen	20
Polymedicatie.....	20
Hypolipemiërende geneesmiddelen.....	21
Niet-steroïdale antiflogistica (NSAID's).....	22
Anticholinerge medicatie	23
Psychotrope medicatie.....	24
3. Psychotrope medicatie	25
Antidepressiva	25
Antipsychotica	27
4. Varia	29

Diabetes: voorschrijven van statines	29
Protonpompinhibitoren	30
Statines: voorschrift bij patiënten zonder geïdentificeerd cardiovasculair risico	31
THEMA II: Klinische biologie	32
1. Screening	32
Diabetes	32
Schildklierfunctie	33
Cervixkanker	35
2. Diagnose	36
Hypertensie	36
Algemene biochemische bilans.....	37
Hormonale testen.....	39
3. Follow-up.....	40
Diabetes	40
Hypothyroidie	46
Hypertensie.....	47
THEMA III: Medische beeldvorming en pre-operatieve onderzoeken.....	48
1. Overmatig gebruik van beeldvorming van de wervelkolom	48
2. Overmatig gebruik van pre-operatieve onderzoeken	51
3. Stralingsbelasting door obsoleete beeldvorming.....	53
4. Overmatig gebruik van echografie van de schildklier	55
5. Borstkankerscreening	56
REFERENTIES	58
Geneesmiddelen	58
Klinische biologie.....	59
Medische beeldvorming en pre-operatieve onderzoeken	59

Inleiding

Deze individuele feedback heeft als belangrijkste doel om u, via een aantal thematisch ingedeelde kwaliteitsindicatoren, een beeld te geven over de kwaliteit van de zorg die u aan uw patiënten verleent. De indicatoren werden gekozen en gevalideerd in samenspraak met huisartsenvertegenwoordigers van Domus Medica en SSMG. De behandelde onderwerpen behoren tot de prioriteiten van de NRKP (Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie). Dit eindproduct in de vorm van een gepersonaliseerde feedback wordt dan ook ondersteund door de NRKP en de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen (MedicoMut).

Uw resultaten worden vergeleken met een groep huisartsen. De manier waarop die groep is samengesteld wordt verderop in het document toegelicht.

We willen benadrukken dat we dit document hebben samengesteld als een positief werkinstrument, met als doel een aanzet te geven tot zelfreflectie en procesverbetering binnen uw praktijk. Zo kunnen we samen verder evolueren tot een eerstelijns geneeskunde die nog meer gericht is op evidence-based inzichten en het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg.

Met het oog op een continue verbetering horen we graag uw mening over deze feedback. U kan ons via de volgende link het formulier hiertoe bezorgen :

https://nl.surveymonkey.com/r/feedback_HA_2018_NL

Methodologie

Alvorens over te gaan tot een overzicht van elk thema verduidelijken wij:

1. welke gegevens er werden gebruikt,
2. de manier waarop uw patiënteel werd geïdentificeerd,
3. de samenstelling van de vergelijkingsgroep,
4. de inhoud van de feedback,
5. de manier waarop de resultaten van de indicatoren worden getoond.

Welke gegevens werden er gebruikt?

We werken voor deze feedback met de gezondheidsgegevens van 2016. De gezondheidsdata van de Belgische bevolking hebben een lange weg af te leggen vooraleer ze geanalyseerd kunnen worden (via onder andere voorschrijver, verstrekker, patiënt, mutualiteiten, IMA – InterMutualistisch Agentschap en RIZIV). Eens verzameld, neemt een degelijke analyse en verificatie ook de nodige tijd in beslag.

De databank met de gegevens van 2016 is opgesteld door verschillende informatiebronnen te hergroeperen:

- ⇒ De gegevens met betrekking tot uw verstrekkingen (raadplegingen, huisbezoeken, enz.) en uw voorschriften medische beeldvorming en klinische biologie zijn gebaseerd op uw getuigschriften voor verstrekte hulp en deze voorschriften.
- ⇒ De gegevens met betrekking tot uw voorschriften van geneesmiddelen zijn gebaseerd op uw geneesmiddelenvoorschriften die worden afgeleverd in publieke officina.

De gebruikte gegevens houden enkel rekening met verstrekkingen of farmaceutische specialiteiten die worden terugbetaald in het kader van de ziekteverzekering. Dit betekent dus dat de patiënten die niet onder de ziekteverzekering vallen, geen deel uitmaken van uw activiteitenverslag. Ook geneesmiddelen en verstrekkingen die niet terugbetaald worden door het RIZIV, werden niet in rekening gebracht.

Identificatie van uw patiënteel

Toewijzing patiënten aan een huisarts / huisartsenpraktijk

- ⇒ Patiënten met een GMD (Globaal Medisch Dossier) (2016) werden toegewezen aan de GMD-houder (solo-arts of groepspraktijk).
- ⇒ Patiënten zonder GMD (2016) die minstens één keer in de loop van 2016 een huisarts consulteerden, werden toegewezen aan de solo-arts / groepspraktijk die het frequentst geconsulteerd werd in het betrokken jaar.
- ⇒ Patiënten zonder GMD (2016) die in de loop van 2016 geen enkele huisarts consulteerden, werden niet toegewezen en komen bijgevolg niet voor in deze feedback.
- ⇒ NB: Patiënten die in 2016 waren ingeschreven in een medisch huis / wijkgezondheidscentrum (WGC) werden buiten beschouwing gelaten.

Exclusie patiënten

- ⇒ Patiënten die in 2016 ≥ 31 dagen in een woonzorgcentrum verbleven
- ⇒ Patiënten met een langdurig of frequent verblijf in het ziekenhuis (ziekenhuisverblijf ≥ 120 dagen of ≥ 6 ziekenhuisverblijven in 2016).
- ⇒ Patiënten die geboren werden of overleden in 2016

HAIO

Selectie patiëntenpopulatie

Een huisarts in opleiding (HAIO) is per definitie geen GMD-houder. GMD's kunnen wel aangemaakt worden door de HAIO op naam van de praktijkopleider. Deze patiënten worden aldus toegewezen aan de praktijkopleider. Ook worden de consultaties bij de HAIO beschouwd als consultaties bij de praktijkopleider.

Voorschriften opgemaakt door de HAIO

Voorschriften voor geneesmiddelen, medische beeldvorming en klinische biologie worden door de HAIO voorgeschreven in eigen naam. Een HAIO kan gedurende eenzelfde kalenderjaar bij meerdere praktijkopleiders tewerkgesteld zijn. Technisch is het daardoor niet mogelijk om de voorschriften die verstrekt werden door een HAIO (inzake geneesmiddelen, medische beeldvorming en klinische biologie), toe te wijzen aan de overeenkomstige praktijkopleider(s).

Interpretatie indicatoren

Voor praktijken waarin een HAIO tewerkgesteld is, kunnen de resultaten van bepaalde indicatoren enigszins vertekend zijn. Zo wordt bijvoorbeeld het percentage van de patiënten met minstens één voorschrift voor antibiotica (voorgeschreven door u of uw collega's binnen uw praktijk) mogelijk onderschat omdat de voorschriften van de HAIO niet in rekening werden gebracht.

Samenstelling van de vergelijkingsgroep

- ⇒ Uw praktijkvoering wordt vergeleken met de praktijkvoering in andere huisartsenpraktijken (solo- en groepspraktijken) binnen de prestatiegeneeskunde. Praktijken/artsen met minder dan 500 contacten per jaar of minder dan 100 toegewezen patiënten in 2016 werden niet in rekening gebracht (= minimale activiteitsdrempel).

NB: Medische huizen / WGC werden niet opgenomen in deze vergelijkingsgroep. In tegenstelling tot de prestatiegeneeskunde, wordt een individueel consult in een medisch huis / WGC niet geregistreerd door de ziekteverzekering. De toewijzing van patiënten aan een medisch huis / WGC gebeurt op basis van inschrijving in de praktijk (automatische verlenging, tenzij actief uitschrijven van de patiënt). Ingeschreven patiënten in een medisch huis / WGC hebben dus niet noodzakelijk hun huisarts geconsulteerd in 2016. Gezien de verschillen in toewijzing van het patiënteel zijn beide systemen voor bepaalde indicatoren niet rechtstreeks vergelijkbaar.

- ⇒ Per praktijk die de minimale activiteitsdrempel bereikt, werd een weging toegepast overeenkomstig het aantal werkzame artsen. Zo werd de score van een praktijk met twee artsen twee keer meegenomen in de vergelijkende schaal, de score van een praktijk met 5 artsen werd 5 keer meegenomen (telkens met dezelfde waarde).

Wat is de inhoud van het verslag?

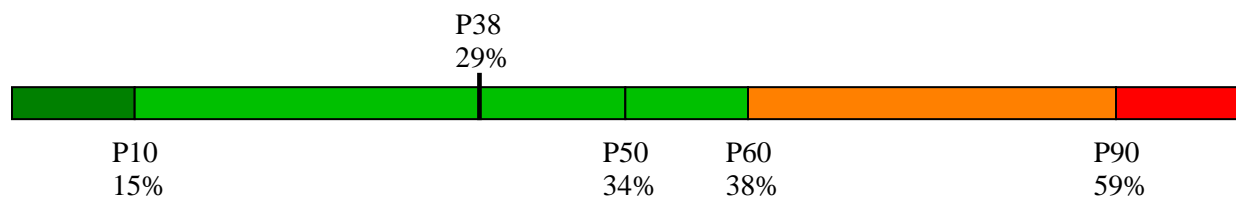
Deze individuele feedback bestaat uit een **beschrijving van uw patiënteel**, gevolgd door **3 thema's met kwaliteitsindicatoren**:

- Thema 1: Geneesmiddelen
- Thema 2: Klinische Biologie
- Thema 3: Medische Beeldvorming

Hoe worden de resultaten voorgesteld?

Voor de kwaliteitsindicatoren worden uw resultaten per indicator weergegeven aan de hand van een **visuele vergelijkende schaal**. Begeleidend worden er per sub-thema telkens één of enkele kernboodschappen en een reflectie geformuleerd.

Bijvoorbeeld, hier is de visuele vergelijkende schaal voor de tweede indicator, met een fictief individueel resultaat:



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 17.






Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 29%. De score van de mediaan (P50) is 34%.

De schaal visualiseert de scores van de vergelijkingsgroep, gebaseerd op het principe van percentielen (P).

Ter opfrissing: De waarde van percentiel 60 (P60) voor de denkbeeldige indicator uit het voorbeeld is 38%. Dit betekent dat 60% van alle huisartsen van de vergelijkingsgroep voor deze indicator een score heeft van $\leq 38\%$ en 40% een score heeft $\geq 38\%$. De redenering is identiek voor alle andere percentielen. De **mediaan** komt overeen met **P50** en bedraagt hier 34%.

Uw individuele positie/score wordt telkens duidelijk met een lijn aangeduid. In dit illustratieve voorbeeld is deze score dus 29% en bevindt u zich op percentiel 38.

Legende van de kleurcodes:

	Groen: uw score bevindt zich rond de mediaan van de vergelijkingsgroep of is gunstiger dan de mediaan.
	Donkergroen: uw score voor de betrokken indicator is gunstiger dan de mediaan van de vergelijkingsgroep. Gezien u echter deel uitmaakt van de 10% artsen met de meest extreme score in die richting, moet u eventueel bedacht zijn op mogelijk ondergebruik / overmatig gebruik.
	Oranje: u scoort duidelijk minder gunstig dan de mediaan.
	Rood: deze indicator is een aandachtspunt voor u, want uw score bevindt zich bij de 10% minst gunstige scores van de vergelijkingsgroep.
	Blauw : deze indicator is louter beschrijvend.

NB: Zeer belangrijk is dat het gaat om een **vergelijkende schaal**. Uw positie wordt vergeleken met uw collega-huisartsen in de vergelijkingsgroep.

Een score rond (of beter dan) de mediaan, wordt groen ingekleurd. Wanneer een aanzienlijk deel van de huisartsen ondermaats scoort, stemt deze **kleurcode echter niet noodzakelijk overeen met een goede, evidence-based medische praktijkvoering**.

Als het globale Belgische voorschrijfgedrag voor een bepaalde indicator niet overeenstemt met de beschikbare evidentie, dient u een score in de groene zone dus met enige **nuance** te interpreteren. Deze nuances komen per indicator in de **reflectie** aan bod.

Samenstelling van groepspraktijken

Het lidmaatschap van een arts in een huisartsenpraktijk is gebaseerd op informatie die door de huisartsen is geregistreerd via de applicatie "Myriziv".

Aangezien deze feedback betrekking heeft op de activiteiten in 2016, is rekening gehouden met de situatie van elke arts (behorend tot één of meer huisartsenpraktijken) op 1 juli 2016 (op voorwaarde dat de informatie werd geregistreerd op 1 januari 2017). Informatie geregistreerd na 1 januari 2017 is niet in aanmerking genomen.

Het RIZIV identificeert verschillende vormen van praktijken:

- Groepspraktijk: huisartsen die op dezelfde plaats werken (type "212");
- Huisartsennetwerk: huisartsen die op verschillende plaatsen werken (type "214");
- Medisch huis, forfaitair werkend (type "805").

Het RIZIV is niet in staat om te bepalen in welk type praktijk het contact tussen de arts en de patiënt heeft plaatsgevonden. Indien een huisarts gelijktijdig in verschillende praktijken of vormen van praktijk werkzaam is, werd hij/zij toegewezen aan één enkele praktijk. Hiertoe is een volgorde van prioriteit vastgesteld volgens de volgende regels:

1. In het geval van praktijken van verschillende types is de keuze van de praktijk eerst type 212, dan 214 en dan 805.
2. In het geval van verschillende praktijken van hetzelfde type, wordt de keuze gemaakt voor de praktijk waarmee de samenwerking het langst bestaat.

Door een huisarts toe te wijzen aan één en dezelfde groepspraktijk wordt voorkomen dat patiëntengegevens (die op hun beurt weer verband houden met een huisartsenpraktijk) worden gedupliceerd. Dit impliceert dat de patiënten die in aanmerking worden genomen voor deze feedback mogelijk niet exact overeenkomen met de patiënten in de groepspraktijk. De feedback blijft echter representatief voor de praktijkvoering van de hierboven vermelde aanbieders.

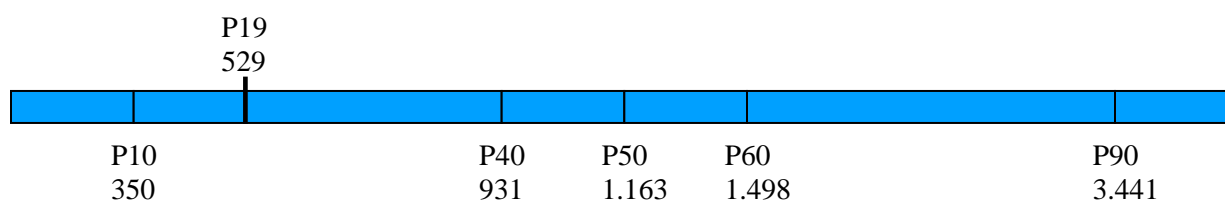
Beschrijving van uw patiënteel

Deze beschrijving van uw patiëntenbestand (exclusief rusthuisbewoners) is belangrijk. Een 'atypisch' patiënteel zou immers bepaalde bijzonderheden van uw praktijk kunnen verklaren.

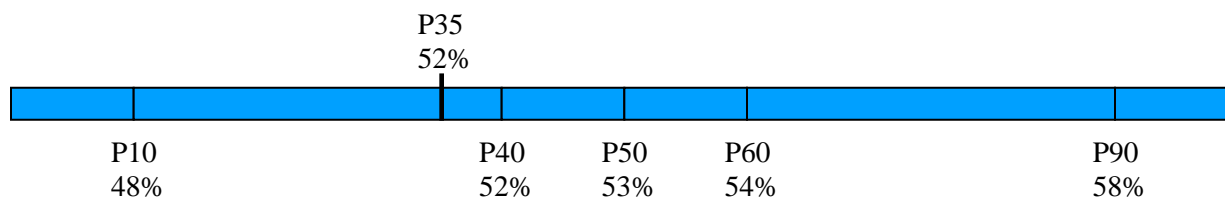
Voor de toewijzing van een huisarts aan een groepspraktijk werd de toestand in 2016 in rekening gebracht, op basis van de data die verstrekt werden via www.myriziv.be, module « Mijn groeperingen ».

Deze feedback heeft betrekking op de gegevens van de huisarts met RIZIV-nummer XXXXXXXX.

