Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

Marilyn Corluy, Anne Ingelbrecht, Laura Van Nueten, KU Leuven

Promotor: prof dr Geert Goderis, KU Leuven

Co-promotor: prof dr Johan Vliers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Inhoud

Abstract 4
Inleiding 5
Methodiek 6
Methodiek kwantitatief deel 7
Methodiek Patiëntenselectie CareConnect 7
Methodiek patiëntenselectie Daktari 7
Methodiek proces- en outcome parameters CareConnect 8
Methodiek proces- en outcome parameters Daktari 8
Methodiek kwalitatief deel 8
Methodiek integratie kwantitatief en kwalitatief deel 9
Resultaten 10
Resultaten kwantitatief onderdeel van de studie 10
Resultaten Patiëntenselectie CareConnect 10
Resultaten proces- en outcome parameters CareConnect 14
Resultaten proces- en outcome parameters Daktari 16
Resultaten kwalitatief onderdeel van de studie 17
Opstarttraject 18
New Deal 19
Diabeteseducatie 21
Patiënt 22
Data 24
Team 25
Consult 26
Duurzaamheid 27
Praktijkorganisatie 29
Connectie kwantitatief en kwalitatief onderdeel van de studie 32
Discussie 34
Conclusie 39
Bronnen 40
Bijlagen 43

Abstract

Achtergrond
Diabetes mellitus type 2 is een prevalente chronische metabole aandoening, waarbij de glucose homeostase uit balans is. Indien onvoldoende gecontroleerd, kunnen er belangrijke cardiovasculaire complicaties optreden. Om deze reden is opvolging in de eerste lijn zeer belangrijk en zijn meerdere richtlijnen opgesteld, maar de implementatie hiervan blijkt variabel. Deze studie onderzoekt de kwaliteit van de opvolging van deze patiënten in twee multidisciplinaire huisartsenpraktijken en identificeert determinanten die deze opvolging beïnvloeden.

Design en Methode
Er werd een explanatory sequential mixed-methods design toegepast. In het kwantitatieve luik werden gegevens uit het elektronisch medisch dossier geanalyseerd om de doelpopulatie te onderzoeken en proces- en outcomeparameters in kaart te brengen. In het kwalitatieve luik werden semigestructureerde interviews afgenomen bij verschillende praktijkmedewerkers om verklarende factoren te identificeren.

Resultaten
De analyse toont dat belangrijke procesparameters, zoals Hemoglobine A1c-controle, bloeddrukmeting en screening op nefropathie, niet zo frequent als aanbevolen volgens de richtlijnen worden uitgevoerd of geregistreerd. Ook sommige outcomeparameters behalen in een aanzienlijk percentage van de patiënten de vooropgestelde grenswaarden niet. Interviews wijzen op meerdere beïnvloedende factoren, waaronder tijdsdruk, organisatorische beperkingen, variatie in praktijkvoering en suboptimale registratie. Daarnaast spelen patiëntgebonden factoren zoals therapietrouw en motivatie een rol.

Conclusie
De opvolging van type 2 diabetes mellitus patiënten verloopt niet volledig volgens de richtlijnen in de onderzochte praktijken. Hoewel een betere opvolging van deze procesparameters theoretisch kan bijdragen tot betere klinische uitkomsten, blijkt uit de interviews dat dit verband beïnvloed wordt door een complex samenspel van patiëntgebonden, zorggerelateerde en organisatorische factoren. Deze studie onderstreept het belang van structurele ondersteuning, onder meer via duidelijke werkafspraken en digitale hulpmiddelen in het elektronisch medisch dossier.

Inleiding

Diabetes mellitus type 2 (T2DM) is een chronische metabole aandoening, waarbij er een storing is in de glucose homeostase. Aan de basis hiervan ligt een gestoorde insulinesecretie door de bètacellen van de pancreas en/of perifere insuline-resistentie. (1) Meerdere individuele en omgevingsfactoren, zoals voeding, beweging en darmdysbiose spelen een rol in de verstoring van deze processen. De rol van genetica wordt momenteel nog verder onderzocht. Momenteel zijn er minstens 130 genen gekend die geassocieerd zijn met T2DM, al wordt de totale erfelijkheid geacht nog veel groter te zijn. (1), (2), (3)

Door de gestoorde glycemiewaarden en de individuele factoren hebben T2DM patiënten belangrijke gezondheidsrisico's op zowel microvasculair niveau (retinopathie, nefropathie en neuropathie) als macrovasculair niveau (cardiovasculaire comorbiditeit). Het risico op cardiovasculaire aandoeningen is 2 tot 4 keer groter dan bij de gemiddelde populatie. (3), (4)

T2DM is momenteel één van de meest prevalente metabole stoornissen. Volgens International Diabetes Federation waren er wereldwijd 415 miljoen volwassenen tussen 20 en 79 jarige leeftijd met de diagnose van T2DM in 2015. Tegen 2040 wordt een stijging van 200 miljoen verwacht. (4) De prevalentie van niet-insuline afhankelijke diabetes in België in 2024 is 7,05%. (5). Dit is een onderschatting, gezien ongeveer 37% van de mensen met de aandoening nog geen diagnose heeft gekregen. De werkelijke geschatte prevalentie bedraagt in België ongeveer 10%, waarvan 19% slecht gecontroleerd is. (6)

De diagnose wordt gesteld aan de hand van plasmaglucosewaarden (bloedsuikerspiegel). Deze plasmaglucosewaarden worden gemeten op een nuchter bloedstaal. Een waarde van 126 mg/dl of meer kan wijzen op diabetes. De diagnose wordt altijd bevestigd door een tweede, nuchtere controlemeting op een andere dag. Een glycemie van 200 mg/dl of meer bij een niet-nuchtere persoon in combinatie met symptomen van hyperglycemie (veel dorst, veel plassen) wijst onmiddellijk op diabetes. In situaties waar men de nuchtere glycemie moeilijk kan bepalen, wordt Hemoglobine A1c (HbA1c) bepaald. De diagnose wordt gesteld bij een HbA1c waarde van 6,5% of meer. Dit wordt echter minder gedaan gezien de lage sensitiviteit. (7)

Een goede glycemiecontrole staat centraal in de behandeling van T2DM. Hierdoor wordt er voornamelijk ingezet op het verbeteren van de insulineresistentie en -secretie. Vaak is een combinatie van een gezonde levensstijl en verschillende antidiabetische middelen noodzakelijk voor goede glycemiecontrole. Behandeling kan de progressie van micro- en macrovasculaire complicaties verhinderen en zo de levenskwaliteit van patiënten verbeteren. (3), (8)

In de tussentijdse controles wordt er gevraagd naar de algemene toestand van de patiënt, de levensstijl, eventuele psychosociale klachten en het medicatiegebruik van de patiënt. Ook worden er enkele parameters genomen zoals het gewicht, de bloeddruk, nuchtere glucosewaarde, albuminurie en HbA1c om te controleren of de behandeling aanslaat. (7)

In vele praktijken worden de patiënten met T2DM niet op een correcte manier opgevolgd met slechte outcomes als gevolg. Volgens data van de IMA Atlas zou in 2022 slechts 16.3% van de patiënten met niet-insuline behandelde diabetes de minimaal vereiste follow-up gekregen hebben. (9) Deze bevindingen suggereren niet alleen een suboptimale opvolging, maar wijzen mogelijk ook op variatie tussen praktijken, fragmentatie van zorg en beperkingen in registratie en opvolgsystemen binnen het elektronisch medisch dossier (EMD).

Het opstarten van het vroegere voortraject, nu opstarttraject, en de bijhorende doelstellingen worden nog niet altijd correct toegepast. Hoewel het opstarttraject duidelijke doelstellingen heeft op het vlak van organisatie, toegankelijkheid en multidisciplinaire samenwerking, blijft het onduidelijk in welke mate deze zich effectief vertalen naar een verbeterde opvolging van patiënten in de dagelijkse praktijk. Het nieuwe opstarttraject zou hulpverleners kunnen helpen met vroegtijdige zorg, de organisatie van de zorg, de toegankelijkheid vergemakkelijken met een terugbetaling en de opvolging verbeteren door de focus te leggen op multidisciplinaire zorg: huisartsgeneeskunde, diëtiek, podologie, diabeteseducatie en tandzorg. (10)

Hoewel er reeds verschillende initiatieven bestaan om de kwaliteit van diabeteszorg in kaart te brengen, blijft het grotendeels onduidelijk welke onderliggende factoren verklaren waarom richtlijnen in de praktijk niet systematisch worden gevolgd. Inzicht in deze determinanten is essentieel om gerichte verbeterstrategieën te ontwikkelen.

In deze masterproef zullen de volgende onderzoeksvragen nagegaan worden.

Primaire kwantitatieve onderzoeksvraag

- Hoe scoren twee praktijken op outcome parameters zoals bloeddrukprofiel, HbA1c waarde, Low Density Lipoproteïne (LDL) waarde en procesparameters zoals bloeddrukprofiel opvolgen, gewichtscontrole, HbA1c bepaling, LDL bepaling en albumine-creatinine ratio (ACR) bepaling?

Primaire kwalitatieve onderzoeksvraag

- Hoe evalueren huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners (secretariaat) de kwaliteit van diabeteszorg in hun praktijk en indien aangewezen, op welke manier denken ze de kwaliteit van zorg te optimaliseren?

Secundaire kwalitatieve onderzoeksvragen

- Welke barrières en facilitatoren zien ze om dit op een duurzame manier in hun praktijk te implementeren?
- Hoe wordt de taakverdeling gezien binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk?
- Hoe worden de nationale initiatieven zoals het opstarttraject of New Deal gepercipieerd als hefboom voor betere zorg?

Integratie onderzoeksvraag

- Welke determinanten uit de kwalitatieve bevindingen kunnen de variatie in proces- en uitkomstparameters verklaren, en in welke mate zijn deze factoren beïnvloedbaar binnen de organisatie van de huisartsenpraktijk?

Deze studie heeft niet tot doel een kwaliteitsverbeteringsinterventie te implementeren of te evalueren. Het beoogt via een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden de kwaliteit van zorg te beschrijven en inzicht te krijgen in de onderliggende determinanten die suboptimale opvolging in de praktijk kunnen verklaren.

Methodiek

Dit onderzoek heeft een explanatory sequential mixed-methods design, conform de Mixed Methods Reporting in Rehabilitation & Health Sciences (MMR-RHS) checklist (bijlage 6) waarbij de retrospectieve data uit de kwantitatieve fase richtinggevend was voor de opzet van het

kwalitatieve luik, met als doel de kwantitatieve resultaten te verklaren en te verdiepen. (11) De deelnemende praktijken waren 2 multidisciplinaire prestatiegericht groepspraktijken uit de Kempen, waar de onderzoekers 3 eerstejaarsstudenten huisarts-in-opleiding waren gedurende 1 jaar. Er namen 11 artsen, 1 diëtiste, 1 verpleegkundige en 3 secretariaat medewerkers deel aan de studie.

Methodiek kwantitatief deel

Methodiek Patiëntenselectie CareConnect

Er werd via queries in CareConnect een patiëntenselectie gemaakt om tot een doelpopulatie te komen. De queries zelf zijn terug te vinden in bijlage 1 van deze thesis. Eerst werd een query uitgevoerd die alle patiënten definieerde met een globaal medisch dossier (GMD) in 2023–2024 en een actief zorgelement T90 (T2DM) of T89 (diabetes mellitus type I). Dit omdat patiënten met diabetes type 1, zwangerschapsdiabetes of insuline-dependente T2DM anders gecodeerd werden. Vervolgens werden de geselecteerde patiënten handmatig nagekeken en werden de zorgelementen aangepast zodat enkel patiënten met T2DM de code T90 hadden, patiënten met type 1 diabetes T89 en patiënten met zwangerschapsdiabetes W85. Op deze manier werden type 1 diabetes en zwangerschapsdiabetes geëxcludeerd. Alle patiënten met een HbA1c gelijk aan of boven 7% werden een code T90 gegeven. Daarna werden alle geïncludeerde patiënten handmatig nagekeken en de juiste code toegewezen. Daarnaast werd aan case-finding gedaan om patiënten zonder zorgelement T90, die echter wel aan de diagnostische criteria voor T2DM voldeden, te identificeren. Dit gebeurde via queries die alle patiënten identificeerden die een bepaalde klasse van een bepaalde klasse van hypoglycemiërende middelen gebruikten. Dit werd ook gedaan via een query die patiënten met een HbA1c tussen 6% en 7% identificeerde. Deze patiënten werden handmatig nagekeken. Indien deze patiënten aan de diagnose voldeden, werd het zorgelement T90 toegevoegd. Op het einde werd opnieuw een query uitgevoerd die de patiënten met een GMD in 2023–2024 en een zorgelement T90 opspoorde, om zo de uiteindelijke studiepopulatie te bepalen.

Methodiek patiëntenselectie Daktari

Via query's in Daktari werd een patiëntenselectie uitgevoerd met als doel het samenstellen van de doelpopulatie. Een overzicht van de gebruikte query's is opgenomen in bijlage 2.

De selectieprocedure startte met het identificeren van patiënten met een GMD in de periode 2023–2024 en een actief zorgelement 'diabetes'. Deze groep omvatte patiënten met diabetes type 1, zwangerschapsdiabetes en T2DM. Deze dossiers werden manueel geëvalueerd om enkel patiënten met T2DM te includeren. De patiënten met diabetes type 1 en zwangerschapsdiabetes werden geëxcludeerd.

Vervolgens werden verschillende query's uitgevoerd die patiënten respectievelijk selecteerden op basis van een GMD in dezelfde periode en 'type II diabetes', insulin-dependent diabetes mellitus ('IDDM'), non-insulin-dependent diabetes mellitus ('NIDDM') 'insuline-afhankelijke diabetes mellitus' en 'niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus'. De resultaten van deze query's werden telkens manueel nagekeken om duplicaten (i.e. dezelfde patiënten die reeds nagekeken waren in de vorige stappen en bevestigd diagnose T2DM hadden) en overleden patiënten uit te sluiten.

Ten slotte werd aan case-finding gedaan om patiënten te identificeren zonder een expliciet diabetesgerelateerd zorgelement, maar die wel voldeden aan de diagnostische criteria voor T2DM. Dit gebeurde respectievelijk op basis van het gebruik van hypoglycemiërende middelen en een HbA1c-waarde boven 7%. Ook deze dossiers werden individueel beoordeeld.

Alle patiënten die via bovenstaande stappen geselecteerd werden, kregen uiteindelijk het zorgelement 'type II diabetes' toegekend. De volledige selectieprocedure wordt verderop schematisch weergegeven in een flowchart (figuur 6).

Methodiek proces- en outcome parameters CareConnect

Hierna werden er queries voor de proces- en outcomeparameters opgesteld. De procesparameters die bepaald werden waren het percentage patiënten dat de afgelopen 3 maanden een HbA1c waarde had laten bepalen, het afgelopen jaar een bloeddrukmeting had gehad, het afgelopen jaar een LDL-bepaling had gehad, het afgelopen jaar gewogen werd of een ACR had laten bepalen in de laatste 12 maanden. De ACR bepalingen van deze periode werden ook opgevraagd bij het laboratorium Centrum voor Medische Analyse (CMA). De outcome parameters die bepaald werden waren het percentage patiënten met een HbA1c >7% en <8% in het afgelopen jaar, een bloeddruk >140mmHg of LDL-waarde <70 of <100 in het afgelopen jaar. De resultaten van deze queries werden afgezet tov de totale doelpopulatie.

Methodiek proces- en outcome parameters Daktari

Via verschillende query's werden dezelfde proces- en outcomeparameters bepaald. Ook hier werden de resultaten van de verschillende query's uitgezet t.o.v. de totale doelpopulatie.
De query's van CareConnect en Daktari zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage 1 en bijlage 2.

Methodiek kwalitatief deel

Het kwalitatieve luik van deze studie werd gerapporteerd conform de Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)-checklist (bijlage 7). (12) De dataverzameling bestond uit semigestructureerde interviews, waarbij er werd gepeild naar de percepties, meningen en ervaringen rond de zorg voor patiënten met T2DM. 11 artsen, 1 diëtiste, 1 verpleegkundige en 3 praktijkondersteuners uit twee multidisciplinaire huisartsenpraktijken namen deel. Ze werden benaderd in persoon, via e-mail of Whatsapp. De deelnemers werden bewust geselecteerd o.b.v. variatie in praktijkervaring, geslacht en leeftijd. Drie personen besloten niet deel te nemen aan de studie of hadden non-respons. De andere drie besloten de onderzoekers zelf te excluderen omwille van data saturatie. De interviews werden afgenomen via teams of in de praktijk door de onderzoekers, drie vrouwelijke HAIO's die elk in een van de praktijken een jaar stage hebben gelopen. De gemiddelde duur van de interviews was 30 tot 45 minuten.

De vragen werden opgesteld in functie van de onderzoeksvraag met de resultaten van het kwantitatieve luik in het achterhoofd. Tijdens het interview werd de data uit de kwantitatieve analyse voorgelegd aan de deelnemers. In bijlage 5 is de structuur van het semi-gestructureerde interview weergegeven. Er werd geen proefinterview uitgevoerd. De audio van de interviews werd, na geïnformeerde toestemming, opgenomen en getranscribeerd. De deelnemers ontvingen geen transcript.

De data werd thematisch geanalyseerd volgens Braun en Clarke, zoals geïllustreerd in figuur 1, met onafhankelijke codering door drie onderzoekers en consensusbespreking bij discrepanties. (13) Er werden quotes gebruikt ter illustratie van de thema's. En de kwalitatieve bevindingen werden geïntegreerd met de kwantitatieve resultaten binnen het mixed-methods design. Data saturatie werd op een intuïtieve manier beoordeeld en onderling besproken.

Table 1: Phases of Thematic Analysis

Phase	Description of the process
1. Familiarising yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking in the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells; generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Figuur 1: Fasen van thematische analyse, overgenomen uit Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. (13)

De interviews werden getranscribeerd. Daarna werd er door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar gekeken naar de teksten en gezocht naar relevante citaten. Deze citaten werden gepseudonimiseerd en in verschillende thema's en subthema's geclassificeerd.

Methodiek integratie kwantitatief en kwalitatief deel

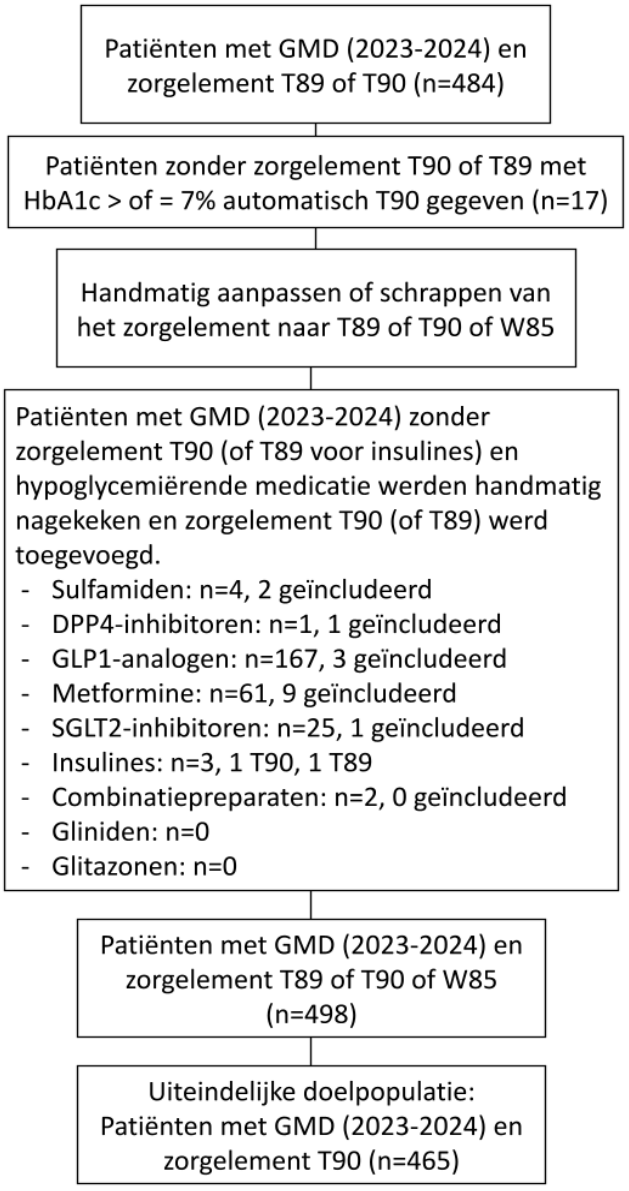
Er werd een tabel opgesteld ter integratie van de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten, waarbij quotes uit de interviews werden gelinkt aan de geselecteerde proces- en outcomeparameters. In de discussie wordt deze tabel verder toegelicht en context-mechanism-outcome (CMO) analyses werden uitgevoerd op deze gegevens.

Resultaten

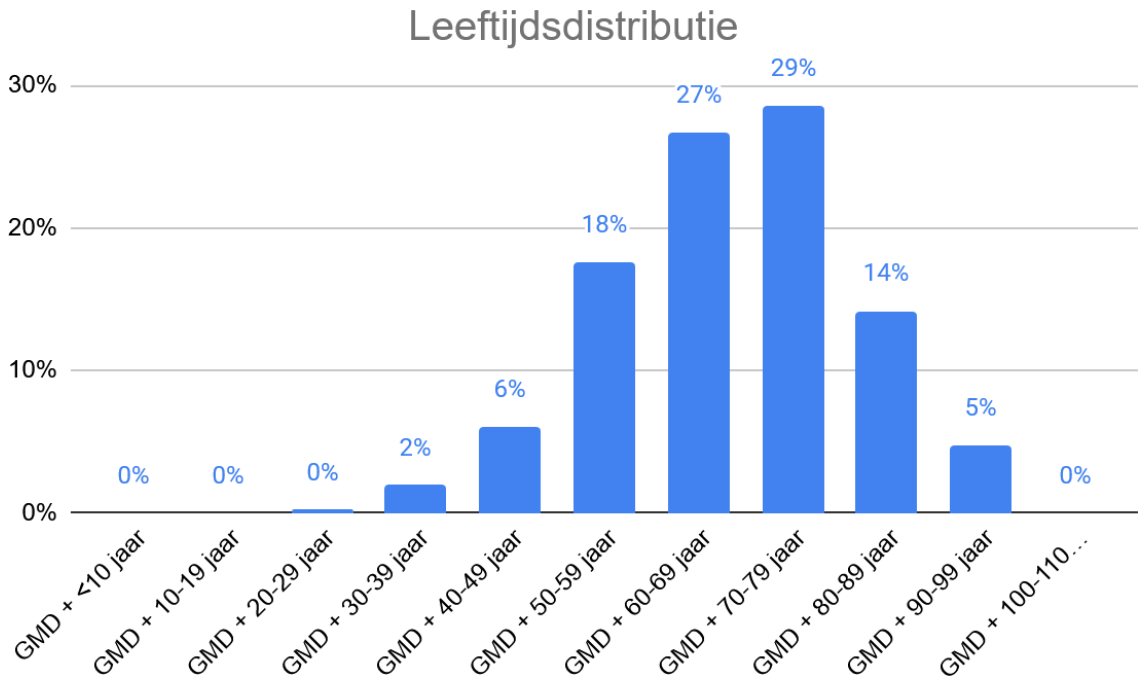
Resultaten kwantitatief onderdeel van de studie

Resultaten Patiëntenselectie CareConnect

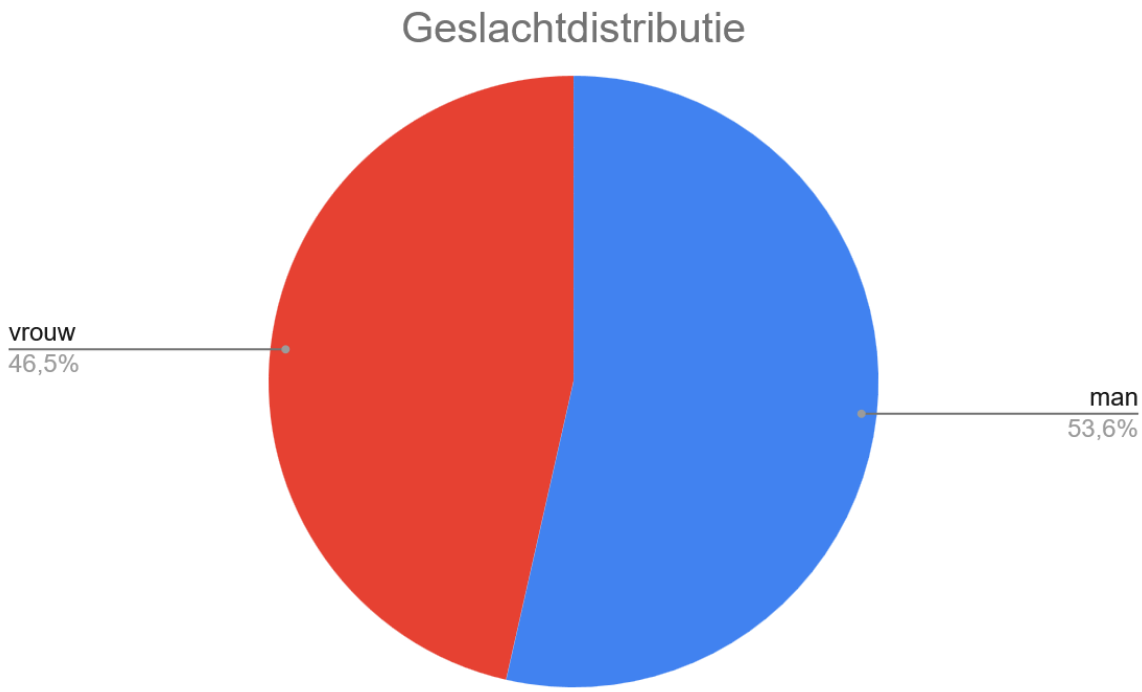
Er werden 484 patiënten geselecteerd. Na manueel nazicht werden er 465 patiënten geïncludeerd. Aangezien het totale aantal GMD's 9.603 bedroeg, kwam de prevalentie uit op 4,84%. Een overzicht van de gevonden resultaten wordt weergegeven in figuur 2.
In figuur 3 en 4 werd deze populatie uitgezet volgens respectievelijk leeftijd en geslacht.



Figuur 2: flowchart van het bepalen van de doelpopulatie



Figuur 3: leeftijdsverdeling van de populatie (CareConnect)



Figuur 4: geslachtsverdeling van de populatie (CareConnect)

Resultaten patiëntenselectie Daktari

De initiële query naar patiënten met een GMD in 2023–2024 en een actief zorgelement 'diabetes' leverde 69 patiënten op. Na manuele evaluatie werden hiervan 58 patiënten met T2DM geïncludeerd. Aangezien het totale aantal GMD's 4.871 bedroeg, kwam de prevalentie uit op 4,76%.

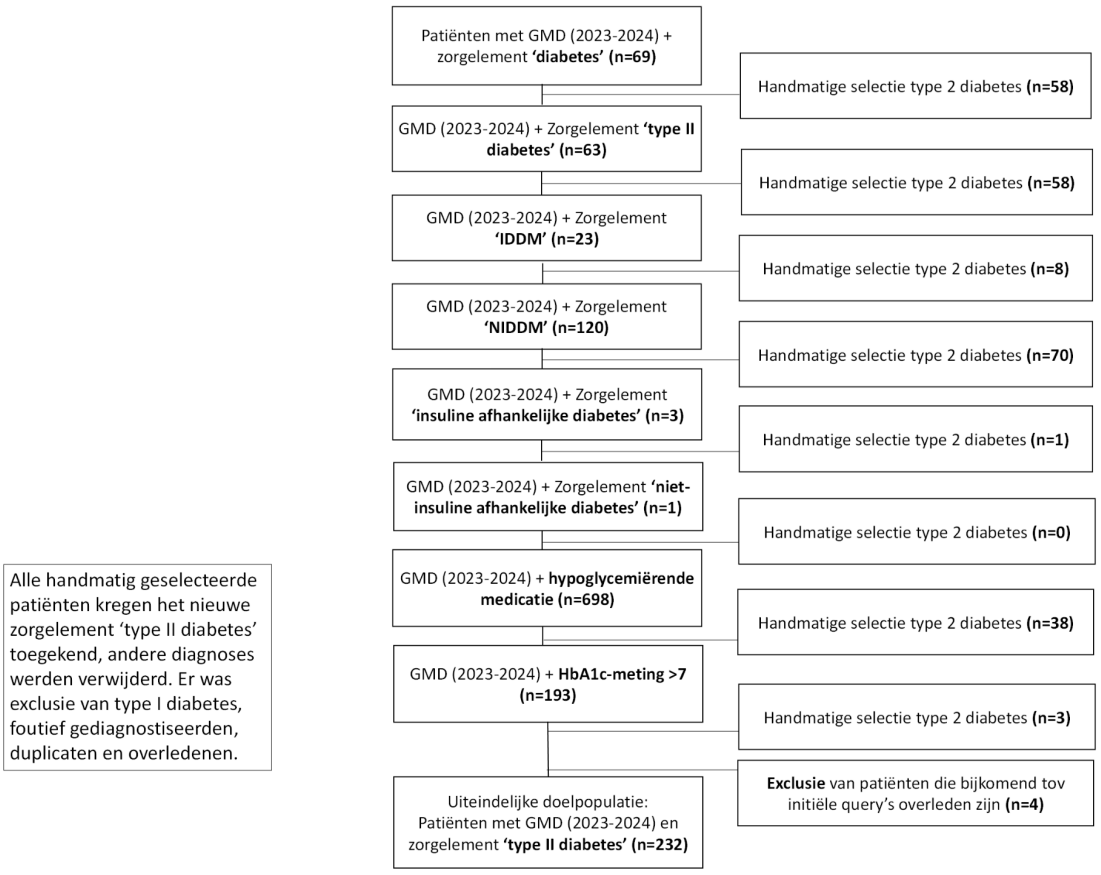
De query naar patiënten met een GMD in 2023–2024 en het actief zorgelement 'type II diabetes' resulteerde in 63 patiënten, waarvan 58 werden geïncludeerd na exclusie van overleden patiënten en duplicaten. De query naar patiënten met IDDM leverde 8 nieuwe inclusies op van de 23 resultaten. De query naar patiënten met NIDDM gaf 120 resultaten met inclusie van 70 bijkomende patiënten. Bij het nakijken van patiënten met zorgelement 'insuline-afhankelijke diabetes' werd nog één bijkomende patiënt met T2DM geïdentificeerd. De daaropvolgende query naar patiënten met 'niet-insuline-afhankelijke diabetes' leverde geen nieuwe inclusies op.

Hierna hebben we de patiënten nagekeken die het zorgelement insuline afhankelijke diabetes hadden met een GMD in 2023-2024, waarbij 1 patiënt met T2DM bijkomend in aanmerking kwam, en het zorgelement niet-insuline afhankelijke diabetes. Bij deze laatste query werden geen nieuwe patiënten geselecteerd.

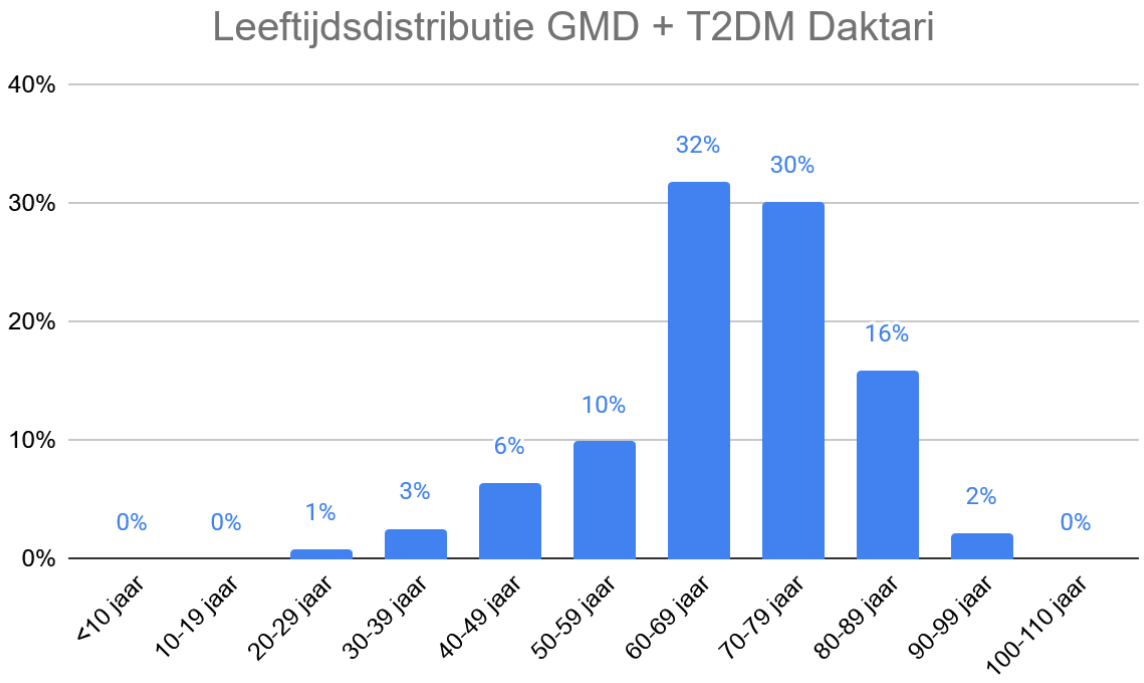
De case-finding op basis van het gebruik van hypoglycemiërende medicatie identificeerde 698 patiënten, waarvan 38 voldeden aan de inclusiecriteria. Bij de query om HbA1c-waarden boven 7% op te sporen werden 3 patiënten van de 193 resultaten geïncludeerd.

In totaal werden via deze selectieprocedure 236 patiënten met T2DM geïncludeerd. Door het tijdsverloop overleden echter nog 4 patiënten, die alsnog werden geëxcludeerd. De uiteindelijke doelpopulatie bestond daardoor uit 232 patiënten met een GMD in 2023–2024 en het toegekende zorgelement 'type II diabetes'.

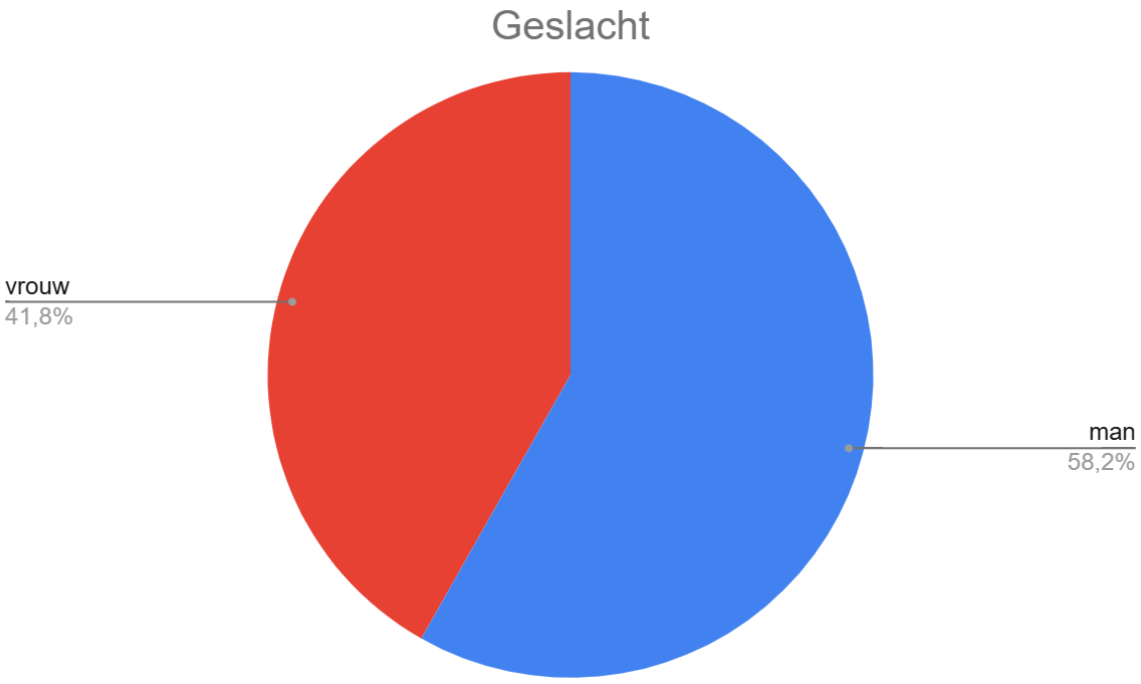
De leeftijdsverdeling van de doelpopulatie wordt weergegeven in figuur 6 en de verdeling volgens geslacht in figuur 7. Een overzicht van de resultaten van de patiëntenselectie is weergegeven in een flowchart (figuur 5).



Figuur 5: flowchart van het bepalen van de doelpopulatie (Daktari)



Figuur 6: leeftijdsverdeling van de populatie (Daktari)

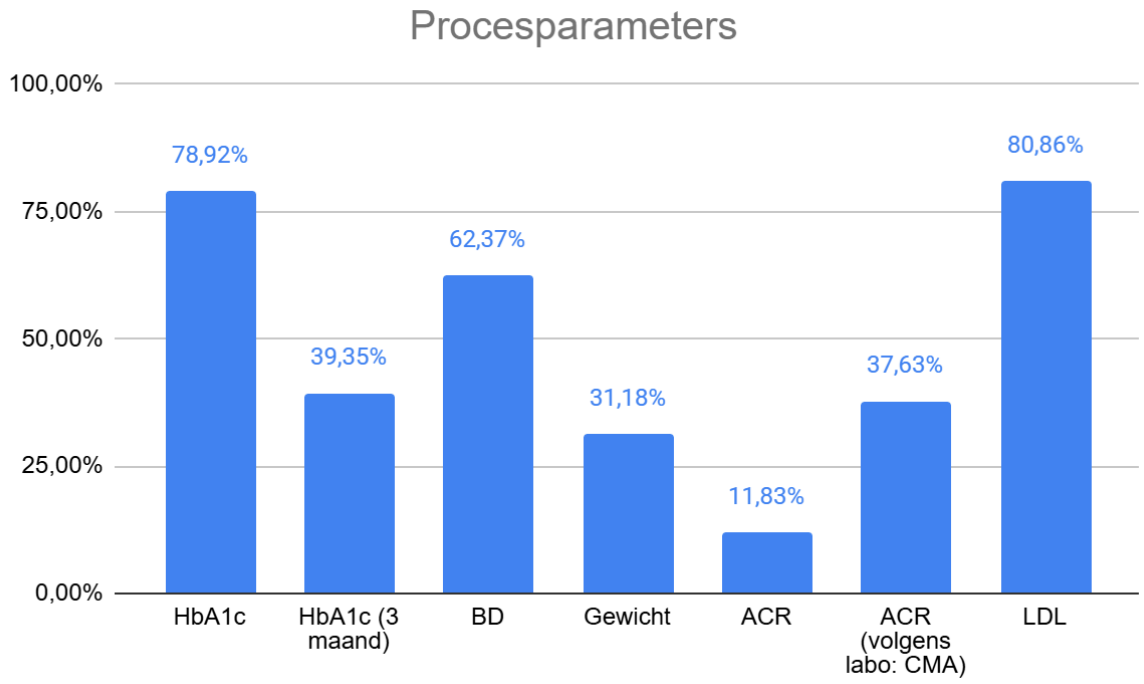


Figuur 7: geslachtsverdeling van de populatie (Daktari)

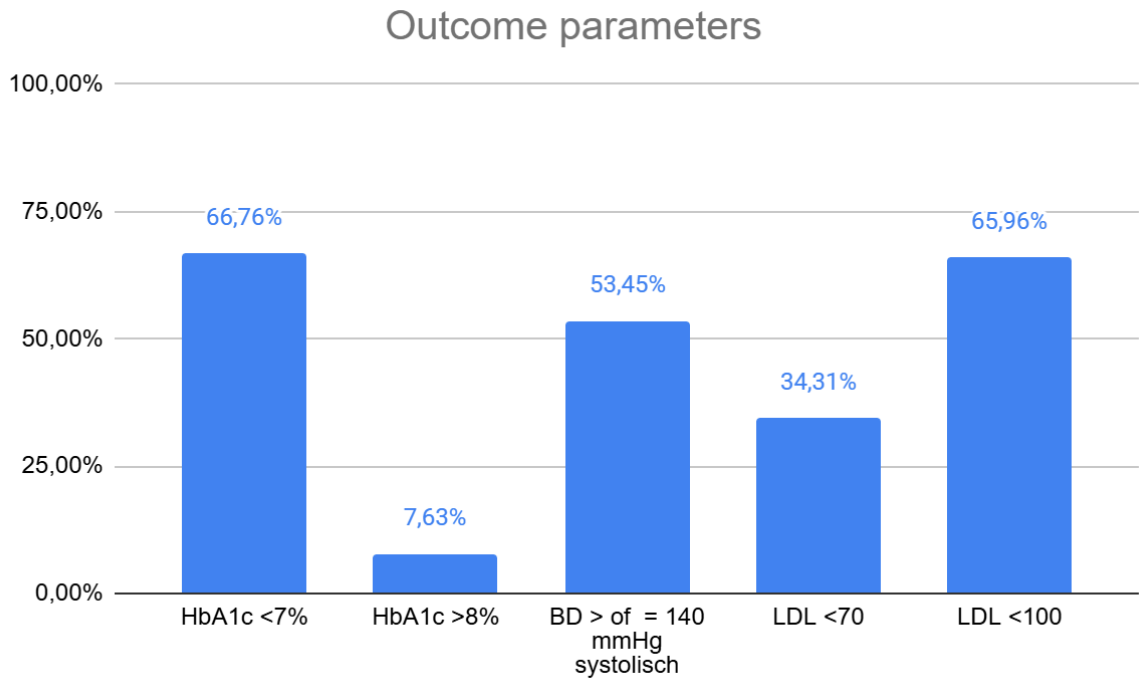
Resultaten proces- en outcome parameters CareConnect

De procesparameters (figuur 8) toonden dat 78.92% van de T2DM populatie een HbA1c bepaling had van het afgelopen jaar en 39.35% van de afgelopen 3 maanden. Van 62.37% was een bloeddrukmeting geregistreerd het afgelopen jaar, en van 31,18% een gewicht. Bij de ACR was er een discrepantie tussen de waarden die uit CareConnect gehaald werden en de waarden die bij CMA opgevraagd werden, respectievelijk 11.83% versus 37,63%. 80.86% van de populatie had een LDL-bepaling het afgelopen jaar.

De outcome parameters (figuur 9) toonde dat 66,76% van de T2DM populatie in de praktijk een HbA1c heeft van onder 7% en 7,63% boven de 8%. 53,45% heeft een bloeddruk gelijk aan of meer dan 140 mmHg. 65,96% van de populatie scoorde een LDL-waarde onder 100 mg/dL en 34,31% onder 70 mg/dL.



Figuur 8: procesparameters CareConnect

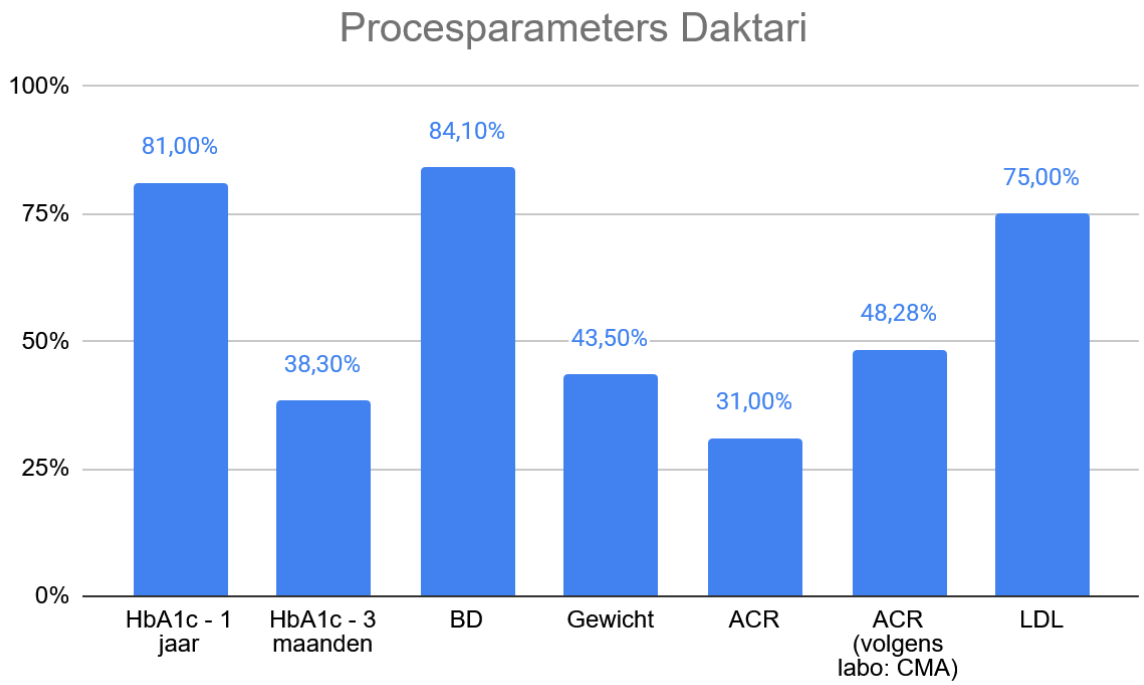


Figuur 9: outcome parameters CareConnect

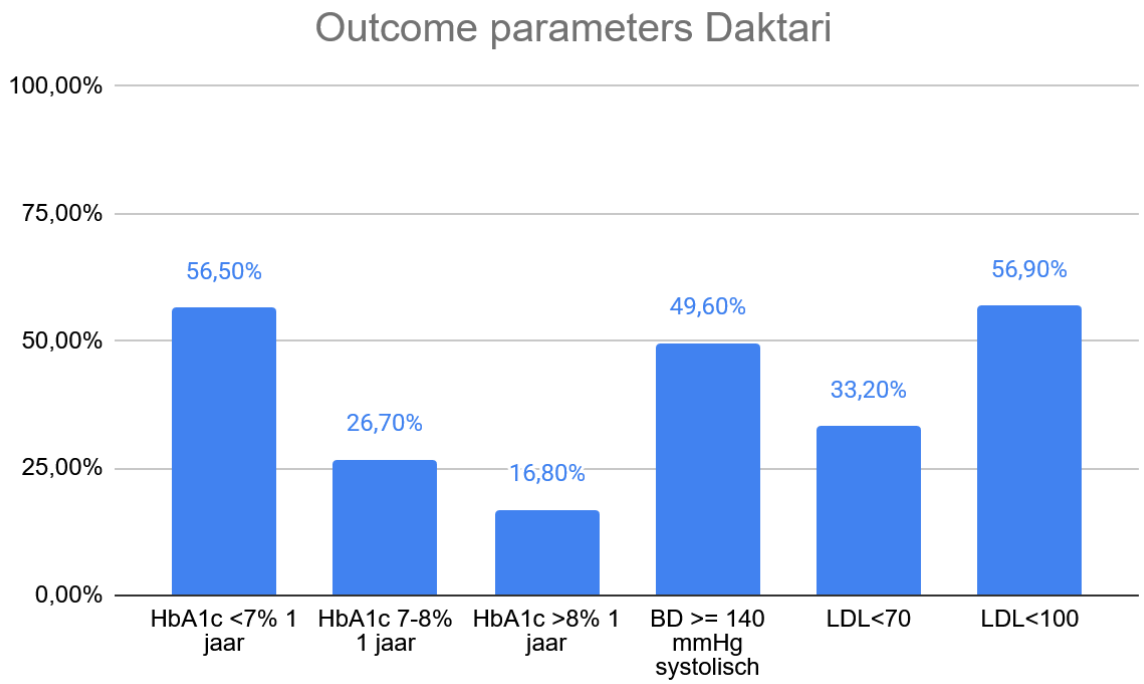
Resultaten proces- en outcome parameters Daktari

De procesparameters (figuur 10) toont dat 81% een HbA1c-meting heeft gehad het afgelopen jaar. Dit percentage bedroeg 38% voor de afgelopen drie maanden. Een bloeddrukregistratie gebeurde bij 84% van de doelpopulatie het afgelopen jaar. Het gewicht werd bij 44% geregistreerd in het dossier. De ACR toonde bij Daktari net zoals bij CareConnect een discrepantie met de resultaten die het CMA ons bezorgd heeft, deze was respectievelijk bij 31% t.o.v. 48%. Een LDL-bepaling in het bloed gebeurde bij 75% van de populatie.

De outcome parameters (figuur 11) tonen dat 56,50% van de T2DM populatie in de praktijk een HbA1c heeft van onder 7%, 16,80% boven 8% en 26,70% ligt tussen 7% en 8%. 49,60% heeft een bloeddruk gelijk aan of meer dan 140 mmHg. De LDL-bepaling toont dat 56,90% van de populatie een LDL-waarde had onder 100 mg/dL en 33,20% onder 70 mg/dL.



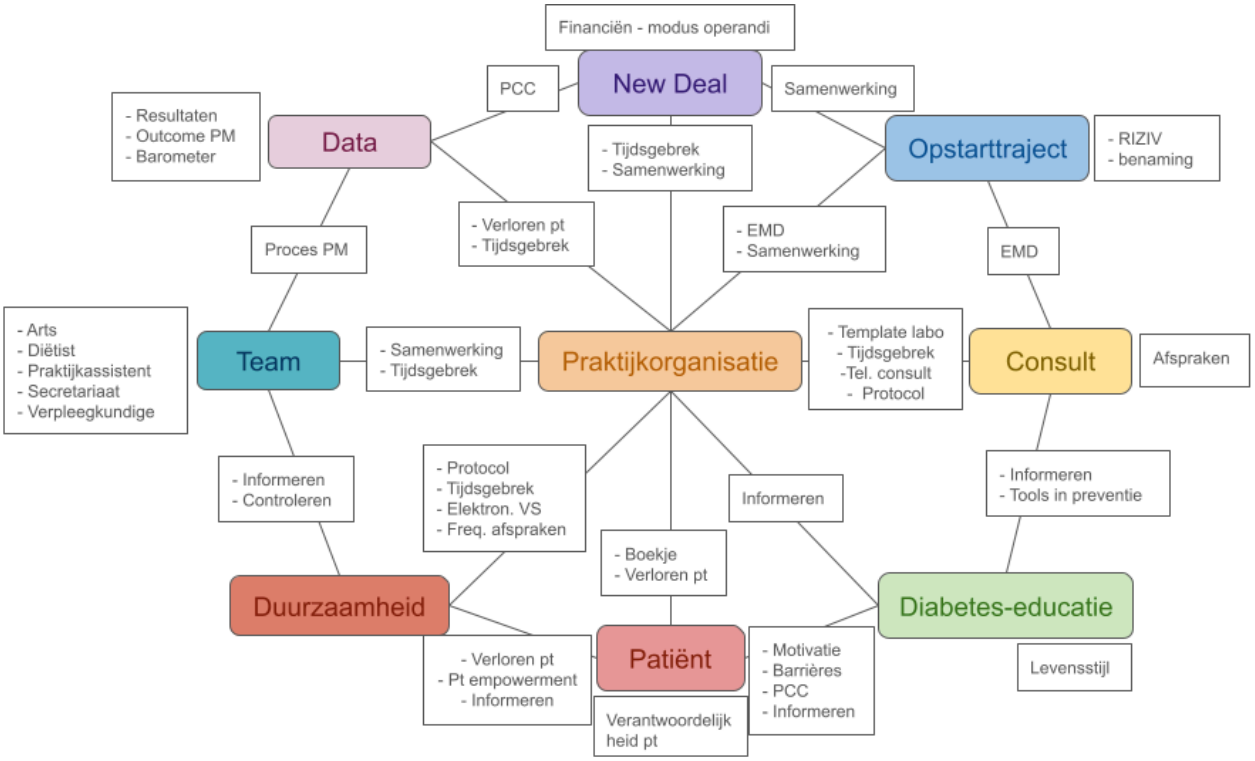
Figuur 10: procesparameters Daktari



Figuur 11: outcome parameters Daktari

Resultaten kwalitatief onderdeel van de studie

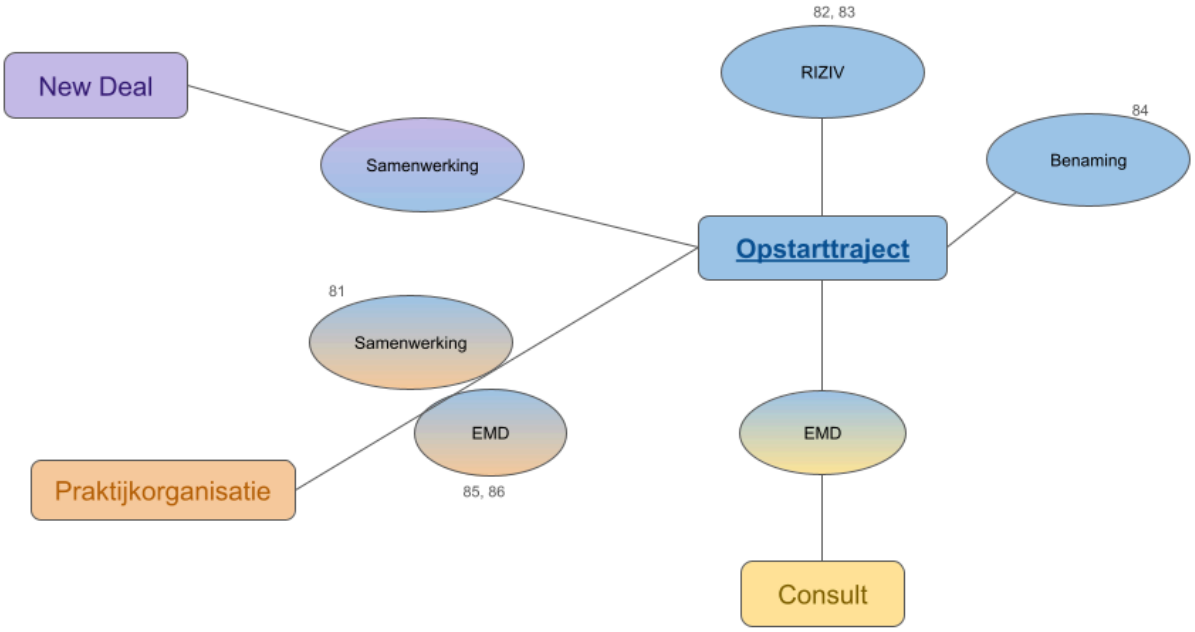
Deze worden overzichtelijk weergegeven in onderstaande figuur (figuur 12).



Figuur 12: overzicht thema's en subthema's van de thematische analyse

Deze figuur werd onderverdeeld in verschillende figuren en de citaten werden genummerd om het geheel leesbaar te houden. Een overzicht van de citaten is terug te vinden in bijlage 3.

Opstarttraject



Figuur 13: overzicht subthema's bij thema 'Opstarttraject'

Het verschil tussen het voortraject en de recent nieuwe benaming, opstarttraject, werd door de artsen als onduidelijk en triviaal ervaren. Er werd aangehaald dat de regelgeving niet duidelijk wordt gecommuniceerd naar de artsen toe. Dit zorgt voor onzekerheid bij de artsen en andere zorgverleners waardoor de trajecten niet altijd correct worden gebruikt of toegepast.
De technische en administratieve beperkingen binnen het EMD werden aangehaald. Artsen gaven aan dat het onduidelijk is of de juiste nomenclatuurcode correct is aangerekend en dat er geen automatische verlenging is van het opstarttraject.

"Ik denk dat deze nomenclatuurcode zich wel jaarlijks vernieuwd?" "Nee, dat is dus mislukt." - arts 3 (quote 85)

Deze aanhoudende onduidelijkheid draagt bij tot frustratie en vormt een bijkomende drempel voor een vlotte implementatie van de trajecten.

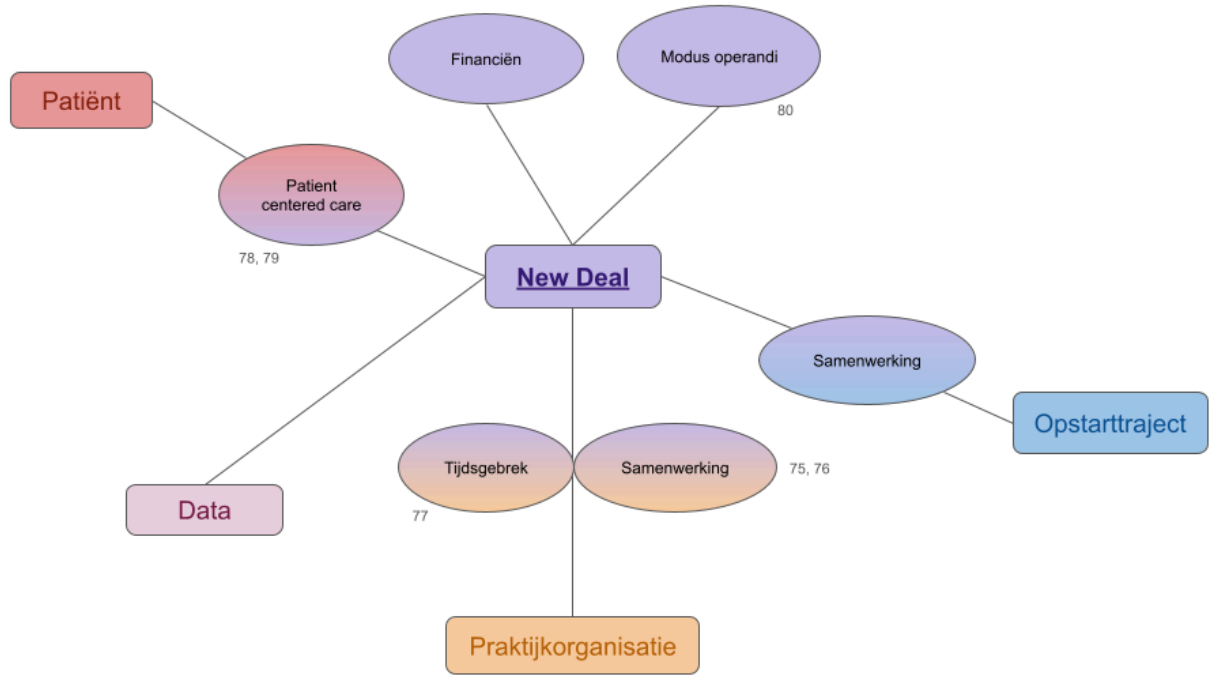
"De miserie is nog steeds hetzelfde, dat je eigenlijk niet kunt zien of het aangerekend is of niet. Het is veranderd van naam. Maar ik zou eigenlijk zelfs niet weten één op één wat er achter de komma veranderd is. De ergernissen zijn hetzelfde." - arts 7 (quote 86)

Eén arts haalde het financiële aspect rond deze trajecten naar boven.

"Dat zijn middelen om ons financieel afhankelijk te maken, noem ik dat. Op elk dingetje staat een tarief. En dat is dus het absurde. Terwijl, dat is een job. En dat hoort er gewoon in zijn geheel bij." - arts 6 (quote 83).

Er werd door een arts aangehaald dat de benaming van de trajecten wel iets zou kunnen betekenen voor de motivatie van de patiënten. Deze arts duidde erop dat een "voortraject" kan betekenen dat de patiënt nog net geen T2DM heeft maar ze net 'voor' de ziekte zijn. Het opstarttraject kan dan eerder betekenen dat de ziekte aanwezig is en de behandeling dus 'opgestart' moet worden. Dit kan motiverend werken en het engagement van patiënten verhogen.

New Deal



Figuur 14: overzicht subthema's bij thema 'New Deal'

De nieuwe vorm van praktijkorganisatie, New Deal, werd met gemengde gevoelens onthaald. Het multidisciplinaire aspect van de praktijkvorm wordt als een positief element beschouwd. Volgens sommigen zijn samenwerkingsmogelijkheden met een diabetes-educator of praktijkverpleegkundige ook mogelijk in een andere praktijkvorm zoals in het prestatiegericht systeem.

"Ik vraag me alleen af. De mentaliteit van de mensen verandert niet. Dus het is niet omdat... Allee, hier is de mogelijkheid er ook om te komen en om een afspraak te maken. En we werken ook met de verpleegkundige. Er is een diëtiste bij de hand, een diabetes-educator ligt bij de hand. Wie dat wil, kan dat zonder die new deal ook al wel doen. Dus ik vraag me af of je zoveel meer mensen gaat bereiken dan dat wij eigenlijk bereiken nu." - arts 3 (quote 75)

Ze gaven aan dat artsen die reeds in groepspraktijken werken hier geen voordeel uit halen maar dat praktijken of solo-artsen zonder ondersteunend personeel hier wel baat bij zouden hebben.

Twee aandachtspunten die besproken werden waren de bereikbaarheid van de zorgverlening en het tijdsgebrek. Meerdere artsen gaven aan dat deze vorm van werken kan leiden tot verminderde beschikbaarheid van de huisarts, wat een impact heeft op de toegankelijkheid van de zorg, hetgeen net belangrijk is voor chronische patiënten.

"En ja, als je minder uren gaat doen, dan ben je minder bereikbaar." - arts 8 (Quote 77)

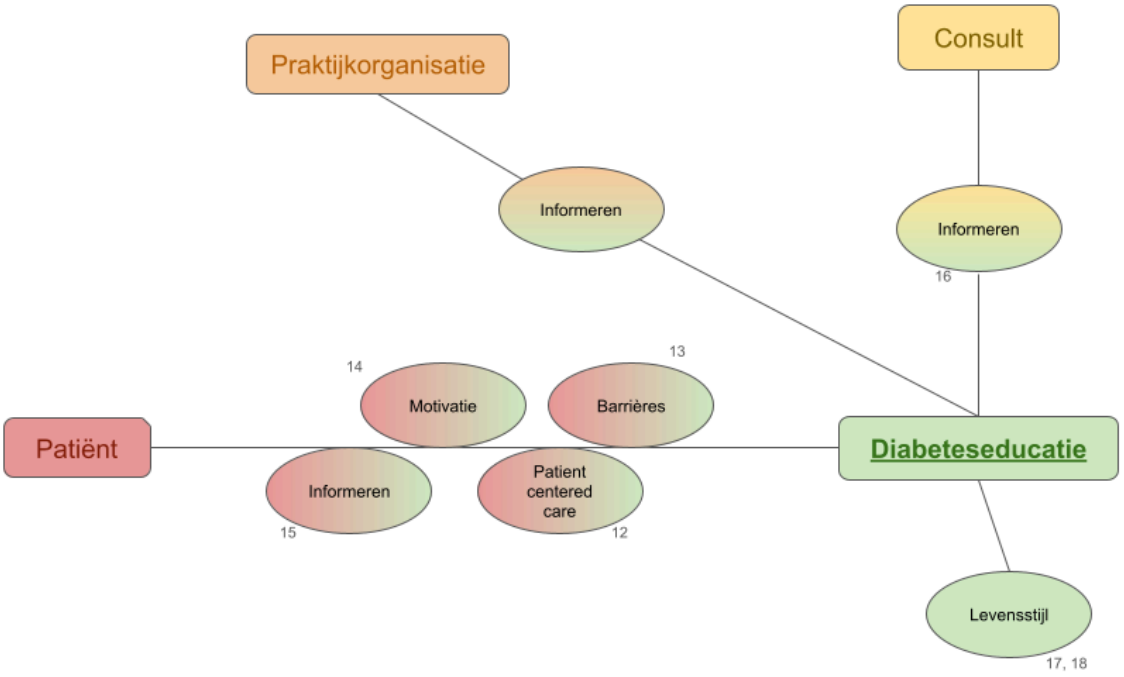
Er werden bezorgdheden geuit over het behoud van de patiëntgerichte zorg binnen deze nieuwe vorm van werken. Het opbouwen en behouden van een langdurige en persoonlijke arts-patiënt relatie wordt als een cruciaal aspect gezien in een huisartsenpraktijk. Sommige artsen vreesden dat een te taakgerichte aanpak kan leiden tot een zorgsysteem waarbij de patiënt minder als een geheel wordt benaderd en meer als een dossier of nummer.

"Nee, ik ken mijn patiënten wel graag. Ik heb liever mensen en gezichten dat ik mij kan voorstellen, dan een nummerke in een dossier." - arts 3 (quote 78)

"En iedereen gaat in zijn kotje kijken. En de patiënt als mens wordt niet meer gezien. Want iedereen kijkt in zijn polihokje, in zijn kotje." - arts 4 (quote 79)

Daarnaast werd er kritiek gegeven op een toenemende focus, binnen de New Deal, op meetbare indicatoren en cijfers, ten koste van klinisch inzicht en professioneel oordeel. Deze verschuiving werd gezien als een potentiële bedreiging voor het gebruik van gezond verstand en individuele klinische afwegingen in de zorgverlening.
Er wordt dus betwist of de New Deal effectief een groter bereik of een betere opvolging voor patiënten met T2DM zal bekomen.

Diabeteseducatie



Figuur 15: overzicht subthema's bij thema 'Diabeteseducatie'

Diabeteseducatie werd door de artsen, de verpleegkundige en de diëtiste als een essentieel en vooral uitdagend onderdeel van de opvolging van patiënten met T2DM beschouwd. De diëtiste, die ook diabetes-educator is, benadrukte het belang van een patiëntgerichte en stapsgewijze aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met wat voor de patiënt haalbaar en begrijpelijk is. Het doorgeven van te veel informatie op eenzelfde moment wordt als contraproductief ervaren.

"Meestal probeer ik gewoon wat haalbaar is in de eerste plaats, in de hoop dat ze eigenlijk het jaar nadien of de volgende consultatie, als de bloedwaarden toch nog niet goed zijn, dat je er echt wel dieper op in kunt gaan. Want als je dat te veel ineens... Dan zie je die meestal al na een halfjaar terug en is het niet goed." - diëtiste (quote 12)

Daarnaast werden verschillende barrières aangehaald die de effectiviteit van diabeteseducatie kunnen beperken. Taalproblemen en culturele verschillen bemoeilijken volgens zorgverleners het begrip van adviezen en het inzicht van patiënten in hun aandoening.

De motivatie van patiënten werd door alle medici en paramedici als cruciaal gezien. Het forceren van gedragsverandering of opvolging leidt volgens hen vaak tot weerstand of verminderde betrokkenheid. Een diëtiste gaf aan dat het "pushen" van patiënten weinig zinvol is en de impact van de begeleiding beperkt.

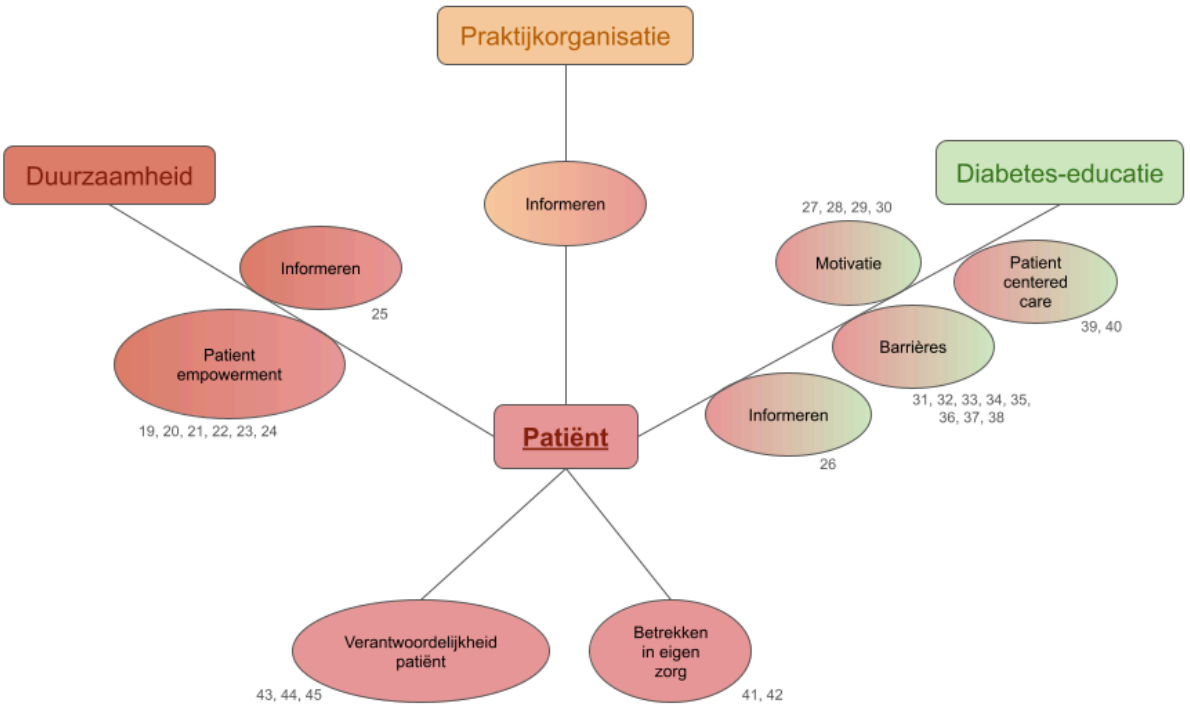
Verder werd het belang van duidelijke en voldoende informatie over T2DM en de mogelijke complicaties op lange termijn benadrukt.

"Weten de mensen dat hun nieren ervan kapot gaan? Dat ze daar blind van kunnen worden op termijn? Weten ze genoeg over wat ze al dan niet mogen? Waar ze op moeten letten? Daar zijn diabetisch-educatoren wel goed voor." - arts 5 (quote 15)

Levensstijlverandering kwam naar voren als een moeilijk onderdeel van diabeteseducatie. Artsen gaven aan dat patiënten regelmatig weerstand vertonen tegenover leefstijladviezen, omdat deze hen confronteren met de rol van eigen gedrag in hun ziekteproces. Dit maakt volgens hen het overtuigen van patiënten tot duurzame gedragsverandering vaak een moeizaam proces.

"Dus dikwijls ook vechten tegen de bierkaai". Omdat je de patiënt dikwijls ook moet overtuigen dat een vrij groot deel van z'n pathologie komt te wijten van z'n levensstijl. " - arts 6 (quote 18)

Patiënt



Figuur 16: overzicht subthema's bij thema 'Patiënt'

De patiënt wordt gezien als een centrale rol in de opvolging van zijn eigen ziekte, T2DM. Het belang van patiënt empowerment, waarbij de patiënten voldoende geïnformeerd blijven en actief worden betrokken in hun eigen zorg, werd benadrukt. Dit vraagt goede en frequente educatie over hun chronische aandoening en wordt beschouwd als noodzakelijk om patiënten de juiste inzichten te geven in het belang van hun opvolging. De artsen gaven aan dat patiënten soms onvoldoende bewust zijn waarom regelmatige opvolging zo essentieel en zelfs onvermijdelijk is.

"Ik zal die vraag stellen aan de patiënten. Snap je waarom je bloed moet laten trekken? Ik vind dat een goeie vraag. Ik vraag hen dat niet. Ja mensen beseffen niet altijd waarom het zo belangrijk is dat hun suiker goed staat. Wat dat de gevolgen ervan zijn." - arts 4 (quote 22)

Patiëntgerichte zorg is essentieel volgens de artsen als men spreekt over opvolging van de patiënten. De opvolging moet worden afgestemd op individuele noden van de patiënt. Tegelijk gaven zorgverleners aan dat het belangrijk is om duidelijke verwachtingen te formuleren en patiënten actief te betrekken in hun zorgtraject, bijvoorbeeld door afspraken expliciet vast te leggen en verantwoordelijkheden te benoemen.

"Wel, ik zeg dat altijd op het einde van een consultatie, dan zeg ik mijn verwachtingen naar hen toe. Ik verwacht dat je binnen drie maanden bloed laat trekken en dat je langs mij komt." - arts 4 (quote 41).

De verschillende barrières die een goede opvolging belemmeren werden veel aangehaald tijdens de interviews. Gebrek aan motivatie werd expliciet genoemd als de grootste hindernis, maar ook praktische factoren zoals werkcontext en, zoals hierboven reeds aangehaald, het onvoldoende begrijpen van het belang van een regelmatige opvolging. Daarnaast werd aangehaald door de diëtiste en verschillende artsen dat sommige patiënten het gemakkelijker vinden om medicatie te nemen in plaats van hun levensstijl te veranderen.

"Wat ik nog wel merk, is dat bij sommige artsen, en dat hoeft ook zeker niet altijd van hier te zijn, is zo de... 'Voor alles is een pilletje'. Dus er zijn mensen die denken van... Ik ga niet stoppen met dat snoepen, want daar verhoog ik liever mijn metformine. Dan... Ja." - diëtiste (quote 33)

Een veel voorkomende barrière is motivatie. Deze kwam herhaaldelijk naar voren als een bepalende, en tegelijk problematische factor. Er werd meerdere keren aangehaald dat gedragsveranderingen en levensstijlaanpassingen moeilijk te realiseren zijn voor de patiënten met deze chronische ziekte.

"Wat baat een kaars en bril als de uil niet lezen wil." - arts 4 (quote 28)

Sommige artsen gaven aan dat zij patiënten confronterend informeren over risico's om het gevoel van urgentie te verhogen. Terwijl anderen benadrukten dat motivatie niet kan worden afgedwongen. Deze spanning tussen stimuleren en ruimte laten werd door meerdere zorgverleners als een delicate balans ervaren.

"Ik ga zeker juichen als ze over de finish komen. En ik zal ze coachen op voorhand, maar ik ga er geen koord aan hangen om ze vooruit te trekken." - arts 5 (quote 24)

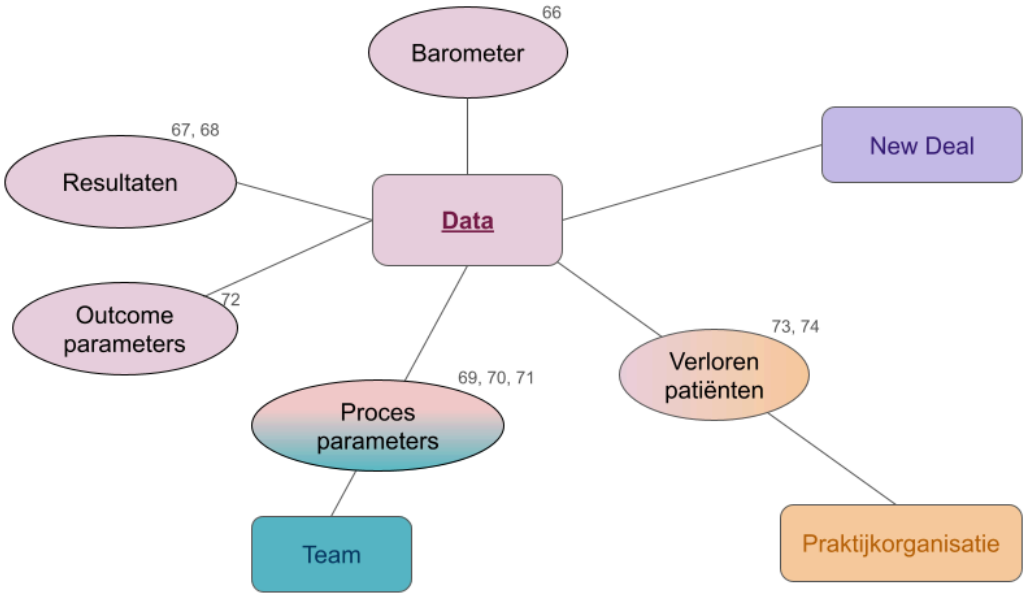
De verantwoordelijkheid wordt ook voor een groot deel bij de patiënt gelegd. De hulpverleners halen aan dat het belangrijk is om de patiënt hierbij te begeleiden en niet aan hun lot over te laten, maar na een tijd de autonomie van de patiënt te stimuleren.