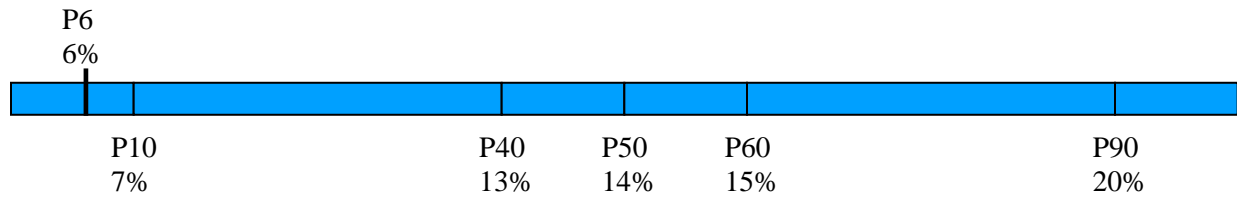
Aantal patiënten



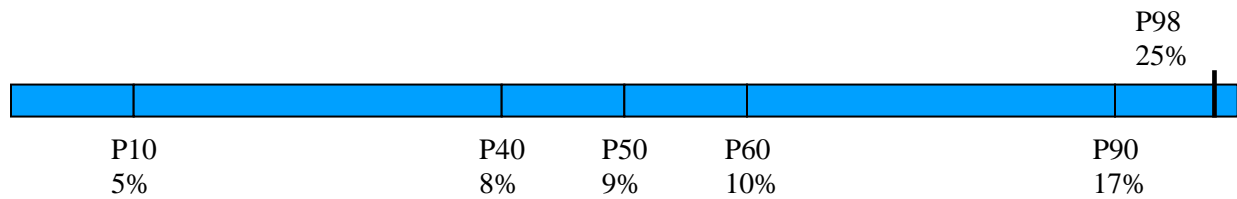
Percentage vrouwen in uw patiëntenbestand



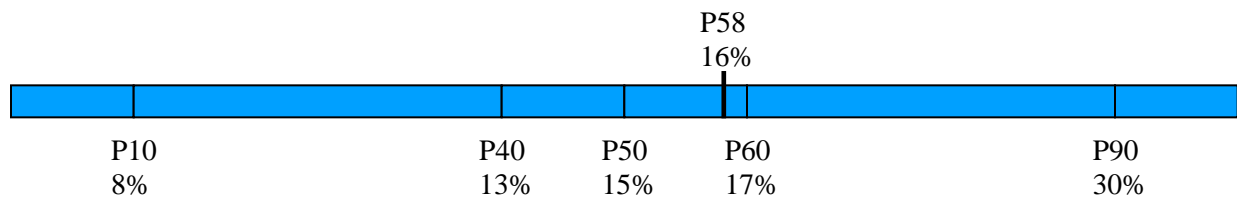
Percentage patiënten jonger dan 15 jaar



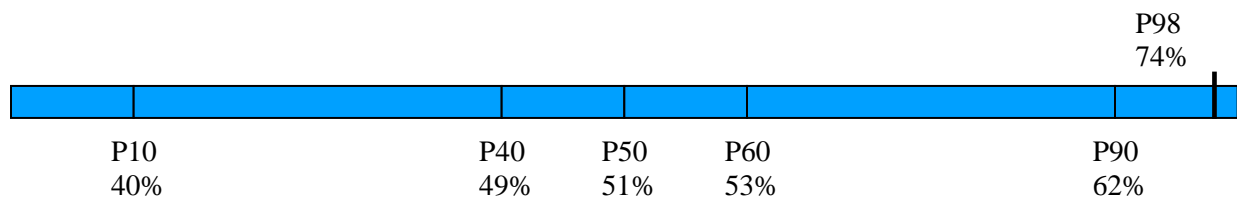
Percentage patiënten ouder dan 75 jaar



Percentage patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (VT)



Percentage chronische patiënten: i.e. minstens 1 geneesmiddel (naast orale anticonceptie) met ≥ 80 dagdosissen (DDD) per jaar



Kwaliteitsindicatoren

THEMA I: GENEESMIDDELEN

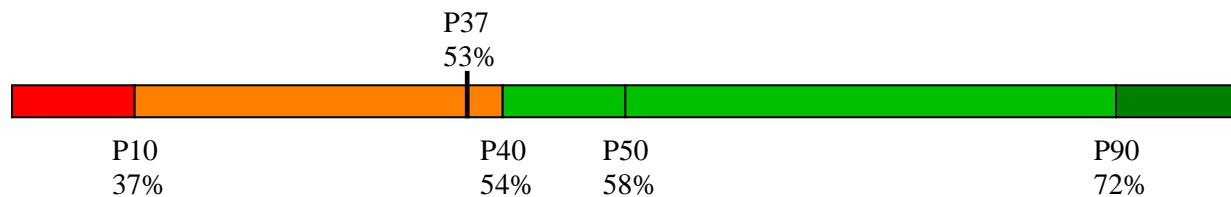
1. Infecties in de ambulante praktijk

GRIEP

- Bij patiënten ≥ 65 jaar wordt een jaarlijkse griepvaccinatie aanbevolen omwille van een verhoogd risico op complicaties.

⇒ **Percentage patiënten van 65 jaar en ouder die in de loop van het jaar gevaccineerd werden tegen griep.**

Bij uw toegewezen patiënten van 65 jaar en ouder, geeft de indicator het percentage patiënten weer die in de loop van het jaar werden gevaccineerd tegen griep.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 251.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 53%. De score van de mediaan (P50) is 58%.

REFLECTIE

Patiënten ≥ 65 jaar lopen een hoger risico op complicaties bij een influenza-infectie. Een jaarlijkse griepvaccinatie wordt aanbevolen.

STREEFDOEL

De Wereldgezondheidsorganisatie streeft een dekking na van minstens 75% in de risicopopulatie. (<https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/prevention-and-control/influenza-vaccination>).

ANTIBIOTICA

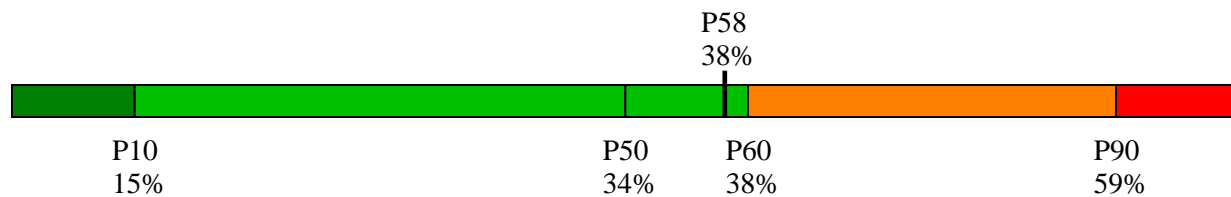
Algemeen antibioticagebruik

➤ De meeste courante infecties in de ambulante praktijk vereisen geen antibiotica.

⇒ **Percentage patiënten met ≥ 1 voorschrift voor antibiotica in de loop van het jaar**

Bij uw toegewezen patiënten, het percentage patiënten die in 2016 minstens één voorschrift voor antibiotica (ATC-code J01) van u ontvingen

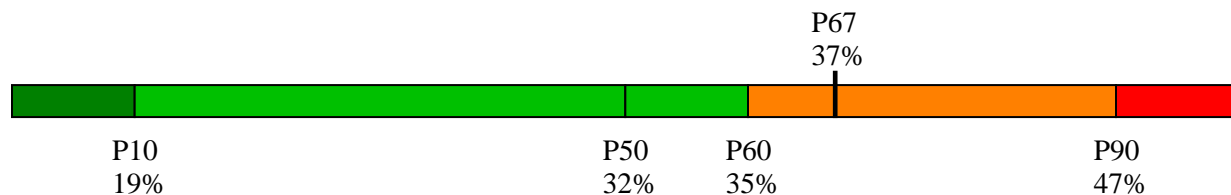
- 1-14 jaar:



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 32.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 38%. De score van de mediaan (P50) is 34%.

- ≥ 15 jaar:



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 497.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 37%. De score van de mediaan (P50) is 32%.

REFLECTIE

De meeste courante infecties in de ambulante praktijk genezen spontaan. Antibiotica zijn enkel noodzakelijk voor de behandeling van infecties veroorzaakt door virulente bacteriën, bij een sterk gecompromitteerd immuunsysteem, of bij een zeer ernstig verloop van de infectie (bijvoorbeeld sepsis). Het eventuele nut van antibiotica dient steeds te worden afgewogen ten opzichte van het risico op ongewenste effecten, inclusief de ontwikkeling van resistentie.

STREEFDOEL

Het aantal patiënten met antibiotica en/of het aantal voorgeschreven standaard dagdosissen (DDD) antibiotica per patiënt moet drastisch dalen om de BAPCOC doelstelling te halen (BAPCOC: Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid). Deze beoogt een reductie van de globale antibioticaconsumptie van meer dan 800 voorschriften per 1.000 inwoners op jaarbasis tot maximaal 600 voorschriften tegen 2020 en 400 voorschriften tegen 2025. Met deze doelstelling streeft BAPCOC een antibioticagebruik na zoals in buurlanden Nederland en Zweden.

Er zijn twee geaccrediteerde elektronische opleidingen beschikbaar met betrekking tot dit thema: www.riziv-elearning.be

Keuze van het antibioticum

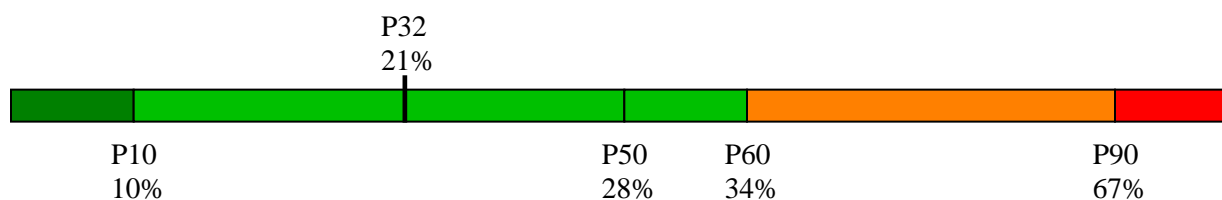
- Indien een antibioticum nodig is, wordt bij voorkeur gekozen voor een antibioticum met een zo smal mogelijk spectrum.
- Bij respiratoire infecties gaat de voorkeur uit naar amoxicilline (voor zover een antibioticabehandeling noodzakelijk is).
- Bij een niet-verwikkelde cystitis bij de vrouw en bij kinderen gaat de voorkeur uit naar nitrofurantoïne.

- Chinolonen zijn breed spectrum-antibiotica en zijn (bijna) nooit geïndiceerd als eerstelijnsbehandeling.

⇒ **Percentage tweedelijnsantibiotica (amoxicilline geassocieerd met clavulaanzuur, cefalosporines, chinolonen, macroliden)**

Van al uw voorschriften voor antibiotica, geeft de indicator het percentage van het volume (in standaard dagdosissen) weer van amoxicilline gecombineerd met clavulaanzuur, cefalosporines, chinolonen en macroliden.

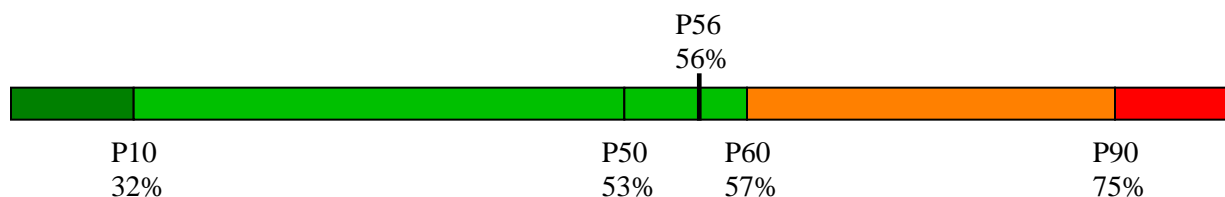
- **1-14 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 12.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 21%. De score van de mediaan (P50) is 28%.

- **>= 15 jaar:**

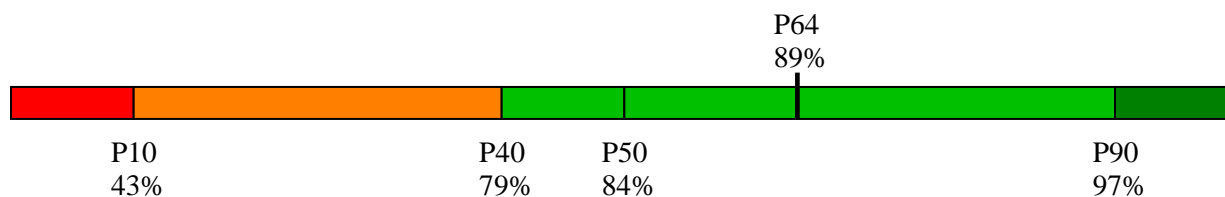


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 186.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 56%. De score van de mediaan (P50) is 53%.

- ⇒ **Percentage voorschriften voor amoxicilline, niet gecombineerd met clavulaanzuur**
 Van al uw voorschriften voor amoxicilline (al dan niet gecombineerd met clavulaanzuur) geeft de indicator het voorgeschreven percentage “zuivere” amoxicilline (niet gecombineerd met clavulaanzuur) weer.

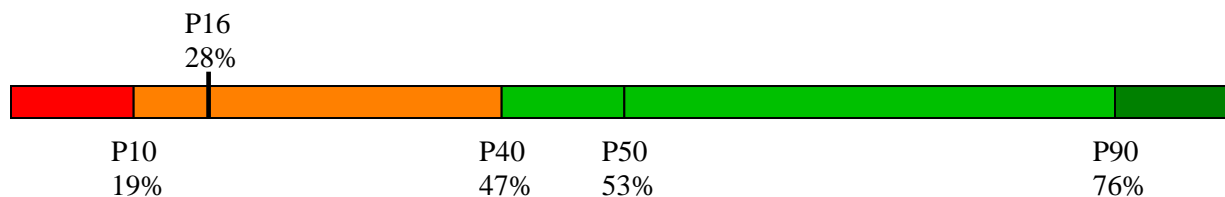
- **1-14 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 10.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 89%. De score van de mediaan (P50) is 84%.

- **>= 15 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 68.

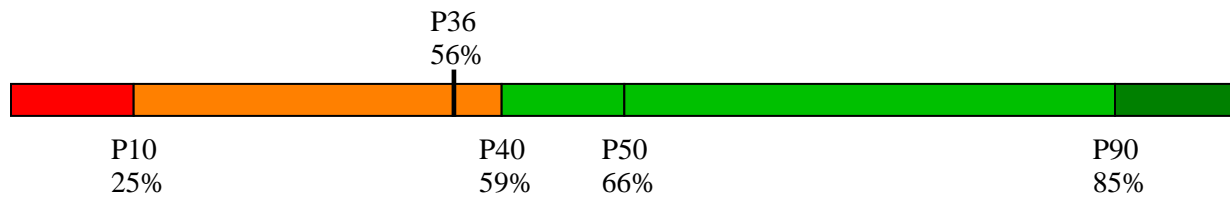
Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 28%. De score van de mediaan (P50) is 53%.

⇒ **Percentage nitrofuranen in de behandeling van een urineweginfectie**

⇒ Van al uw voorschriften voor nitrofuranen en chinolonen (met uitzondering van levofloxacin en moxifloxacin), geeft de indicator het percentage van het volume (in standaard dagdosissen) weer van uw voorschriften van nitrofuranen. Hiermee wordt beoogd het aandeel van nitrofuranen weer te geven binnen de antibioticavoorschriften in het kader van urogenitale infecties*. De meerderheid van de urogenitale infecties zijn niet gecompliceerde urineweginfecties.

*Voor deze indicator wordt ondersteld dat de chinolonen (met uitzondering van levofloxacin en moxifloxacin) voornamelijk gebruikt worden in het kader van urogenitale infecties.

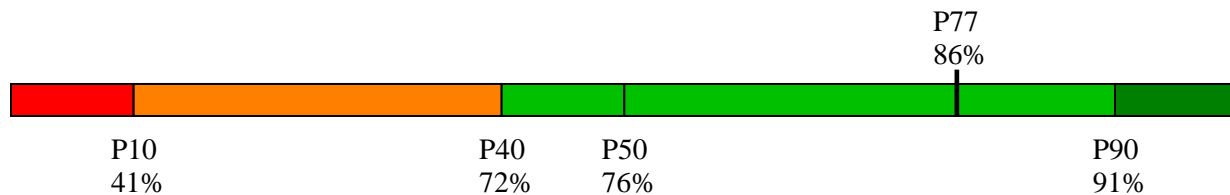
• **15-64 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 15.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 56%. De score van de mediaan (P50) is 66%.

• **>= 65 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 28.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 86%. De score van de mediaan (P50) is 76%.

REFLECTIE

Indien een antibioticum nodig is, wordt bij voorkeur gekozen voor een antibioticum met een zo smal mogelijk spectrum om selectie en vorming van resistentie te voorkomen. Idealiter is het antibioticum enkel gericht tegen de vermoedelijke bacteriële verwekker. Desondanks blijkt uit de analyse dat veelvuldig tweedelijnsantibiotica worden voorgeschreven (zoals amoxicilline geassocieerd met clavulaanzuur, cefalosporines, chinolonen en macroliden). Zij maken 54% uit van het globale antibioticagebruik.

Respiratoire infecties

De meeste respiratoire infecties zijn van virale oorsprong. Bovendien is de spontane evolutie zowel bij virale als bij bacteriële, respiratoire infecties doorgaans gunstig. Voor een acute bronchitis zijn antibiotica niet geïndiceerd.

Bij een pneumonie zijn antibiotica wel aangewezen. De behandeling is in de eerste plaats gericht tegen de pneumokok. De pneumokok is de belangrijkste bacteriële verwekker van respiratoire infecties buiten het ziekenhuis. Hoewel de meeste infecties gunstig evolueren, kan de pneumokok aanleiding geven tot sepsis, of meningitis.

Amoxicilline is effectief in meer dan 99% van alle pneumokokkeninfecties. De penicillineresistentie van de pneumokok is niet geassocieerd met de productie van betalactamase. Het is dus zinloos om een betalactamase-inhibitor zoals clavulaanzuur toe te voegen om deze mogelijke resistentie te overwinnen. Enkel bij patiënten met co-morbiditeit verdient de combinatie met clavulaanzuur de voorkeur, aangezien de incidentie van infectie door *Haemophilus influenzae* in deze populatie hoger ligt. Uit de analyse blijkt echter dat in de vergelijkingsgroep (mediaan) nagenoeg evenveel amoxicilline geassocieerd met clavulaanzuur wordt voorgeschreven als 'zuivere' amoxicilline (≥ 15 jaar).

Ongecompliceerde urineweginfecties

Bij een niet-verwikkeld cystitis bij vrouwen en kinderen gaat de voorkeur uit naar nitrofurantoïne.

De voornaamste verwekker van ongecompliceerde urineweginfecties is *Escherichia Coli*. De gevoeligheid van *E. Coli* voor nitrofurantoïne bedraagt bijna 100%. Als tweede keuze, na nitrofurantoïne, kan trimethoprim als empirische behandeling worden aanbevolen. De resistentie tegen trimethoprim ligt hoger. Gezien momenteel geen specialiteit van trimethoprim beschikbaar is, dient deze magistraal te worden voorgeschreven. Daarnaast kan ook fosfomycine als tweede keuze worden aanbevolen.

Chinolonen

De chinolonen hebben een breed spectrum en hun veelvuldig gebruik kan tot allerlei problemen leiden. Ze kunnen, vooral bij oudere personen, aanleiding geven tot psychose, delier, verwardheid, hallucinaties, convulsies, tendinitis en peesrupturen. Daarnaast gaan zij gepaard met een groter cardiaal risico (verlenging van het QT interval) dan andere antibiotica. Ook worden chinolonen in verband gebracht met het opduiken van een resistente clostridiumstam en met de kolonisatie met MRSA (methicilline resistente *Staphylococcus aureus*).

Chinolonen zijn geen eerste keuze behandeling voor respiratoire infecties en hebben geen plaats in de eerstelijnsbehandeling van ongecompliceerde urineweginfecties.

In de ambulante praktijk zijn chinolonen enkel geïndiceerd als eerstelijnsbehandeling in het kader van orchi-epididymitis, prostatitis en acute pyelonefritis. Bij een IgE gemedieerde penicilline-allergie kunnen respiratoire chinolonen gebruikt worden voor behandeling van community-acquired pneumonie en de behandeling van acute exacerbaties van COPD (chronisch obstructief longlijden)

indien een behandeling met antibiotica aangewezen is. In dat geval gaat de voorkeur uit naar moxifloxacin. Penicilline-allergie wordt door 10% van de bevolking gerapporteerd, terwijl slechts 2% daadwerkelijk een penicilline-allergie vertoont (gegevens Verenigd Koninkrijk).

Uit de analyse blijkt dat chinolonen 16% uitmaken van de tweedelijnsantibiotica, hetgeen overeenstemt met 9% van het totale antibioticagebruik. De Belg is daarmee één van de grootste verbruikers van chinolonen in Europa.

We kunnen ervan uitgaan dat de meeste chinolonen (met uitzondering van moxifloxacin en levofloxacin), alsook nitrofuranen voorgeschreven worden voor urinaire en genitale infecties. Chinolonen zijn enkel geïndiceerd bij gecompliceerde urinaire infecties en genitale infecties, hetgeen overeenstemt met een kleine minderheid van deze infecties. Toch bedraagt het aandeel van nitrofuranen in deze voorschriften slechts 68%.

STREEFDOEL

Er wordt beoogd het percentage tweedelijnsantibiotica te reduceren tot maximaal 20% voor volwassenen en jongeren vanaf 15 jaar en tot maximaal 10% voor kinderen (1-14 jaar).

BAPCOC beoogt een drastische toename van de verhouding amoxicilline ten opzichte van amoxicilline + amoxicilline geassocieerd met clavulaanzuur tot 80% (ratio 80/20) en een drastische reductie van het chinolonengebruik tot maximaal 5% van het globale antibioticagebruik.

Het streefdoel voor het percentage nitrofuranen ten opzichte van nitrofuranen + chinolonen (met uitzondering van de respiratoire chinolonen) is 80%.

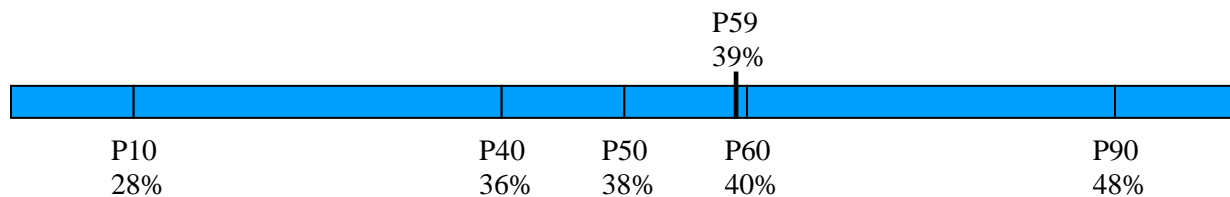
2. Medicatie bij ouderen

POLYMEDICATIE

- Een kritische, systematische evaluatie van het geneesmiddelenverbruik is wenselijk bij ouderen onder polymedicatie (≥ 5 geneesmiddelen chronisch).

⇒ **Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met langdurig gebruik van ≥ 5 verschillende geneesmiddelen.**

Bij uw toegewezen patiënten van 65 jaar en ouder, geeft de indicator het percentage patiënten weer die in de loop van het jaar van minstens 5 verschillende moleculen (ATC-code van 5 posities) meer dan 80 standaard dagdosissen (DDD) ontvingen (alle voorschrijvers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 251.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 39%. De score van de mediaan (P50) is 38%.

REFLECTIE

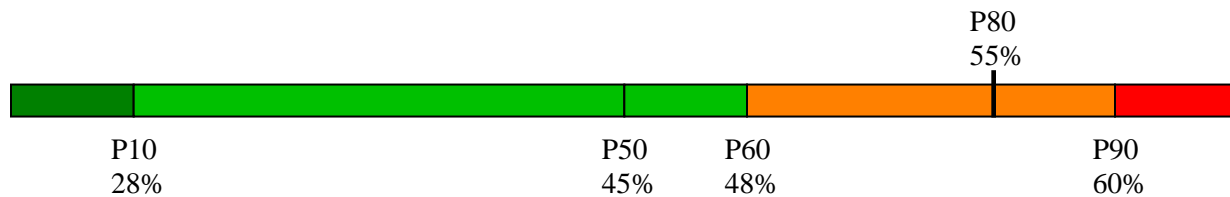
Polyfarmacie is geassocieerd met een verhoogde mortaliteit en morbiditeit. Zo neemt het valrisico toe naarmate er meer geneesmiddelen worden gebruikt. Bij gebruik van psychofarmaca is dit effect nog groter. Daarnaast is het aantal geneesmiddelen een risicofactor voor een ziekenhuisopname omwille van ongewenste effecten. Interacties en ongewenste effecten kunnen aanleiding geven tot gastro-intestinale klachten, urine-incontinentie, cognitieve achteruitgang, verwardheid, delier, Soms worden deze klachten ten onrechte beschouwd als 'normaal voor de leeftijd' en geven zij aanleiding tot het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen (voorschrijfcascade). Een jaarlijkse evaluatie is wenselijk (overbehandeling, onderbehandeling, posologie, keuze geneesmiddel en toedieningsvorm, ongewenste effecten, interacties, therapietrouw).

HYPOLIPEMIËRENDE GENEESMIDDELEN

➤ **Bij patiënten van 80 jaar en ouder is er geen bewijs voor het nut van cholesterolverlaging.**

⇒ **Percentage patiënten van 80 jaar en ouder die behandeld worden met hypolipemiërende geneesmiddelen**

Bij uw toegewezen patiënten van 80 jaar en ouder, geeft de indicator het percentage patiënten weer aan wie u hypolipemiërende geneesmiddelen voorschrijft.

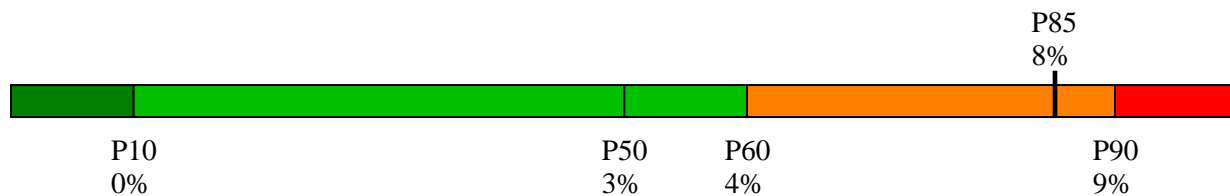


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 95.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 55%. De score van de mediaan (P50) is 45%.

⇒ **Percentage patiënten van 80 jaar en ouder bij wie hypolipemiërende geneesmiddelen worden opgestart**

Bij uw toegewezen patiënten van 80 jaar en ouder die in 2014 geen hypolipemiërende geneesmiddelen ontvingen, geeft de indicator het percentage patiënten weer die in de loop van het jaar 2016 hypolipemiërende geneesmiddelen ontvingen, waarbij het eerste voorschrift door u werd opgesteld.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 40.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 8%. De score van de mediaan (P50) is 3%.

REFLECTIE

Bij een hoog cardiovasculair risico met indicatie voor een hypolipemiërend middel, is een statine de behandeling van eerste keuze.

Er is echter geen evidentie over het nut van cholesterolverlaging na de leeftijd van 80 jaar, noch over het nut van statines op deze leeftijd. Het gebruik van statines kan bovendien gepaard gaan met ongewenste effecten. Zo treden frequent spier- en skeletafwijkingen op bij behandeling met statines en dit vaker bij 65-plussers. Daarnaast kunnen statines aanleiding geven tot potentieel ernstige geneesmiddeleninteracties.

Bij gebrek aan klinische evidentie in deze oudere populatie is het zinvol bij patiënten ≥ 80 jaar de stopzetting van hypolipemiërende medicatie te overwegen.

Fibraten zijn geen eerste keuze middelen bij hypercholesterolemie en worden enkel voorgesteld bij intolerantie voor statines en als behandeling absoluut noodzakelijk wordt geacht

STREEFDOEL

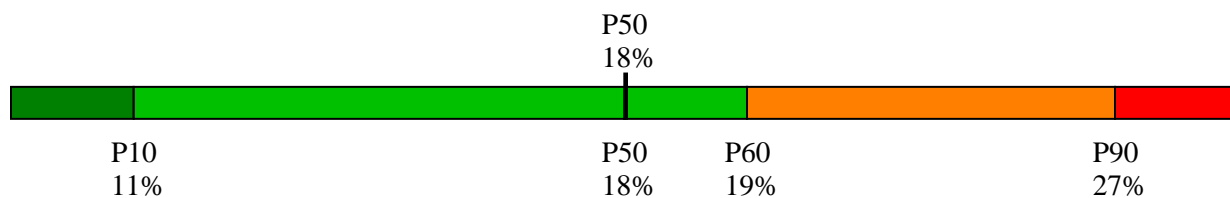
We beogen een afname met 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

NIET-STEROÏDALE ANTIFLOGISTICA (NSAID'S)

➤ **Langdurig gebruik van NSAID's bij ouderen is af te raden.**

⇒ **Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een voorschrift voor NSAID's voor meer dan 30 dagen.**

Bij uw toegewezen patiënten, het percentage patiënten die in 2016 meer dan 30 dagdosissen NSAID's kregen voorgeschreven (door alle voorschrijvers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 251.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 18%. De score van de mediaan (P50) is 18%.

REFLECTIE

Paracetamol is het eerste keuze geneesmiddel bij nociceptieve pijn. Dit omwille van zijn gunstige risico-baten balans, in het bijzonder bij ouderen. Bij onvoldoende werkzaamheid kunnen orale NSAID's worden toegevoegd. Ongewenste effecten treden vooral op bij het gebruik van hoge doses en bij langdurig gebruik. Chronisch gebruik is dus af te raden. Er bestaat geen dosis waarvoor het risico op ongewenste effecten onbestaande is. Het is aldus aanbevolen de laagst effectieve dosis te gebruiken. De frequentie van ongewenste effecten neemt toe met de leeftijd. Bij personen boven de 80 jaar is het risico op ernstige gastro-intestinale ongewenste effecten ongeveer tienmaal hoger dan bij personen jonger dan 50 jaar. Ook kunnen alle (al dan niet selectieve) NSAID's arteriële trombo-embolische voorvallen of hartfalen uitlokken in deze populatie, zelfs in afwezigheid van een cardiovasculaire risicofactor. Daarnaast gaan NSAID's potentieel gepaard met ernstige ongewenste effecten ter hoogte van de lever en nieren.

Bij pijnlijke artrose van de knie of de hand kan een topisch NSAID worden overwogen, als tweede keuze na paracetamol, gezien het gunstig risicoprofiel ten opzichte van orale NSAID's. Daarnaast kunnen bepaalde fysiotherapeutische interventies en oefenprogramma's bijdragen tot de verlichting van chronische pijn ten gevolge van artrose en lage rugpijn.

STREEFDOEL

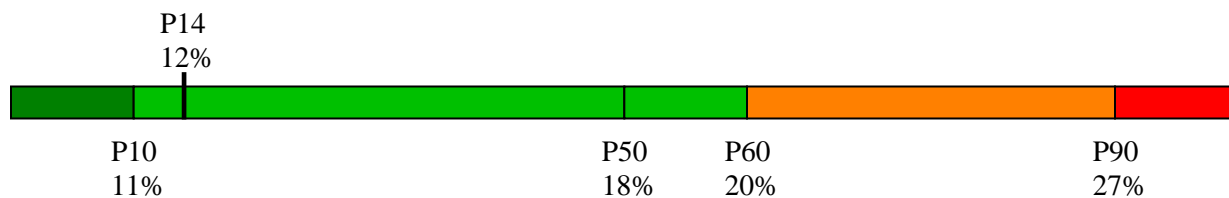
We beogen een afname met 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

ANTICHOLINERGE MEDICATIE

➤ Geneesmiddelen met een anticholinerge werking dienen beperkt te worden bij ouderen.

⇒ **Percentage patiënten van 75 jaar en ouder met een voorschrift voor meer dan 80 dagen voor minstens één geneesmiddel met anticholinerge werking.**

Bij uw toegewezen patiënten van 75 jaar en ouder, het percentage patiënten die in 2016 minstens 80 standaard dagdosissen ontvingen van een geneesmiddel met anticholinerge werking (door u voorgeschreven).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 133.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 12%. De score van de mediaan (P50) is 18%.