"Omdat ik manager ben, zal ik zeggen, probeer ik ook altijd met die patiënt die afspraak te voorzien en hem niet aan zijn lot over te laten. Zeker niet in het begin, en hen uiteindelijk beetje bij beetje los te laten." - arts 2 (quote 23)

Tot slot werd er zwaar benadrukt door meerdere artsen dat, ondanks de begeleiding en ondersteuning in een huisartsenpraktijk, de uiteindelijke verantwoordelijkheid bij de patiënt ligt. Zorgverleners kunnen motiveren en informeren en bijstaan waar het nodig is, maar wanneer patiënten niet bereid zijn om deze verantwoordelijkheid op te nemen, blijven de mogelijkheden tot verbetering beperkt.

"Uiteindelijk ligt uw lot bij uzelf en de verantwoordelijkheid voor uw eigen zorg bij uzelf. Je kunt het aanreiken maar ze moeten het zelf aannemen." - arts 4 (quote 45).

Data



Figuur 17: overzicht subthema's bij thema 'Data'

Er kwam naar voren dat niet elke collega de parameters correct noteert in het EMD.

"De bloeddruk is ook vrij laag, maar ik denk dat niet iedereen dat mooi noteert in het vakje dus dat er wel wat waardes verloren zijn en via het opvragen van die query's niet naar boven komen. Ik denk dat de procesparameter van bloeddruk in de realiteit wel hoger zou zijn." - arts 2 (quote 69)

Daarnaast bleek dat er beperkingen zijn van de statistiek, namelijk niet genoteerde waarden worden niet meegenomen, en patiënten die lost-to-follow-up zijn worden niet meegenomen in de statistieken.

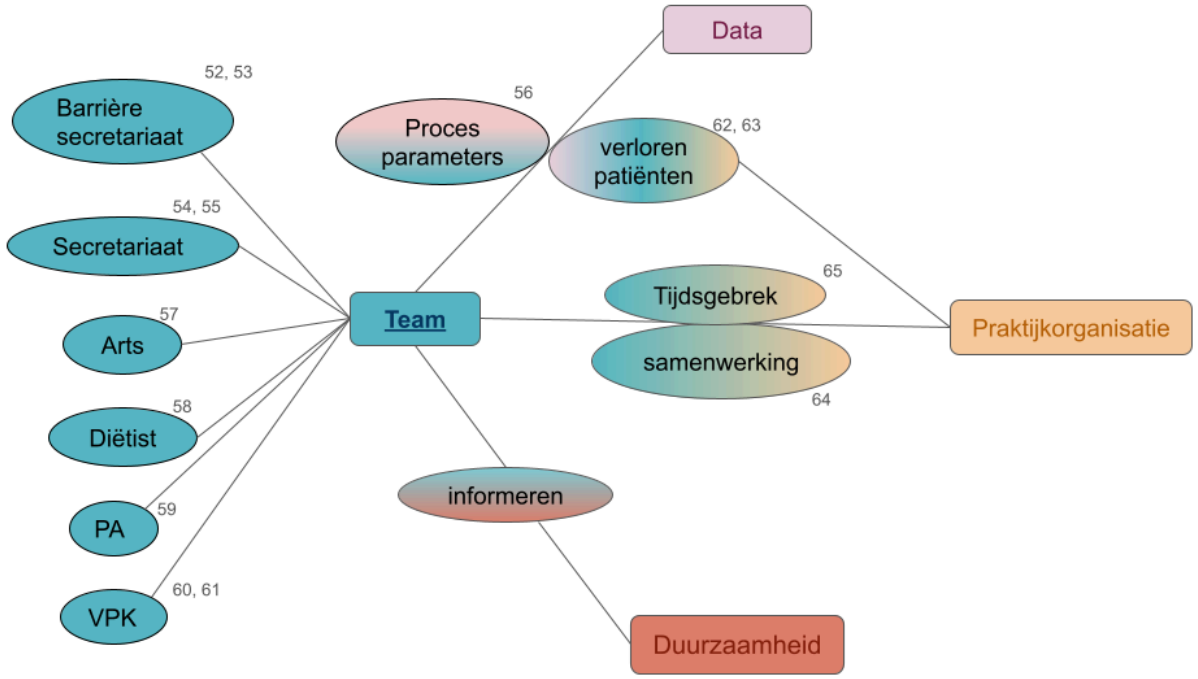
"En die waarschijnlijk de piek ook wel geven." - arts 3 (quote 74)

Er werd kritisch gereflecteerd over de procesparameters waar slechter gescoord werd, namelijk gewicht en ACR.

"Die albumine-creatine, dat doe ik ook niet standaard en dat zou eigenlijk wel moeten. Ik veronderstel vaak dat dit jaarlijks bij de endocrinoloog gebeurt." - arts 1 (quote 70)

Ook kwamen er reeds concrete praktijk-verbeterende initiatieven naar voren, namelijk het oplijsten van lost-to-follow-up patiënten via een query en het invoeren van een praktijkprotocol.

Team



Figuur 18: overzicht subthema's bij thema 'Team'

Uit de interviews bleek dat er vaak al een goede samenwerking is tussen artsen en de praktijkverpleegkundige. De samenwerking met de praktijk-assistenten was echter vaak nog niet goed afgelijnd. Ook vanuit de baliemedewerkers was er weerstand om meer taken op zich te nemen omdat er rekening dient gehouden te worden met het beroepsgeheim.

"Maar wij aan het secretariaat hebben geen weet van deze aandoening, wij hebben hier geen kennis van en zijn niet op de hoogte van wie diabetes hebben en wie niet " - secretaresse 2 (quote 52)

"Dan kan een verpleegkundige ook een heleboel dingen in orde maken. Heel veel tijdswinst daar, zo rijbewijs in orde, urine in orde, wegen, zeker een keer doen, al die dingen die wij vergeten. Wat dat betreft werkt het wel goed." - arts 7 (quote 60)

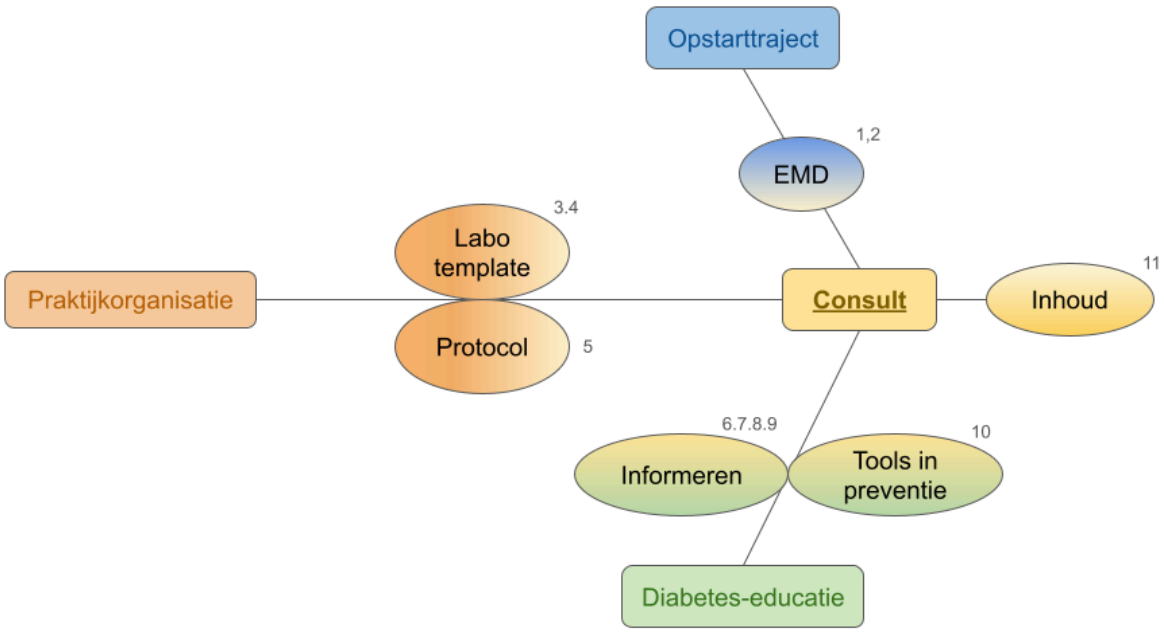
"Ik denk dat ze dan één of twee keer op het jaar toch wel bij de dokter moeten passeren." - verpleegkundige (quote 57)

Het leek niet haalbaar om patiënten die lost-to-follow-up zijn laten opbellen door het secretariaat, zowel vanuit hun takenpakket en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, als vanuit tijdsgebrek. De praktijkverpleegkundige zou dit eventueel wel kunnen opnemen.

"Ik weet niet goed in welke rol. Afspraken maken? Maar ja, dan moeten de mensen tot daar komen. Of moeten die bellen, hè? De mensen zo proactief gaan opbellen. Dat vind ik nu eigenlijk hun taak niet.. Ze zijn geen babysitters." - arts 3 (quote 62)

"Tenzij ik natuurlijk de vrijheid krijg om te zeggen van, ik lijst ze allemaal op. En ik schrijf ze om de zoveel tijd zelf een keer aan van 'hallo'. Of ik zeg van, die moeten nog eens opbellen.." - verpleegkundige (quote 63)

Consult



Figuur 19: overzicht subthema's bij thema 'Consult'

Er was een duidelijke consensus bij alle geïnterviewden over welke zaken aan bod moeten komen bij een diabetes-consult, namelijk een bloedonderzoek, parameters en informeren.

"Het bestaat uit geregeld controle bloedname, suiker snel controleren, HbA1c controleren, bloeddruk controleren, cholesterol. Ja, bloed controleren eigenlijk, bloeddruk controleren en dieetadvies. En medicatie opvolging natuurlijk." - arts 6 (quote 11).

Er werd aangegeven door meerdere artsen dat het belangrijk is al deze gegevens ook correct te noteren in het EMD. Zo niet, gaat het overzicht verloren en worden belangrijke zaken vergeten.

"Het is inderdaad de bedoeling dat de eerste keer dat ze bij [diëtiste en verpleegkundige] komen, dat die alles mee in Care Connect zetten in de planning. Dan kan er worden afgevinkt, oke er is een kleine bloedname gebeurd, en dat dat dan binnen drie maanden terug op de planning staat enzovoort." - arts 2 (quote 2)

Dit vergeten van onderzoeken wordt ook als reden gegeven dat sommige kwantitatieve resultaten minder goed waren. De templates van labo's bleken voor sommige artsen en verpleegkundigen een hulpmiddel hierbij.

"De slechte resultaten van albuminecreatinineratio is iets waar ik niet van verschiet. Ik vergeet dit ook regelmatig te onderzoeken. Daarom is het goed dat we met een groot of klein labo werken als template." - arts 2 (quote 3)

Ook een protocol kan bevorderend zijn in de praktijk om de follow-up vlotter te laten verlopen en minder over het hoofd te zien. Één van de praktijken heeft zulk protocol uitgewerkt met positief resultaat.

"We hebben dus nu wel een protocol uitgewerkt om er systematiek in te krijgen. Het schoolvoorbeeld is dat ze eerst bij [de verpleegkundige] komen voor een bloedname en die neemt ook de parameters. En dan komen ze bij ons om de resultaten te bespreken en zien wat er verder nodig is voor die patiënt." - arts 2 (quote 5)

Informeren blijft een kernpunt van een diabetes-consult. Er komt veel informatie op de patiënt af, waarvan niet altijd alles in één keer blijft hangen en vaak is het onduidelijk hoeveel de patiënt ervan begrepen of onthouden heeft. Tips die aan bod kwamen in de interviews waren korte, niet-dubieuze boodschappen, herhaling van de informatie, tools in preventie (zoals de SCORE tabel) of een tweede paar oren. Slechts enkelen vonden het gebruik van brochures voordelig.

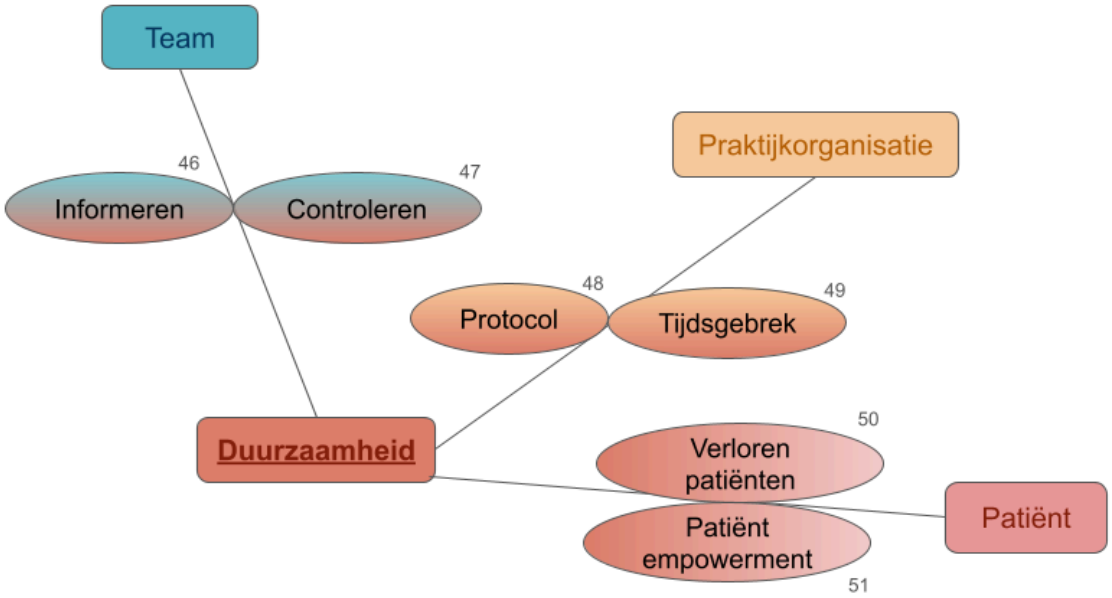
"Gewoon uw diagnose durven zeggen. Meneer/mevrouw, je hebt diabetes type 2." - Diëtiste (quote 6)

"Het is een interessante vraag om eens te stellen: "Weten jullie waarom we om de 3 maand bloed moeten trekken" omdat de mensen meestal geen flauw benul hebben." - arts 4 (quote 7)

"Informatiebladjes of brochures, maar dat zijn dingen dat mensen verliezen." - secretaresse 2 (quote 9)

"Die SCORE-tabel gebruik ik bijna altijd. Dat is gemakkelijk. Je kunt dat ineens aan de mensen laten zien. Dat is niet iets dat je uit je duim zuigt. Dat staat daar zwart op wit. Die kunnen hun eigen getalletjes volgen en dat gaat een risico-inschatting maken. Ik ga ook nog eens naar die statine-wijzer." - arts 5 (quote 10)

Duurzaamheid



Figuur 20: overzicht subthema's bij thema 'Duurzaamheid'

Een belangrijk onderdeel van deze thesis is onderzoeken hoe we goede diabetesopvolging duurzaam kunnen maken. Tijdsgebrek wordt door zowel artsen als paramedici aangehaald als één van de belangrijkste redenen waardoor een ideaal diabetesconsult weinig haalbaar is. Oplossingen om met het tijdsgebrek om te gaan waren dan ook de meest voorkomende antwoorden.

"Dat de artsen genoeg tijd hebben om hun patiënten op te volgen en ook zelf op te volgen. Dat de opvolging voornamelijk door de huisarts wordt gedaan zoals het op ons protocol staat. Door het opbouwen van die arts-patiëntrelatie gaat die opvolging veel vlotter verlopen langs beide kanten. De arts mag niet enkel betrokken zijn als manager van bovenaf om wat bij te sturen." - arts 2 (quote 49)

Hierbij hoort bijvoorbeeld het verdelen van verschillende taken in de diabetes-zorg. Één van de twee praktijken heeft hiervoor reeds een protocol opgesteld. De andere praktijk gebruikt hiervoor nog geen vastgesteld protocol, maar de bloednames gebeuren wel regelmatig bij de verpleegkundige, om het nadien te bespreken bij de arts. Er wordt wel nagedacht over een protocol hieromtrent.

"Ik denk dat het zeker nuttig is om een praktijkprotocol te maken" - arts 10 (quote 48)

Één bepaalde arts dacht dat het meeste effect in duurzaamheid bekomen ging worden door een controlerend persoon, dewelke nu nog niet kan ingeschakeld worden omwille van financiële redenen.

"Iemand die dat controleert, iemand die zich daarmee bezig houdt. Je werkingsmechanisme gaat verbeteren met het aantal drukmiddelen die je hebt. Alle drukmiddelen en met de controles die dat je doet, dan gaat het pas langer zijn." - arts 6 (quote 47)

Het opsporen van 'verloren' patiënten kwam ook bij zowel paramedici als artsen aan bod als belangrijk punt om op in te zetten om de resultaten te verbeteren. Er werden verschillende opties besproken om deze op te sporen, maar iedereen vond dit momenteel te tijdrovend en ingrijpend voor het mogelijk weinig resultaat dat ermee bereikt zou worden. Deze 'verloren' patiënten wensen vaak actief niet deel te nemen aan de nodige onderzoeken.

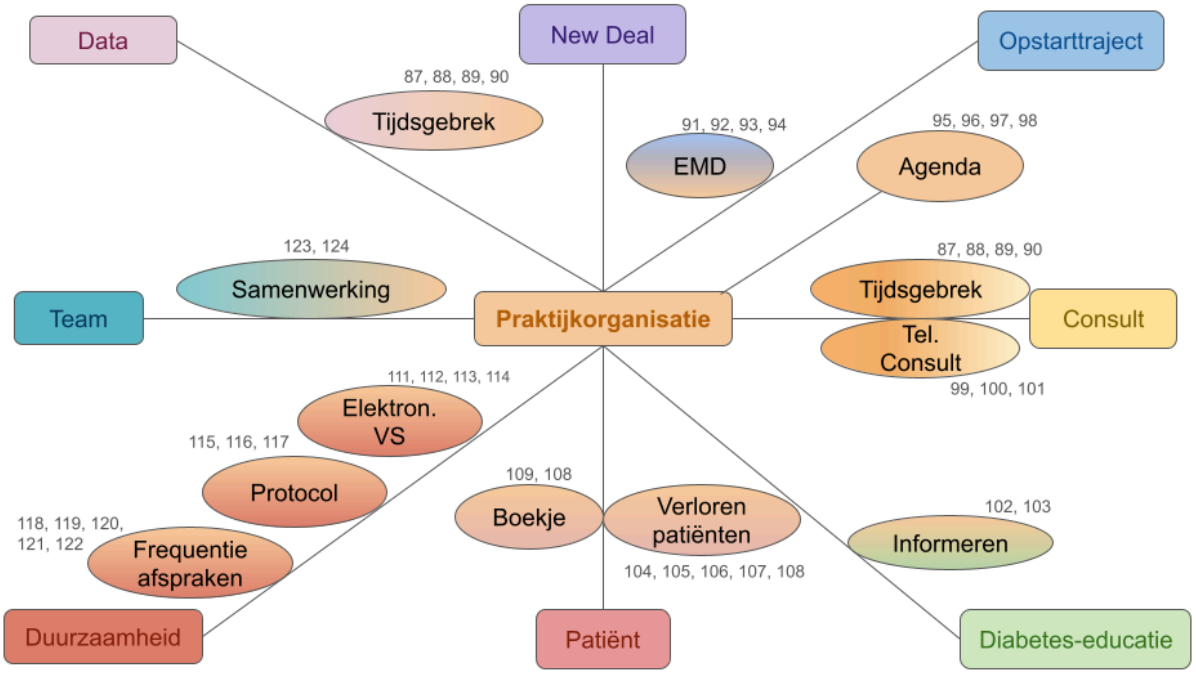
"We kunnen eventueel een lijst afdrukken met alle diabetespatiënten. En dan kijken wie in orde is en wie niet. Maar dan krijg je natuurlijk een soort verplichting. En dat zit een beetje met de vrijheid van de patiënt". - arts 8 (quote 50)

De geïnterviewden achten het belangrijker om in te zetten op het voldoende informeren van de patiënten, zodat ze weten welke gevolgen er zijn bij onvoldoende opvolging en therapietrouw. Zo gaan er hopelijk minder patiënten verloren en kan er meer verantwoordelijkheid bij de patiënt gelegd worden.

"Ik denk dat het het belangrijkste is dat mensen goed begrijpen hoe belangrijk hun opvolging is. Dus zeker regelmatig naar de diabeteseducator sturen zodat zij het nog eens uitleggen en dat alles beter blijft hangen." - arts 1 (quote 46)

"Want zo'n ziekte, zeker de eerste tientallen jaren, voelen de mensen zich uiteindelijk niet slecht. En die hebben daar geen effect van, maar achteraf zijn er momenten... Je moet het verkopen voor later." - arts 8 (quote 51)

Praktijkorganisatie



Figuur 21: overzicht subthema's bij thema 'Praktijkorganisatie'

Hoe de diabetes-opvolging wordt georganiseerd binnen een praktijk staat centraal in de interviews. De aanpak bepaalt een groot deel van hoe vlot diabetesopvolging kan verlopen en op welke punten eventueel kan worden ingezet in de toekomst. Alle geïnterviewden gaven aan dat samenwerking zeer belangrijk is bij de zorg voor diabetespatiënten in een groepspraktijk. Vaak worden taken onder collega's verdeeld.

"Dus die proberen onderling dat wel een beetje te verdelen van wie dat wat doet. Maar het is wel handig dat je in één en hetzelfde dossier zit. En daarmee dat het makkelijk is dat dat allemaal binnen de praktijk blijft." - arts 2 (quote 123)

"Ja, het bespreken is in ieder geval altijd bij ons. De bloedname kan wisselen. Dat kan ook via het labo zijn of bij de verpleegkundige of bij ons. Maar het bespreken is in ieder geval altijd bij ons." - arts 10 (quote 124)

Het EMD speelt in deze samenwerking ook een belangrijke rol. De meerderheid geeft aan het handig te vinden om meteen te kunnen inpikken op de notities van een collega in verband met de stand van zaken. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd evident. Er wordt aangehaald dat niet alles door iedereen correct geregistreerd wordt en dat ook het EMD-programma zelf frustraties met zich meebrengt. Duidelijke afspraken maken binnen de praktijk helpt volgens de meerderheid wel om het overzicht te bewaren.

"We hebben nu afgesproken dat alles goed genoteerd wordt op het medisch dossier binnen dat diabetes opstarttraject op de handelingen of op de planning." - arts 2 (quote 91)

"Dus wat die eigenlijk doen is, ze hebben een standaardlijstje gemaakt voor jaarlijks oogarts, jaarlijks urine, drie maandelijkse bloedname, of een grote bloedname jaarlijks, kleine bloedname om de drie maanden. En zij typen dat in de planning en ze vinken dat ook af als het gebeurd is. Maar dat is een heel onoverzichtelijk systeem, want dat verspringt de hele tijd, dat zijn geen standaard vakjes. Je kunt ook niet in één oogopslag zien wat er de laatste maanden gebeurd is." - arts 7 (quote 94)

Één van de praktijken in deze thesis volgt een protocol om de T2DM zorgcontacten te verdelen binnen de multidisciplinaire groepspraktijk. Er wordt aangegeven dat dit algemeen als nuttig wordt beschouwd om te weten naar wie ze kunnen verwijzen binnen de praktijk voor welke zaken.

"[De verpleegkundige] dus de 3 maandelijkse bloednames, [diëtiste] zou het eerste gesprek moeten doen omdat zij een diabeteseducator is. Dan is het aan de arts om na te kijken hoe het zit met de waardes. Is er iets van medicatie dat verhoogd moet worden." - secretaresse 1 (quote 117)

Er wordt door meerdere artsen aangehaald dat een protocol enkel nuttig is indien het door alle medewerkers gevolgd wordt, wat niet altijd het geval is. Soms wordt er vastgehouden aan persoonlijke routines ondanks nieuwe afspraken binnen de praktijk. Ook vanaf welke waarden er interventies moeten gebeuren verschilt vaak per arts binnen één praktijk. Dit kwam naar voren als een werkpunt.

"Je kunt zoveel protocollen maken als je wilt, als iedereen gewoon verder blijft werken zoals hij nu doet… Dan heeft dat weinig zin. En ik denk dat we daar wel verbetering in kunnen brengen. Iedereen zit zo wat vastgeroest in zijn eigen systeem. En je wilt wel iets uniform, dat was ook de bedoeling maar dan moet iedereen dat ook wel beginnen doen, en daar, daar loopt het mis." - arts 3 (quote 115)

"Ik heb ook al wel gemerkt in de praktijk dat het zeker wel beter kan zijn. Er is geen vast stramien en iedere arts heeft echt wel zijn eigen manier van doen. Iedereen heeft wel gemerkt dat dat niet goed genoeg loopt." - arts 1 (quote 116)

Zoals bij subthema 'consult' werd aangehaald is voldoende informeren cruciaal binnen diabeteszorg. De meningen over hoe dit best wordt aangepakt zijn verdeeld.

"Ik zou daarover nadenken om daar misschien een mooi bundeltje van te maken. Ik weet zeker dat de verpleegster alles duidelijk verteld maar maar een procent van die info onthouden ze." - secretaresse 1 (quote 102)

"Er is informatie genoeg. Je kunt zeggen, je moet een flyer lezen, je moet een brochure lezen en dit en dat, maar... Iedereen vindt alles tegenwoordig op het internet." - arts 9 (quote 103)

Net zoals dat er voor- en tegenstanders waren over brochures, zijn die er ook voor afsprakenboekjes. Sommigen vonden het handig om de patiënt meer in controle te laten over hun afspraken en to do's door deze in een papieren boekje mee te geven, maar er werd door enkelen geopperd dat zo'n zaken vaak verloren raken of vergeten worden en algemeen weinig meerwaarde zouden hebben.

"De mensen die gemotiveerd genoeg zijn om een boekje bij te houden doen dit al op hun eigen manier. Het gaat niet helpen om een boekje te geven aan niet gemotiveerde patiënten want die verliezen ze toch of gebruiken ze niet." - arts 2 (quote 109)

"Ik denk inderdaad dat zo voor de patiënt het schemaatje afdrukken met afwisselend arts en verpleegkundige en dan zo een invul voor de datums enzo… Dat is misschien wel een goed idee, dat die er ook meer overzicht op hebben." - arts 7 (quote 110)

Er is uniformiteit over het elektronisch voorschrijven van medicatie. Dit wordt aanzien als een goed middel om patiënten tijdig te laten terugkeren voor hun opvolging. Ook het secretariaat heeft hier een belangrijke rol in.

"Op het moment dat hun medicatie op is of bijna op is en dat ze dan pas bellen en dat dan wel de praktijkmedewerker/-ondersteuner, moet zeggen dat je nog eens op controle moet komen." - arts 10 (quote 112)

"De truc is gewoon medicatie meegeven totdat ze nog eens moeten terugkomen." - arts 5 (quote 111)

"Handig want na drie maanden verdwijnt dat ook van de identiteitskaart." - arts 10 (quote 114)

Hoe frequent de patiënten op raadpleging dienen te komen voor follow-up is volgens de meeste geïnterviewde artsen afhankelijk van de patiënt in kwestie en loopt niet altijd gelijk met de richtlijnen.

"Ja, en wat mij betreft mensen die echt al verschillende bloednames met hun HbA1c onder de 7 zitten. En dat loopt goed. En die zijn bij een diëtist of diabeteseducator geweest. En die weten wat ze moeten doen. Je kunt ze ook niet om de drie maanden hetzelfde vertellen, hè? Nee. Ze mogen van mij gerust een half jaar weg blijven." - arts 3 (118)

"Drie keer per jaar, denk ik, is wel een haalbare kaart." - arts 10 (quote 121)

Bij navragen hoe de volgende afspraak meestal wordt ingepland, zijn er wisselende reacties. De meeste artsen planden dit graag zelf in op moment van het vorige consult of geven de gewenste planning door aan het secretariaat. Dit om follow-up te garanderen en het ontstaan van verloren patiënten tegen te gaan. Anderen geven de vrijheid aan de patiënt, maar dan ontstaat soms de situatie dat deze met andere klachten komt en er onvoldoende tijd is voor een volledig diabetesconsult.

"Je kunt dat eventueel al wel inplannen, maar dat is ook niet altijd evident want de agenda staat voor die maand nog niet open, of de mensen vergeten dat ze een afspraak hebben." - arts 1 (quote 95)

"Ik denk, als je zelf ze ineens maakt en je geeft al een afspraak, dan staat dat al vast. Ik denk dat dat voor bepaalde patiënten beter is." - arts 8 (quote 96)

"Mensen komen zelden alleen maar voor een diabetesopvolggesprek." - arts 3 (quote 98)

De werkdruk en het gevoel van tijdsgebrek benadrukt ook hoe belangrijk goede praktijkorganisatie is in diabeteszorg. Door taken te verdelen binnen een multidisciplinair team, zoals informeren en educeren, kan de arts meer tijd vrijmaken voor de medische kant.

"Niet veel tijd over om educatie te gaan doen. Dan is het wel heel fijn dat je dan een educator in de praktijk hebt." - arts 2 (quote 90)

Bij het bespreken van de rol van telefonische consulten geven sommige artsen aan dat het wegvallen van de vergoeding van deze consulten voornamelijk goed is in de opvolging van diabetes-patiënten. De anderen merken eerder weinig verschil.

"Ja, ik had daar in het begin wel schrik voor, omdat ik dacht dat dat nog extra werk ging geven. En dat is hè. Soms komen ze gewoon voor een voorschrift dat ik anders had klaargelegd. Maar dat is het moment om wat tijd in te halen, voor inderdaad wat meer aan preventie te doen. Voor een keer door een specialistische verslagen te gaan, medicatie nog eens op punt te stellen." - arts 5 (quote 101)

"Eigenlijk telefoneer ik nog evenveel als daarvoor." - arts 3 (quote 99)

Aangezien verloren patiënten vermoedelijk een grote rol spelen in de kwantitatieve resultaten, vroegen we de deelnemers naar mogelijke actieplannen om deze tijdig op te sporen om hierop in te spelen. De secretariaatsmedewerkers stonden hier over het algemeen achter, voornamelijk via tools in de programma's om ze op te sporen en dan actief te contacteren via mail. De artsen waren over het algemeen minder voorstander en refereren naar de verantwoordelijkheid van de patiënt in zijn eigen zorg. Ook het te verwachten resultaat werd in twijfel getrokken.

"Je hebt praktijken, die dat echt gaan opzoeken en die actief gaan screenen. In een ideale wereld zou dat zo verlopen. Maar ergens, ja, is dat een hoop werk. Ik denk soms dat dat een hoop werk voor hoeveel extra. In hoeverre moet ik hun hand gaan vasthouden? Maar om echt lijsten te laten maken van wie dat er nog moet komen, dat is voor ons misschien nog een stapje te ver denk ik." - arts 5 (quote 104)

"Ja, ik denk dat het met één van de programma's is die we hier gebruiken. Om dan daar contact mee op te nemen met helpdesk. Om te horen wat een mogelijkheid is om zo mensen op te sporen." - secretaresse 3 (quote 105)

"In een forfaitaire praktijk is dat een inschrijving en kun je die dingen allemaal terug, denk ik, beter organiseren." - arts 10 (quote 108)

Connectie kwantitatief en kwalitatief onderdeel van de studie

Om de kwantitatieve resultaten te exploreren en mogelijks te verklaren, werden deze objectieve resultaten besproken in de interviews. In tabel 1 worden gerelateerde quotes uit het kwalitatief onderzoek gelinkt aan de bijhorende kwantitatieve onderzoeksparameters.

Kwantitatief resultaat	**Gerelateerde kwalitatieve resultaten**
Bloedonderzoek (HbA1c en LDL) procesparameter	"Bij iemand die 75 jaar is, kan je 2 keer per jaar bloed trekken." - arts 6 (quote 40) "Wel, ik zeg dat altijd op het einde van een consultatie, dan zeg ik mijn verwachtingen naar hen toe. Ik verwacht dat je binnen drie maanden bloed laat trekken en dat je langs mij komt." - arts 4 (quote 41) "Dus wat die eigenlijk doen is, ze hebben een standaardlijstje gemaakt voor jaarlijks oogarts, jaarlijks urine, drie maandelijkse bloedname, of een grote bloedname jaarlijks, kleine bloedname om de drie maanden. En zij typen dat in de planning en ze vinken dat ook af als het gebeurd is. Maar dat is een heel onoverzichtelijk systeem, want dat verspringt de hele tijd, dat zijn geen standaard vakjes. Je kunt ook niet in één oogopslag zien wat er de laatste maanden gebeurd is." - arts 7 (quote 94) "Ik heb ook al wel gemerkt in de praktijk dat het zeker wel beter kan zijn. Er is geen vast stramien en iedere arts heeft echt wel zijn eigen manier van doen. iedereen heeft wel gemerkt dat dat niet goed genoeg loopt." - arts 1 (quote 116) "Ja, en wat mij betreft mensen die echt al verschillende

	bloednames met hun HbA1c onder de 7 zitten. En dat loopt goed. En die zijn bij een diëtist of diabeteseducator geweest. En die weten wat ze moeten doen. Je kunt ze ook niet om de drie maanden hetzelfde vertellen, hè? Nee. Ze mogen van mij gerust een half jaar weg blijven." - arts 3 (quote 118) "Technisch gezien is het drie maanden. Maar iemand die heel goed zijn best doet, goed opgevolgd is, medicamenteus, cholesterol, en die statines neemt en iemand die al tien jaar goed is, die moeten van mij niet elke drie maanden langs komen." - arts 5 (quote 119) "Ik bedoel, misschien moeten we minder streng zijn en beter zeggen om de zes maanden. Je knippert met je ogen en drie maanden zijn voorbij. Dan moet je weeral bloed laten trekken." - arts 4 (quote 120) "Drie keer per jaar, denk ik, is wel een haalbare kaart." - arts 10 (quote 121) "Dus ze gaan sowieso twee keer vier keer per jaar langs moeten komen. Alleen voor hun diabetes alleen… Dat is wel veel natuurlijk." - arts 8 (quote 122)
ACR procesparameter	"De slechte resultaten van albuminecreatinineratio is iets waar ik niet van verschiet. Ik vergeet dit ook regelmatig te onderzoeken. Daarom is het goed dat we met een groot of klein labo werken als template." - arts 2 (quote 3) "De praktijkassistente neemt de parameters. Die durft ook al weleens te checken wanneer het laatste urinestaaltje gebeurd is, de laatste controle bij de oogarts" - arts 9 (quote 59) "Dan kan een verpleegkundige ook een heleboel dingen in orde maken. Heel veel tijdswinst daar, zo rijbewijs in orde, urine in orde, wegen, zeker een keer doen, al die dingen die wij vergeten. Wat dat betreft werkt het wel goed." - arts 7 (quote 60) "Die albumine-creatine, dat doe ik ook niet standaard en dat zou eigenlijk wel moeten. Ik veronderstel vaak dat dit jaarlijks bij de endocrinoloog gebeurt." - arts 1 (quote 70)
Bloeddruk procesparameter	"De bloeddruk is ook vrij laag, maar ik denk dat niet iedereen dat mooi noteert in het vakje dus dat er wel wat waardes verloren zijn en via het opvragen van die query's niet naar boven komen. Ik denk dat de procesparameter van bloeddruk in de realiteit wel hoger zou zijn." - arts 2 (quote 69) "Het bestaat uit geregeld controle bloedname, suiker snel controleren, HbA1c controleren, bloeddruk controleren, cholesterol. Ja, bloed controleren eigenlijk, bloeddruk controleren en dieetadvies. En medicatie opvolging natuurlijk." - arts 6 (quote 11)

Gewicht procesparameter	[Over gewicht] “Met die barometer. Dat was één van de parameters die erin moeten zitten. Ik wist dat ik daar niet goed scoorde.” - arts 9 (quote 71)
Algemene outcome parameters	“Terwijl de outcome-parameters eigenlijk wel het belangrijkste zijn. Ik bedoel, ik kan lopen de muggen ziften over genoteerde gewichten en bloeddrukken, maar het belangrijkste is dat die mensen hun waardes in orde zijn. Brave dokters is geen uitkomstmaat voor patiënten. Dat is een secundaire uitkomstmaat.” - arts 7 (quote 72)

Tabel 1: link tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Discussie

Samenvatting van de resultaten:

Tijdens het kwantitatieve onderzoek werd duidelijk dat patiënten met T2DM niet consequent en volgens de richtlijnen worden opgevolgd in de huisartsenpraktijk. Uit de geanalyseerde procesparameters blijkt dat minder dan 40% de aanbevolen driemaandelijkse HbA1c-controle ondergaat, en de jaarlijkse ACR-bepaling gebeurt slechts sporadisch. Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor de minder goede resultaten van de bijhorende outcomeparameters, zoals een HbA1c-waarde groter dan 7% bij 33% (CareConnect) tot 43% (Daktari) van de T2DM-patiënten.

Geïntegreerde interpretatie van de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten

Ondanks dat we verwachten dat de resultaten van de outcomeparameters zouden verbeteren als de procesparameters beter opgevolgd zouden worden, is dit verband echter niet lineair. Het is multifactorieel, afhankelijk van verschillende onderliggende mechanismen en contextuele factoren, waardoor we dit verband beter bekijken vanuit een CMO perspectief. Deze bevindingen wijzen niet alleen op individuele verschillen in opvolging, maar suggereren ook onderliggende structurele patronen binnen de eerstelijnszorg, zoals variatie tussen artsen, afhankelijkheid van individuele werkstijlen en mogelijke fragmentatie van zorgprocessen.

De resultaten worden beïnvloed door variaties in ziekteprogressie en psychosociale barrières, evenals patiëntgebonden, zorggerelateerde en structurele factoren. Indien afwijkende waarden niet consequent worden opgevolgd met passende interventies, of wanneer therapietrouw beperkt blijft, wordt het potentiële effect van optimale procesopvolging afgezwakt.

Het kwalitatieve luik van het onderzoek biedt bijkomende inzichten in de contextuele voorwaarden die deze mechanismen versterken of verzwakken. Praktijkorganisatie komt naar voren als een centrale contextfactor in de opvolging van patiënten met T2DM. In dit kader komt de huisarts niet enkel naar voren als uitvoerder van richtlijnen, maar als centrale coördinator van chronische zorg, waarbij een evenwicht gezocht moet worden tussen autonomie en gestandaardiseerde opvolging. In praktijken met een duidelijke organisatiestructuur, heldere taakverdeling en multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, praktijkverpleegkundigen en andere paramedici wordt opvolging proactief, gepland en systematisch georganiseerd, in

tegenstelling tot louter reactieve zorg. (14) Het gebruik van gedeelde schriftelijke protocollen verduidelijkt verantwoordelijkheden en bevordert de structurele inbedding van zowel het opstarttraject als de verdere follow-up. Een goed gestructureerde praktijkorganisatie versterkt de continuïteit, coördinatie en kwaliteit van zorg binnen de eerstelijnszorg. Dit resulteert in een verhoogde kans op tijdige interventies en duurzame therapeutische relaties. (14, 15)

Ook binnen het consult zelf spelen context en mechanisme een cruciale rol, waar blijkt dat kwalitatieve communicatie en geïntegreerde diabeteseducatie essentieel zijn. Goede informatievoorziening stelt patiënten in staat het belang van regelmatige opvolging te begrijpen en actief deel te nemen aan hun zorgproces. Een geïntegreerde aanpak van diabeteseducatie, ingebed in de praktijkorganisatie, verlaagt drempels en versterkt zelfmanagement. Het opstarttraject vormt hierin een cruciale fase; een duidelijke initiële begeleiding kan verwachtingen afstemmen, motivatie verhogen en latere therapietrouw ondersteunen.

Tegelijkertijd tonen de interviews aan dat patiëntgebonden barrières belangrijke modererende factoren vormen. Zorgverleners ervaren regelmatig weerstand, beperkte motivatie en therapieontrouw, vaak gerelateerd aan psychologische factoren zoals beperkt ziekte-inzicht, frustratie over polyfarmacie, lage prioritering van de aandoening of moeilijkheden met levensstijlaanpassingen. (16) Dit kan effectieve betrokkenheid en opvolging bemoeilijken en wordt door meerdere zorgverleners als een bron van frustratie ervaren. Opvallend is dat sommige zorgverleners een aanzienlijk deel van de verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen. Vanuit CMO-perspectief kan individuele verantwoordelijkheid echter niet los worden gezien van de organisatorische context waarin zorg wordt aangeboden. Lange wachttijden, beperkte toegankelijkheid of onvoldoende nadruk op de ernst van mogelijke complicaties kunnen weerstand en gebrekkige motivatie verder versterken.

De bespreking van de nieuwe praktijkvorm “New Deal” illustreert hoe veranderende organisatorische contexten verwachtingen en percepties activeren die implementatie beïnvloeden. Slechts een beperkt aantal deelnemers stond open voor deze organisatievorm, voornamelijk uit bezorgdheid dat deze zou leiden tot verminderde toegankelijkheid of een gefragmenteerde benadering van zorg door te sterke taakafbakening. Deze percepties zorgen voor terughoudendheid in implementatie. Tegelijk wordt er gesuggereerd dat duidelijke taakverdeling en interprofessionele samenwerking, mits voldoende communicatie en afstemming, net kunnen bijdragen aan een efficiëntere organisatie van chronische zorg. Aangezien de geïnterviewde praktijken reeds multidisciplinair georganiseerd zijn, ervaren zij zelf weinig meerwaarde. De uiteindelijke impact van deze praktijkvorm op uitkomsten blijft echter afhankelijk van de concrete implementatiecontext en verder onderzoek via pilootprojecten en implementatiestudies is dan ook aangewezen.

De analyse van tabel 1 toont dat bepaalde procesparameters, zoals ACR-bepaling en gewichtsbepaling, suboptimaal werden uitgevoerd en genoteerd. In de interviews wordt dit voornamelijk toegeschreven aan het accidenteel vergeten tijdens de consultatie. Binnen deze context blijkt het gebruik van een labo template in het EMD een belangrijk mechanisme om systematische opvolging te ondersteunen. Zonder dergelijke digitale ondersteuning zou de parameter nog vaker worden gemist. Hoewel praktijkverpleegkundigen bijkomende controle uitvoeren, blijven de resultaten achter, wat illustreert dat gedeelde verantwoordelijkheid niet

automatisch leidt tot optimale uitvoering wanneer tijdsdruk en organisatorische beperkingen aanwezig zijn.

Interessant is dat eerdere feedback via de diabetesbarometer leidde tot een verhoogde registratie nadien. Dit suggereert dat externe audits feedbackmechanismen kunnen activeren die gedragsverandering bij zorgverleners stimuleren. We hopen dat deze masterproef een gelijkaardig effect zal hebben op de minder goede resultaten, al wordt dit niet onderzocht binnen deze studie.

Opvallend is dat de deelnemers gemakkelijker reflecteren over procesparameters, aangezien deze grotendeels binnen de verantwoordelijkheid van de zorgverleners vallen. Outcomeparameters daarentegen worden vaker toegeschreven aan patiëntmotivatie en therapietrouw. Of een verdere optimalisatie van procesparameters daadwerkelijk leidt tot significante verbetering van outcomeparameters blijft een relevante onderzoeksvraag voor toekomstig onderzoek.

Samenvattend toont deze CMO-analyse aan dat procesmatige opvolging bij T2DM weliswaar de noodzakelijke detectie- en besluitvormingsmechanismen activeert, maar dat verbeterde klinische uitkomsten enkel worden gerealiseerd wanneer deze mechanismen ondersteund worden door een sterke praktijkorganisatie, effectieve communicatie, adequate educatie en voldoende patiëntbetrokkenheid. Uitkomsten ontstaan niet louter uit het naleven van richtlijnen, maar uit de dynamische interactie tussen organisatorische context, professionele handelingen en het gedrag van de patiënt.

Vergelijking met literatuur:

Gezien de hoge prevalentie en de substantiële impact van T2DM op morbiditeit en zorggebruik, zijn wij niet de eerste MaNaMa-onderzoeksgroep die de opvolging van patiënten met deze chronische aandoening binnen de huisartsenpraktijk onderzoekt.

Deze eerdere onderzoeken focusten onder meer op de implementatie van gestructureerde werkprotocollen en het gebruik van het EMD als ondersteunend instrument voor systematische opvolging. In de masterproef “De implementatie van het zorgmodel ‘opvolging van een patiënt met diabetes type 2’ in de praktijk” werd een praktijkverbeterend project met implementatie van een gestructureerd opvolgplan geëvalueerd. (17) De toepassing ervan leidde tot een duidelijke stijging in de registratie van procesindicatoren. Bovendien resulteerde het in de ontwikkeling van een concreet praktijkplan voor diabetesopvolging. Gelijkaardige bevindingen werden gerapporteerd in de masterproef “Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen.”. (18) Hierin werd een verbetering vastgesteld in meerdere kwaliteitsindicatoren, waaronder HbA1c-controle, registratie van leefstijladvies, bloeddruk en gewicht, voetonderzoek, oftalmologische verwijzing en jaarlijkse urinecontrole. De bevindingen suggereren dat verhoogde aandacht voor gestructureerde opvolging op zich al een kwaliteitsverbeterend effect heeft. Specifieke elektronische opvolgfiches bleken echter minder duurzaam wegens de extra tijdsinvestering, waardoor softwaregerichte optimalisaties voor chronische zorg als een meer haalbare en blijvende oplossing worden voorgesteld.

Aangezien zelfzorg en patiëntbetrokkenheid in ons kwalitatieve onderzoek centraal staan, is het relevant om ook het perspectief van de patiënt te betrekken. Dit werd expliciet onderzocht in de masterproef "De behandeling van diabetes mellitus type 2 door de ogen van de patiënt". (19) Deze studie benadrukt de nood aan een gestandaardiseerd behandelplan, inclusief vragenlijsten, en het belang van patiënteneducatie en stimulatie van dieet en fysieke activiteit. Opvallend was dat ondanks deze inspanningen geen algemene verbetering in glycemiecontrole werd vastgesteld, wat bevestigt dat procesmatige en educatieve interventies niet automatisch leiden tot betere uitkomsten en dat gedragsverandering en motivatie complex en multifactorieel beïnvloed worden.

Gezamenlijk onderstrepen deze eerdere onderzoeken het belang van een sterke praktijkorganisatie, een multidisciplinaire aanpak, gebruiksvriendelijke digitale ondersteuning en aandacht voor patiëntgerichte zorg. Tegelijk tonen ze aan dat implementatie alleen niet volstaat. Gebruiksvriendelijkheid, teamdynamiek, responsabilisering van de patiënt en duurzaamheid op lange termijn bepalen in belangrijke mate het uiteindelijke effect op zorgkwaliteit.

De prevalentie van niet-insuline afhankelijke diabetes in België in 2024 volgens de Intego-database is 7,05%. (5) Als we dit vergelijken met de prevalentiecijfers van de deelnemende praktijken, namelijk 4,84% (CareConnect) en 4,76% (Daktari), zien we dat deze cijfers lager zijn. Mogelijke verklaringen zijn demografische verschillen (socio-economische status, landelijke regio), opvolgingen in het ziekenhuis en minder systematische screening. Onderregistratie kan het verschil niet verklaren aangezien in het kwantitatieve luik patiënten met T2DM correct werden opgespoord en gecodeerd in het EMD.

De cut-off waarden die gekozen zijn in het kwantitatieve deel van de studie zijn arbitrair, 7% HbA1c is voor de jongere populatie met T2DM niet streng genoeg, waar dit voor de oudere populatie echter dan weer te streng kan zijn. Volgens de recente American Diabetes Association (ADA) richtlijnen is een cut-off van 7% HbA1c aan te houden voor niet-zwangere patiënten zonder ernstige hypoglycemie. Ook kan overwogen worden om HbA1c bij goed gecontroleerde patiënten ook 6-maandelijks op te volgen. (20) De cut-off waarden voor LDL-cholesterol werden gekozen obv de risicostratificatie van Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Cut-off <100 mg/dL wordt aangehouden bij patiënten met T2DM zonder doorgemaakte hart- en vaatziekten. Cut-off <70 mg/dL wordt aangehouden bij patiënten die reeds een cardiovasculair event doormaakten. (21) De ADA hanteert strengere cut-off, waarbij LDL <70 mg/dL wordt aangehouden in primaire preventie bij patiënten met meer dan één cardiovasculaire risicofactor (oudere leeftijd, hypertensie, dyslipidemie, roken, chronische nierinsufficiëntie of obesitas) en <55 mg/dL in secundaire preventie. (22) De cut-off waarde voor systolische bloeddruk ≥140 mmHg is in retrospect eigenlijk niet correct gekozen, volgens de ADA richtlijnen zou deze cut-off waarde op 130 mmHg moeten liggen. Volgens diezelfde richtlijn zou de bloeddruk ook elke 6 maanden genomen moeten worden. (22) De jaarlijkse ACR bepaling is wel in lijn met de ADA richtlijn (23).

Limitaties:

Er kan op verschillende punten kritisch gereflecteerd worden op dit onderzoek. De outcomeparameters konden enkel worden geanalyseerd voor patiënten die dat jaar effectief op consultatie kwamen, waardoor patiënten met opvolging in de tweede lijn of patiënten die uit

zorg verdwenen niet werden geïncludeerd. Dit introduceert selectiebias en kan ertoe leiden dat extreme waarden niet in de dataset zijn opgenomen. Daarnaast is er sprake van informatiebias, omdat de resultaten van de statistiek ook afhankelijk zijn van een correcte registratie in het EMD. Parameters die foutief werden geregistreerd, werden niet meegenomen in de analyse.

De twee praktijken die onderzocht werden, gebruiken beide andere softwarepakketten als EMD. Dit maakt dat we beide systemen kunnen vergelijken maar zorgde voor limitaties in het onderzoek. De data-extractie kon niet met dezelfde query's verlopen wat mogelijk voor discrepaties kan zorgen bij de bevonden data. Ook is er een verschil in registratie en codering van de zorgelementen.

Er is een duidelijke overlap tussen de diabetesbarometer en de data die uit de kwantitatieve analyse van deze studie naar voren komen. Echter is de parameter gewicht niet als dusdanig in de barometer opgenomen, daar wordt gebruikgemaakt van de parameters Body Mass Index (BMI) en buikomtrek. (24) Er werd in deze studie gekozen om gebruik te maken van gewicht als procesparameter omdat de parameters lengte en buikomtrek slecht genoteerd wordt in het EMD.

Zoals beschreven in de methodiek werd voor het kwalitatieve luik gebruikgemaakt van de COREQ-richtlijn (12). Enkele beperkingen dienen echter te worden benoemd. Als HAIO maakten wij deel uit van de onderzochte werkomgeving, wat ons toeliet praktijkrelevante vragen te formuleren, maar ook het risico inhield dat structurele knelpunten genormaliseerd werden. Daarnaast kon het rolconflict tussen onderzoeker en collega in de weg staan van kritisch evalueren en leiden tot sociaal wenselijke antwoorden en mildere interpretaties. Om interpretatiebias te beperken, werd gewerkt met systematische codering en intersubjectieve afstemming. Verder werd datasaturatie niet objectief vastgesteld aan de hand van vooraf bepaalde criteria, maar via een reflexief proces op basis van teamoverleg en afname van nieuwe thema's in latere interviews. Dit brengt een zekere subjectiviteit met zich mee. Toekomstig onderzoek kan baat hebben bij vooraf vastgelegde stopcriteria om datasaturatie systematischer te beoordelen.

Implicaties van het onderzoek:

Dit onderzoek benadrukt de noodzaak voor een gestructureerde en duurzame manier om de patiënten op te volgen, zoals het implementeren van een overzichtelijk opvolgschema binnen het EMD. Tijdens de interviews werd herhaaldelijk aangehaald dat een duidelijk overzicht vaak ontbreekt, waardoor zorgverleners bepaalde parameters niet tijdig bepalen, noodzakelijke doorverwijzingen vergeten of relevante aspecten, zoals het rijbewijs, onvoldoende bespreken. Dit wijst op een potentieel verbeterpunt binnen de huidige medische software, waarbij ondersteunende en gestructureerde hulpmiddelen zorgverleners zouden kunnen helpen om de opvolging van patiënten met T2DM vollediger en efficiënter te organiseren. (25)

In de praktijk werd regelmatig afgeweken van de richtlijnen voor bloedonderzoek. De frequentie van controle werd aangepast op basis van klinische inschatting, vooral bij goed gereguleerde patiënten. Driemaandelijkse opvolging van HbA1c bleek vaak moeilijk haalbaar door tijdsdruk en beperkte bereidheid van patiënten. Bij stabiel gereguleerde patiënten kozen sommige artsen daarom voor halfjaarlijkse controle, wat deels overeenstemt met de ADA-richtlijnen. (20) Daarnaast werd er een meningsverschil opgemerkt met betrekking tot de gehanteerde cut-off

waarden. Binnen een CMO-perspectief toont dit hoe klinische autonomie en praktische haalbaarheid het mechanisme van richtlijnconforme opvolging beïnvloeden, met mogelijke implicaties voor de uitkomstparameters, zeker gezien het verhoogde cardiovasculaire risico bij patiënten met T2DM. (22)

Wat een mogelijke oplossing zou kunnen bieden is vingerprik HbA1c testen. Point-of-care HbA1c-testen maken onmiddellijke resultaten tijdens consulten mogelijk, waardoor minder test kansen worden gemist (26). Gerandomiseerde studies en systematische reviews tonen aan dat vingerprik-HbA1c-tests op de plaats van zorg niet consistent leiden tot een significante daling van HbA1c in vergelijking met standaard laboratoriumtests, maar ze kunnen wel bijdragen tot een duurzame opvolging. (27)

Vervolgonderzoek:

Een mogelijke piste voor verder onderzoek betreft een leeftijdsgebonden analyse van de procesparameters. Het zou relevant zijn om na te gaan of de mate van opvolging verschilt onder leeftijdsgroepen en we hier in de toekomst op kunnen anticiperen.

Daarnaast is het aangewezen om de relatie tussen proces- en outcomeparameters nader te analyseren. Concreet kan worden nagegaan of een stiptere naleving van procesindicatoren geassocieerd is met betere klinische uitkomsten zonder andere zaken te veranderen aan de normale gang van zaken binnen een praktijk. In de toekomst zou het aangewezen zijn om de gehanteerde query's van deze studie in beide praktijken opnieuw uit te voeren om het effect van dit onderzoek op de proces- en outcomeparameters te evalueren en duurzaamheid te onderzoeken.

Conclusie

Dit kwaliteitsevaluerend onderzoek toont dat de opvolging van patiënten met T2DM in de onderzochte praktijken niet consequent volgens de richtlijnen verloopt, vooral wat betreft enkele kernparameters. Hoewel een betere opvolging van deze procesparameters theoretisch kan bijdragen tot betere klinische uitkomsten, blijkt uit de interviews dat dit verband beïnvloed wordt door een complex samenspel van patiëntgebonden, zorggerelateerde en organisatorische factoren.

De geïntegreerde mixed-method analyse benadrukt het belang van een goede praktijkorganisatie, multidisciplinaire samenwerking, duidelijke communicatie en diabeteseducatie om een proactieve en systematische opvolging mogelijk te maken. Tegelijk kunnen patiëntgebonden barrières zoals beperkte motivatie of therapietrouw de effectiviteit van de zorg beperken.

Deze bevindingen wijzen op het belang van heldere taakafspraken en digitale ondersteuning via het EMD. Of een betere opvolging ook effectief leidt tot betere klinische uitkomsten, blijft een open vraag voor verder onderzoek.

Bronnen

1. Himanshu D, Ali W, Wamique M. Type 2 diabetes mellitus: pathogenesis and genetic diagnosis. *J Diabetes Metab Disord.* 22 september 2022 [geraadpleegd op 19 juni 2024];19(2):1959–1966.

2. Galicia-Garcia U, Benito-Vicente A, Jebari S, Larrea-Sebal A, Siddiqi H, Uribe KB, Ostolaza H, Martín C. Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *Int J Mol Sci.* 30 augustus 2020 [geraadpleegd op 19 juni 2024];21(17):6275.

3. DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, Hu FB, Kahn CR, Raz I, Shulman GI, Simonson DC, Testa MA, Weiss R. Type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primers.* 23 juli 2015 [geraadpleegd op 19 juni 2024];1:15019.

4. Goyal R, Singhal M, Jialal I. Type 2 diabetes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; januari 2024 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/

5. *Niet-insuline afhankelijke diabetes* [Internet]. Intego; 2024 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://www.intego.be/resultaten/tool

6. Sciensano. Diabetes [Internet]. Brussel: Sciensano; 12 juni 2023 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes

7. Domus Medica. Diabetes mellitus type 2 [Internet]. Antwerpen: Domus Medica; oktober 2015 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Steekkaart%20Diabetes.pdf

8. *Diabetes type 2 patiëntenrichtlijnen* [Internet]. Gezondheidenwetenschap.be; 11 februari 2020 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/diabetes-type-2

9. *Diabeteszorg* [Internet]. IMA-aim.be; 4 december 2017 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://atlas.ima-aim.be/jive?workspace_guid=9fea6e51-7d68-43ce-9293-9b7f681a4d9b&

10. RIZIV. *Opstarttraject diabetes vanaf 1 januari 2024: Wat verandert er voor zorgverleners* [Internet]. RIZIV.fgov.be; 21 december 2023 [geraadpleegd op 19 juni 2024]. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/opstarttraject-diabetes-vanaf-1-januari-2024-wat-verandert-er-voor-zorgverleners

11. Tovin MM, Wormley ME. Systematic development of standards for mixed methods reporting in rehabilitation health sciences research. *Phys Ther.* 2023 [geraadpleegd op 3 februari 2026];103(11):pzad084. Beschikbaar via: https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/systematic-development-of-standards-for-mixed-methods-reporting-in-rehabilitation-health-sciences-research/

12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* december 2007 [geraadpleegd op 10 februari 2026];19(6):349–357 . Beschikbaar via: https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/19/6/349/1791966?redirectedFrom=fulltext&login=false

13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006 [geraadpleegd op 9 november 2025];3(2):77–101.

14. Graue M, Igland J, Haugstvedt A, Hernar I, Birkeland KI, Zoffmann V, Richards DA, Kolltveit BH. Evaluation of an interprofessional follow-up intervention among people with type 2 diabetes in primary care: A randomized controlled trial with embedded qualitative interviews. *PLoS One.* 15 november 2023 [geraadpleegd op 25 januari 2026];18(11):e0291255.

15. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 1 januari 2026 [geraadpleegd op 24 januari 2026] ;49(Supplement_1):S13-S26.

16. Simmons D, Lillis S, Swan J, Haar J. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. *Diabetes Care.* maart 2007 [geraadpleegd op 25 januari 2026];30(3):490–495.

17. Achten L. De implementatie van het zorgmodel 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2' in de praktijk [masterproef]. Gent: Universiteit Gent; 2018 [geraadpleegd op 25 januari 2026]. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

18. Sunaert A. Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen [masterproef]. Gent: Universiteit Gent; 2013 [geraadpleegd op 25 januari 2026]. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

19. Verhoeven M. De behandeling van diabetes mellitus type 2 door de ogen van de patiënt [masterproef]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2018 [geraadpleegd op 25 januari 2026]. Beschikbaar via https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

20. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026 [geraadpleegd op 30 december 2025];49(Suppl 1):S132–S149.

21. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement [Internet]. Utrecht: NHG; september 2024 [geraadpleegd op 30 december 2025]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement#samenvatting-richtlijnen-beleid

22. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* januari 2026 [geraadpleegd op 30 december 2025];49(Suppl 1):S216–S245.

23. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 1 januari 2026 [geraadpleegd op 30 december 2025];49(Suppl 1):S246–S260.

24. Domus Medica. Diabetesbarometer [Internet]. Domusmedica.be; juni 2024 [geraadpleegd op 30 december 2025]. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/diabetesbarometer

25. Jakobsen PR, Christensen JR, Nielsen JB, Søndergaard J, Ejg Jarbøl D, Olsen MH, Nielsen JS, Kristensen JK, Brandt CJ. Identification of important factors affecting use of digital individualised coaching and treatment of type 2 diabetes in general practice: A qualitative feasibility study. *Int J Environ Res Public Health.* 8 april 2021 [geraadpleegd op 25 januari 2026];18(8):3924.

26. Crocker JB, Lynch SH, Guarino AJ, Lewandrowski K. The impact of point-of-care hemoglobin A1c testing on population health-based onsite testing adherence: A primary-care quality improvement study. *J Diabetes Sci Technol.* mei 2021 [geraadpleegd op 25 januari 2026];15(3):561–567.

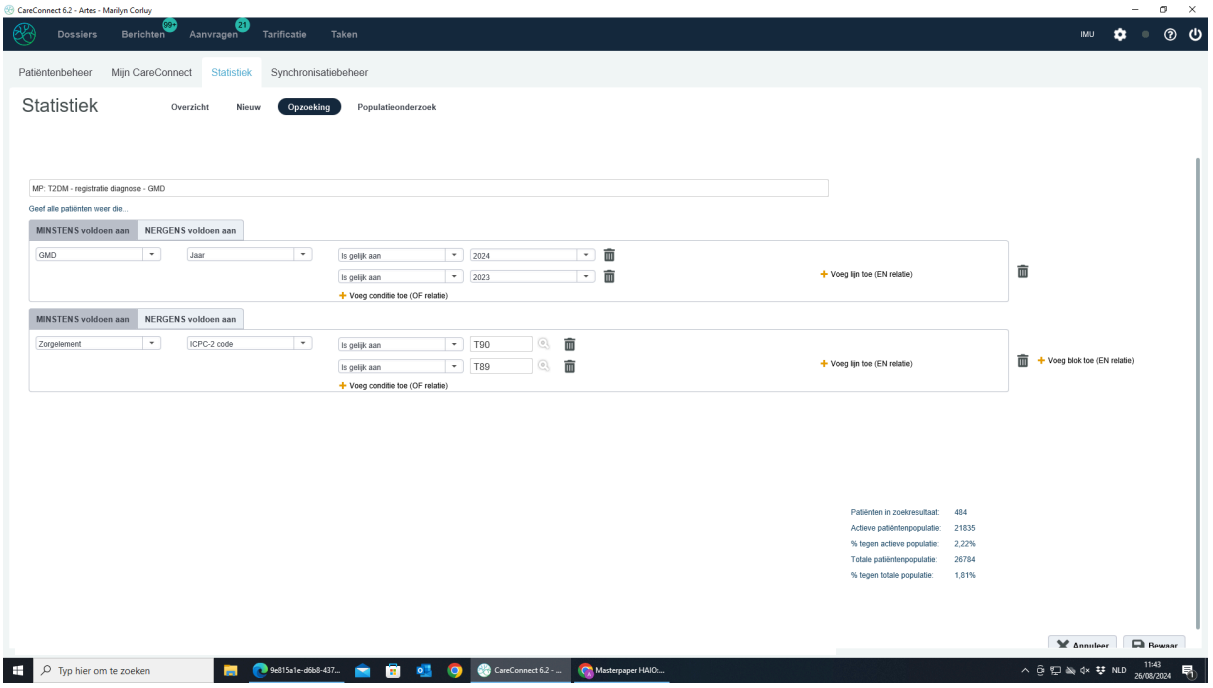
27. Al-Ansary L, Farmer A, Hirst J, Roberts N, Glasziou P, Perera R, Price CP. Point-of-care testing for Hb A1c in the management of diabetes: a systematic review and meta-analyse. *Clin Chem.* april 2011 [geraadpleegd op 25 januari 2026];57(4):568–576.

Bijlagen

Bijlage 1: query's CareConnect
Bijlage 2: query's Daktari
Bijlage 3: overzicht quotes uit de interviews
Bijlage 4: spindiagram van subthema's
Bijlage 5: structuur van het semi-gestructureerde interview
Bijlage 6: MMR-RHS checklist
Bijlage 7: COREQ checklist
Bijlage 8: Lijst afkortingen
Bijlage 9: Informed Consent Formulier

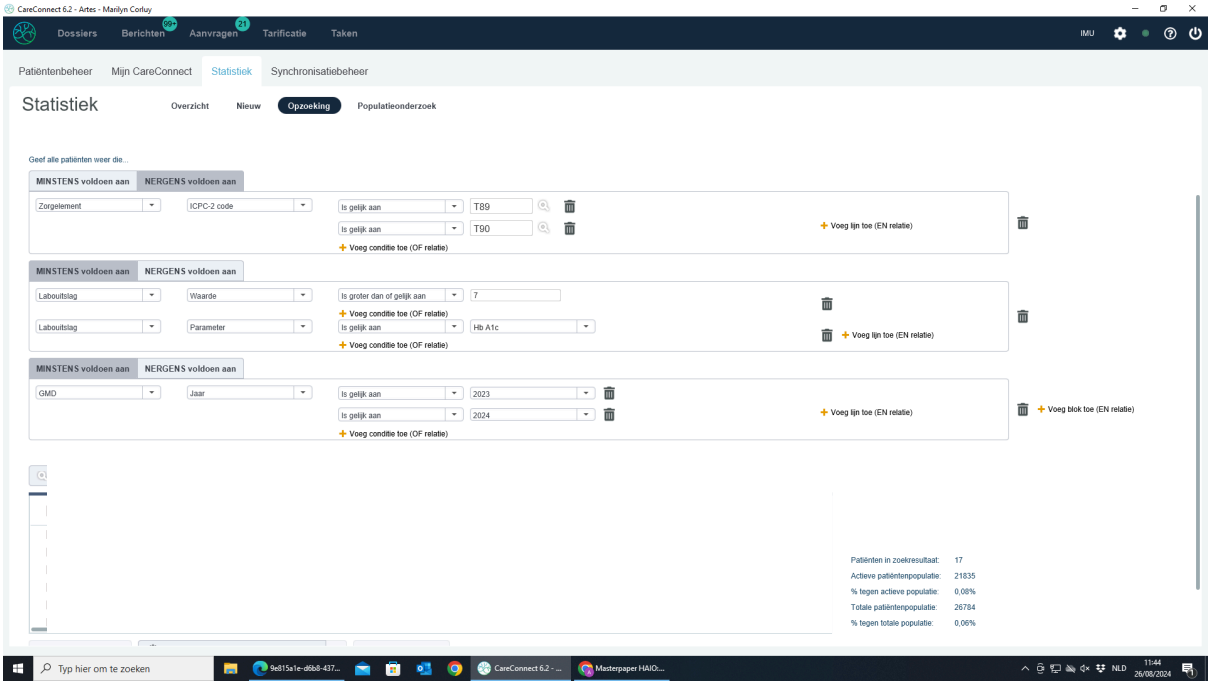
BIJLAGE 1: Geanonimiseerde methodiek CareConnect (query's):

T2DM - registratie diagnose met zorgelement T89 en T90 - GMD: 484

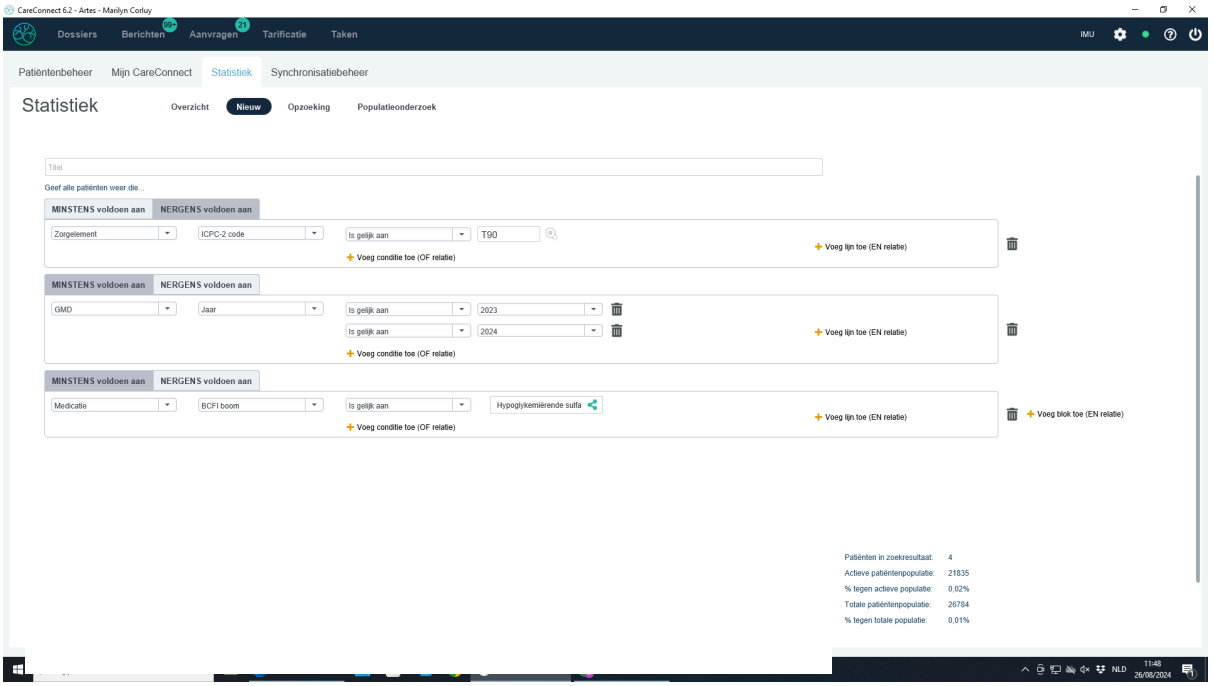


Verdere inclusie van T2DM:

- **HbA1c >= 7** , exclusief zorgelementen: 17 waarvan 17 geïncludeerd

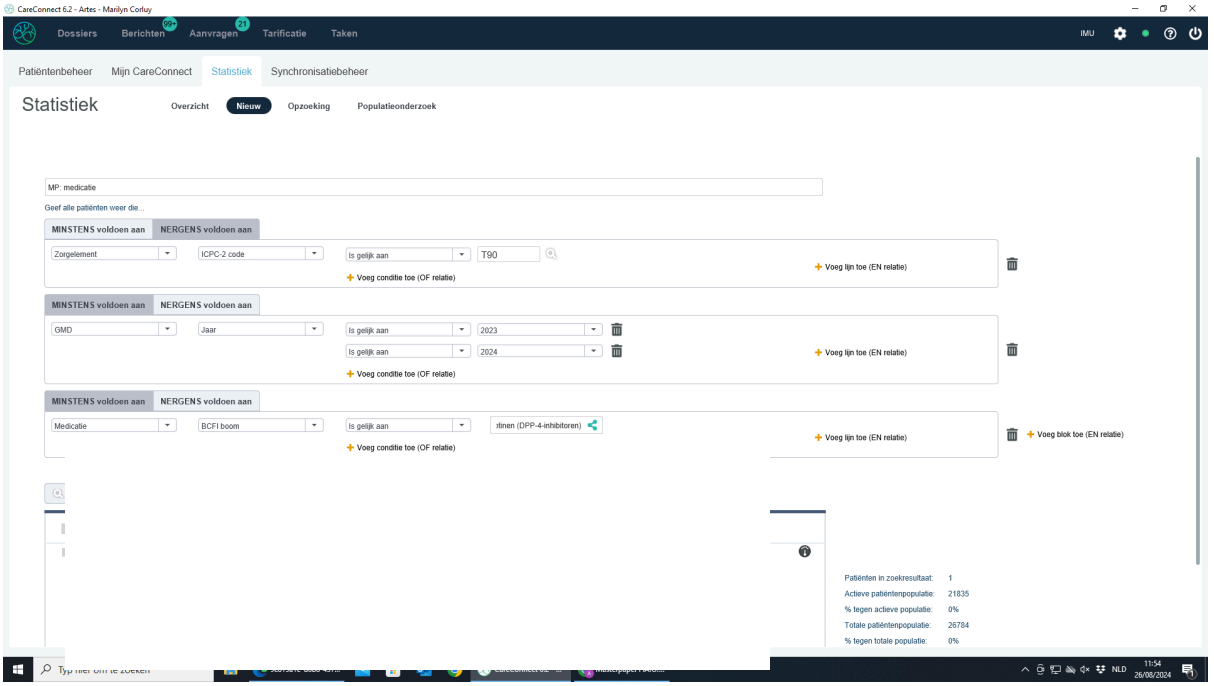


- Medicatie (zonder toegekend zorgelement):
  → **hypoglycemiërende sulfamiden** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 4 waarvan 2 geïncludeerd

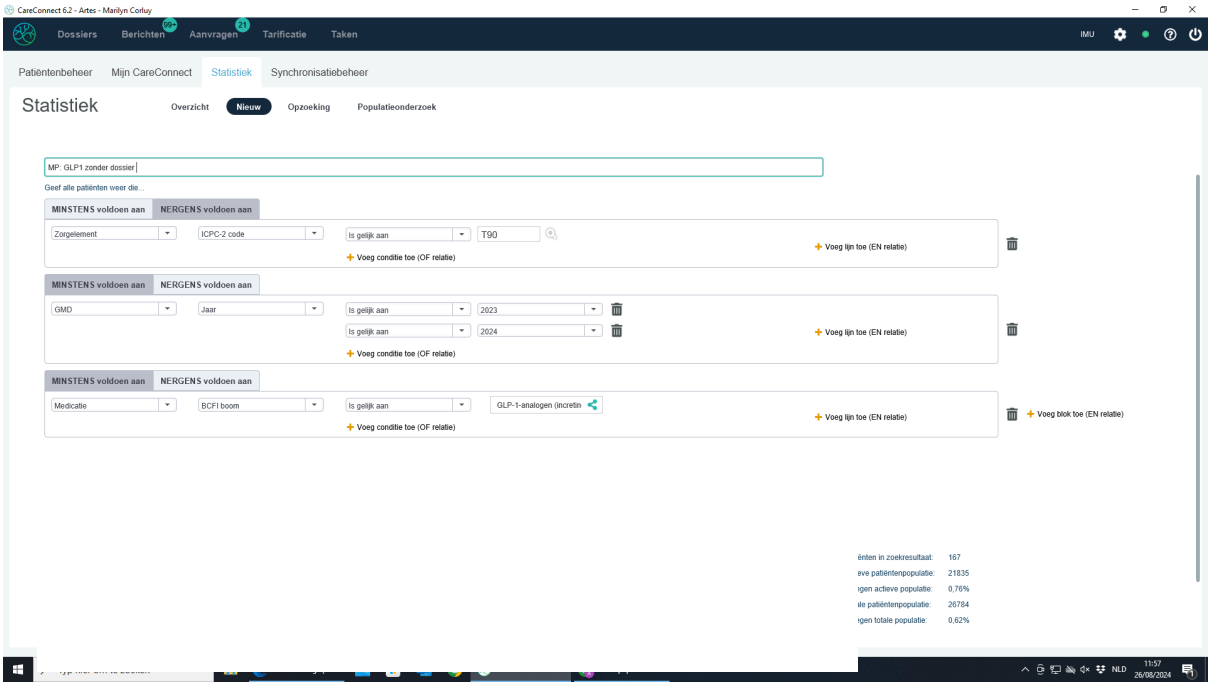


-

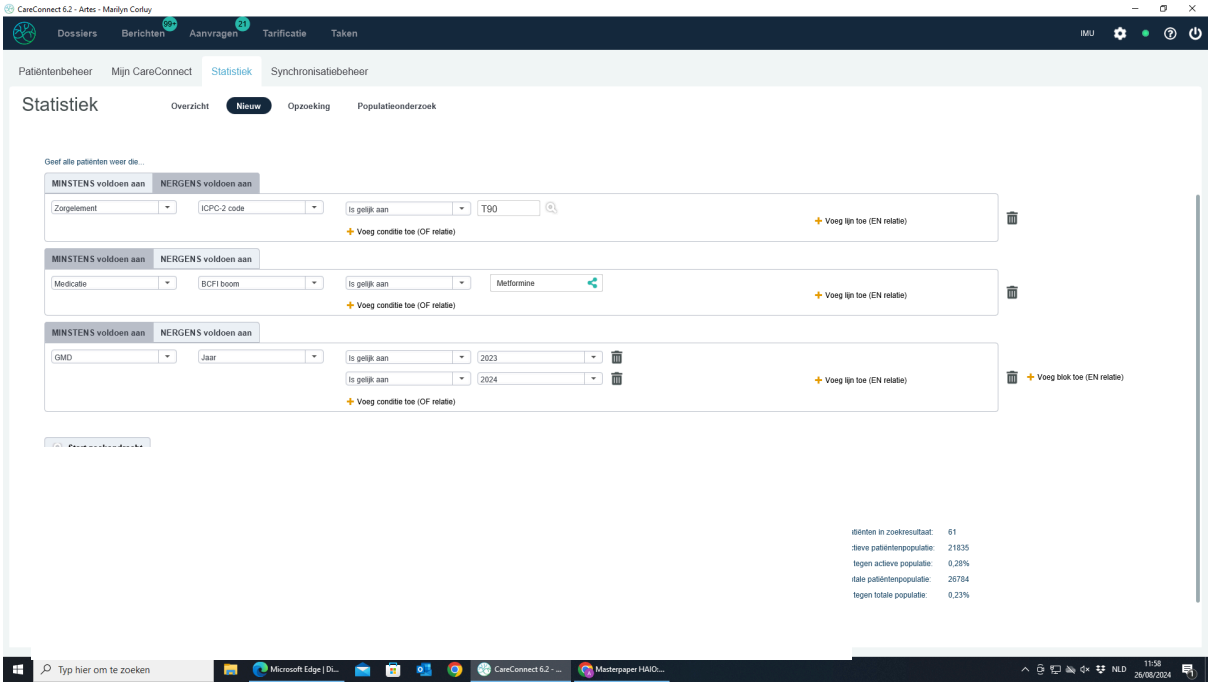
→ **DPP4** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 1 waarvan 1 geïncludeerd