REFLECTIE

Anticholinergica worden geassocieerd met tal van centrale en perifere ongewenste effecten. Centrale ongewenste effecten zijn onder meer duizeligheid en hoofdpijn, slapeloosheid, verwardheid, desoriëntatie, visuele hallucinaties, delier, geheugenproblemen, agitatie, irritabiliteit en agressiviteit. Mogelijke perifere ongewenste effecten zijn droge ogen, mydriase, visusstoornissen door accommodatiestoornissen, gesloten-hoek glaucoom, droge mond, dyspepsie, misselijkheid, constipatie, mictieproblemen, urineretentie, verminderde transpiratie, voorbijgaande bradycardie gevolgd door tachycardie en hartfalen. Ouderen zijn gevoeliger voor centrale ongewenste effecten en lopen een hoger risico op interacties. Ook werken anticholinergica bij ouderen een toename van de cognitieve achteruitgang in de hand. Daarnaast behoren ouderen frequent tot één van de risicogroepen op ongewenste effecten van anticholinergica omwille van co-morbiditeit (Bv.: Patiënten gevoelig aan urineretentie (prostaathypertrofie, ...), problemen met intestinale transit, nauwe iridocorneale hoek, cardiale geleidingsstoornissen).

Het gebruik van geneesmiddelen met anticholinerge werking moet zo veel mogelijk beperkt worden bij ouderen.

STREEFDOEL

We beogen een afname met 10% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

PSYCHOTROPE MEDICATIE

- Een kritische systematische evaluatie van het geneesmiddelenverbruik is wenselijk bij ouderen onder polymedicatie. Een belangrijke geneesmiddelenklasse, zijn de psychotrope geneesmiddelen. Psychotrope geneesmiddelen worden geassocieerd met tal van ongewenste effecten, alsook mogelijke interacties.

Meer informatie over het voorschrijven van psychotrope medicatie bij ouderen, vindt u onder de topic 'Psychotrope medicatie'.

3. Psychotrope medicatie

ANTIDEPRESSIVA

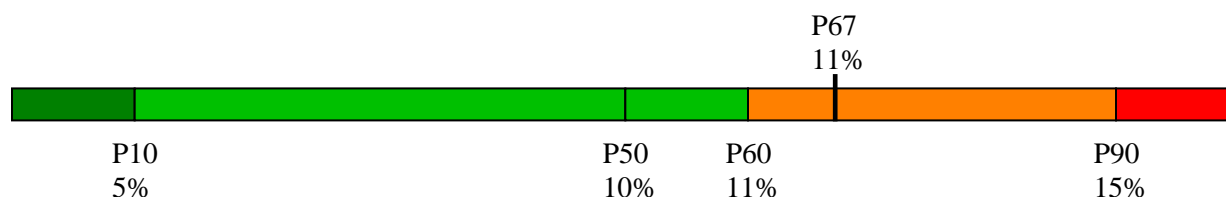
➤ Er is voldoende evidentie voor de effectiviteit van antidepressiva bij een ernstige majeure depressie.

➤ Bij een milde of matige depressie worden antidepressiva niet routinematig aanbevolen.

⇒ **Percentage patiënten met een voorschrift voor antidepressiva.**

Bij uw toegewezen patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die in de loop van het jaar minstens één voorschrift voor antidepressiva kregen (door u voorgeschreven). Aangezien trazodon vaak voor andere indicaties dan depressie wordt gebruikt, worden de resultaten met en zonder trazodon weergegeven.

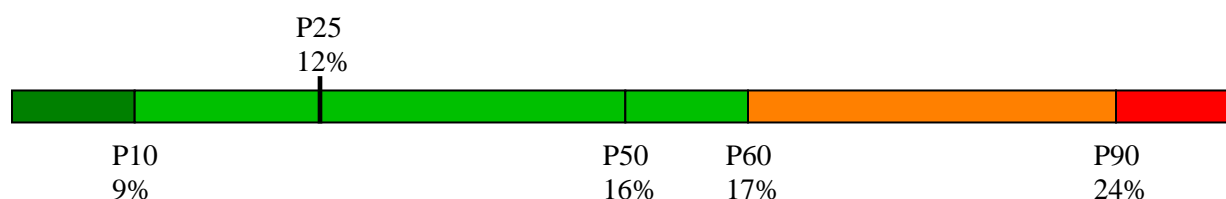
- **15-64 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 246.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 11%. De score van de mediaan (P50) is 10%.

- **>= 65 jaar:**

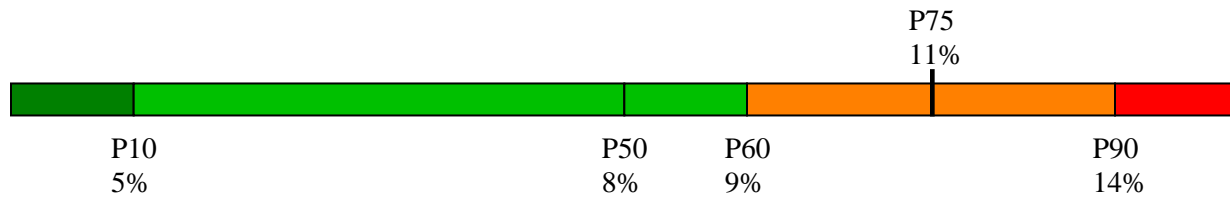


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 251.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 12%. De score van de mediaan (P50) is 16%.

⇒ **Percentage patiënten met een voorschrift voor antidepressiva (exclusief trazodon)**

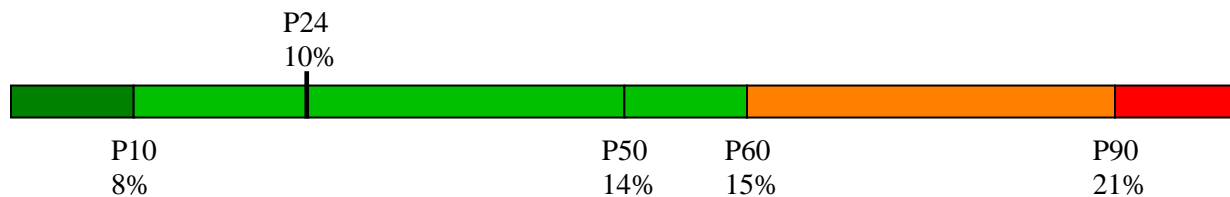
- **15-64 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 246.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 11%. De score van de mediaan (P50) is 8%.

- **>= 65 jaar:**



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 251.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 10%. De score van de mediaan (P50) is 14%.

REFLECTIE

In de bevolkingsenquête van 2013 vertoonde 14,8% van alle respondenten ouder dan 15 jaar symptomen van een depressieve stoornis. Een medicamenteuze behandeling is echter niet steeds aangewezen.

Er is voldoende evidentie voor de effectiviteit van antidepressiva bij een ernstige majeure depressie, maar bij milde en matige depressie is een klinisch relevant effect van antidepressiva niet aangetoond. Naast de werkzaamheid, moeten ook de ongewenste effecten van antidepressiva in rekening worden gebracht. Voor een milde / matige depressie worden antidepressiva bijgevolg niet routinematig aanbevolen.

Indien een antidepressivum wordt opgestart, wordt bij voorkeur gekozen voor een SSRI (selectieve serotonine heropname inhibitor) of TCA (tricyclisch antidepressivum), naar gelang de te vermijden ongewenste effecten en de aanwezige co-morbiditeit en/of co-medicatie. Om herval te voorkomen wordt aanbevolen de behandeling met antidepressiva ten minste zes maanden verder te zetten na

een goede respons, waarna eventuele stopzetting kan worden overwogen. Bij een verhoogd risico op herval wordt aanbevolen de behandeling minstens 2 jaar verder te zetten.

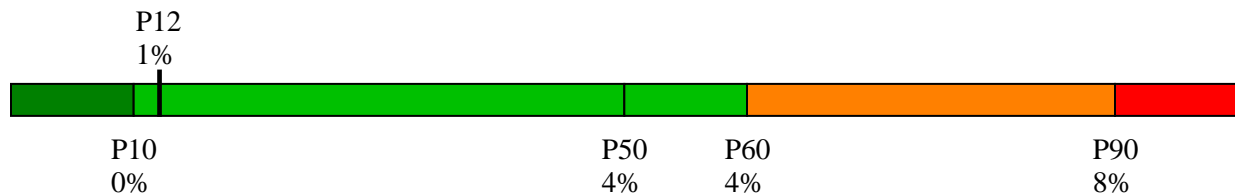
Ook bij ouderen bepaalt de ernst van de depressie de indicatie voor een medicamenteuze aanpak. Er is onvoldoende evidentie voor een gunstig effect van de langdurige (> 1 jaar) voortzetting van antidepressiva bij ouderen (> 60 jaar) ter preventie van herval. Voor recidiverende depressies wordt bij consensus aanbevolen de behandeling gedurende 1 à 2 jaar verder te zetten.

ANTIPSYCHOTICA

- **Het gebruik van antipsychotica bij ouderen in het kader van dementie wordt niet standaard aanbevolen.**
- **Indien antipsychotica gestart worden omwille van acuut delirium, moet de medicatie worden stopgezet wanneer de symptomen verdwenen zijn. Een langdurige behandeling met antipsychotica is niet aangewezen.**

⇒ **Percentage patiënten van 75 jaar en ouder met een voorschrift voor antipsychotica.**

Bij uw toegewezen patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer van 75 jaar en ouder, die in de loop van het jaar van minstens één voorschrift van u ontvingen voor antipsychotica.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 133.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 1%. De score van de mediaan (P50) is 4%.

REFLECTIE

De indicaties voor antipsychotica buiten het kader van psychose, zijn beperkt.

Probleemgedrag bij dementie

Probleemgedrag bij dementie wordt bij voorkeur op een niet-medicamenteuze wijze aangepakt. Antipsychotica hebben enkel een plaats indien een niet-medicamenteuze benadering onvoldoende effect heeft of indien de gedragsstoornissen een gevaar betekenen voor de patiënt, zijn omgeving of verzorgers.

De behandeling met antipsychotica in het kader van probleemgedrag bij dementie wordt best beperkt tot maximaal 3 maanden. De noodzaak om de behandeling met antipsychotica verder te zetten, moet regelmatig geëvalueerd worden. De voordelen op langere termijn zijn minder duidelijk dan de korte termijn effecten, maar het mortaliteitsrisico blijft significant verhoogd. Daarom dienen regelmatig pogingen ondernomen te worden om de medicatie af te bouwen of te stoppen.

Acuut delier

Bij een acuut delier dient in eerste instantie de onderliggende oorzaak te worden aangepakt (verantwoordelijke medicatie, onttrekking van middelen, onderliggende somatische aandoening). Daarnaast worden primair niet-medicamenteuze maatregelen aanbevolen.

Een symptomatische behandeling van acuut delier kan geïndiceerd zijn voor de bestrijding van angst en hallucinaties of wanen, bij hevige motorische onrust (letselpreventie) of om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken. Het al dan niet opstarten van antipsychotica dient individueel te worden afgewogen. De werkzaamheid van (typische en atypische) antipsychotica voor de symptoombestrijding bij een delirium is niet eenduidig aangetoond. Indien de behandeling gestart werd omwille van acuut delirium, moet de medicatie gestopt worden wanneer de symptomen verdwenen zijn.

Het gebruik van antipsychotica bij ouderen moet zoveel mogelijk in de tijd beperkt worden met uitzondering van psychose / bestaande schizofrenie (of na specialistisch advies). Men moet regelmatig proberen de behandeling (geleidelijk) stop te zetten.

4. Varia

DIABETES: VOORSCHRIJVEN VAN STATINES

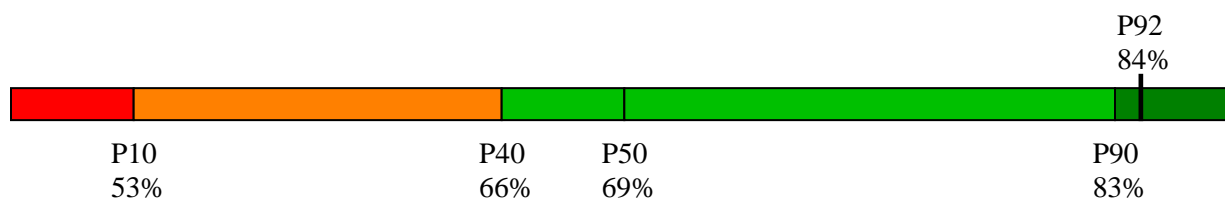
- **Het gebruik van statines is aanbevolen bij patiënten met type 2-diabetes en minstens één andere klassieke risicofactor.**

⇒ **Voorschrijven van statines bij diabetici met een verhoogd cardiovasculair risico.**

Bij uw toegewezen mannelijke patiënten van 50 tot 79 jaar of vrouwelijke patiënten van 55 tot 79 jaar die met diabetes* zijn gediagnosticeerd en die een bijkomend cardiovasculair risico** vertonen, geeft de indicator het percentage weer van de patiënten aan wie u statines voorschrijft.

*diabetes: patiënten die insuline ontvingen of meer dan 80 standaard dagdosissen (DDD) van orale antidiabetica

**bijkomend cardiovasculair risico: patiënten die geneesmiddelen nemen met betrekking tot het cardiovasculaire systeem, met uitzondering van hypolipemiërende geneesmiddelen



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 31.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 84%. De score van de mediaan (P50) is 69%.

REFLECTIE

Statines hebben een belangrijk cardiovasculair risico verlagend effect bij diabetespatiënten. Bij diabetespatiënten met gekend cardiovasculair lijden wordt routinematig aanbevolen een statine op te starten, alsook bij diabetespatiënten boven de 40 jaar met één of meerdere (bijkomende) cardiovasculaire risicofactoren.

STREEFDOEL

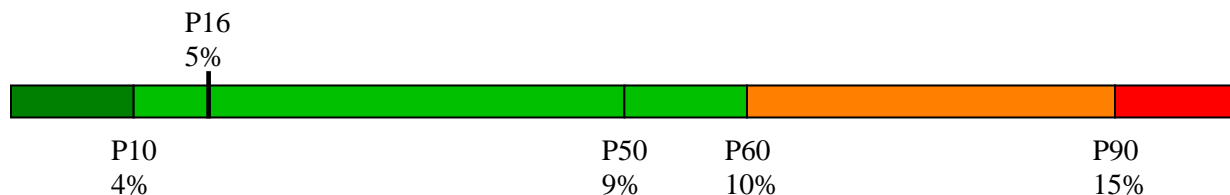
Het streefdoel is een toename van de mediaan van de vergelijkgroep met 10%.

PROTONPOMPINHIBITOREN

- **Het gebruik van protonpompinhibitoren voor de behandeling van een gastro-duodenaal ulcus of oesofagitis zonder complicaties dient beperkt te worden in de tijd.**

⇒ **Percentage patiënten van 40-64 jaar met een PPI-voorschrift voor meer dan 80 dagen**

Bij uw toegewezen patiënten van 40 tot 64 jaar (met uitzondering van patiënten die NSAID's ontvangen) geeft de indicator het percentage weer dat een PPI-dekking krijgt die overeenstemt met meer dan 80 dagen per jaar (alle voorschrijvers samen), waarvan minstens één voorschrift door u werd opgesteld, (terwijl de dekking al meer dan 80 dagen bedroeg.)



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 135.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 5%. De score van de mediaan (P50) is 9%.

REFLECTIE

Indicaties voor een kortdurend gebruik van PPI's zijn: typische refluxsymptomen zonder bewijs van oesofagitis (indien PPI: 4 weken), refluxoesofagitis graad A-B (4-8 weken), typische refluxsymptomen na behandelde oesofagitis (kort, bij klachten) en gastro-duodenale ulcera (4-8 weken). Indien er geen indicatie is voor chronisch* gebruik van een PPI, kunnen deze geneesmiddelen afgebouwd worden. Een rebound effect is slechts tijdelijk. Indien volledig stoppen niet lukt, wordt gestreefd naar on-demand gebruik aan de laagst mogelijke dosis van de minst-zuurremmende medicatie (antacida < H₂-receptor antagonisten < PPI's).

Het gebruik van protonpompinhibitoren wordt geassocieerd met enkele zeldzame, maar potentieel ernstige ongewenste effecten waaronder osteoporose met een verhoogd risico op fracturen, clostridium-enteritis, acute interstitiële nefritis en malabsorptie van vitamine B₁₂ en magnesium. In geval van polymedicatie moet rekening worden gehouden met potentiële interacties met andere geneesmiddelen.

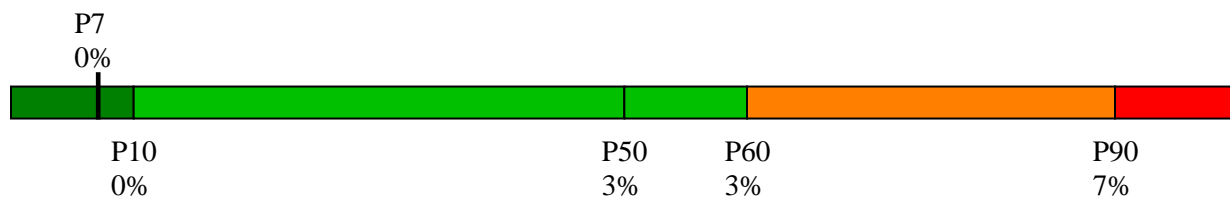
*Potentiële indicaties voor chronisch gebruik zijn maagprotectie, ernstige oesofagitis (graad C of D), Zollinger-Ellisonsyndroom. Voor een Barrettslokdarm wordt chronisch gebruik niet standaard aanbevolen.