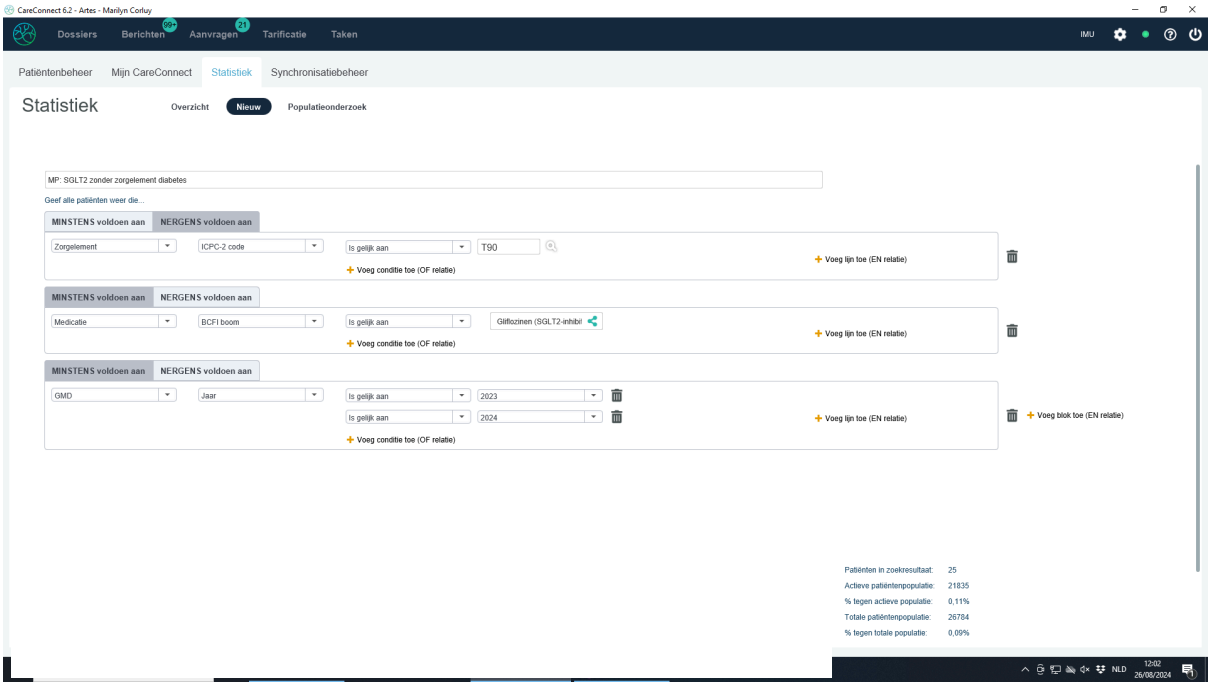
→ **GLP1** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 167 waarvan 3 geïncludeerd



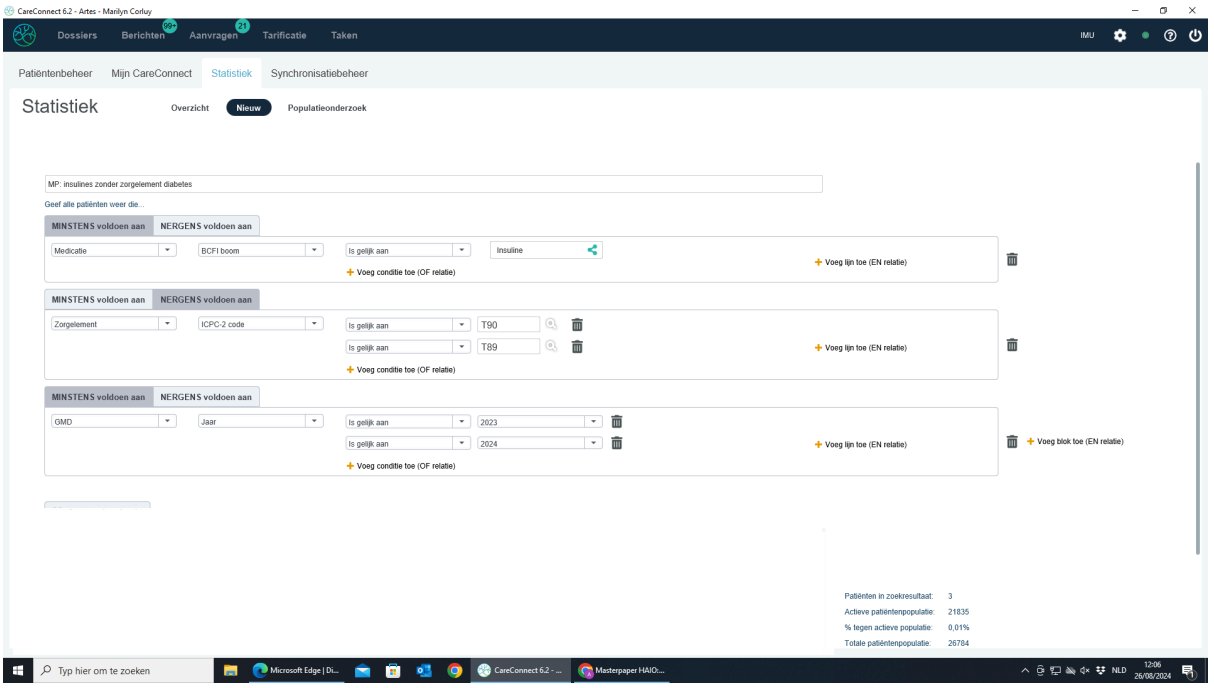
→ **Metformine** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 61 waarvan 9 geïncludeerd



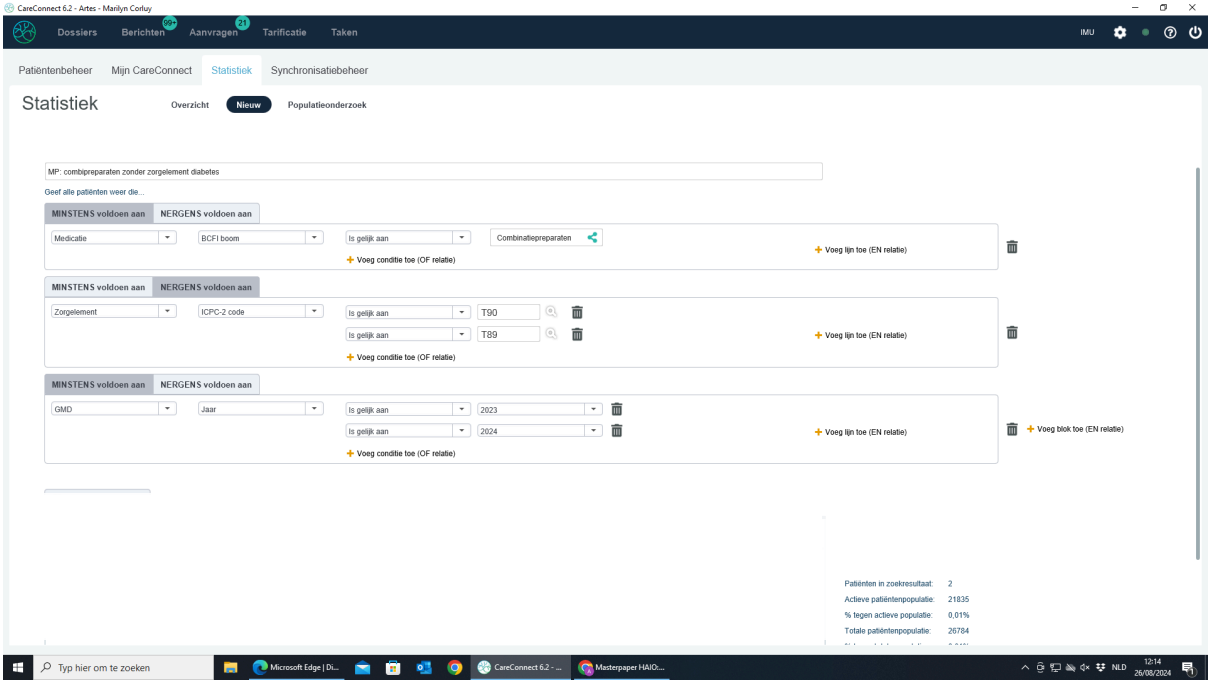
→ **SGLT2 (gliflozzine)** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 25 waarvan 1 geïncludeerd



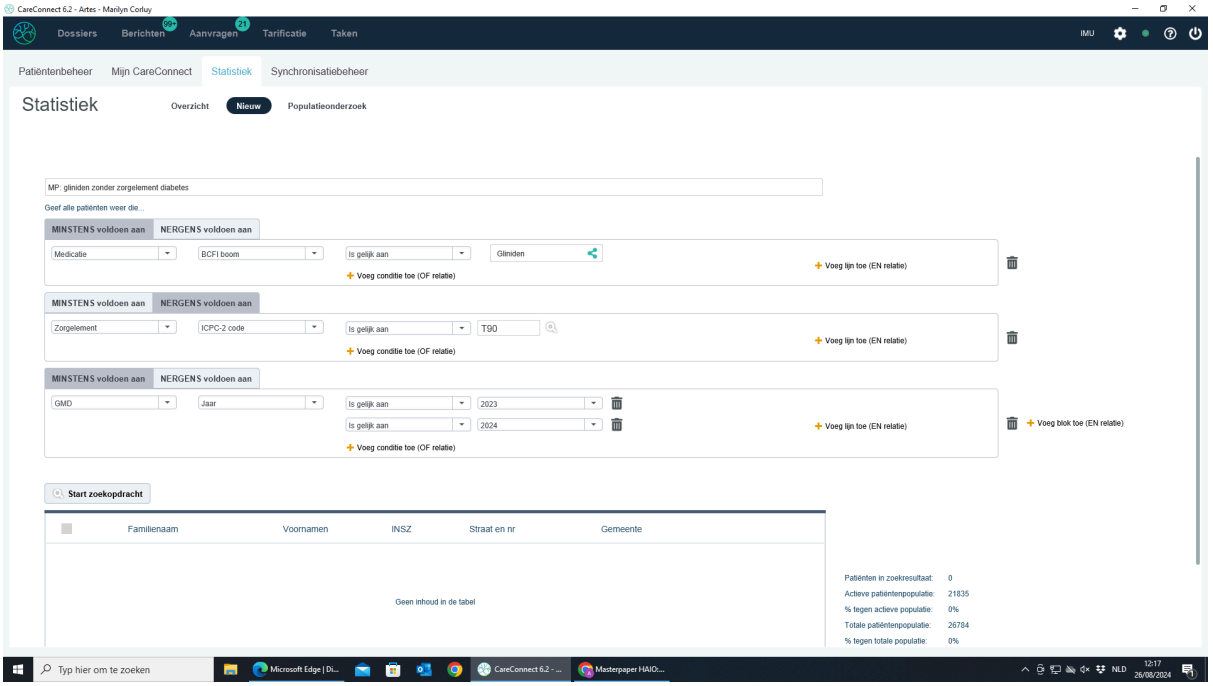
→ **Insulines** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 3 waarvan 1 geïncludeerd



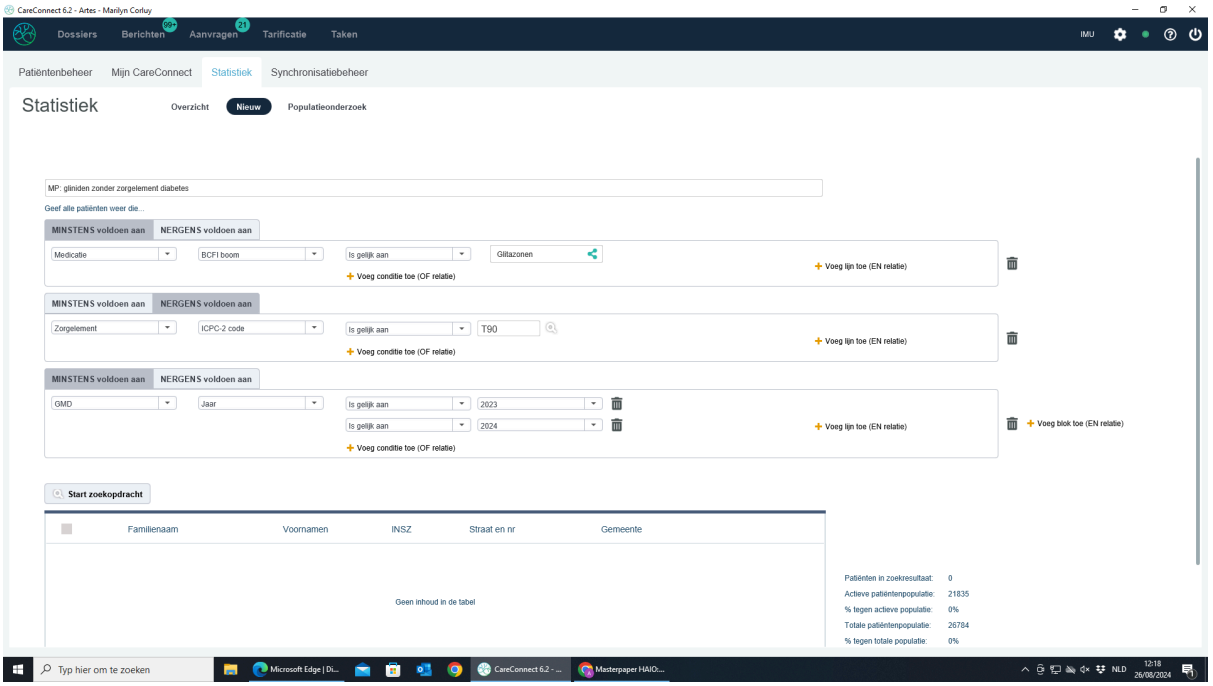
→ **combinatiepreparaten** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 2 waarvan geen geïncludeerd



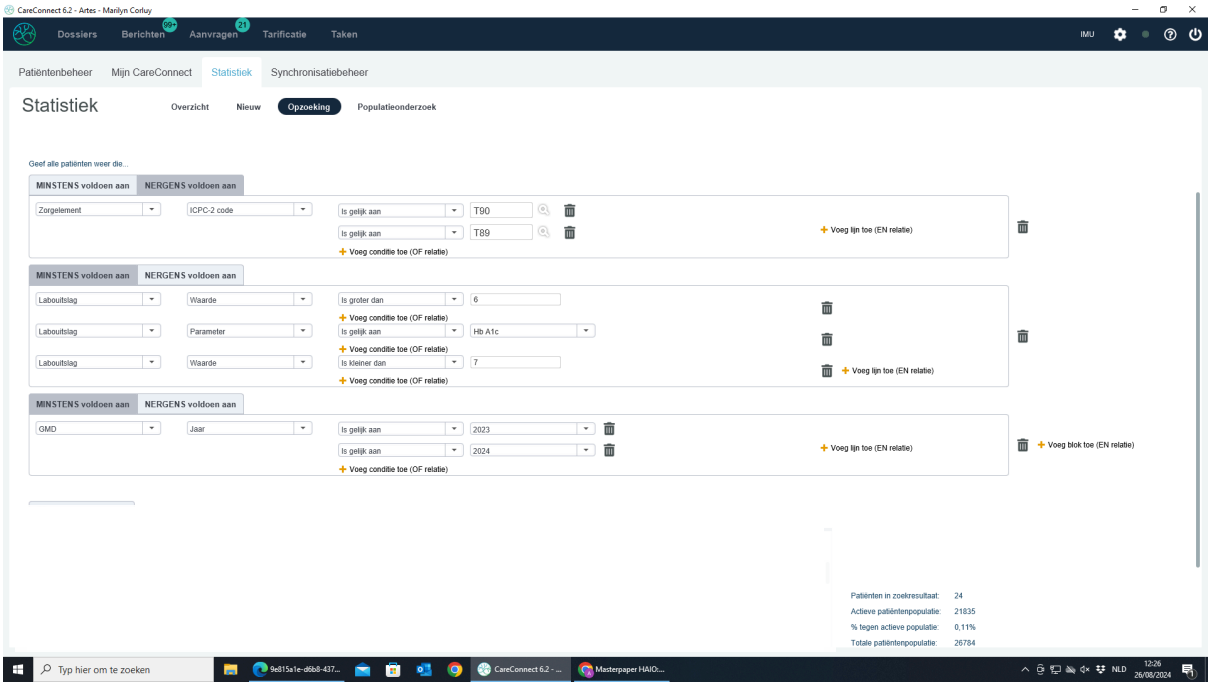
→ **gliniden** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 0



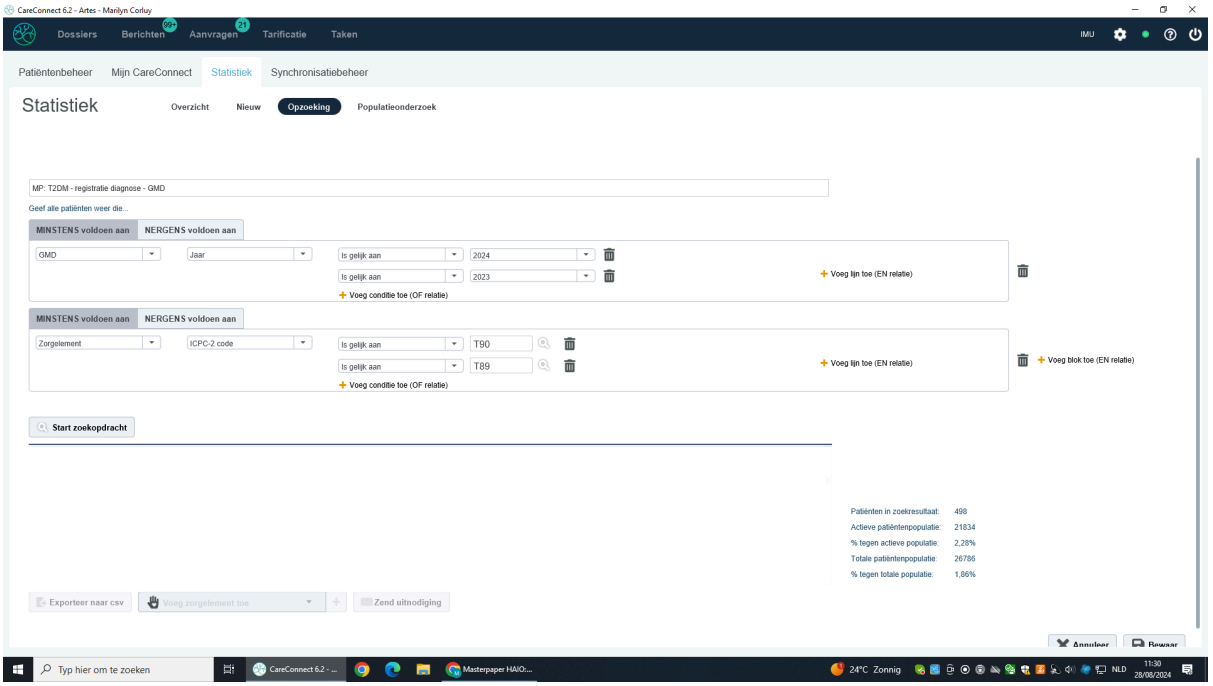
→ **glitazonen** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 0



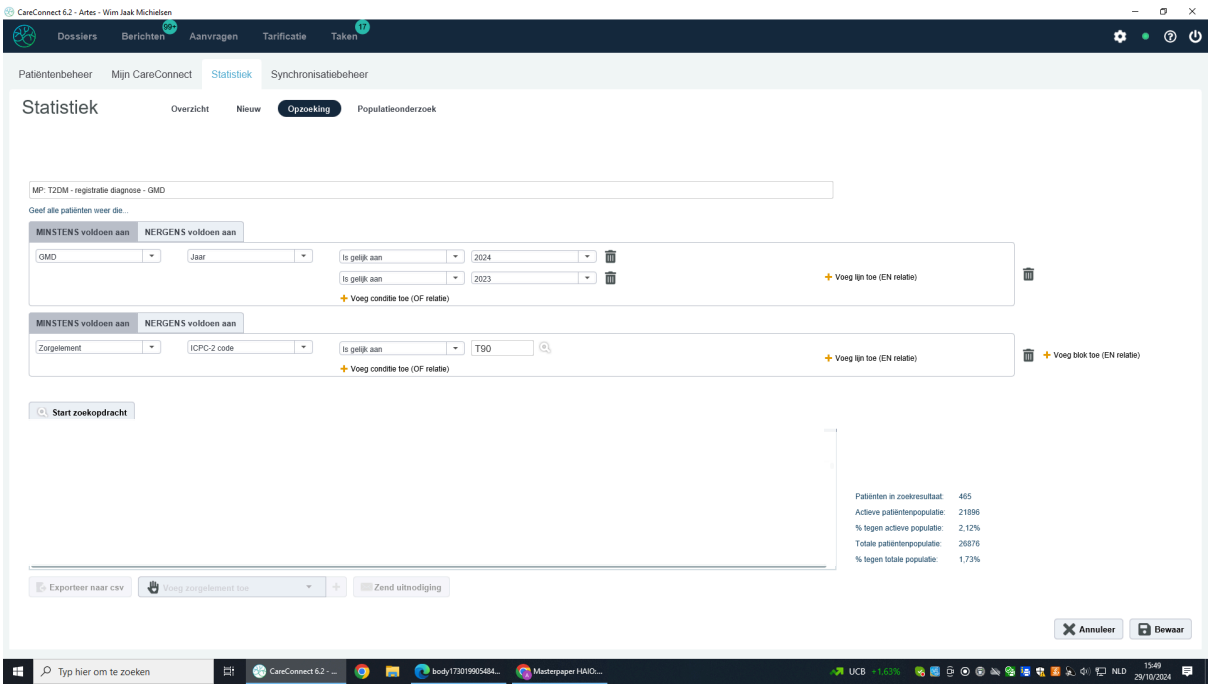
- **HbA1c > 6 en < 7** handmatig toevoegen diagnose T2DM: 24 waarvan 0 geïncludeerd



Uiteindelijk na handmatige inclusie T90 en T89: 498

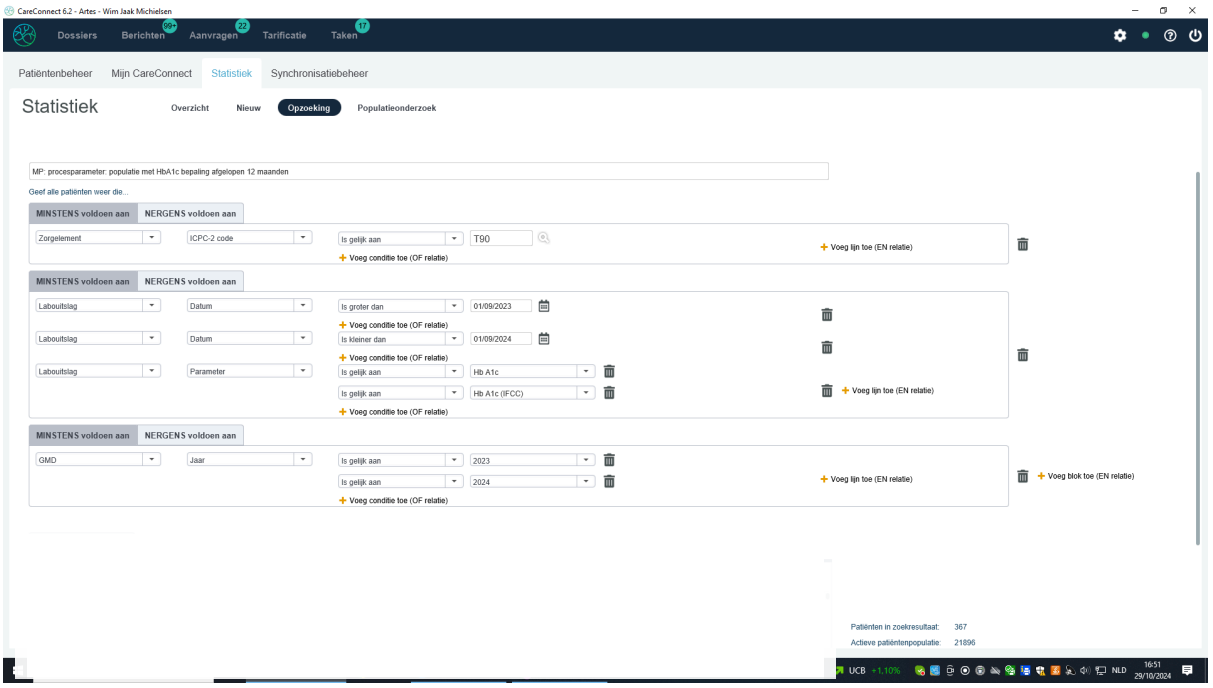


=> geincludeerde pt (enkel type 2: T90) (zonder type 1: T89)= **uiteindelijke doelgroep** = 465

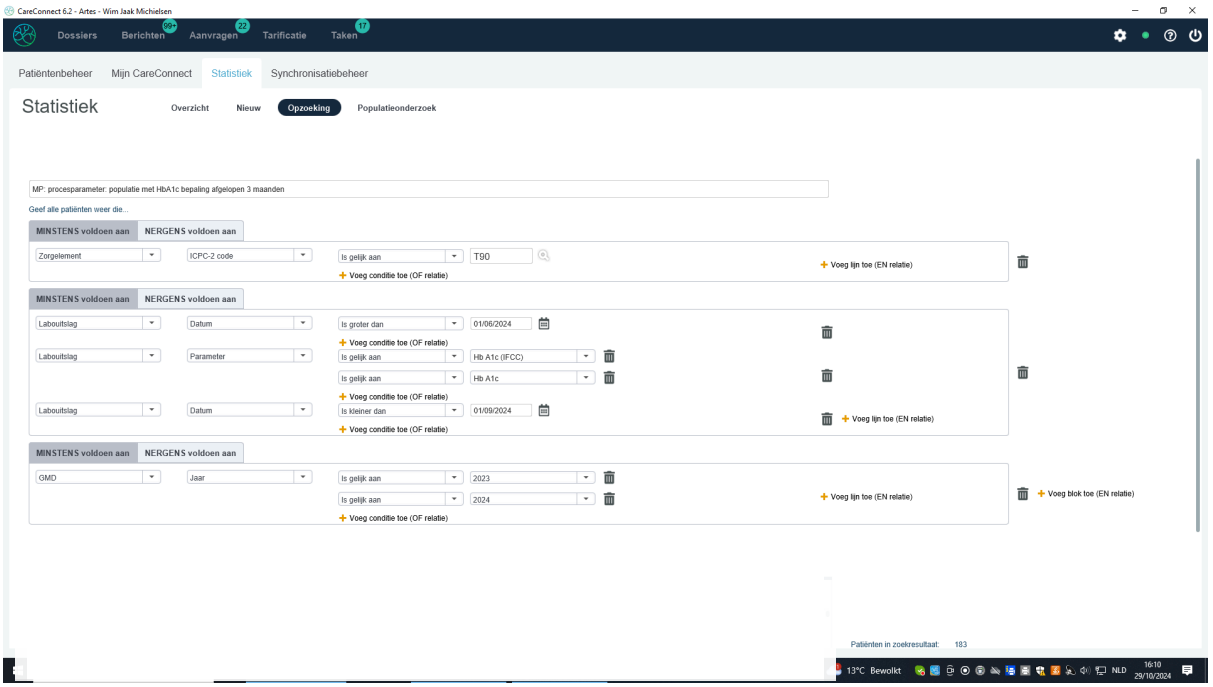


<u>Screenshots queries Procesparameters</u>

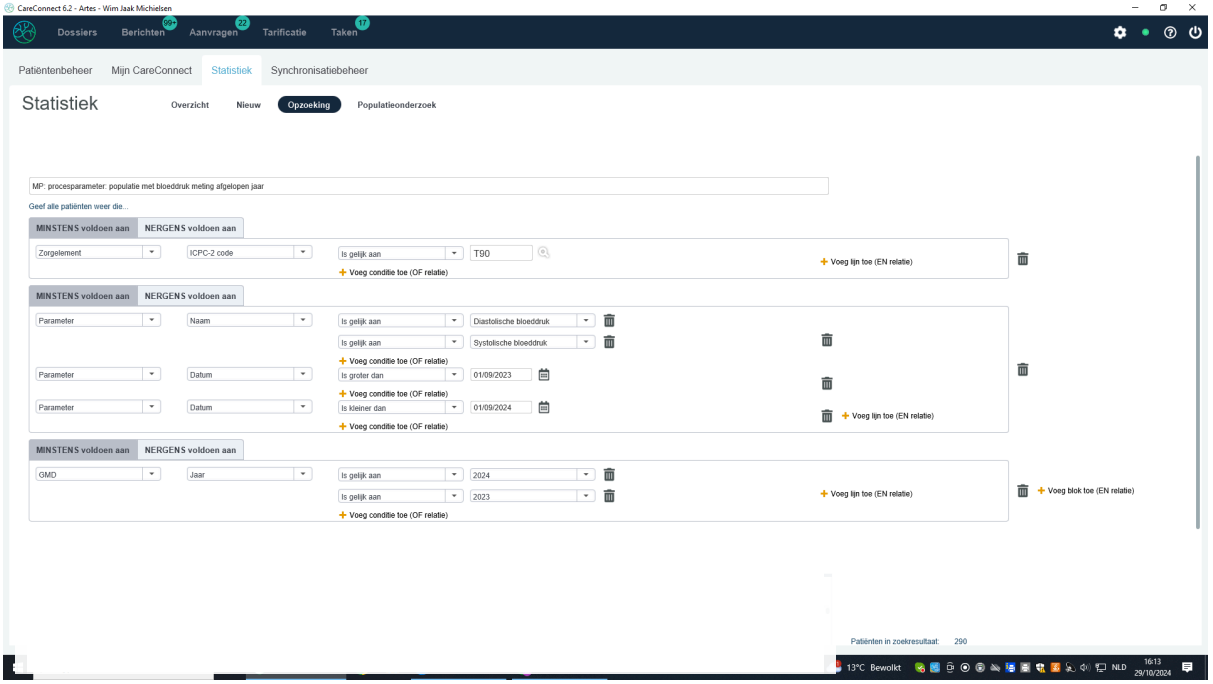
HbA1c 01/09/2023-01/09/2024 (afgelopen jaar) (367)



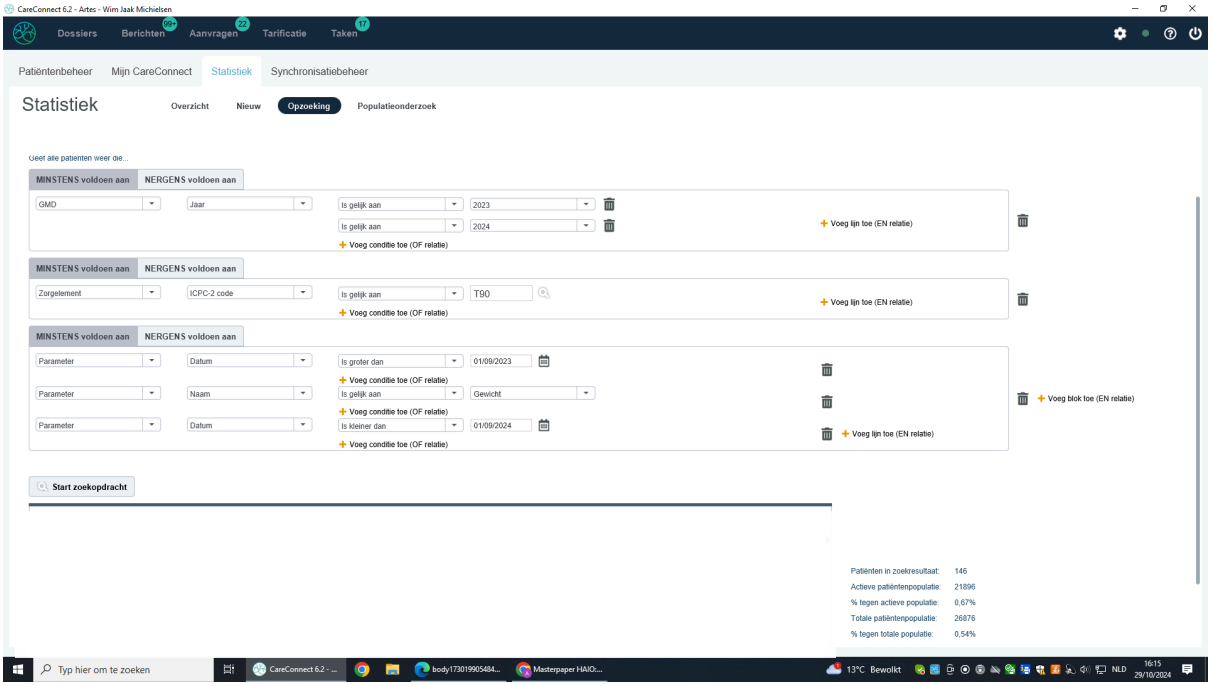
HbA1c 01/06/2024-01/09/2024 (afgelopen 3m) (183)



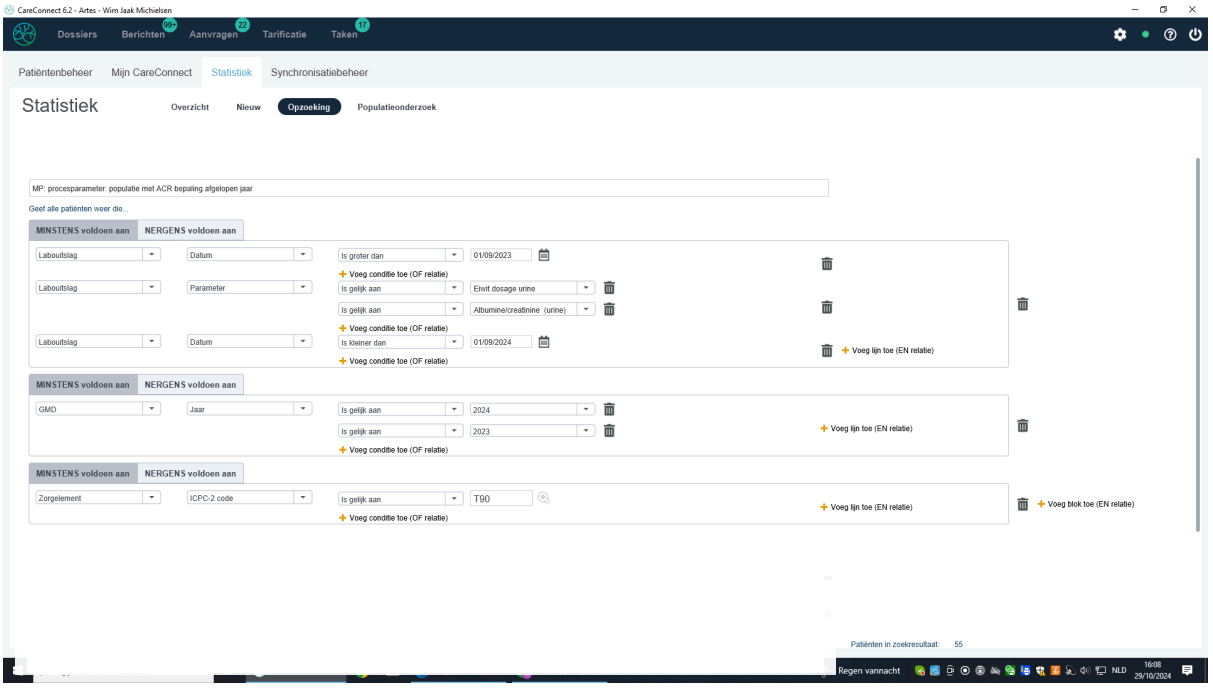
BD 01/09/2023 - 01/09/2024 (290)



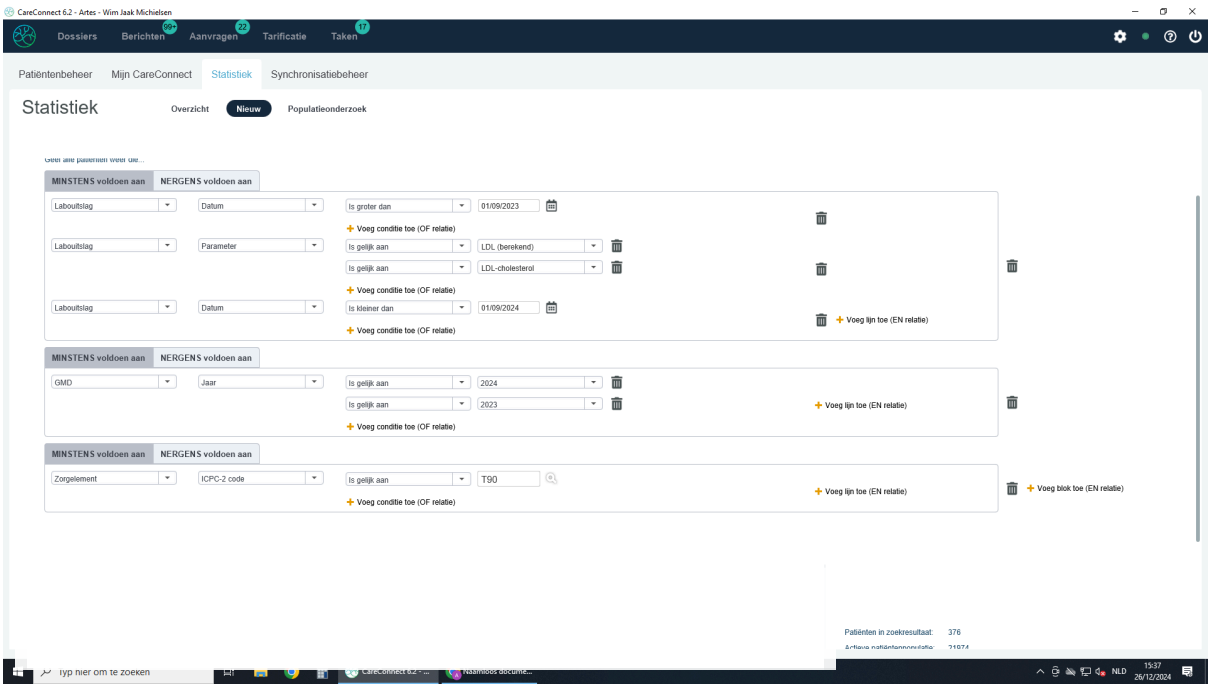
Gewicht 01/09/2023-01/09/2024 (146)



ACR 01/09/2023-01/09/2024 (55)

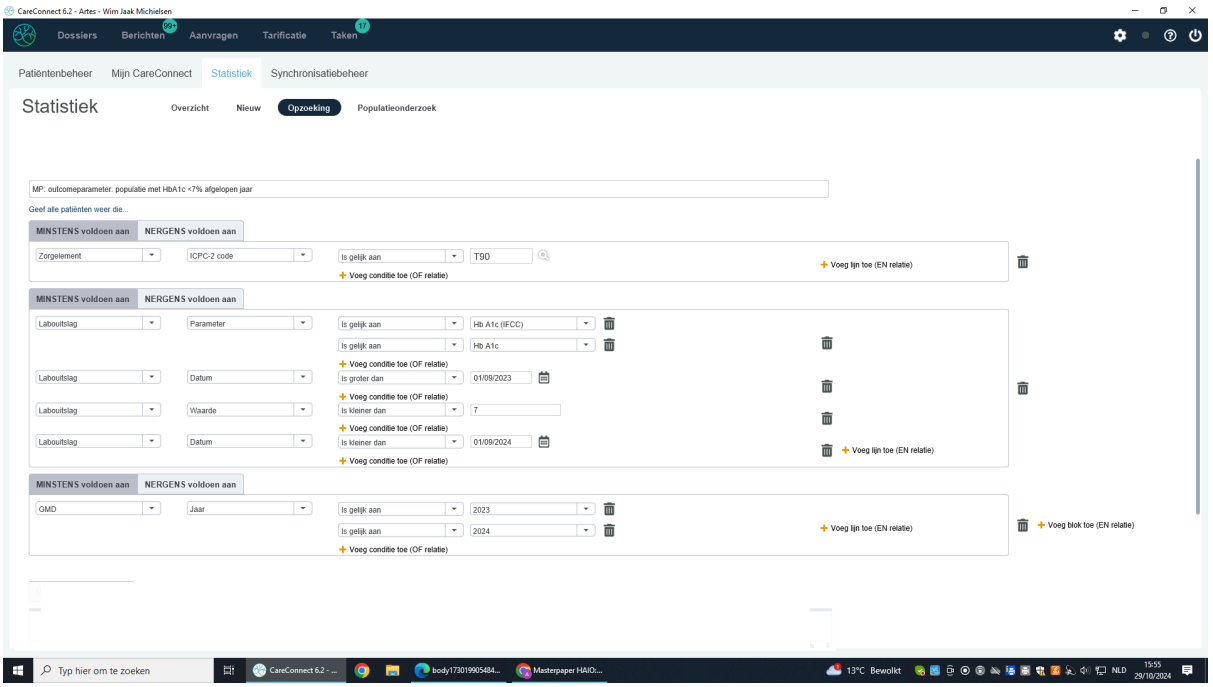


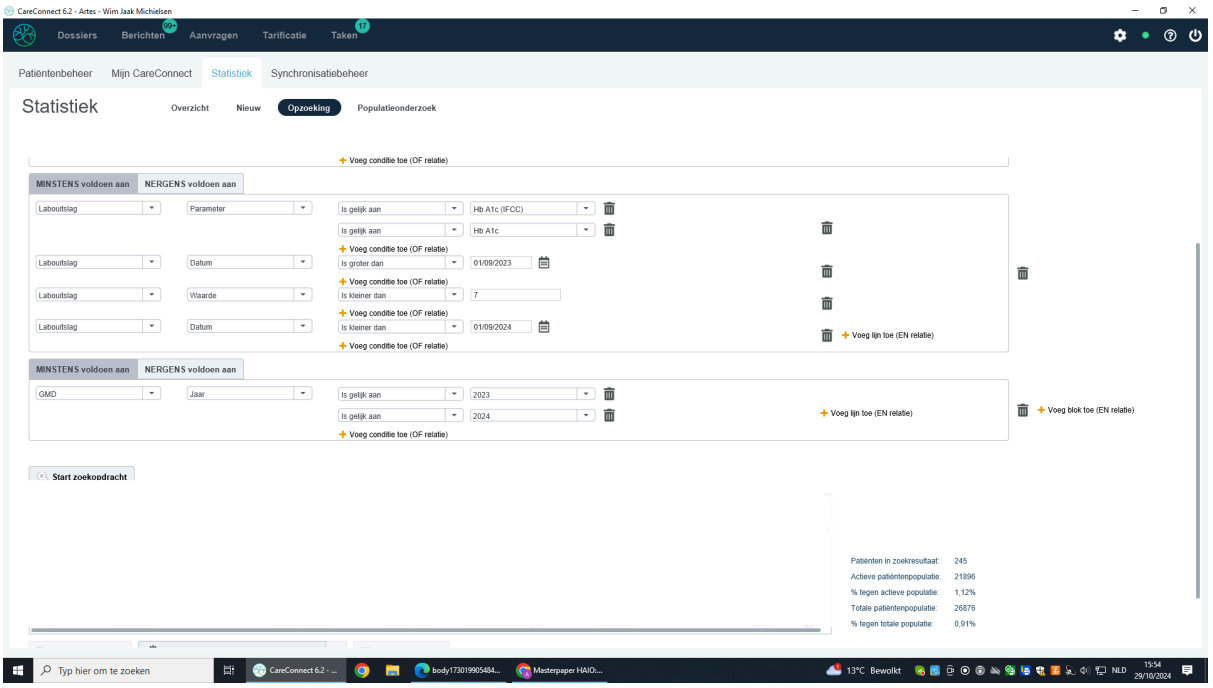
LDL 01/09/2023-01/09/2024 (376)



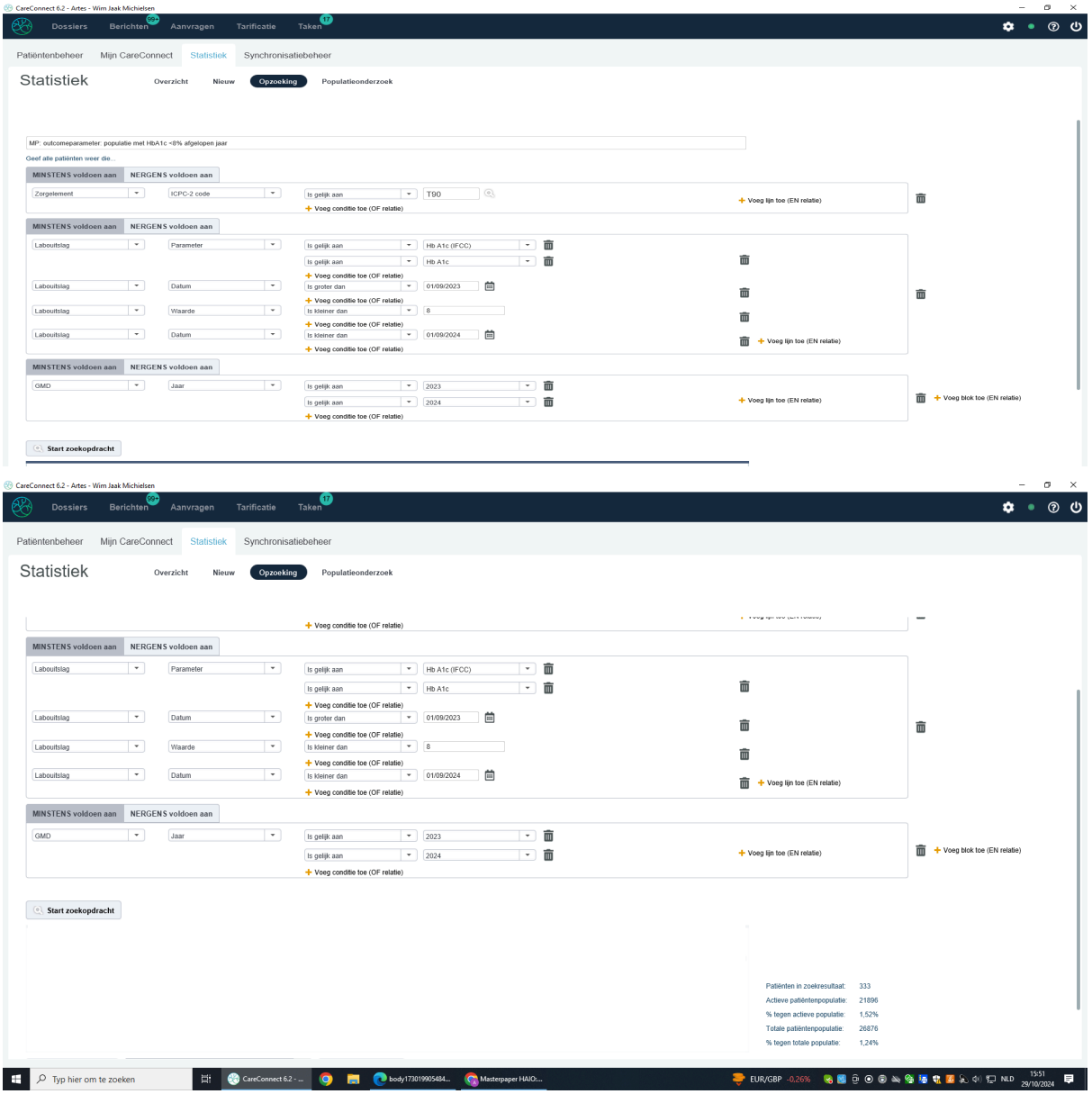
Screenshots van de queries Outcome parameters

hbA1c <7% (245)

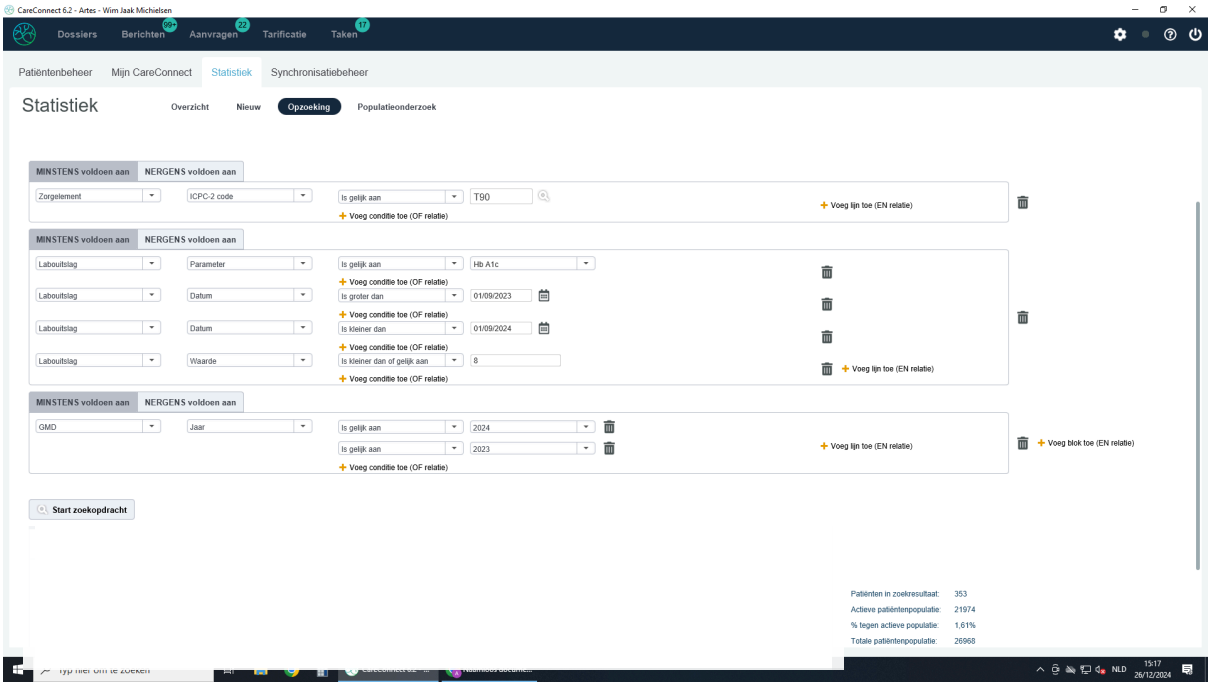




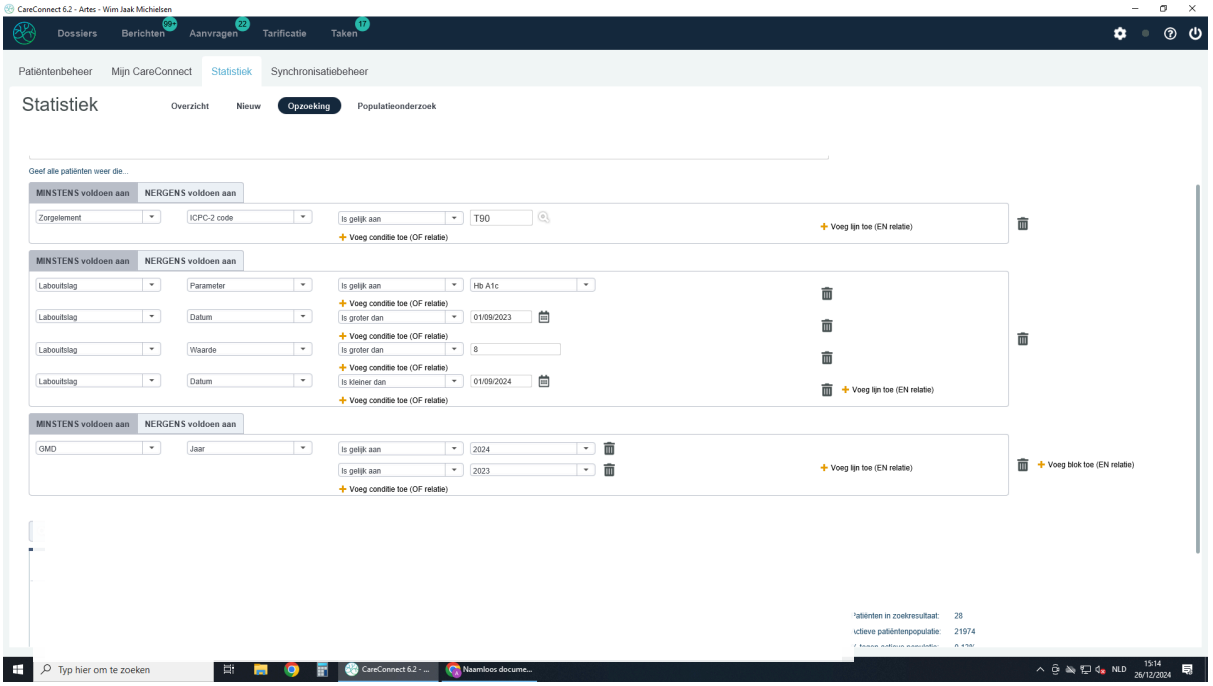
hbA1c <8% (333)



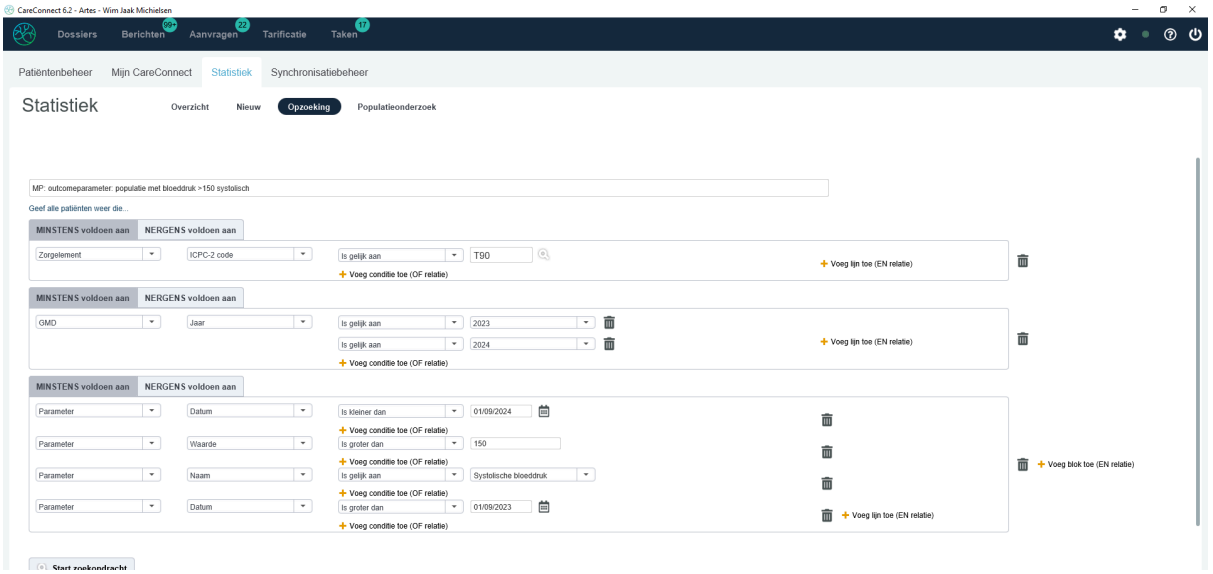
hbA1c < of = 8% (353)

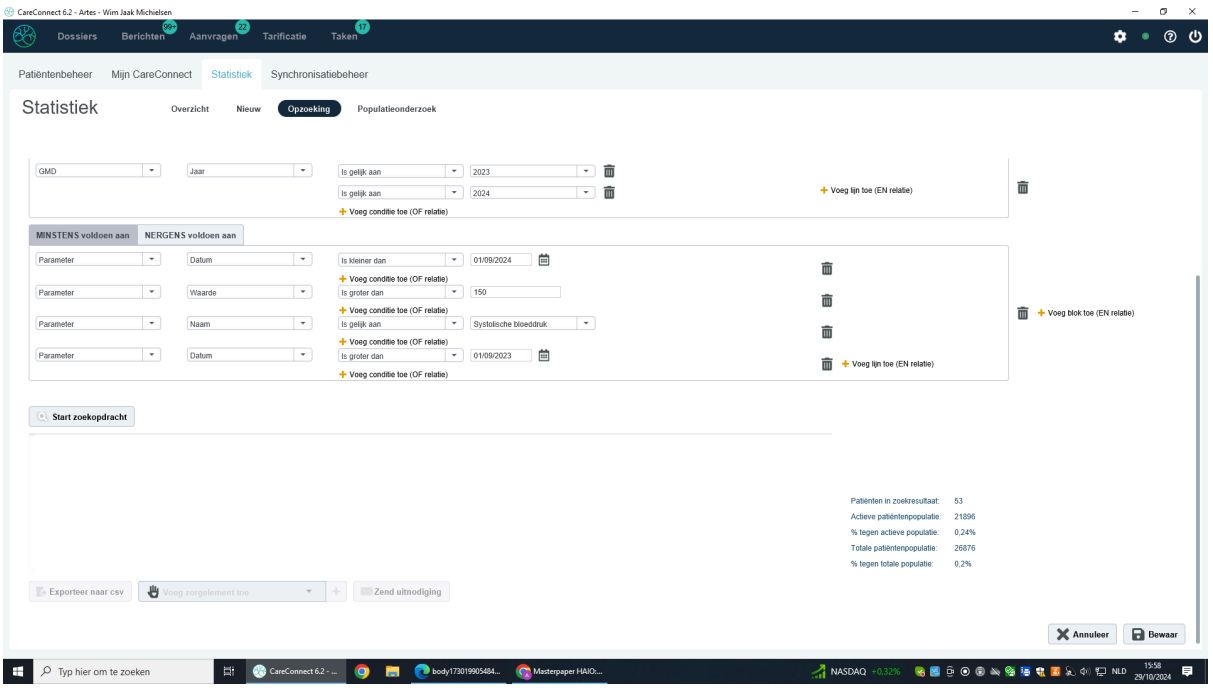


hbA1c >8% (28)

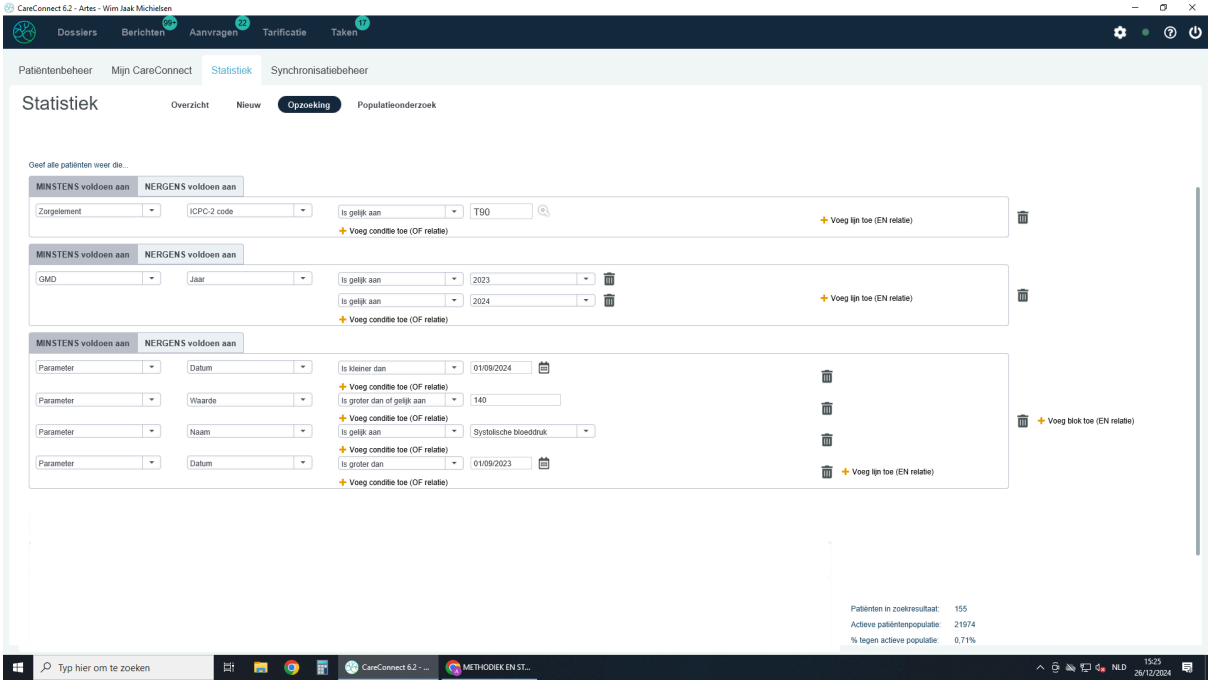


systolisch BD >150 mmHg (53)

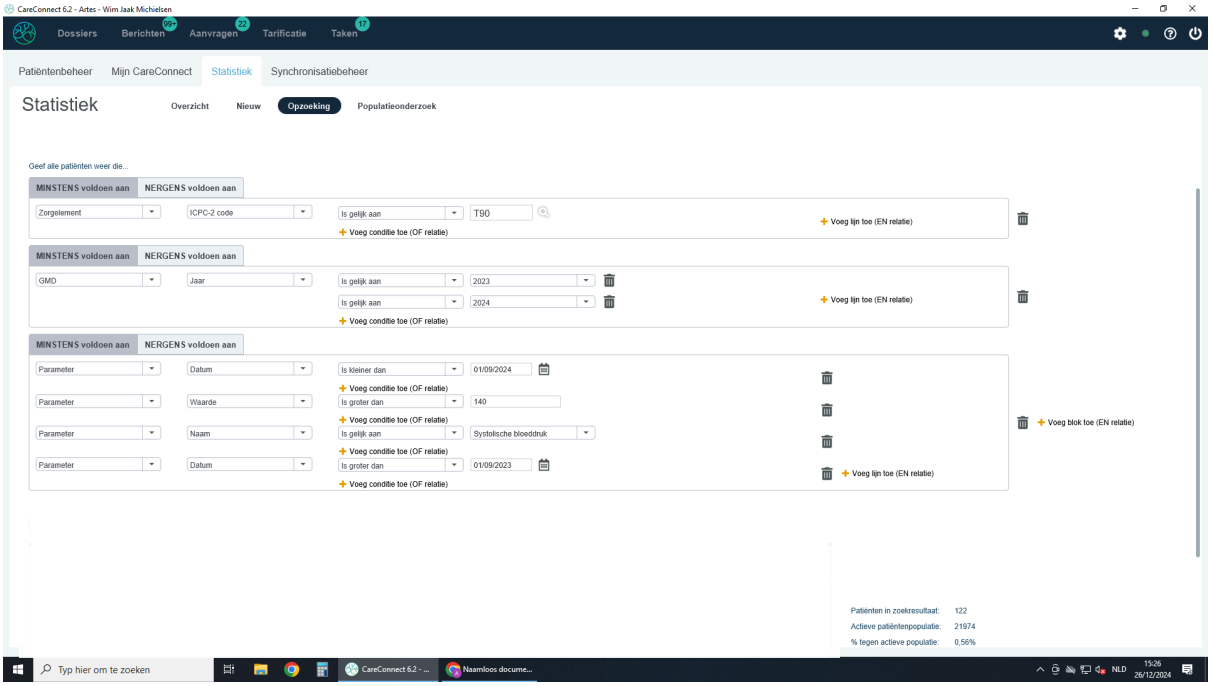




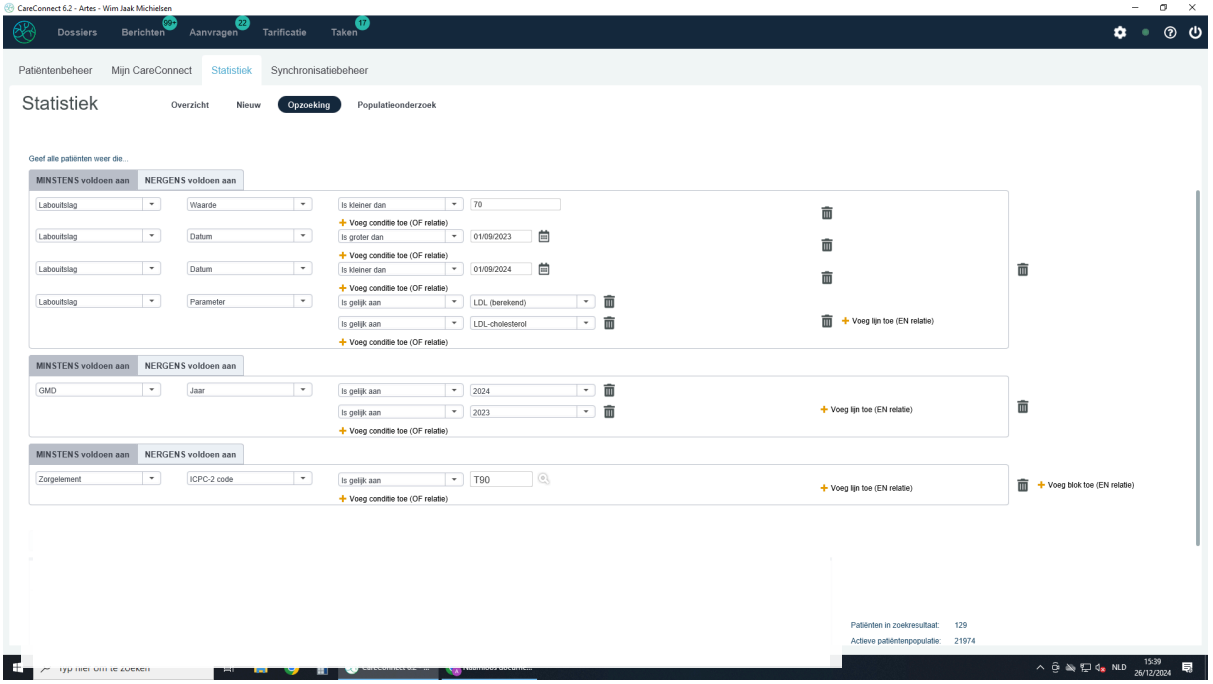
systolische BD > of = 140mmHg (155)



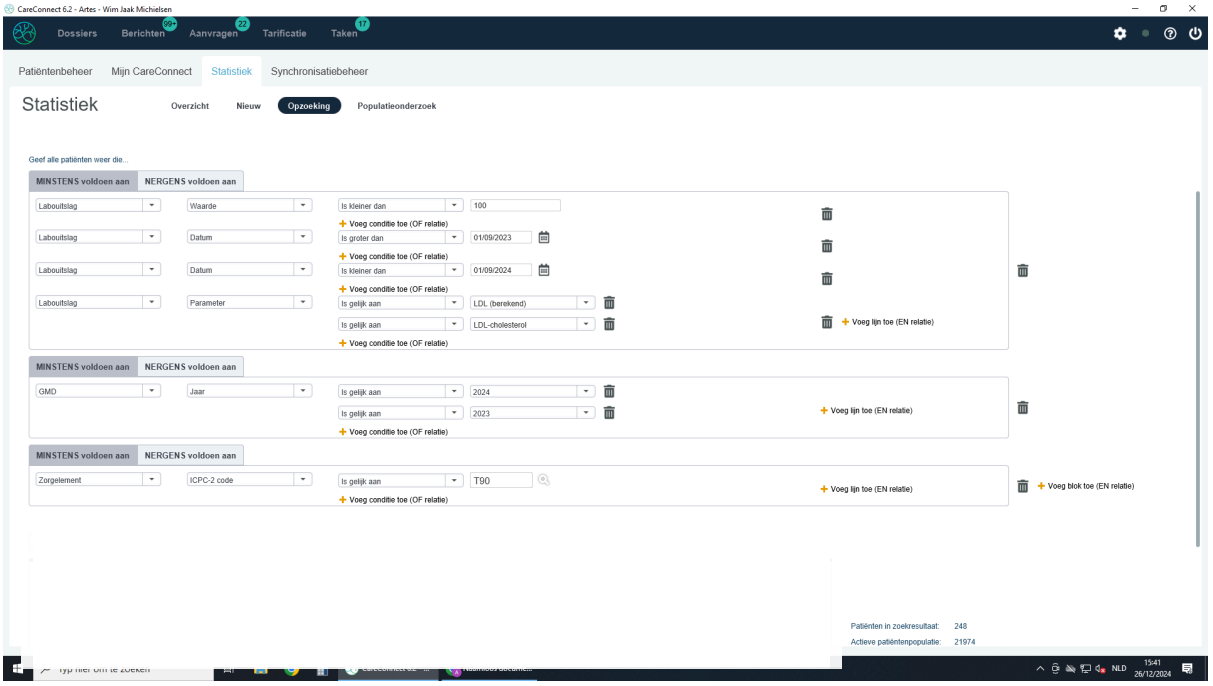
systolische BD >140 mmHg (122)



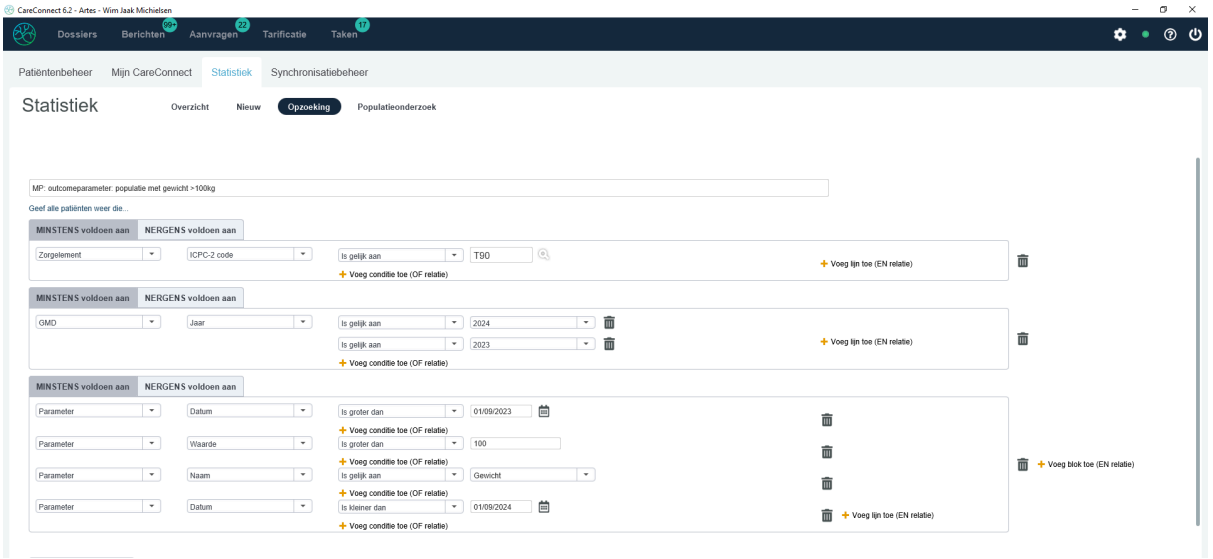
LDL <70 (1j) (129)

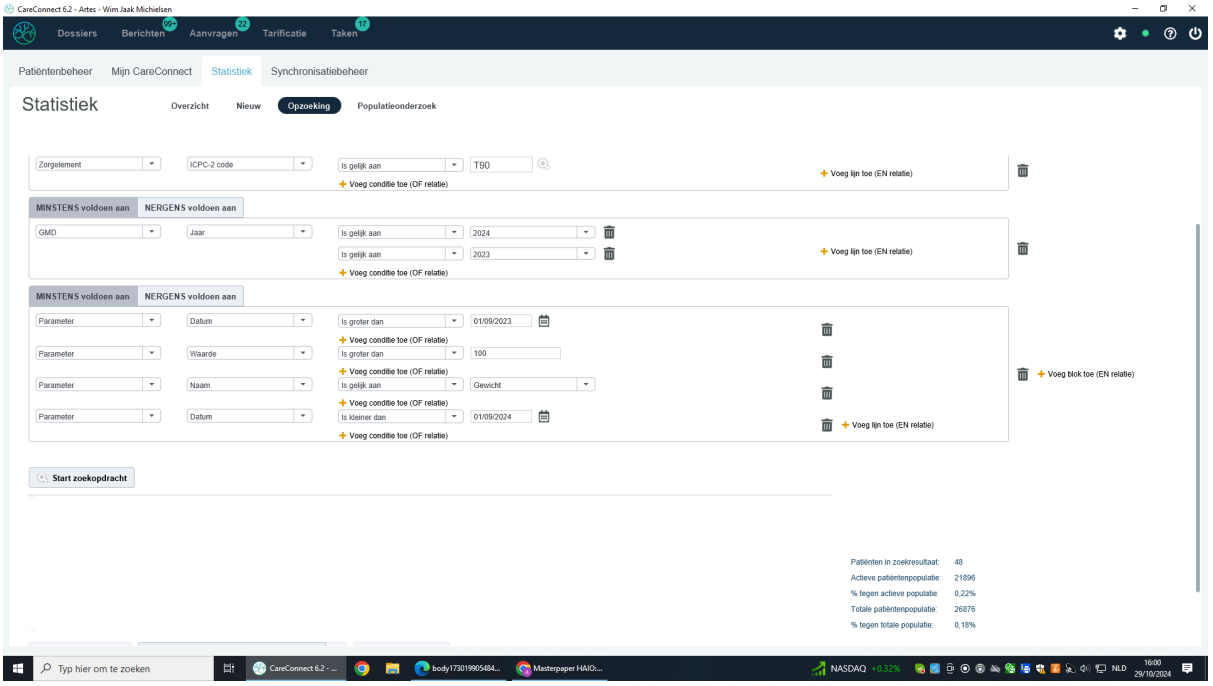


LDL <100 (248)