STATINES: VOORSCHRIFT BIJ PATIËNTEN ZONDER GEÏDENTIFICEERD CARDIOVASCULAIR RISICO

- **Statines zijn niet aangewezen bij patiënten zonder cardiovasculaire pathologie, zelfs bij een verhoogde cholesterolemie.**

⇒ **Percentage patiënten van 40-49 jaar zonder geïdentificeerd cardiovasculair risico die een voorschrift ontvingen voor hypolipemiërende medicatie.**

Bij uw toegewezen patiënten van 40 tot 49 jaar zonder geïdentificeerd cardiovasculair risico (geen diabetes en geen cardiovasculair geneesmiddel met uitzondering van hypolipemiërende geneesmiddelen), geeft de indicator het percentage patiënten aan wie u hypolipemiërende geneesmiddelen voorschreef in 2016.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 26.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 0%. De score van de mediaan (P50) is 3%.

REFLECTIE

Statines hebben als doel de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit te reduceren. Een routinematig gebruik bij patiënten met hypercholesterolemie en een laag cardiovasculair risico wordt niet aanbevolen, gezien de absolute winst beperkt is. In secundaire preventie en bij een SCORE-risico $\geq 10\%$ wordt een statine routinematig aanbevolen. Bij een SCORE-risico $\geq 5\%$ kan een behandeling overwogen worden in functie van bijkomende risicofactoren. Niet-medicamenteuze maatregelen worden standaard aanbevolen aan alle patiënten met hypercholesterolemie. (De SCORE-tabellen zijn niet van toepassing bij diabetes en bij familiale hypercholesterolemie).

THEMA II: Klinische biologie

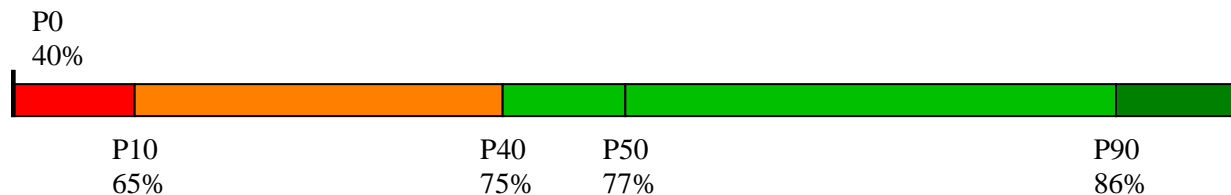
1. Screening

DIABETES

- **Bepaal vanaf 65 jaar 1x/jaar de nuchtere glycemie op een veneus bloedstaal als screening naar diabetes.**

⇒ **Proportie 65-plussers die jaarlijks gescreend worden op diabetes mellitus.**

Bij uw toegewezen patiënten van 65 jaar en ouder zonder reeds gekende diabetes mellitus, geeft de indicator het percentage patiënten weer die in de loop van het jaar minstens eenmaal een bepaling van de nuchtere glycemie op een veneus bloedstaal kregen, als screening naar diabetes (alle voorschrijvers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 207.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 40%. De score van de mediaan (P50) is 77%.

REFLECTIE

Een jaarlijkse screening naar diabetes bij alle 65-plussers maakt deel uit van een goed cardiovasculair risicomangement. Diabetes is een veelvoorkomende aandoening die op een eenvoudige, betrouwbare en relatief goedkope manier kan opgespoord worden via bepaling van de nuchtere glycemie op een veneus bloedstaal. Een vroegtijdige detectie en behandeling van diabetes heeft een zeer gunstig effect op de prognose voor de patiënt. Al deze elementen maken een algemene screening voor deze subpopulatie zeer nuttig en verantwoord.

Daarom volgen we voor deze indicator de huidige wetenschappelijke evidentie en pleiten dus voor een jaarlijkse screening van alle 65-plussers door bepaling van de nuchtere glycemie op een veneus bloedstaal.

NB: Met deze indicator hebben we geen zicht op het gebruik van capillaire bloedglucosemetingen en/of sneltesten in uw praktijk. Indien dit een gangbare manier van testen is in uw praktijk, kan dit als

een waardig alternatief voor veneuze metingen beschouwd worden. U dient in dat geval uw score op deze indicator te nuanceren.

STREEFDOEL

We beogen een toename van 10% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

SCHILDKLIERFUNCTIE

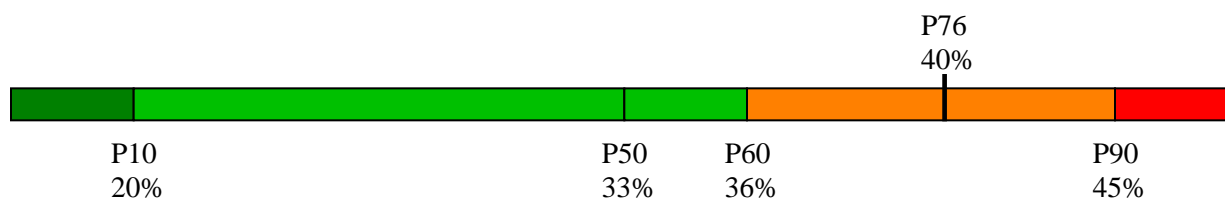
➤ **Voer geen routinematige schildklierfunctiescreening (TSH-bepaling) uit, enkel als gerichte case-finding.**

➤ **Indien schildklierfunctiescreening aangewezen is (gerichte case-finding), bepaal dan enkel TSH. Vrij T₄ (en zeldzaam T₃) dient enkel in tweede instantie bepaald te worden bij een afwijkende TSH-waarde.**

⇒ **Proportie patiënten die een overbodige* schildklierfunctiescreening kregen**

Bij uw toegewezen patiënten zonder gekende diabetes of schildklierlijden, geeft de indicator het percentage patiënten weer die in de loop van het jaar een schildklierfunctiescreening kregen, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.

**NB: Uiteraard valt gerichte case-finding niet onder de noemer 'overbodige screening'. Deze indicator kan enkel vaststellen dat er in de huidige Belgische situatie vaak routinematig, overbodig gebruik is. De nuance per patiënt kan u uiteraard enkel zelf, als clinicus, maken.*

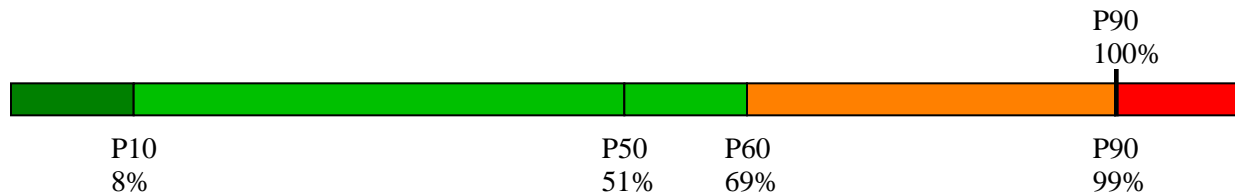


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 432.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 40%. De score van de mediaan (P50) is 33%.

⇒ **Overmatig gebruik van gecombineerde T4-T3-bepaling bij screening naar een schildklierfunctiestoornis**

Bij uw toegewezen patiënten zonder gekende diabetes of schildklierlijden die een TSH-screening kregen, geeft de indicator het percentage patiënten weer die tevens een T4- en/of T3-bepaling kregen, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 210.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 100%. De score van de mediaan (P50) is 51%.

REFLECTIE

Schildklierfunctietesten worden vaak routinematig uitgevoerd tijdens een 'algemene brede bloedname'. Overmatige screening is echter niet aangewezen, omdat het zorgt voor belangrijke verspilling en bovendien potentieel kan leiden tot schadelijke gevolgen voor de patiënt door overbodige diagnostische- en therapeutische handelingen die hieruit voortvloeien.

Daarom pleiten we ervoor om bij het aanvragen van labotesten te kiezen voor een wetenschappelijk onderbouwde, gerichte case-finding. Vraag enkel en alleen de testen aan die bij een specifieke patiënt noodzakelijk zijn om een klinisch vermoeden/verdenken te bevestigen of te weerleggen.

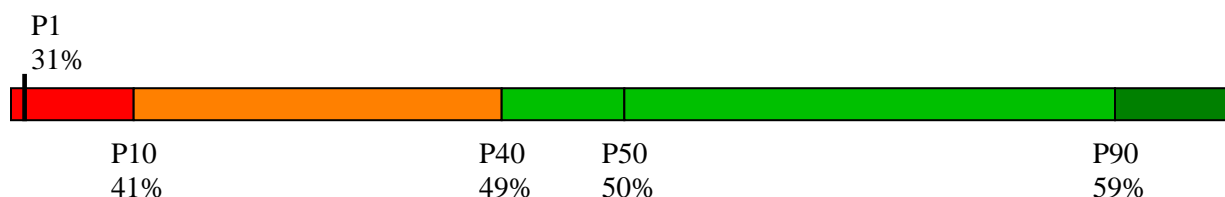
STREEFDOEL

We beogen een afname van 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

CERVIXKANKER

- Bied iedere vrouw uit de doelpopulatie van 25 t.e.m. 64 jaar oud een driejaarlijkse screening naar cervixkanker (via een uitstrijkje) aan.

⇒ **Proportie van vrouwen 25-64 jaar die een cervixkankerscreening kregen in de laatste 3 jaar**
Bij uw toegewezen vrouwelijke patiënten van 25 tot en met 64 jaar, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens eenmaal een cervixkankerscreening kregen in de laatste drie jaren (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 100.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 31%. De score van de mediaan (P50) is 50%.

REFLECTIE

Cervixkanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. In België staat het op de achtste plaats van meest voorkomende kankers, na borst-, colon-, uterus, rectum-, long-, ovariumkanker en non-Hodgkinlymfoom.

Omdat deze kanker op een betrouwbare, relatief goedkope manier kan opgespoord worden en de vroege detectie ervan een zeer duidelijke impact heeft op de overlevingskansen van de patiënte, loont screening zeker de moeite. De huisarts speelt een zeer belangrijke rol in het informeren van de patiënte en het (al dan niet zelf) aanbieden van het uitstrijkje.

Als de randvoorwaarden (vrouwelijk geslacht, leeftijd 25-64 jaar) vervuld zijn, hoort het dus tot de taak van de huisarts om de vrouwen deze screening aan te bieden. Uiteraard dient de patiënte dan zelf een geïnformeerde keuze te maken over het al dan niet laten screenen.

De huisarts mag het screeningsonderzoek (uitstrijkje) zelf uitvoeren, maar dit mag eveneens (na doorverwijzing in overleg met patiënte) gebeuren door een andere arts (bv. gynaecoloog). De identiteit van voorschrijver en verstrekker is dus niet van belang. Zolang de patiënte de screening aangeboden krijgt, is uw rol als huisarts vervuld.

STREEFDOEL

We beogen een toename van 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

2. Diagnose

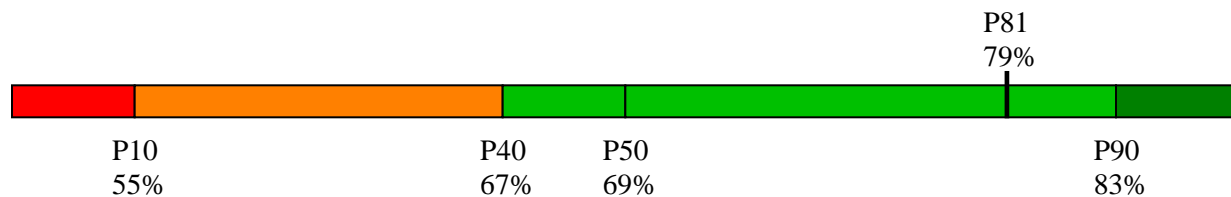
HYPERTENSIE

- **Bepaal steeds* creatinine voor opstart van diuretica, ACE-remmers en angiotensine 2-antagonisten.**

*Een bepaling tot 6 maanden voor opstart wordt als recent beschouwd. In dat geval hoeft er geen herhaling plaats te vinden, tenzij er argumenten zijn om een achteruitgang van de nierfunctie in deze periode te vermoeden.

- ⇒ **Proportie van nieuwe gebruikers van antihypertensiva met een correcte opstart (i.e. met recente bepaling van creatinine)**

Bij uw toegewezen patiënten bij wie er gestart werd met diuretica, ACE-remmers of angiotensine 2-antagonisten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die voordien een bepaling van creatinine kregen (alle voorschrijvers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 28.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 79%. De score van de mediaan (P50) is 69%.

REFLECTIE

Patiënten met hypertensie zijn at risk voor een verminderde nierfunctie. Diuretica, ACE-remmers en angiotensine 2-antagonisten pakken de hypertensie aan. Op lange termijn is er hierdoor een nefroprotectief effect. Anderzijds kan de nierfunctie acuut (verder) gelimiteerd raken bij gebruik van deze medicatie.

Daarom volgen we de wetenschappelijke evidentie en pleiten we ervoor om de nierfunctie (creatinine) van alle nieuwe gebruikers te bepalen vóór opstart. Zo is er een individuele referentiewaarde om een gepaste follow-up van de nierfunctie te kunnen voorzien.

Momenteel zien we (globaal) dat dit reeds in ongeveer 70% van de gevallen correct gebeurt. Dit is zeker niet slecht, maar er is nog ruimte voor verdere verbetering.

STREEFDOEL

We beogen een toename van 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

ALGEMENE BIOCHEMISCHE BILANS

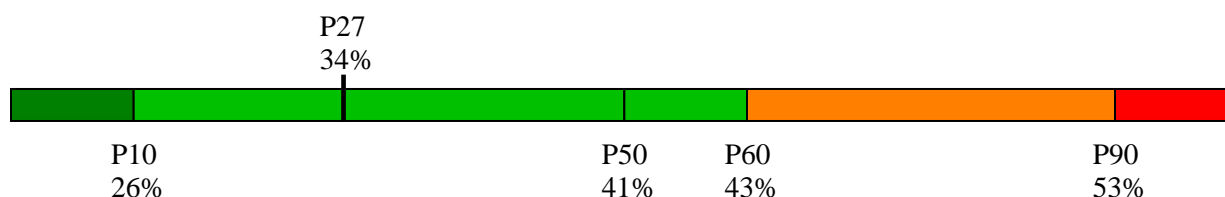
➤ **Voer bij uw gezonde* populatie geen algemene biochemische screening of diagnostiek uit.**

*Definitie 'gezond': i.e. voor onze beschikbare data, metingen: geen enkele vorm van chronische medicatie

⇒ **Proportie van uw gezonde patiënten van 45-65 jaar die ≥ 1 overbodig algemeen biochemisch bilan* kregen.**

Bij uw toegewezen gezonde patiënten van 45-65 jaar, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens eenmaal een algemeen biochemisch bilan kregen, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.

*hematologische testen, lever-/nierfunctietesten, obsoleete testen, hormonale testen.



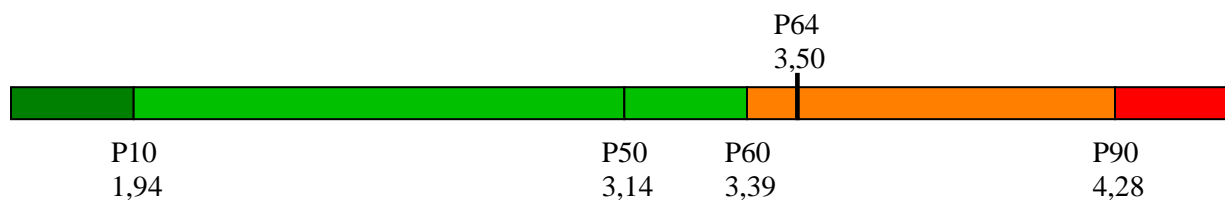
Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 44.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 34%. De score van de mediaan (P50) is 41%.

⇒ **Gemiddeld aantal uitgevoerde obsoleete* biochemische testen per patiënt**

Bij uw toegewezen gezonde patiënten van 45-65 jaar die minstens eenmaal een algemeen biochemisch bilan kregen, geeft de indicator het gemiddelde aantal uitgevoerde testen per patiënt weer, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.

* Obsoleete testen: VitB12, Foliumzuur, ijzer totaal, ferritine, Vitamine D



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 14.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 3,50. De score van de mediaan (P50) is 3,14.

REFLECTIE

Een 'algemene brede bloedname' wordt zeer frequent uitgevoerd in de klinische praktijk, als algemene 'screening' bij de gezonde populatie (vaak puur als geruststelling), als (te) uitgebreide case-finding, of als (te) doorgedreven opvolging bij gekende aandoeningen.

Dit fenomeen van overmatig gebruik van laboratoriumtesten lijkt misschien banaal. Het principe van "beter een keer te veel dan te weinig" testen als algemene houding is echter niet aanvaardbaar.

Het is zeer moeilijk om een bloedname op expliciete vraag van een patiënt te weigeren. "Ik kom gewoon voor een routine-bloedname" en "test maar ineens alles, dokter", zijn uitspraken die u ongetwijfeld vaak hoort.

De vraag is of deze algemene bloednames een echte meerwaarde betekenen voor de gezondheid van uw patiënt enerzijds en voor de volksgezondheid anderzijds? Het antwoord hierop is tweemaal zeer duidelijk: neen.

Afwijkende testen leiden tot planning van bijkomende onderzoeken of zelfs therapeutische handelingen, wat achteraf dan zeer vaak onnodig blijkt te zijn geweest.

Overmatig testen leidt ook tot onnodige ongerustheid en mogelijks zelfs tot schadelijke gevolgen voor uw patiënt, door overbodige diagnostische- en therapeutische handelingen die hieruit voortvloeien.

We stellen ook vast dat het overmatig gebruik van biochemische testen leidt tot een enorme verspilling van de beschikbare financiële middelen voor onze gezondheidszorg.

Daarom pleiten we ervoor om bij het aanvragen van labotesten te kiezen voor een wetenschappelijk onderbouwde strategie (gerichte case-finding). Vraag enkel en alleen de testen aan die bij een specifieke patiënt noodzakelijk zijn om uw klinisch vermoeden te bevestigen of te weerleggen.

NB: In specifieke gevallen (case-finding/diagnose/follow-up bij bepaalde infecties of aandoeningen) kunnen één of enkele van deze biochemische testen natuurlijk toch aangewezen zijn. Deze nuance wordt met deze eenzijdige indicator niet weergegeven. De afweging per individueel geval kan uiteraard enkel door u als clinicus gemaakt worden.

STREEFDOEL

We beogen een afname van 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

HORMONALE TESTEN

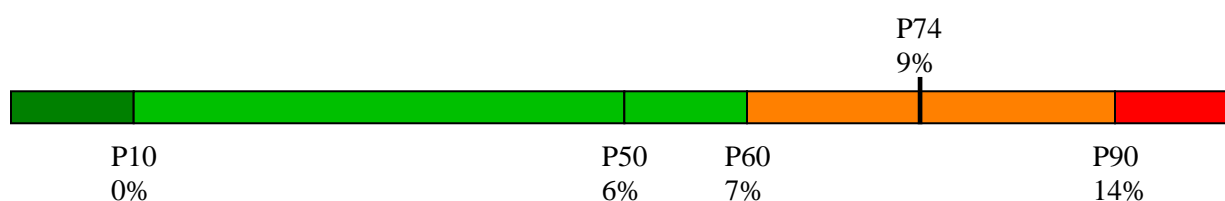
- **Voer geen biochemische hormonale testen uit ter opsporing/diagnose van een menopauzale status bij uw gezonde* vrouwelijke populatie.**

*Definitie 'gezond': i.e. voor onze beschikbare data, metingen: geen enkele vorm van chronische medicatie

⇒ **Proportie van uw gezonde vrouwelijke patiënten van 45-65 jaar die ≥ 1 overbodige hormonale test* kregen.**

Bij uw toegewezen gezonde vrouwelijke patiënten van 45-65 jaar die geen hormonale preparaten innemen, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens één biochemische hormonale test kregen, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.

*Hormonale test: FSH, LH, oestradiol, progesteron



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 22.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 9%. De score van de mediaan (P50) is 6%.

REFLECTIE

Een correcte diagnose van een menopauze status gebeurt niet biochemisch, wegens grote variabiliteit en een lage betrouwbaarheid. Deze diagnose gebeurt wel op klinische basis: men spreekt van 'menopauze' indien er gedurende minstens 1 jaar geen menstruaties meer optreden na de leeftijd van 40 jaar.

Indien er ernstige twijfel is, of indien er vermoeden is van een specifieke hormonale aandoening (gerichte case finding), kan er wel een beperkt hormonaal screeningsbilan gebeuren. In dit geval zijn enkel de volgende testen aanbevolen: FSH, LH, progesteron. De afweging per individueel geval kan uiteraard enkel door u als clinicus gemaakt worden.

STREEFDOEL

We beogen een afname van 20% van de mediaan van de vergelijkgroep.

3. Follow-up

DIABETES

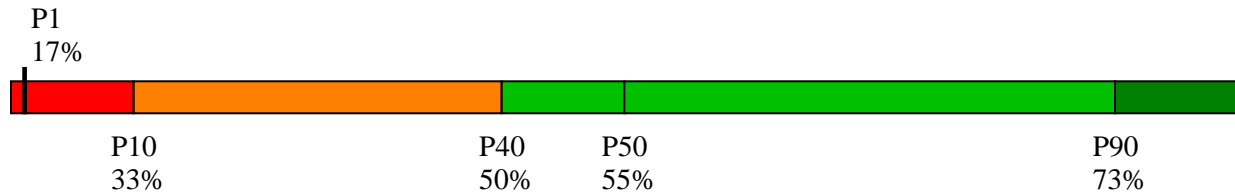
➤ **Bied uw patiënten met diabetes mellitus een correcte* follow-up.**

*Dit houdt in: jaarlijkse meting van de lipidenstatus, om de 3 maanden meting van de nuchtere glycemie, 2 maal per jaar meting van HbA1c, jaarlijkse meting micro-albuminurie of proteïnurie, jaarlijks oftalmologisch nazicht.

Insuline-dependente diabetici

⇒ **Proportie patiënten met nuchtere glucose-bepaling om de 3 maanden**

Bij uw toegewezen insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 4 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun nuchtere glycemie op veneus bloedstaal kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

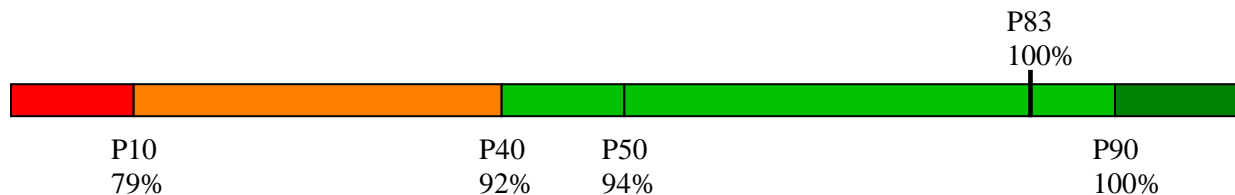


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 6.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 17%. De score van de mediaan (P50) is 55%.

⇒ **Proportie patiënten met HbA1c –bepaling om de 6 maanden**

Bij uw toegewezen insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 2 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun HbA1c-waarde kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

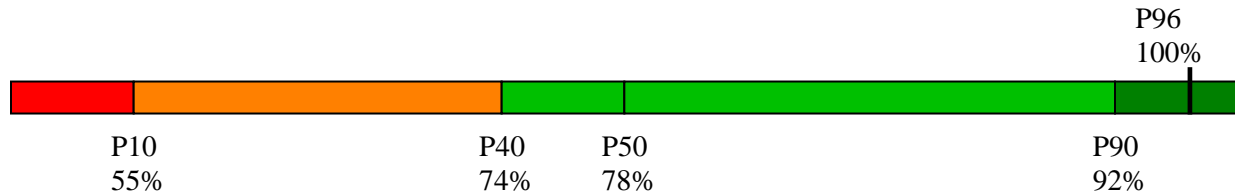


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 6.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 100%. De score van de mediaan (P50) is 94%.

⇒ **Proportie patiënten met jaarlijkse bepaling van proteïnurie / micro-albuminurie**

Bij uw toegewezen insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun proteïnurie en/of micro-albuminurie kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

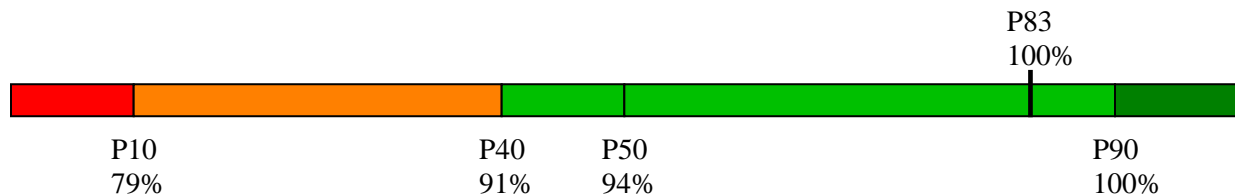


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 6.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 100%. De score van de mediaan (P50) is 78%.

⇒ **Proportie patiënten met jaarlijkse bepaling van lipidenstatus**

Bij uw toegewezen insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun lipidenstatus (LDL en HDL en triglyceriden) kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

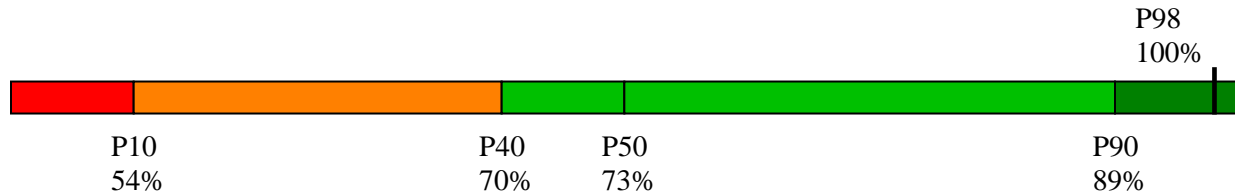


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 6.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 100%. De score van de mediaan (P50) is 94%.

⇒ **Proportie patiënten met jaarlijks oftalmologisch nazicht**

Bij uw toegewezen insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een oftalmologisch consult kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



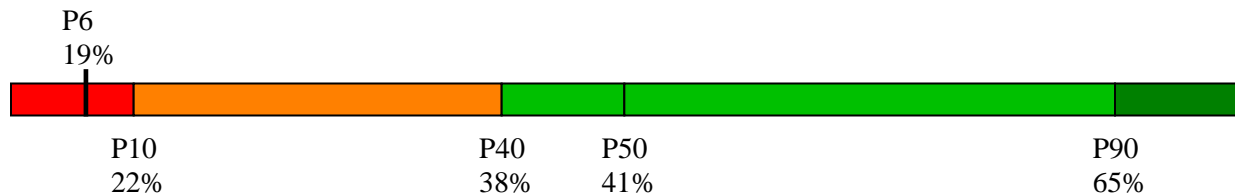
Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 6.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 100%. De score van de mediaan (P50) is 73%.

Niet-insuline-dependente diabetici

⇒ **Proportie patiënten met nuchtere glucose-bepaling om de 3 maanden**

Bij uw toegewezen niet-insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 4 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun nuchtere glycemie op veneus bloedstaal kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

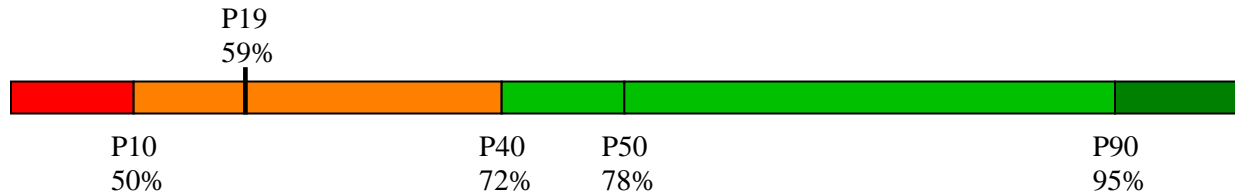


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 32.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 19%. De score van de mediaan (P50) is 41%.

⇒ **Proportie patiënten met HbA1c –bepaling om de 6 maanden**

Bij uw toegewezen niet-insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 2 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun HbA1c-waarde kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

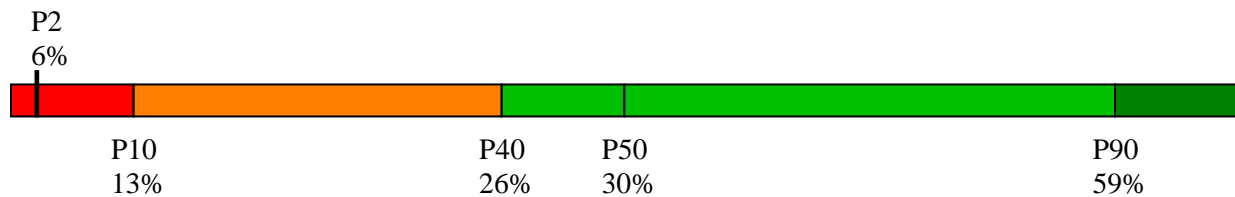


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 32.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 59%. De score van de mediaan (P50) is 78%.

⇒ **Proportie patiënten met jaarlijkse bepaling van proteïnurie / micro-albuminurie**

Bij uw toegewezen niet-insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun proteïnurie en/of micro-albuminurie kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

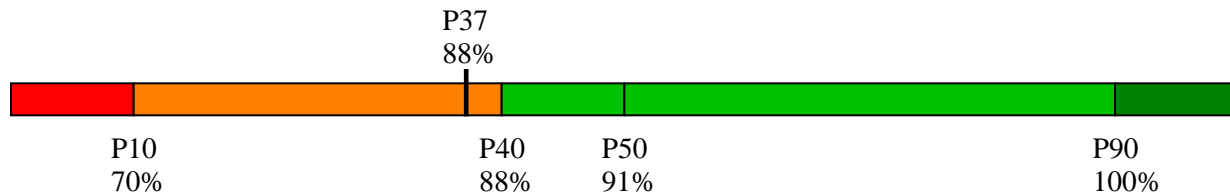


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 32.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 6%. De score van de mediaan (P50) is 30%.

⇒ **Proportie patiënten met jaarlijkse bepaling van lipidenstatus**

Bij uw toegewezen niet-insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun lipidenstatus (LDL en HDL en triglyceriden) kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

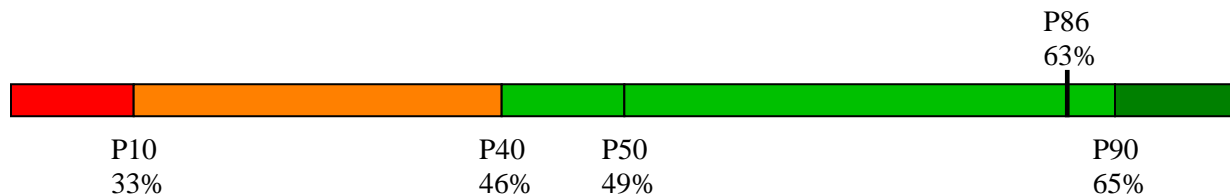


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 32.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 88%. De score van de mediaan (P50) is 91%.

⇒ **Proportie patiënten met jaarlijks oftalmologisch nazicht**

Bij uw toegewezen niet-insuline-dependente diabetes-patiënten, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een oftalmologisch consult kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 32.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 63%. De score van de mediaan (P50) is 49%.

REFLECTIE

Ondanks het goed onderbouwde, uitgewerkte zorgpad rond diabetes (diabetespas, zorgtraject, diabetesconventie), blijkt een optimale opvolging van diabetici verre van evident. Naast de huisarts, zijn natuurlijk ook de specialist (endocrinoloog, oftalmoloog) en de patiënt zelf belangrijke spelers in dit proces.

Motivationale factoren, bereikbaarheid van specialisten en een goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners (taakverdeling, rapportering) zijn enkele elementen die maken dat de zorg rond deze chronische aandoening zo complex is. Goede afspraken tussen de verschillende zorgverleners op lokaal niveau zijn essentieel om deze zorg te optimaliseren.

Met behulp van deze indicator (met opsplitsing in verschillende categorieën) kan u voor uzelf eventuele werkpunten in de opvolging identificeren en kan u de follow-up van uw diabetespatiënten evalueren en optimaliseren.

NB: Deze aanbeveling voor een ‘ideale’ opvolging is geschreven voor de **totale** populatie diabetici (met inbegrip van patiënten met een slecht-geregelde diabetes).

Nuance bij interpretatie van deze deelindicatoren is daarom uiterst belangrijk!