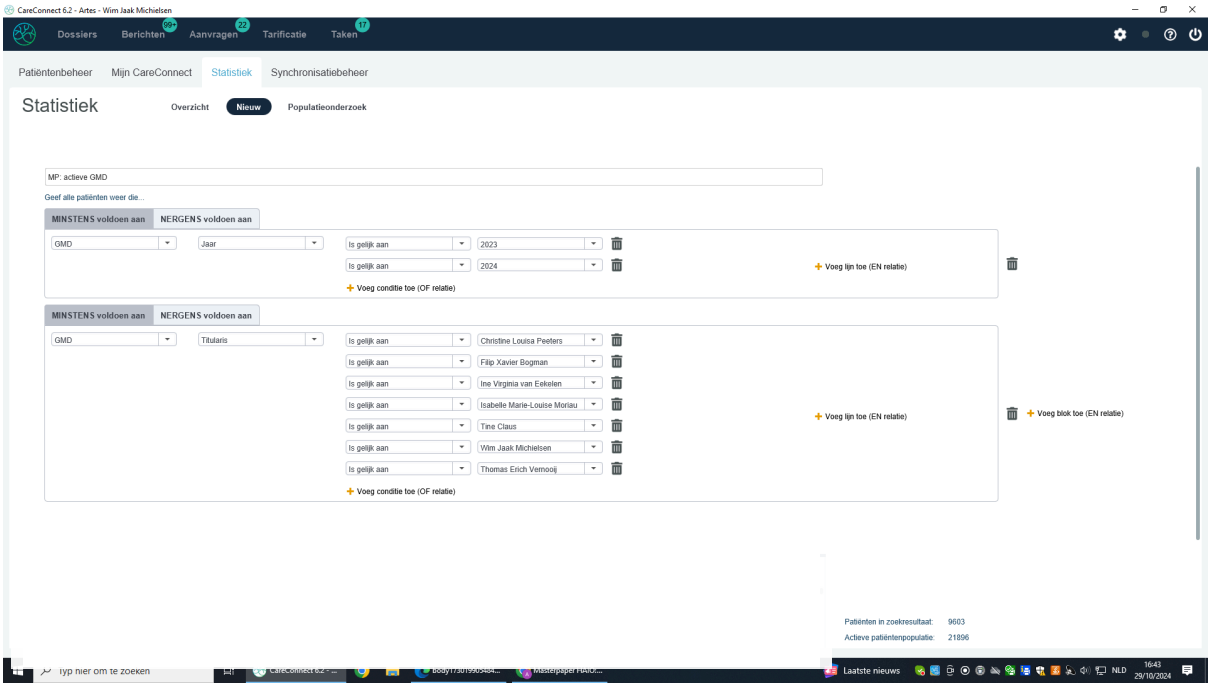


Gewicht >100kg - NIET RELEVANT (48)


CareConnect 6.2 - Artes - Wim Jaak Michielsen
Dossiers
Berichten
Aanvragen
Tarificatie
Taken
Patiëntenbeheer
Mijn CareConnect
Statistiek
Synchronisatiebeheer
Statistiek
Overzicht
Nieuw
Opzoeking
Populatieonderzoek
MP: outcomeparameter: populatie met gewicht >100kg
Geef alle patiënten weer die...
MINSTENS voldoen aan
NERGENS voldoen aan
Zorgelement
ICPC-2 code
Is gelijk aan
T90
Voeg lijn toe (EN relatie)
Voeg conditie toe (OF relatie)
GMD
Jaar
2024
2023
Parameter
Datum
Is groter dan
01/09/2023
Waarde
100
Naam
Gewicht
Is kleiner dan
01/09/2024
Voeg blok toe (EN relatie)

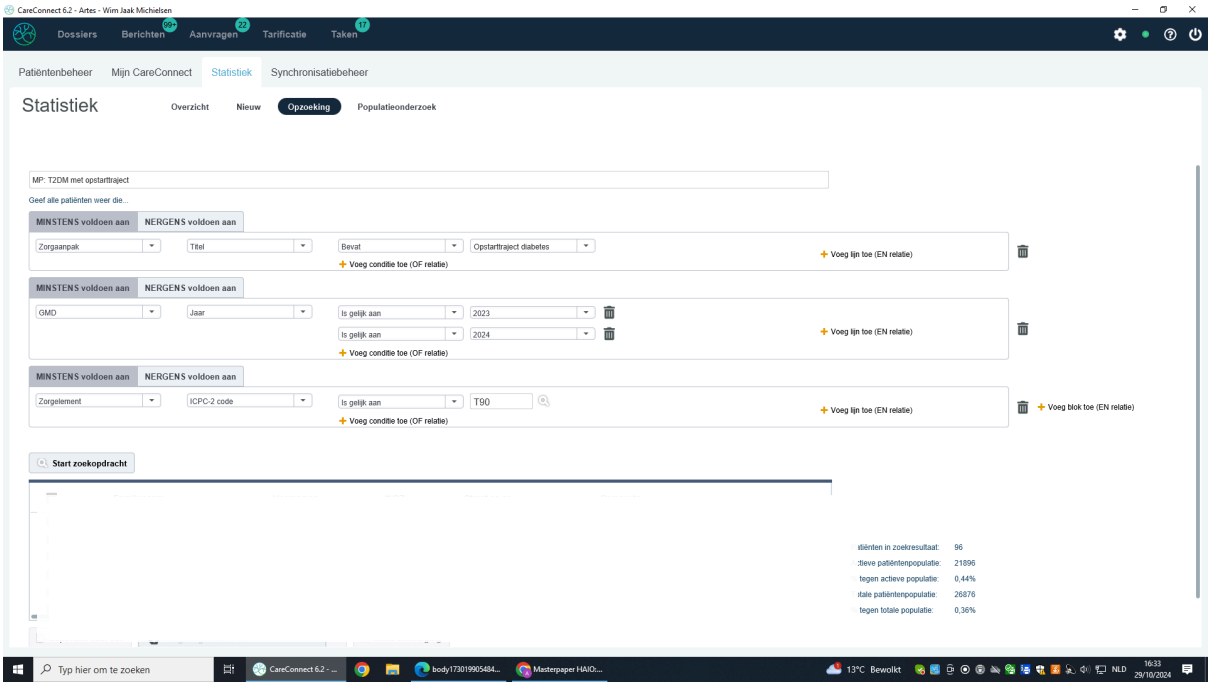

CareConnect 6.2 - Artes - Wim Jaak Michielsen
Dossiers
Berichten
Aanvragen
Tarificatie
Taken
Patiëntenbeheer
Mijn CareConnect
Statistiek
Synchronisatiebeheer
Statistiek
Overzicht
Nieuw
Opzoeking
Populatieonderzoek
Zorgelement
ICPC-2 code
Is gelijk aan
T90
Voeg lijn toe (EN relatie)
Voeg conditie toe (OF relatie)
MINSTENS voldoen aan
NERGENS voldoen aan
GMD
Jaar
2024
2023
Parameter
Datum
Is groter dan
01/09/2023
Waarde
100
Naam
Gewicht
Is kleiner dan
01/09/2024
Voeg blok toe (EN relatie)
Start zoekopdracht
Patiënten in zoekresultaat: 48
Actieve patiëntenpopulatie: 21896
% tegen actieve populatie: 0,22%
Totale patiëntenpopulatie: 26876
% tegen totale populatie: 0,18%
Typ hier om te zoeken
CareConnect 6.2 - ...
NASDAQ +0,32%
NLD
16:00
29/10/2024

Screenshot totaal actieve GMD

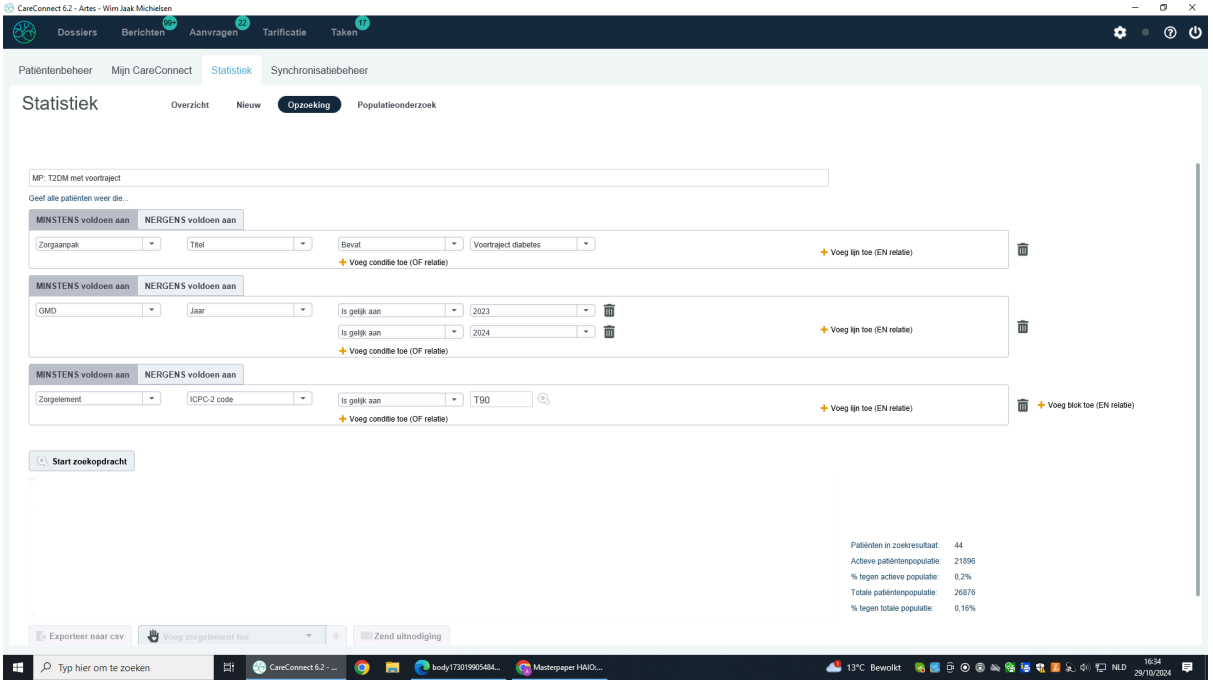


9603 (vorige meting 9395) patiënten met actief GMD in 2023 of 2024

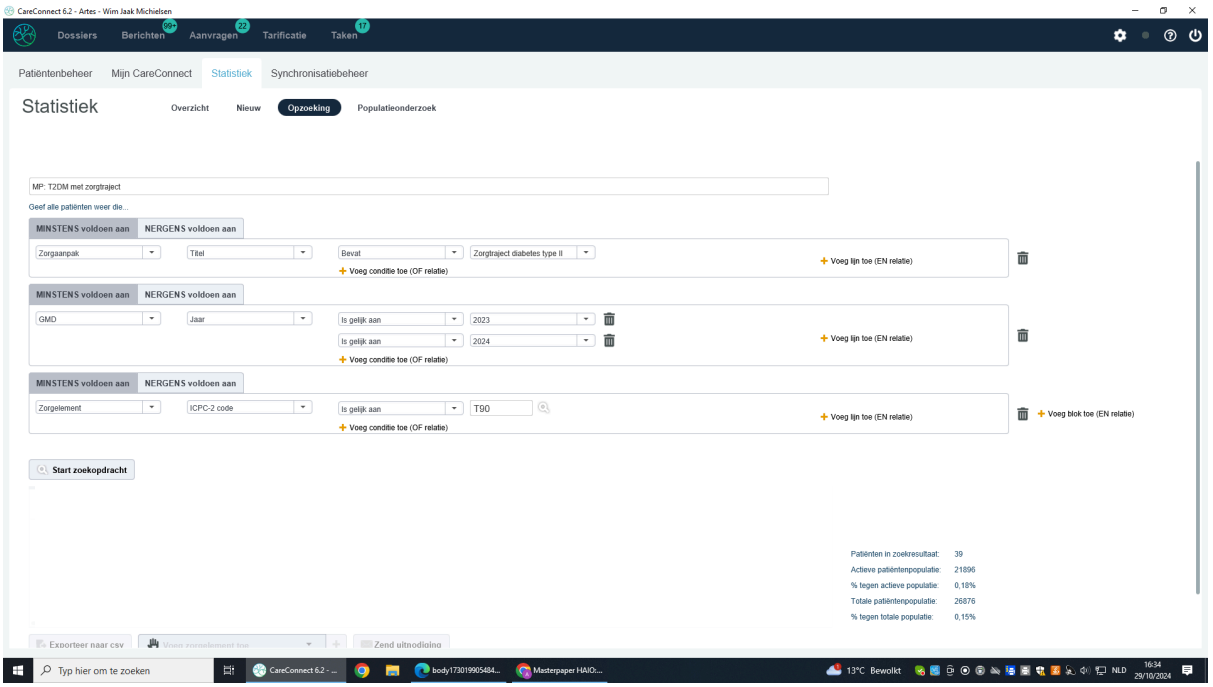
T2DM + gmd + **opstarttraject** (96)



T2DM + gmd + **voortraject** (44)

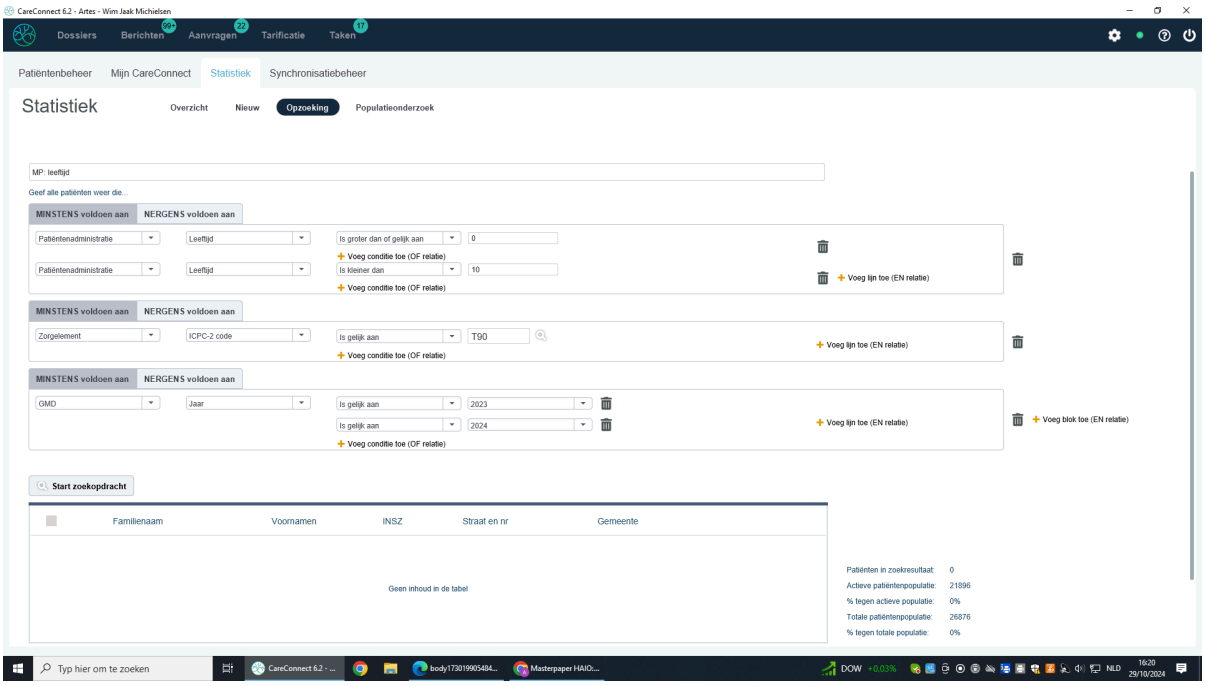


T2DM + GMD + **zorgtraject** (39)

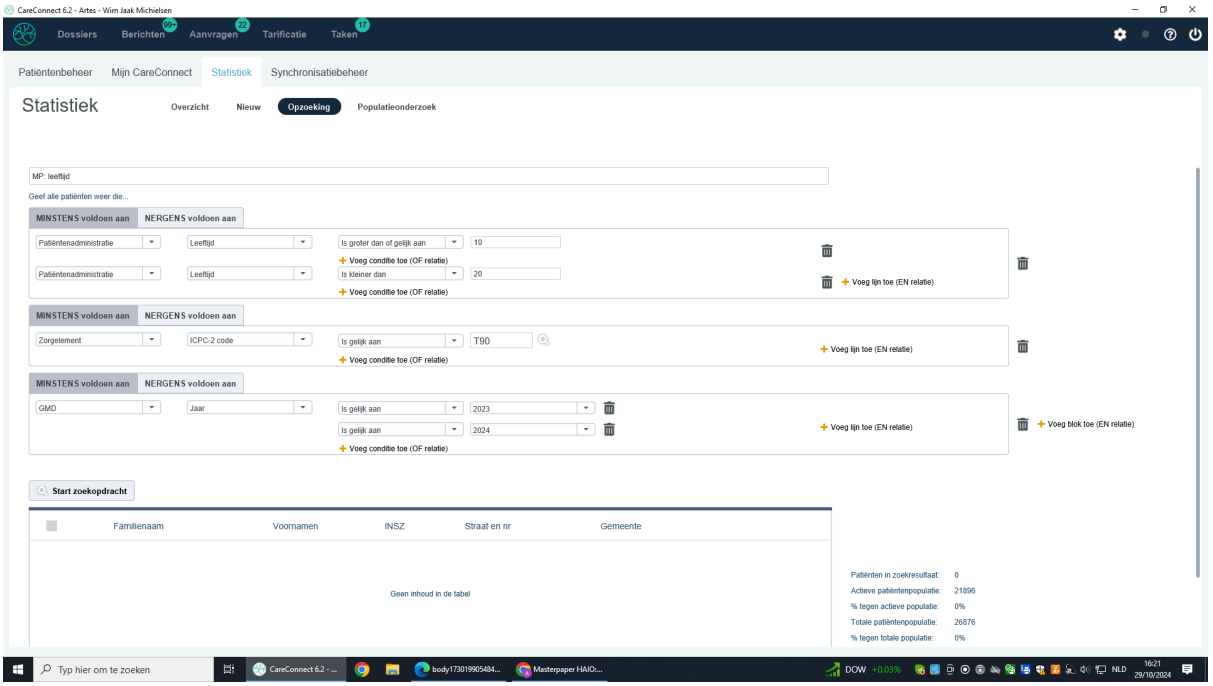


Leeftijdsdistributie

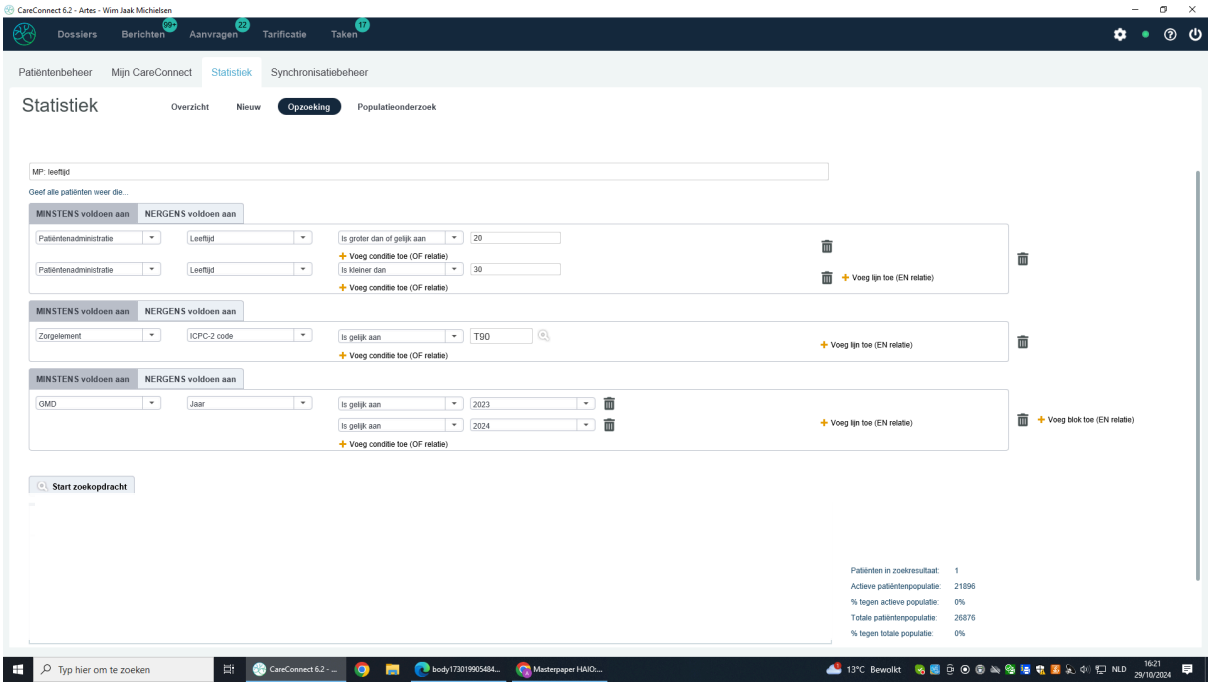
<10 jaar (0)



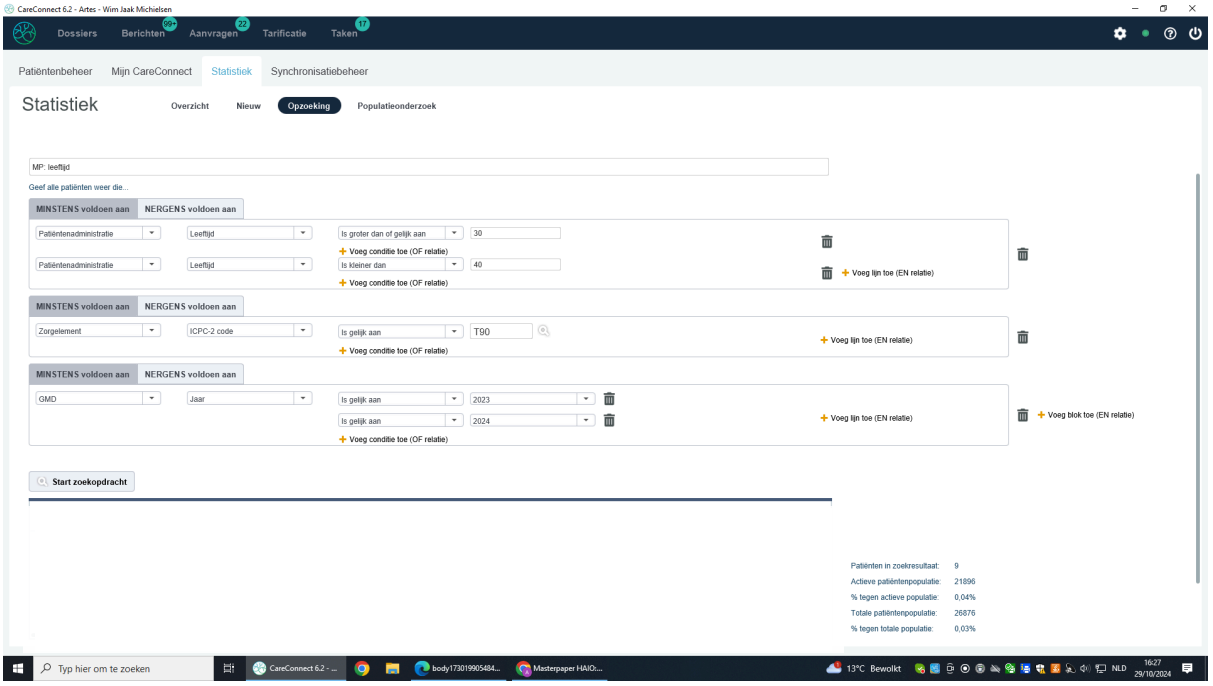
10-19 jaar (0)



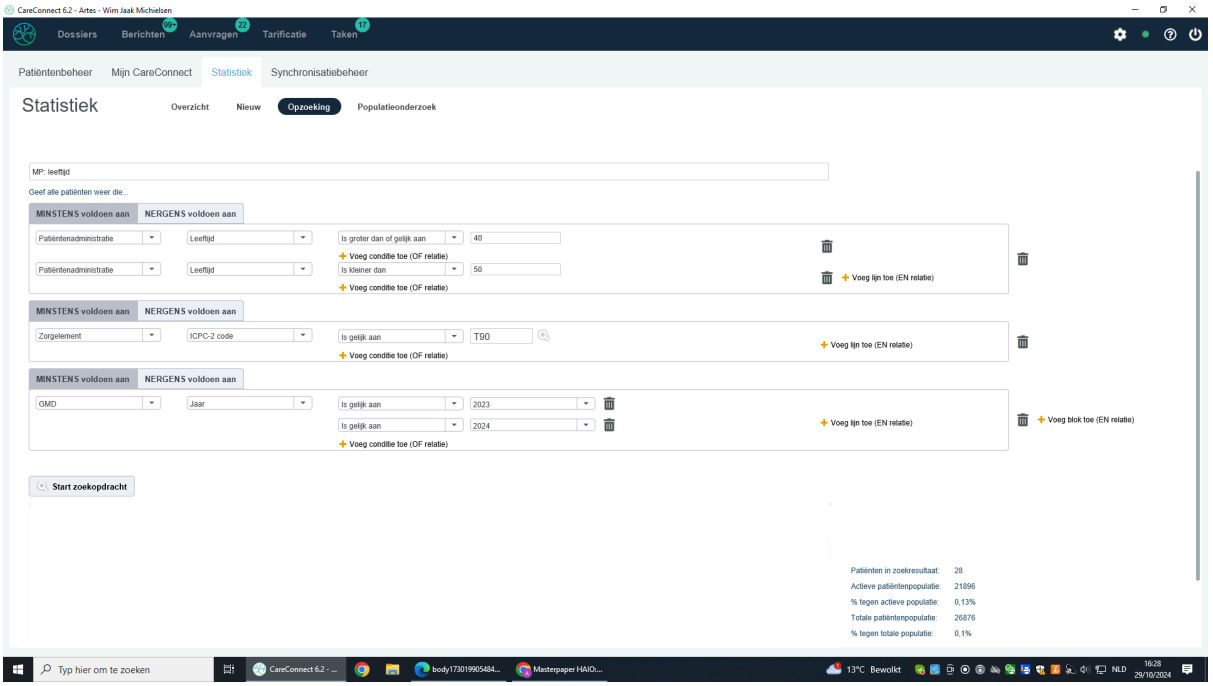
20-29 jaar (1)



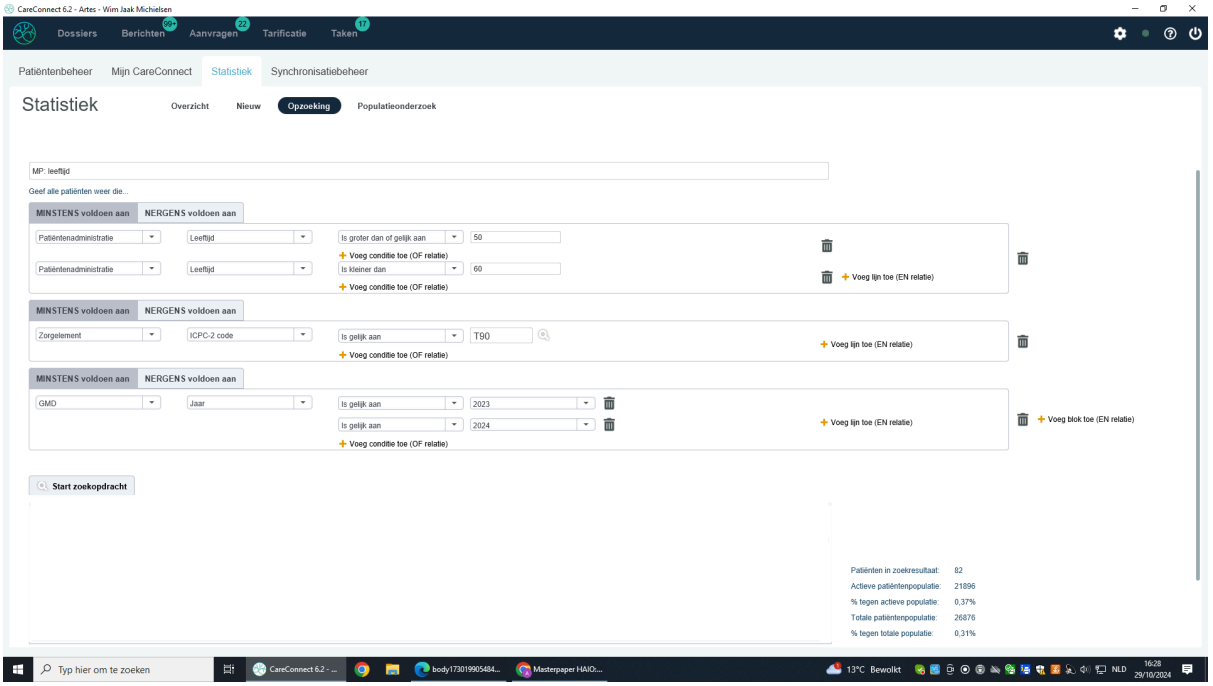
30-39 jaar (9)



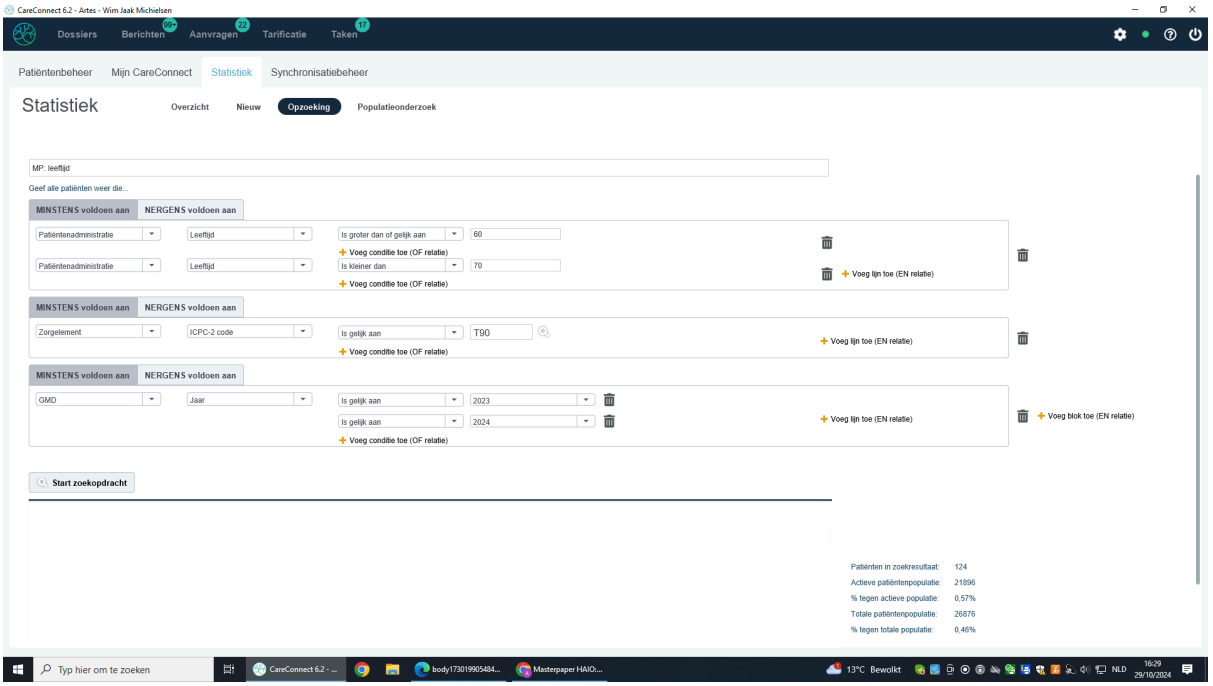
40-49 jaar (28)



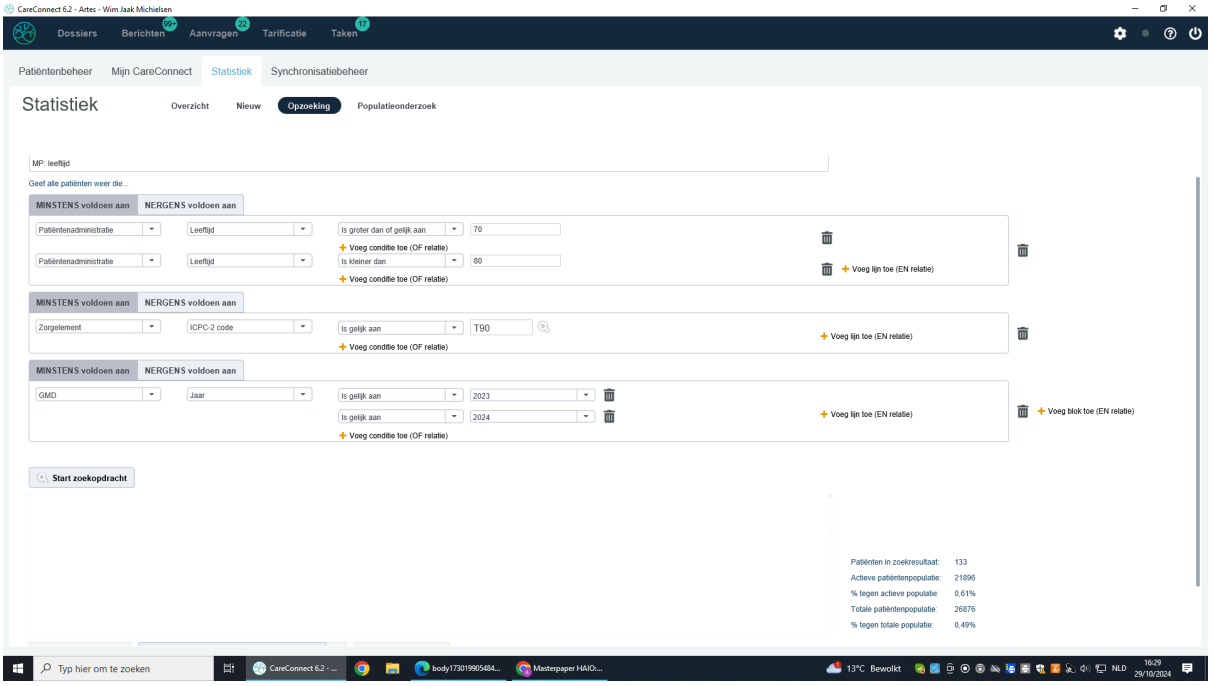
50-59 jaar (82)



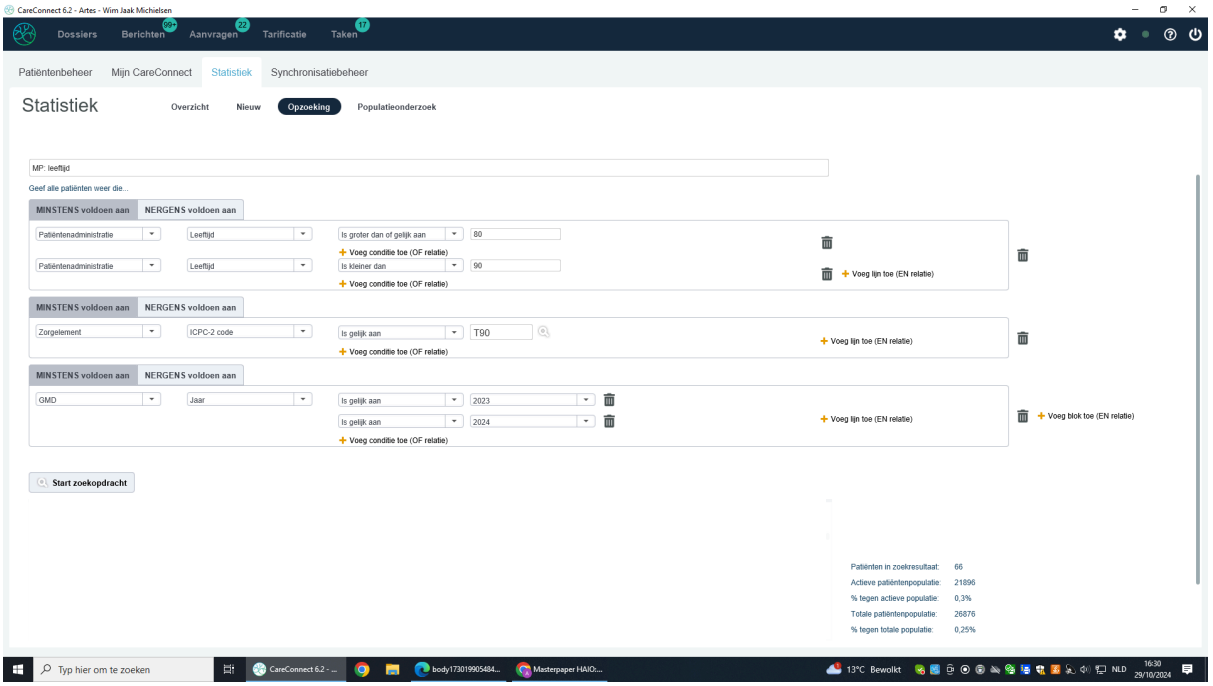
60-69 jaar (124)



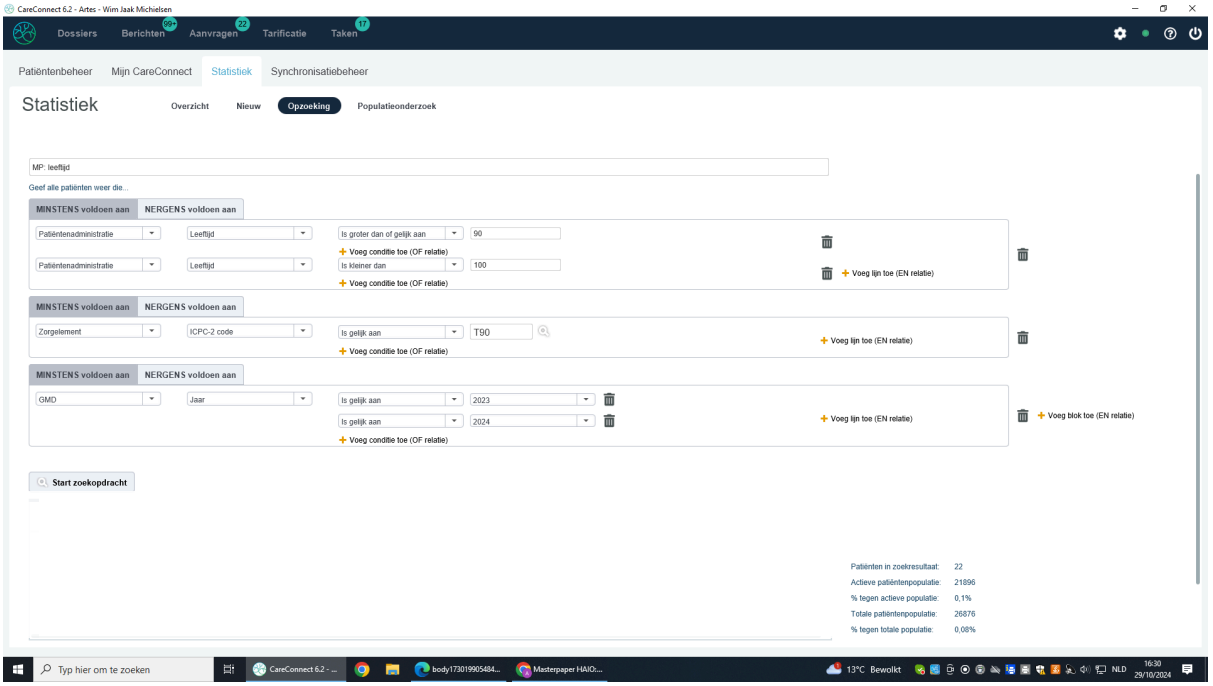
70-79 jaar (133)