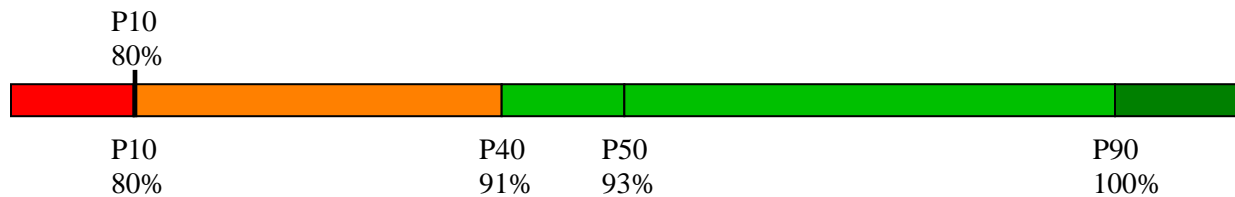
Bijvoorbeeld: Een nuchtere bepaling van glycemie op veneus bloed om de 3 maanden (zoals voorgeschreven in de richtlijnen) is een veeleisend, eenzijdig criterium. In praktijk is deze hoge frequentie van testen echter niet voor elke patiënt noodzakelijk. Iemand die goed geregeld is (gunstig HbA_{1c}) en trouw zijn capillaire metingen doet, hoeft natuurlijk niet per se om de 3 maanden veneuze metingen te krijgen. De vele mogelijke scenario's en nuances kunnen met deze indicator onmogelijk worden weergegeven. De afweging per individueel geval kan enkel door u als clinicus gemaakt worden.

HYPOTHYROÏDIE

➤ Bepaal voor follow-up van gekende hypothyroïdie (na dosisstabilisatie) jaarlijks het TSH.

⇒ **Proportie van uw patiënten met gekende hypothyroïdie met correcte biochemische follow-up (≥1x/jaar TSH)**

Bij uw toegewezen patiënten met gekende hypothyroïdie, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een TSH-bepaling kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 5.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 80%. De score van de mediaan (P50) is 93%.

REFLECTIE

Patiënten met gekende (stabiele) hypothyroïdie dienen idealiter minstens 1x/jaar een TSH-bepaling te krijgen. Dit om, zo nodig, gerichte therapeutische aanpassingen (bv. dagdosis) te kunnen doen.

We zien globaal in België op heden reeds een score van > 90% correcte follow-up.

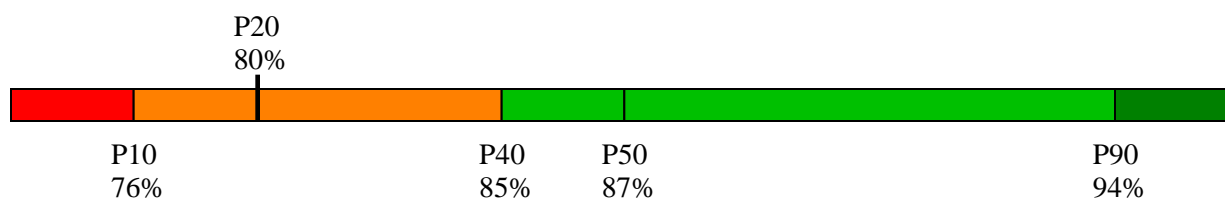
Het streefdoel is dan ook om dit goede cijfer te behouden.

HYPERTENSIE

- **Controleer 1 x / jaar creatinine bij patiënten die behandeld worden met ACE-inhibitoren, sartanen of diuretica.**

⇒ **Proportie van uw patiënten die ACE-I, sartanen of diuretica nemen met correcte biochemische follow-up (≥1x/jaar creatinine)**

Bij uw toegewezen patiënten die behandeld worden met ACE-I, sartanen of diuretica, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer in het gemeten jaar een creatinine-bepaling kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 142.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 80%. De score van de mediaan (P50) is 87%.

REFLECTIE

Patiënten met hypertensie zijn at risk voor een verminderde nierfunctie. Diuretica, ACE-remmers en angiotensine 2-antagonisten pakken de hypertensie aan (nefroprotectief effect op lange termijn). Anderzijds kan de nierfunctie acuut (verder) gelimiteerd raken bij gebruik van deze medicatie. Daarom wordt aangeraden om de nierfunctie van gebruikers minstens jaarlijks op te volgen. Zo kunnen er, indien nodig, gerichte therapeutische aanpassingen (bv. dosisaanpassing, switch molecule/klasse) gebeuren.

We zien globaal op heden reeds een goede score van > 85% correcte follow-up.

STREEFDOEL

We beogen een verdere toename van 5% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

THEMA III: Medische beeldvorming en pre-operatieve onderzoeken

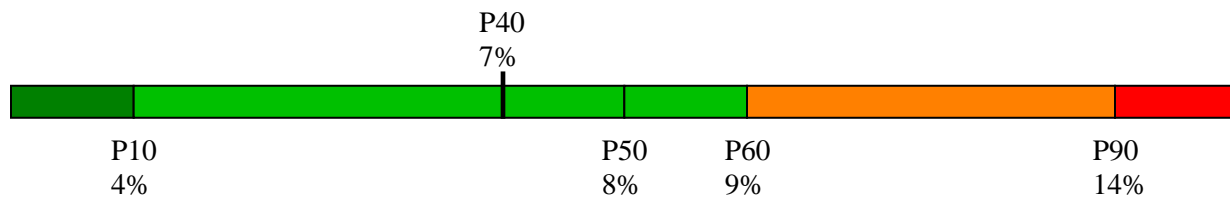
1. Overmatig gebruik van beeldvorming van de wervelkolom

➤ Voer geen beeldvormingsonderzoeken uit bij aspecifieke acute of chronische rugpijn.

➤ Indien er om specifieke redenen toch beeldvorming aangewezen is, vermijd dan sequentiële onderzoeken. MRI is niet altijd maar wel meestal de beste keuze.

⇒ *Proportie van uw patiënten zonder gekende orthopedische problematiek die minstens 1 keer beeldvorming van de wervelkolom kregen in de afgelopen 3 jaar.*

Bij uw toegewezen patiënten zonder gekende orthopedische problematiek, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens één beeldvormingsonderzoek van de wervelkolom kregen in de afgelopen 3 jaren, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.

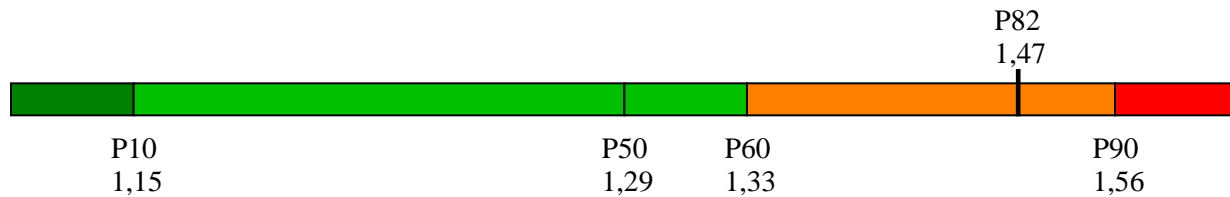


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 396.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 7%. De score van de mediaan (P50) is 8%.

⇒ **Gemiddeld aantal verschillende onderzoeken van beeldvorming van de wervelkolom, per patiënt.**

Bij uw toegewezen patiënten die op uw voorschrift beeldvorming van de wervelkolom kregen in de afgelopen 3 jaren, geeft de indicator het gemiddeld aantal verschillende onderzoeken per patiënt weer.



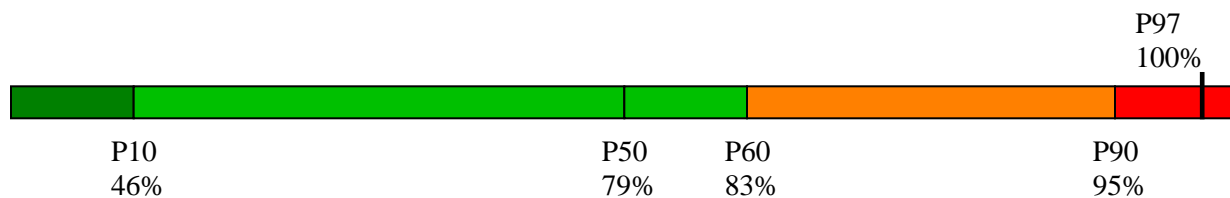
Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 47.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 1,47. De score van de mediaan (P50) is 1,29.

⇒ **Aandeel van RX en CT* binnen beeldvorming van de wervelkolom door u voorgeschreven.**

Van alle beeldvorming van de wervelkolom die door u werd voorgeschreven in het afgelopen jaar, geeft de indicator het aandeel van RX- en CT-onderzoeken weer.

*NB: RX en CT zijn in de eerste lijn slechts zelden eerste-keuze-onderzoeken als er een specifieke indicatie tot beeldvorming van de wervelkolom bestaat. Meestal is MRI de beste keuze in dat geval (ondanks langere wachttijd!).



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 18.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 100%. De score van de mediaan (P50) is 79%.

REFLECTIE

Bij specifieke acute (< 6 weken) of chronische lage rugpijn is het niet aangewezen om beeldvormingsonderzoeken te verrichten. Mits anamnestic en klinisch uitsluiten van rode vlaggen (Bv. ernstig trauma, uitgesproken neurologisch deficit, zadelanesthesie, B-symptomen) kan de patiënt gerustgesteld worden dat de acute lage rugpijn quasi steeds spontaan voorbijgaat over het verloop van enkele weken. De boodschap voor de patiënt luidt dan om in beweging te blijven en zo nodig aangepaste analgetische medicatie in te nemen. Bijkomende onderzoeken zullen het genezingsproces op geen enkele manier versnellen of beïnvloeden.

Bij chronisch ruglijden dient (herhaling van) beeldvorming enkel overwogen te worden bij duidelijke verergering, of bij het optreden van rode vlaggen, voor zover dit de prognose of behandeling potentieel positief kan beïnvloeden.

In de eerder uitzonderlijke gevallen dat verder onderzoek bij rugpijn aangewezen is, zal het voorkeursoronderzoek meestal een MRI zijn. In geval van zogenaamde rode vlaggen dient vooral neurale compressie (door bv. cauda equina syndroom, ernstig discuslijden, ruimte innemend proces) uitgesloten te worden. Deze pathologieën worden het best geïnvestigeerd via MRI. Bij vermoeden van osseuze letsels (fracturen, traumata, osteolytische letsels) kunnen RX of CT uiteraard wel aangewezen zijn.

Een zeer handige tool voor de aanpak van lage rugpijn die door het KCE werd ontwikkeld kan u via deze link terugvinden: <http://lagerugpijn.kce.be/>

Ondanks verschillende informatiecampagnes aan het brede publiek in de voorbije jaren, blijft België een absolute kampioen in het overmatig voorschrijven van medische beeldvorming. Naast een enorme economische impact, zorgt dit ook voor een zeer grote stralingsbelasting voor onze bevolking, wat het risico op kanker significant verhoogt. Als zorgverlener tracht je elke patiënt zo goed mogelijk te begeleiden en wil je waar mogelijk tegemoet komen aan zijn of haar vragen en bezorgdheden. Met laagdrempelig voorschrijven van medische beeldvorming voor (lage) rugpijn wordt echter noch aan de patiënt, noch aan de volksgezondheid, noch aan ons Belgisch gezondheidszorgsysteem enige dienst bewezen!

Daarom pleiten we voor een weloverwogen, doelmatig en verantwoord gebruik van de beschikbare technische onderzoeken.

STREEFDOEL

We beogen een afname van 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep van de eerste twee indicatoren. Daarnaast beogen we een daling van 10% van het aandeel van RX en CT (in het voordeel van MRI).

2. Overmatig gebruik van pre-operatieve onderzoeken

Wat betreft de routinematige pre-operatieve onderzoeken ECG, RX thorax, INR:

- Voer bij patiënten < 50 jaar met een laag risicoprofiel* niet routinematig een ECG, RX thorax of INR-meting uit als pre-operatieve onderzoeken bij kleine – of intermediaire ingrepen**.
- Voer bij patiënten ≥ 50 jaar met een laag risicoprofiel* niet routinematig een RX thorax of INR-meting uit als pre-operatieve onderzoeken bij kleine – of intermediaire ingrepen**.

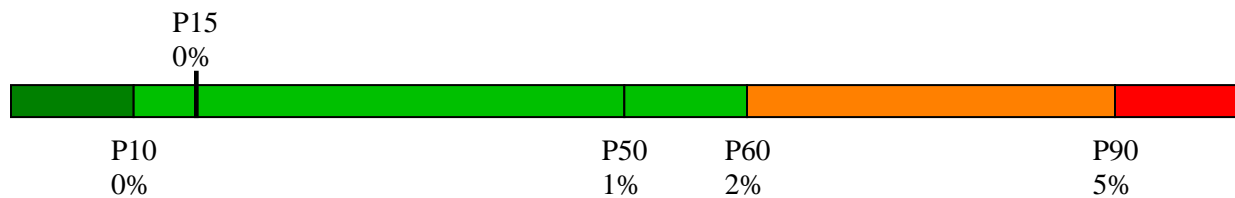
- Voer bij patiënten ≥50 jaar wel routinematig een ECG (in rust) uit als pre-operatief onderzoek bij kleine – of intermediaire ingrepen**.

*Definitie van laag risicoprofiel voor onze beschikbare data, metingen: geen enkele vorm van chronische medicatie.

**Definitie kleine en intermediaire heekunde: nomenclatuurcodes heekunde met K≤270, N≤450, I≤550

⇒ **Proportie patiënten met een laag-risicoprofiel < 50 jaar die overbodige pre-operatieve onderzoeken bij kleine- en intermediaire heekunde kregen.**

Bij uw toegewezen patiënten jonger dan 50 jaar met een laag risicoprofiel die kleine- of intermediaire heekunde kregen, geeft de indicator het percentage patiënten weer die overbodige pre-operatieve onderzoeken kregen, waarbij u zelf de voorschrijver of verstrekker was.

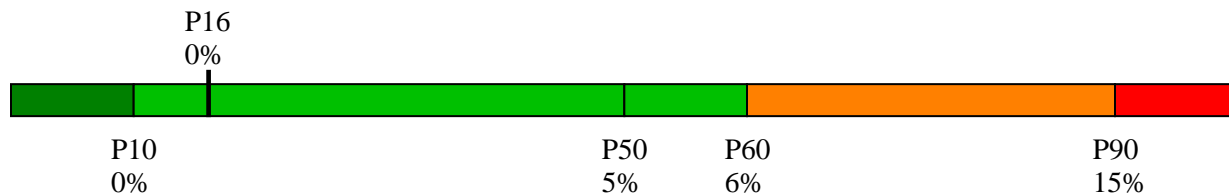


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 23.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 0%. De score van de mediaan (P50) is 1%.

⇒ **Proportie patiënten met een laag-risicoprofiel \geq 50 jaar die overbodige pre-operatieve onderzoeken bij kleine- en intermediaire heekunde kregen.**

Bij uw toegewezen patiënten van 50 jaar of ouder met een laag risicoprofiel die kleine- of intermediaire heekunde kregen, geeft de indicator het percentage patiënten weer die overbodige pre-operatieve onderzoeken kregen, waarbij u zelf de voorschrijver of verstrekker was.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 16.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 0%. De score van de mediaan (P50) is 5%.

REFLECTIE

Pre-operatieve onderzoeken dienen afgestemd te worden op het risicoprofiel van de patiënt en de aard van de geplande ingreep. Het is met andere woorden niet nodig om bij (relatief) gezonde patiënten die een kleine of intermediaire electieve ingreep (bv. excisie huidletsel, artroscopie, cataractoperatie, etc.) ondergaan, routinematig pre-operatieve onderzoeken uit te voeren.

In praktijk stellen we vast dat dit wel vaak gebeurt. We zijn er ons van bewust dat de verstrekkende huisarts hier zeker niet alle verantwoordelijkheid voor draagt, omdat hij/zij vanuit het ziekenhuis vaak expliciet de vraag krijgt om bepaalde pre-operatieve onderzoeken uit te voeren. Wij zijn er ons van bewust dat het zeer moeilijk is om deze vraag te weigeren en de patiënt bij wijze van spreken 'met lege handen' naar huis te sturen, tegen de vraag van een collega-specialist in.

Toch kiezen we ervoor om deze indicator ter info weer te geven aan u als huisarts. In de toekomst zal dezelfde boodschap ook gecommuniceerd worden aan de betrokken specialisten. Op deze manier kan er hopelijk dialoog ontstaan voor het optimaliseren van het pre-operatief proces en kan er stap voor stap een meer doelmatig beleid ontstaan.

Ter info en ondersteuning van uw keuzes kan u onder de volgende link de 'Preop app' terugvinden. Deze werd ontwikkeld door het KCE.

<http://preop.kce.be/>

3. Stralingsbelasting door obsoleete beeldvorming

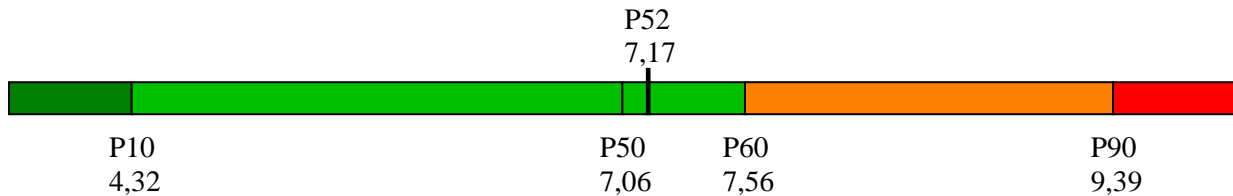
➤ **Schrijf geen beeldvormingsonderzoeken voor die obsoleet zijn in de eerste lijn.**

➤ **Als er een beeldvormingsonderzoek moet worden voorgeschreven en verschillende onderzoeken kunnen hetzelfde resultaat opleveren, geef dan voorkeur aan het onderzoek met de laagste stralingsbelasting.**

⇒ **Stralingsblootstelling (in mSv) veroorzaakt door obsoleete* beeldvorming, per patiënt.**

Bij uw toegewezen patiënten, geeft de indicator de gemiddelde stralingsblootstelling (in mSv) per patiënt weer, veroorzaakt door obsoleete beeldvormingsonderzoeken die door u voorgeschreven werden.

*Obsoleet: Dit zijn onderzoeken die (zeer) zelden geïndiceerd zijn in de eerste lijn, met name: CT schedel, RX aangezicht en sinussen, CT sinussen, RX abdomen met of zonder contrast, RX IV urografie/pyelografie/cystografie, RX flebografie, RX wervelkolom, CT wervelkolom.

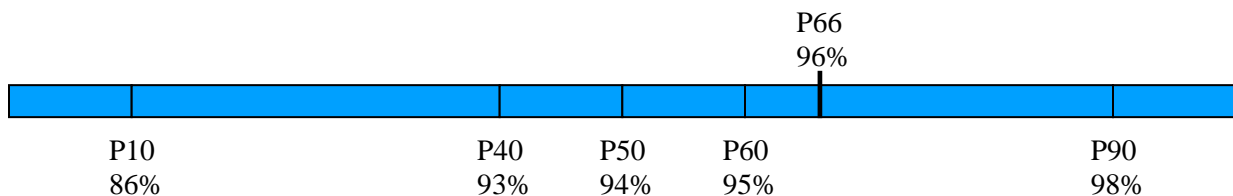


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 21.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 7,17. De score van de mediaan (P50) is 7,06.

⇒ **Proportie van obsoleete stralingsblootstelling die veroorzaakt wordt door RX wervelkolom en CT wervelkolom.**

Van alle obsoleete beeldvormingsonderzoeken die door u voorgeschreven werden, geeft de indicator het aandeel van RX wervelkolom en CT wervelkolom weer.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 21.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 96%. De score van de mediaan (P50) is 94%.

REFLECTIE

De blootstelling van de bevolking aan ioniserende straling ligt in België veel hoger dan in onze buurlanden. De stralingsblootstelling ligt in ons land bijvoorbeeld maar liefst 3 à 4 keer hoger dan in Nederland. Dit heeft zware budgettaire consequenties (verspilling van financiële middelen die veel nuttiger elders zouden kunnen besteed worden). Nog belangrijker is echter dat deze hoge stralingsblootstelling ook leidt tot een verhoogd kankerrisico voor onze bevolking. Dit vormt dus een direct iatrogeen gevaar voor onze volksgezondheid.

Er is een duidelijke neiging tot algemeen overmatig gebruik van beeldvormingsonderzoeken in ons land. Een belangrijk aandeel van de totale stralingsblootstelling wordt veroorzaakt door obsoleete onderzoeken*. Dit zijn onderzoeken die (zeer) zelden geïndiceerd zijn in de eerste lijn, met name: CT schedel, RX aangezicht en sinussen, CT sinussen, RX abdomen met of zonder contrast, RX IV urografie/pyelografie/cystografie, RX flebografie, RX wervelkolom, CT wervelkolom.

Ondanks verschillende informatiecampagnes aan het brede publiek en de voorschrijvers in de voorbije jaren, blijft België een absolute kampioen in het overmatig voorschrijven van medische beeldvorming. Als zorgverlener tracht je elke patiënt zo goed mogelijk te begeleiden en wil je waar mogelijk tegemoet komen aan zijn of haar vragen en bezorgdheden. Met laagdrempelig of verkeerd voorschrijven van medische beeldvorming wordt echter noch aan de patiënt, noch aan de volksgezondheid, enige dienst bewezen.

Daarom pleiten we voor een weloverwogen, doelmatig en verantwoord gebruik van de beschikbare technische onderzoeken.

*Ter info: de totale stralingsblootstelling door diagnostische radiologische onderzoeken (i.e. exclusief stralingsblootstelling door interventionele radiologie, coronarografie, PET-scan, radiotherapie) bedraagt gemiddeld 1.88 mSv per inwoner per jaar. Ongeveer 78% van deze stralingsblootstelling door diagnostische radiologische onderzoeken wordt veroorzaakt via **ambulante** verstrekkingen.

STREEFDOEL

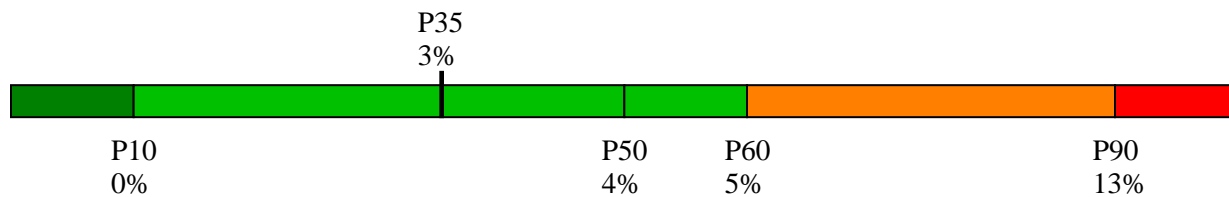
We beogen een afname van 20% van de mediaan van de vergelijkingsgroep.

4. Overmatig gebruik van echografie van de schildklier

- **Voer geen routinematige echografie van de schildklier uit als follow-up bij schildklierfunctiestoornissen.**

⇒ **Proportie patiënten met een gekende schildklierfunctiestoornis die ≥ 1 overbodige echografische follow-up kregen in de afgelopen 3 jaar.**

Bij uw toegewezen patiënten met gekende schildklierfunctiestoornis, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer een echografie van de schildklier/hals kregen in de afgelopen 3 jaren, waarbij het voorschrift door u werd opgesteld.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 38.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 3%. De score van de mediaan (P50) is 4%.

REFLECTIE

Patiënten met een schildklierfunctiestoornis dienen minstens jaarlijks biochemisch opgevolgd te worden (TSH-meting). Er is echter geen reden om op regelmatige basis een echografie van de schildklier te laten uitvoeren bij deze patiënten.

Bij (vermoeden van) structurele afwijkingen (bv. palpabele nodulus) kan een echografie uiteraard wel aangewezen zijn. Dit laatste is echter slechts bij een kleine minderheid het geval, waardoor we bij interpretatie van de Belgische cijfers kunnen spreken van een duidelijk overmatig gebruik van echografie ter follow-up van **louter** functionele stoornissen van de schildklier.

We pleiten daarom voor een meer evidence-based, doelmatig gebruik van dit onderzoek.

STREEFDOEL

We beogen een afname van 20% van de mediaan van de vergelijkgroep.

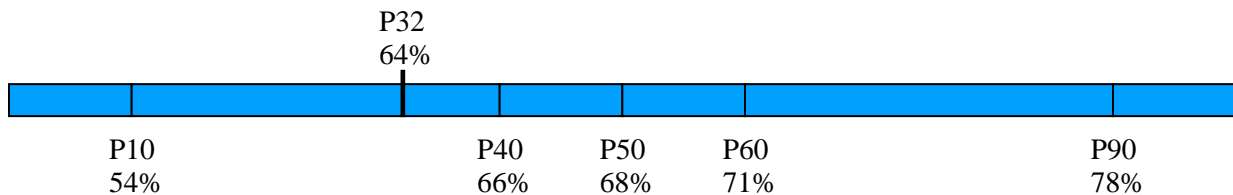
5. Borstkankerscreening

➤ **Informeer vrouwen in de leeftijdsgroep 50-69 jaar over de mogelijkheid tot tweejaarlijkse mammografische screening in het kader van het bevolkingsonderzoek.**

➤ **Voer geen routinematige screening uit bij vrouwen buiten de doelgroep van 50-69 jaar.**

⇒ **Proportie vrouwen binnen de doelpopulatie (50-69 jaar) in uw praktijk die een tweejaarlijkse screening hebben ondergaan**

Bij uw toegewezen vrouwelijke patiënten van 50-69 jaar zonder gekende borstkanker, geeft de indicator het percentage patiënten weer die minstens 1 keer een mammografie als screening naar borstkanker hebben gekregen in de afgelopen 2 jaren (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

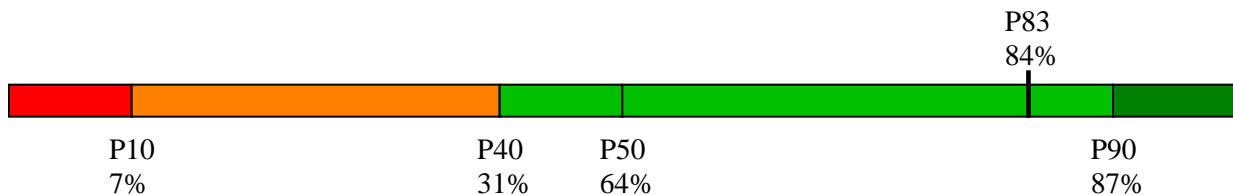


Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 86.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 64%. De score van de mediaan (P50) is 68%.

⇒ **Proportie van screenings die via het georganiseerde screeningssysteem (= bevolkingsonderzoek) plaatsvonden (op het totaal van de uitgevoerde screenings)**

Bij uw toegewezen vrouwelijke patiënten van 50-69 jaar zonder gekende borstkanker die een mammografie als screening naar borstkanker hebben gekregen in de afgelopen 2 jaren, geeft de indicator het percentage patiënten weer die deze screening hebben ondergaan via het georganiseerde bevolkingsonderzoek.



Het aantal patiënten van uw praktijk die behoren tot de doelpopulatie voor deze indicator bedraagt 55.

Uw individuele score voor deze indicator bedraagt 84%. De score van de mediaan (P50) is 64%.

REFLECTIE

Er bestaat momenteel veel discussie over het al dan niet mammografisch screenen naar borstkanker. De huidige Belgische consensus is dat het de taak is van de huisarts om vrouwen binnen de leeftijdsgroep 50-69 jaar duidelijk te **informer**en over de mogelijkheid tot **borstkankerscreening**, met uitleg over de **voor- en nadelen** ervan. De patiënte kan dan samen met haar arts een weloverwogen, **geïnformeerde beslissing** nemen.

In België wordt er aan de vrouwen in de doelgroep van 50-69 jaar een **georganiseerde screening (bevolkingsonderzoek)** aangeboden op tweejaarlijkse basis. Voor de patiënte zelf is dit volledig gratis. De verstrekker (een erkende mammografische eenheid) rekent hiervoor één specifiek daarvoor voorzien nomenclatuurnummer **rechtstreeks** door aan de ziekteverzekering. Alle mammografieën die in dit kader gebeuren, worden ter controle nog door een tweede radioloog beoordeeld (tweede lezing). Voor de screening naar borstkanker is dit systeem **effectief en het meest efficiënt** bevonden.

We pleiten ervoor dat vrouwen die er geïnformeerd voor kiezen om zich te laten screenen, dit zoveel mogelijk via dit georganiseerde bevolkingsonderzoek laten gebeuren. Door als huisarts zoveel mogelijk samen te werken met de erkende mammografische eenheden, speelt u hierin een zeer belangrijke rol. In Vlaanderen is dit reeds voor de overgrote meerderheid het geval, in Wallonië en Brussel wordt er nog veel meer gebruik gemaakt van conventionele mammografieën. Dit systeem verloopt minder georganiseerd, minder gecontroleerd en kost gevoelig meer aan de ziekteverzekering. Een meer doelmatig beleid (namelijk gebruik maken van georganiseerde screening) zou ervoor zorgen dat de beschikbare middelen veel nuttiger kunnen besteed worden.

Routinematige screening van vrouwen buiten de doelgroep van 50-69 jaar wordt zeker niet aanbevolen. Uiteraard bestaan er uitzonderingen op deze regel, zoals vrouwen met een gekende genetische belasting of een persoonlijke voorgeschiedenis van borstkanker. Uit de huidige cijfers voor België kunnen we echter concluderen dat vrouwen buiten de doelgroep momenteel vaak onnodig gescreend worden, met alle gevolgen van dien (iatrogeen verhoogd kankerrisico door overmatige straling, verspilling van financiële middelen). We pleiten daarom voor een doelmatig, gewetensvol voorschrijfgedrag.

STREEFDOEL

We beogen een toename van 10% van de proportie van screenings die via het **georganiseerde** screeningssysteem gebeuren (op het totaal van de uitgevoerde screenings).

Daarnaast beogen we een daling met 20% van het onverantwoord screenen van vrouwen buiten de doelpopulatie.

REFERENTIES

Geneesmiddelen

- ⇒ Advies Hoge Gezondheidsraad 'Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep – Winterseizoen 2017-2018'.
- ⇒ BAPCOC - Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, editie 2012: http://www.bcfi.be/legacy_assets/antibioticagids-nl.pdf
- ⇒ BAPCOC / BVIKM – Richtlijnen voor anti-infectieuze behandeling in ziekenhuizen 2017: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guideline_shospi_2017_sbimc-bvikm_nl_v1.pdf
- ⇒ BAPCOC doelstellingen 2014-2019: http://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/policy_paper_bapcoc_executive_summary_2014-2019_english.pdf
- ⇒ Penicillin allergy-getting the label right. Drug Ther Bull 2017; 55(3):33-6.
- ⇒ Farmaka: formularium ouderenzorg <https://www.farmaka.be/nl/formularium/> (november 2017)
- ⇒ O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015; 44(2): 213–8.
- ⇒ Domus Medica:
 - Richtlijn 'Depressie bij volwassenen' – 2016
 - Richtlijn 'Diabetes Mellitus type 2' - 2015
- ⇒ Farmaka presentaties:
 - « Polyfarmacie bij ouderen » – 2014
 - « Langdurig PPI-gebruik » – 2017
 - « Hypercholesterolemie in primaire preventie » – 2013
 - « Aanpak van artrose » – 2013

Klinische biologie

- ⇒ Domus Medica: Aanvraag van laboratoriumtesten door huisartsen – Gevalideerd door CEBAM in maart 2011 en april 2012
- ⇒ Domus Medica: Richtlijn Diabetes Mellitus - Laatste update: 05.05.2015 Laatste contextuele review: 05.05.2015
- ⇒ Domus Medica - Cervixkankerscreening - Laatste update: 01.04.2011 Laatste contextuele review: 01.04.2011
- ⇒ Domus Medica - Hormonale anticonceptie - Laatste update: 01.04.2012 Laatste contextuele review: 01.04.2012

Medische beeldvorming en pre-operatieve onderzoeken

- ⇒ KCE richtlijn lage rugpijn 287A
- ⇒ KCE-tool lage rugpijn: <http://lagerugpijn.kce.be/>
- ⇒ NICE Guideline lage rugpijn: 30.11.2016 - <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
- ⇒ Richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming voorgesteld door de Belgische Vereniging voor Radiologie: 28.02.2014
- ⇒ Duodecim richtlijn aangepast aan Belgische context Lage rugpijn: 19.05.2014
- ⇒ KCE richtlijn preoperatieve onderzoeken 280A
- ⇒ KCE pre-op app tool: <http://preop.kce.be/>
- ⇒ RIZIV sensibiliseringscampagne Medische Beeldvorming: oktober 2010
- ⇒ Domus Medica: richtlijn omtrent borstkankerscreening: 01.03.2016
- ⇒ Duodecim richtlijn: behandeling van patiënt met een schildklierklacht: 01.02.2015
- ⇒ NHG-richtlijn schildklieraandoeningen: 2013