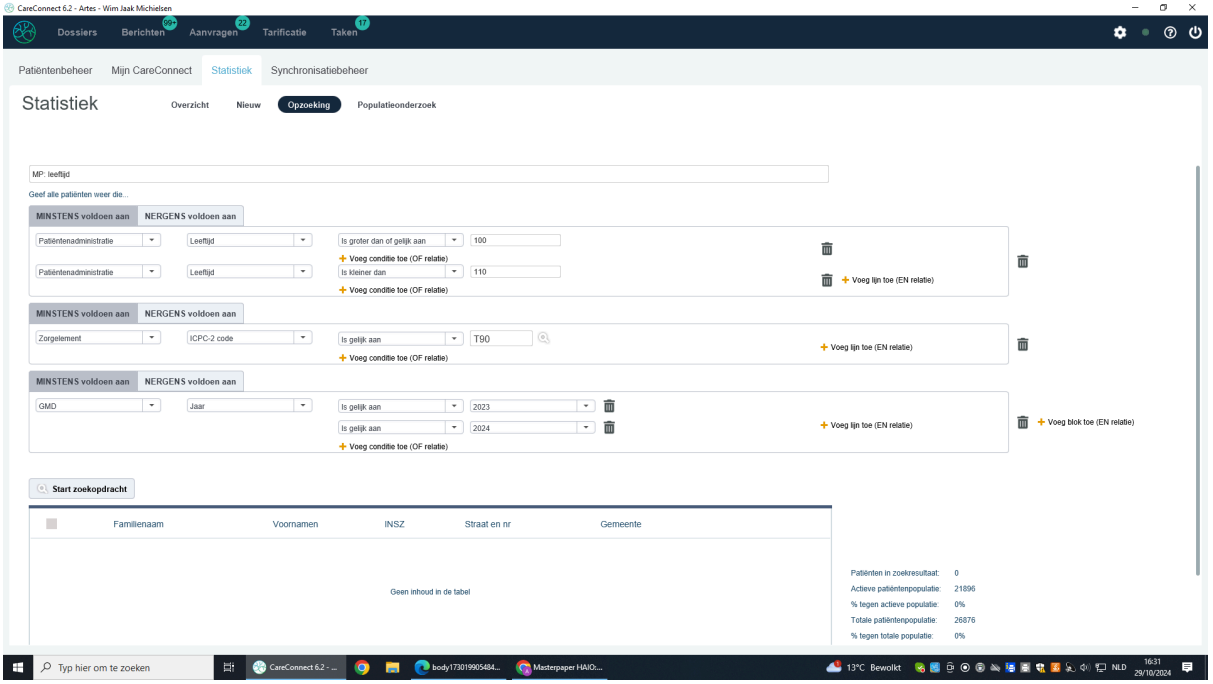
80-89 jaar (66)



90-99 jaar (22)

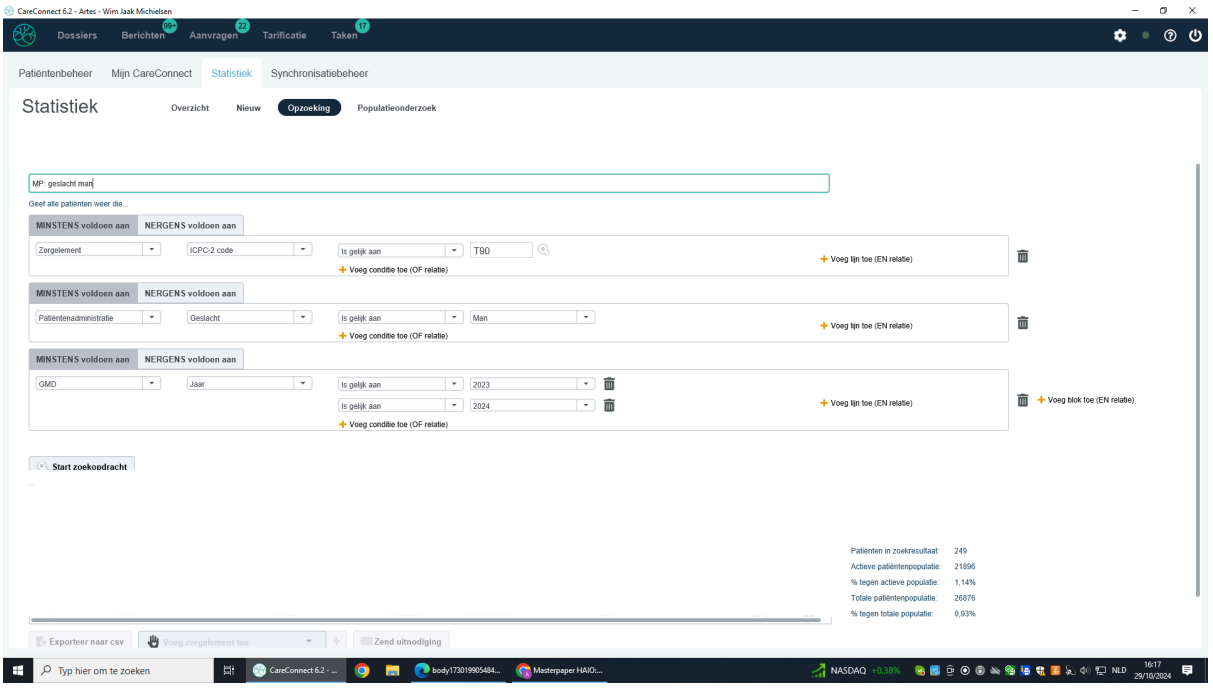


>100 jaar (0)

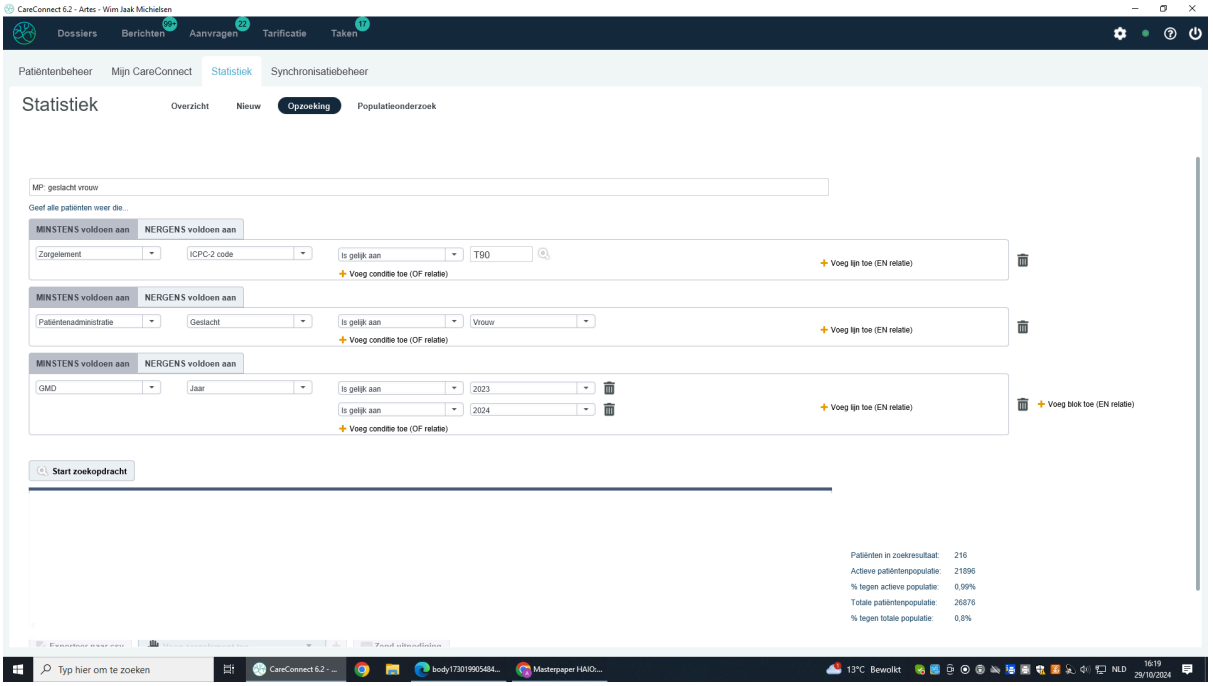

CareConnect 6.2 - Artes - Wim Jaak Michielsen
Dossiers
Berichten
Aanvragen
Tarificatie
Taken
Patiëntenbeheer
Mijn CareConnect
Statistiek
Synchronisatiebeheer
Statistiek
Overzicht
Nieuw
Opzoeking
Populatieonderzoek
MP: leeftijd
Geef alle patiënten weer die...
MINSTENS voldoen aan
NERGENS voldoen aan
Patiëntenadministratie
Leeftijd
Is groter dan of gelijk aan
100
Voeg conditie toe (OF relatie)
Patiëntenadministratie
Leeftijd
Is kleiner dan
110
Voeg conditie toe (OF relatie)
Voeg lijn toe (EN relatie)
MINSTENS voldoen aan
NERGENS voldoen aan
Zorgelement
ICPC-2 code
Is gelijk aan
T90
Voeg conditie toe (OF relatie)
Voeg lijn toe (EN relatie)
MINSTENS voldoen aan
NERGENS voldoen aan
GMD
Jaar
Is gelijk aan
2023
Is gelijk aan
2024
Voeg conditie toe (OF relatie)
Voeg lijn toe (EN relatie)
Voeg blok toe (EN relatie)
Start zoekopdracht
Familienaam
Voornamen
INSZ
Straat en nr
Gemeente
Geen inhoud in de tabel
Patiënten in zoekresultaat: 0
Actieve patiëntenpopulatie: 21896
% tegen actieve populatie: 0%
Totale patiëntenpopulatie: 26876
% tegen totale populatie: 0%
Typ hier om te zoeken
13°C Bewolkt
NLD
16:31
29/10/2024

Geslacht

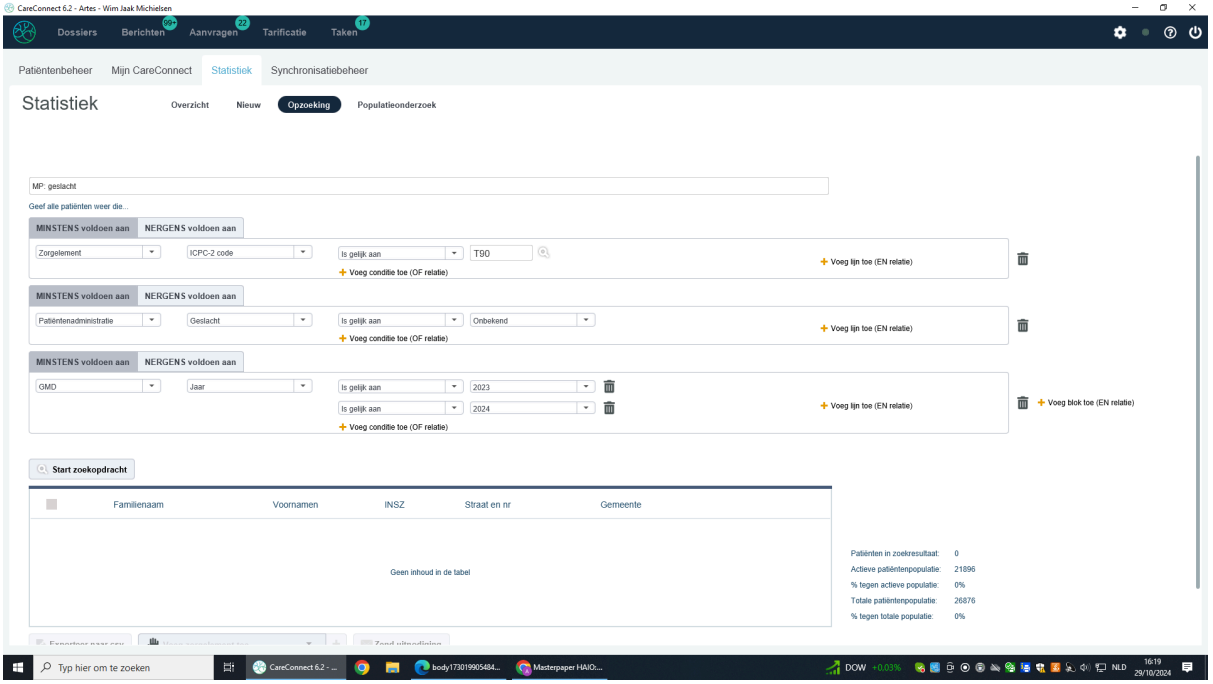
man (249)



vrouw (216)

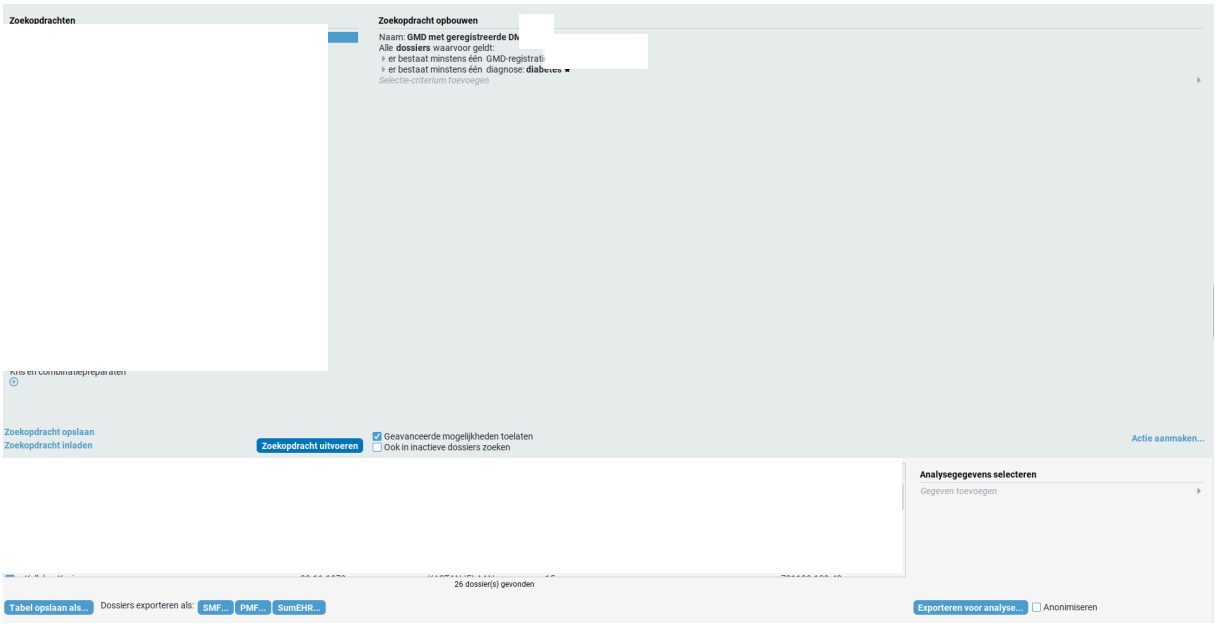


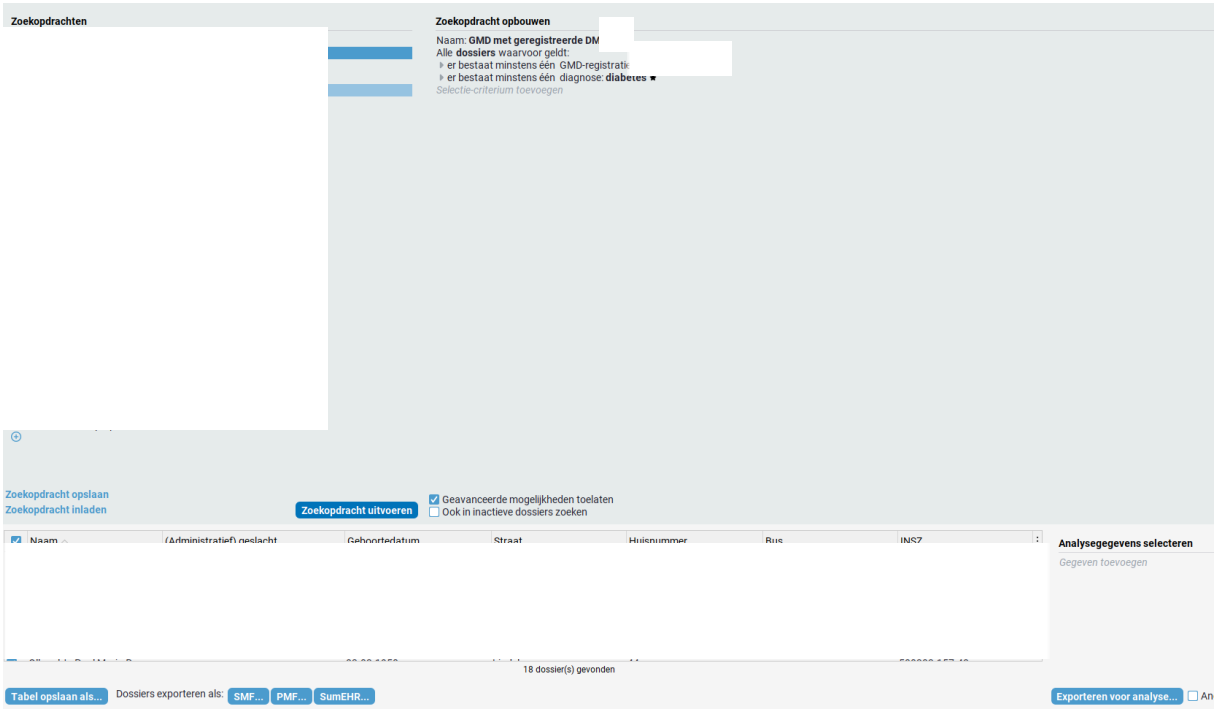
onbekend geslacht (0)

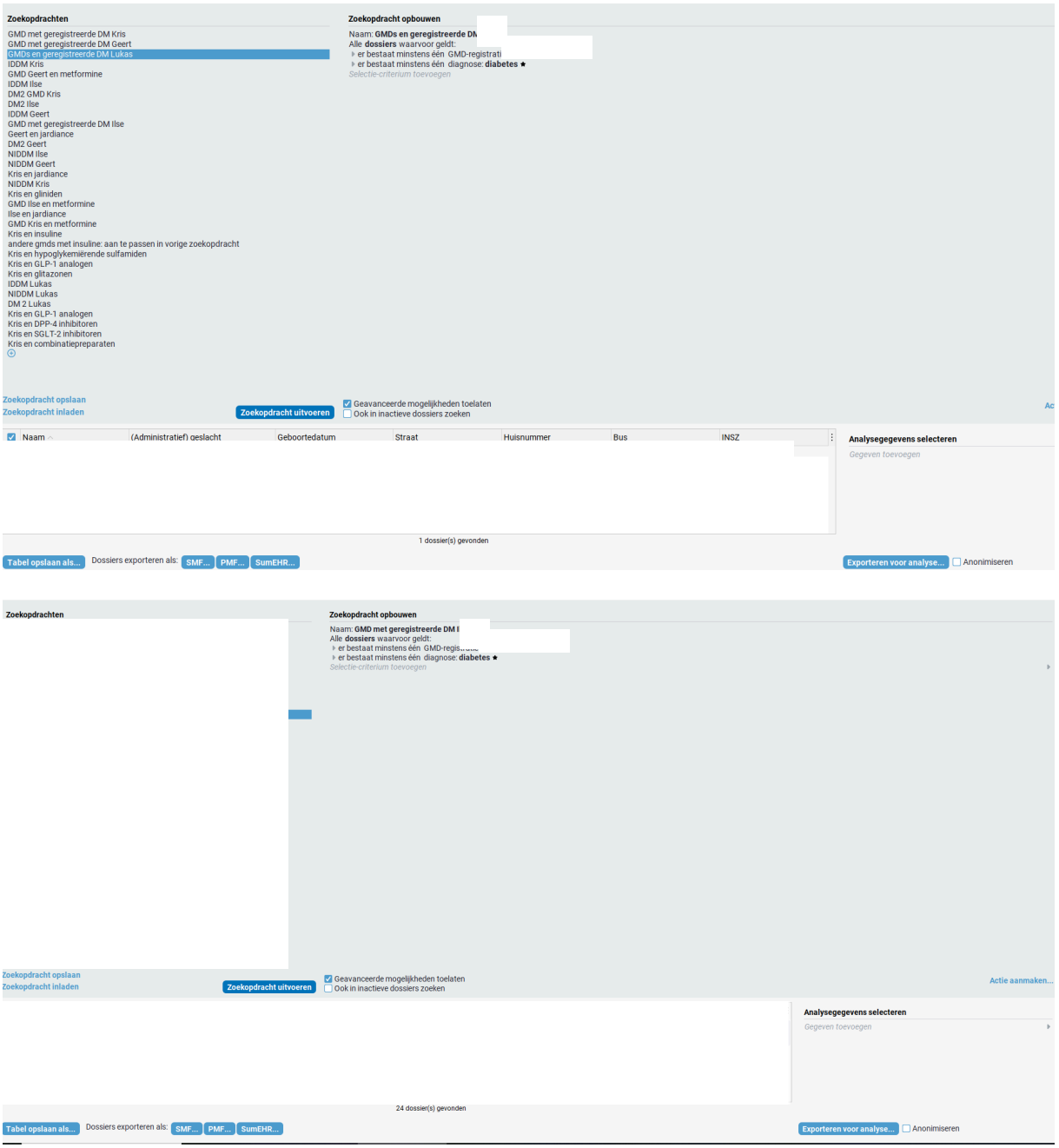

CareConnect 6.2 - Artes - Wim Jaak Michielsen
Dossiers
Berichten
Aanvragen
Tarificatie
Taken
Patiëntenbeheer
Mijn CareConnect
Statistiek
Synchronisatiebeheer
Statistiek
Overzicht
Nieuw
Opzoeking
Populatieonderzoek
MP: geslacht
Geef alle patiënten weer die...
MINSTENS voldoen aan
NERGENS voldoen aan
Zorgelement
ICPC-2 code
Is gelijk aan
T90
Voeg conditie toe (OF relatie)
Voeg lijn toe (EN relatie)
Patiëntenadministratie
Geslacht
Onbekend
GMD
Jaar
2023
2024
Voeg blok toe (EN relatie)
Start zoekopdracht
Familienaam
Voornamen
INSZ
Straat en nr
Gemeente
Geen inhoud in de tabel
Patiënten in zoekresultaat: 0
Actieve patiëntenpopulatie: 21896
% tegen actieve populatie: 0%
Totale patiëntenpopulatie: 26876
% tegen totale populatie: 0%
Typ hier om te zoeken
DOW +0.03%
NLD
16:19
29/10/2024

BIJLAGE 2: Geanonimiseerde methodiek Daktari (query's):

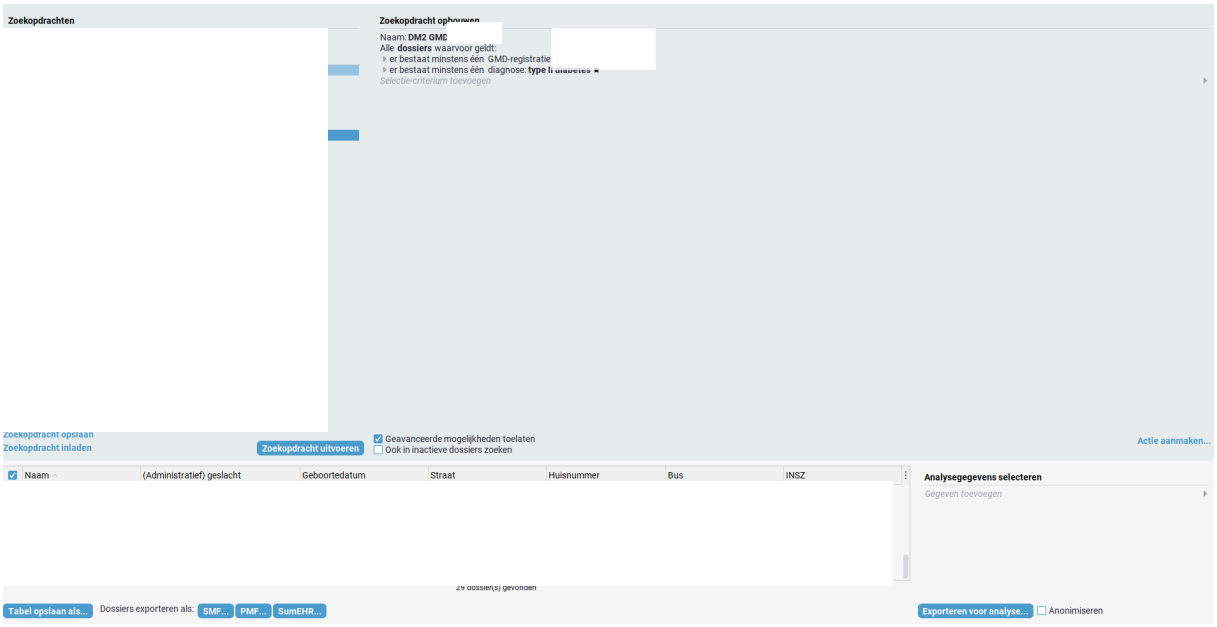
Starten met alle diagnoses van 'diabetes voor alle GMD-houdende artsen: 69 → 58 hiervan type 2 diabetes

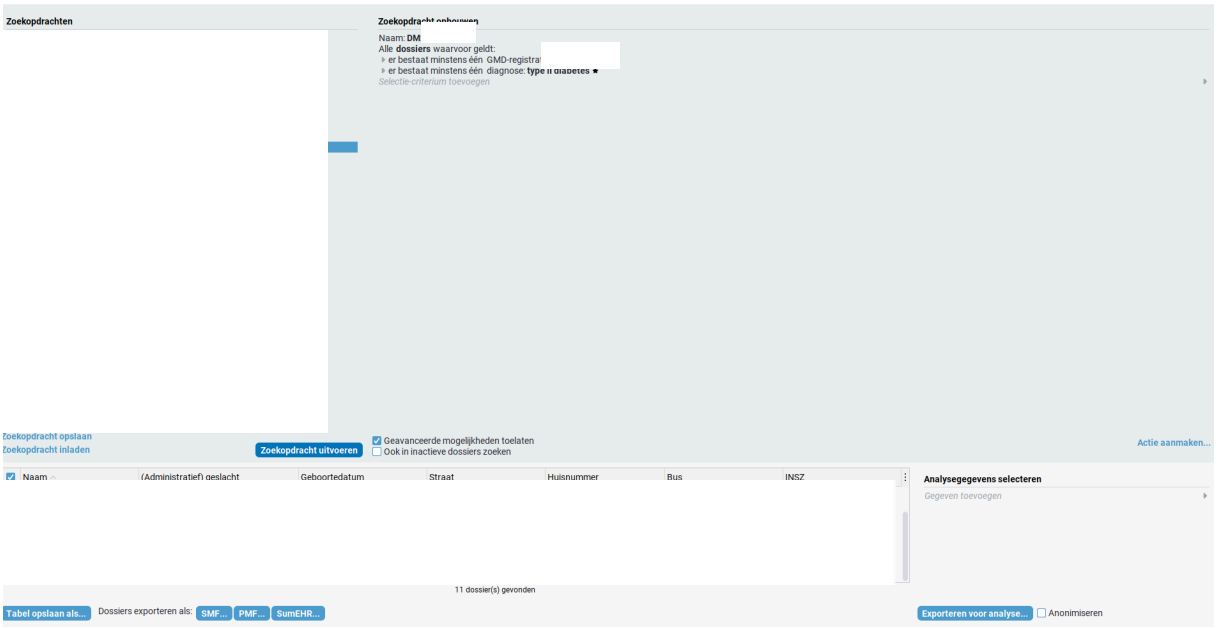


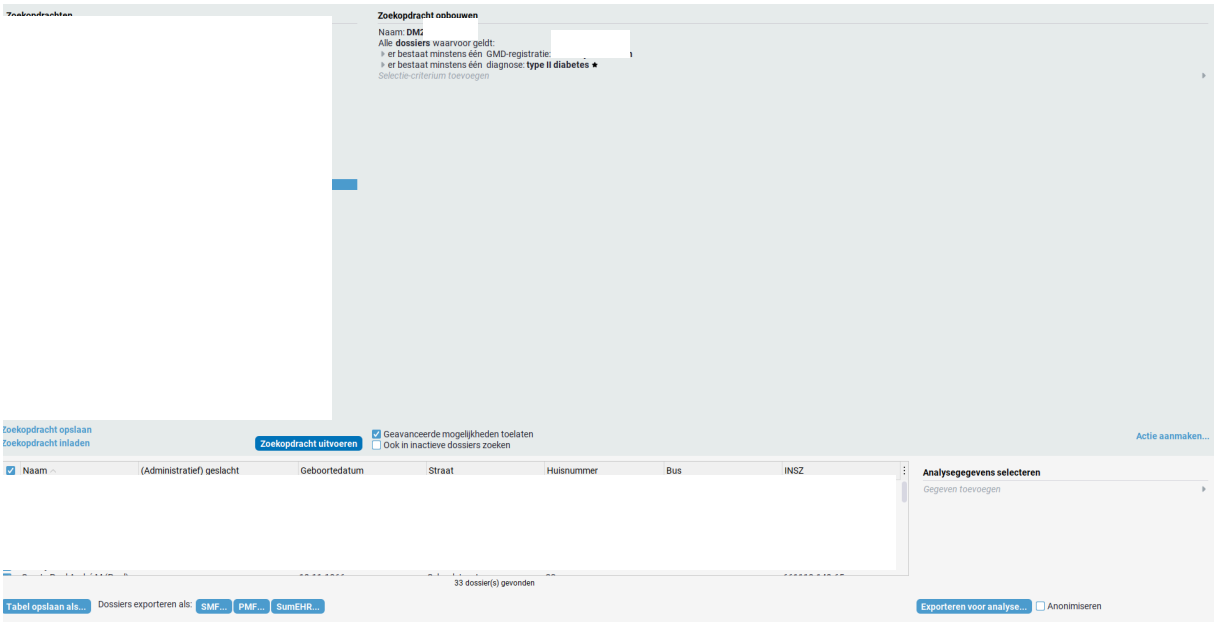


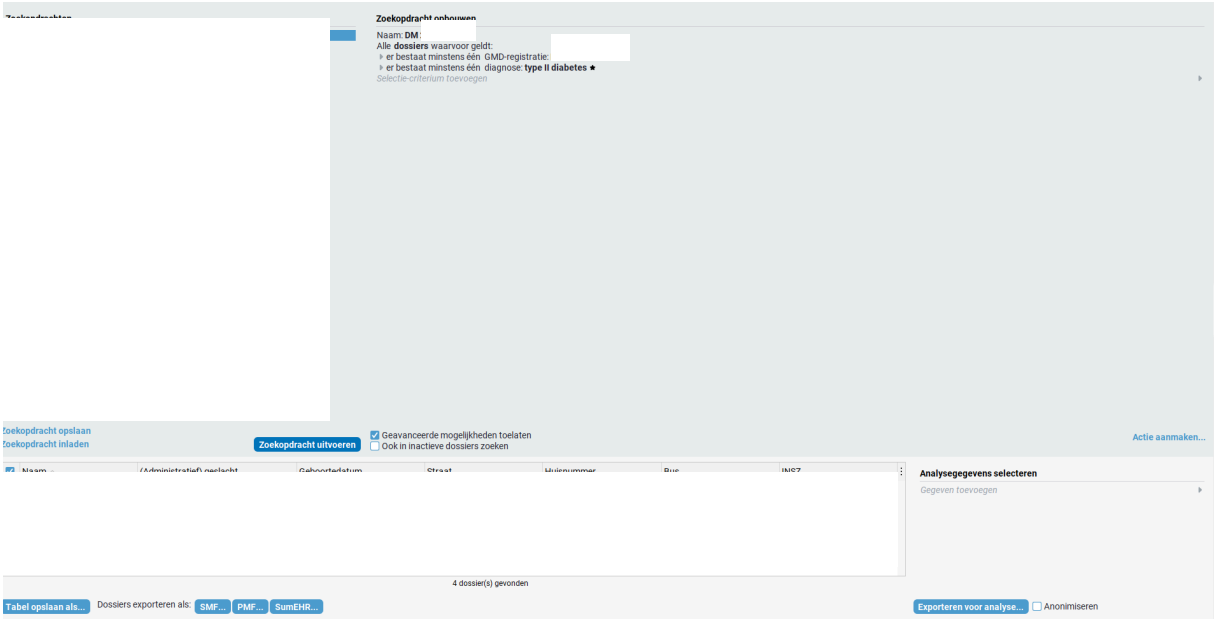


Daarna alle geregistreerde diagnose van ‘type II diabetes’: 63, waarvan 58 nog levend/geen duplicaat:

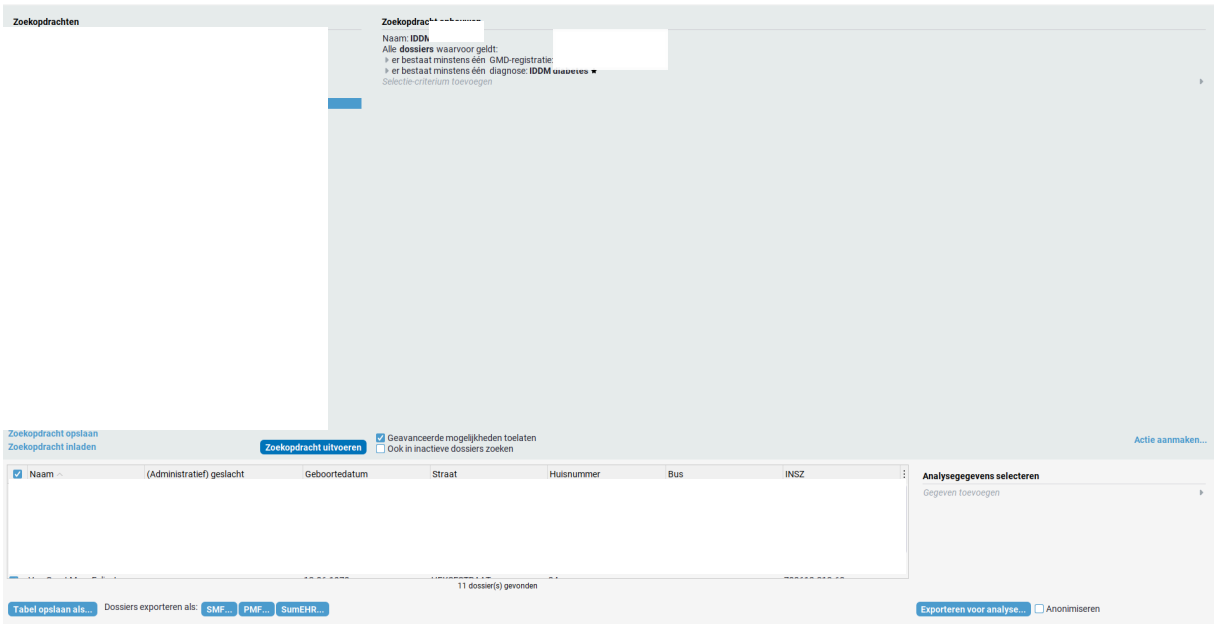

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: DM2 GMD
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
29 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

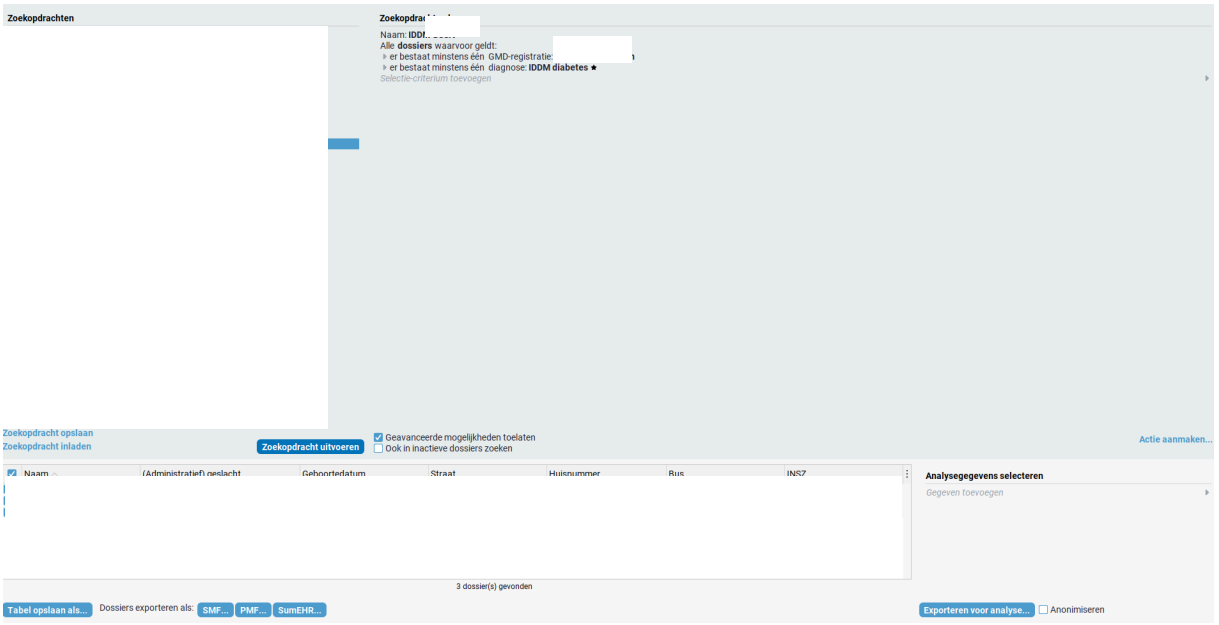

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: DM
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
11 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

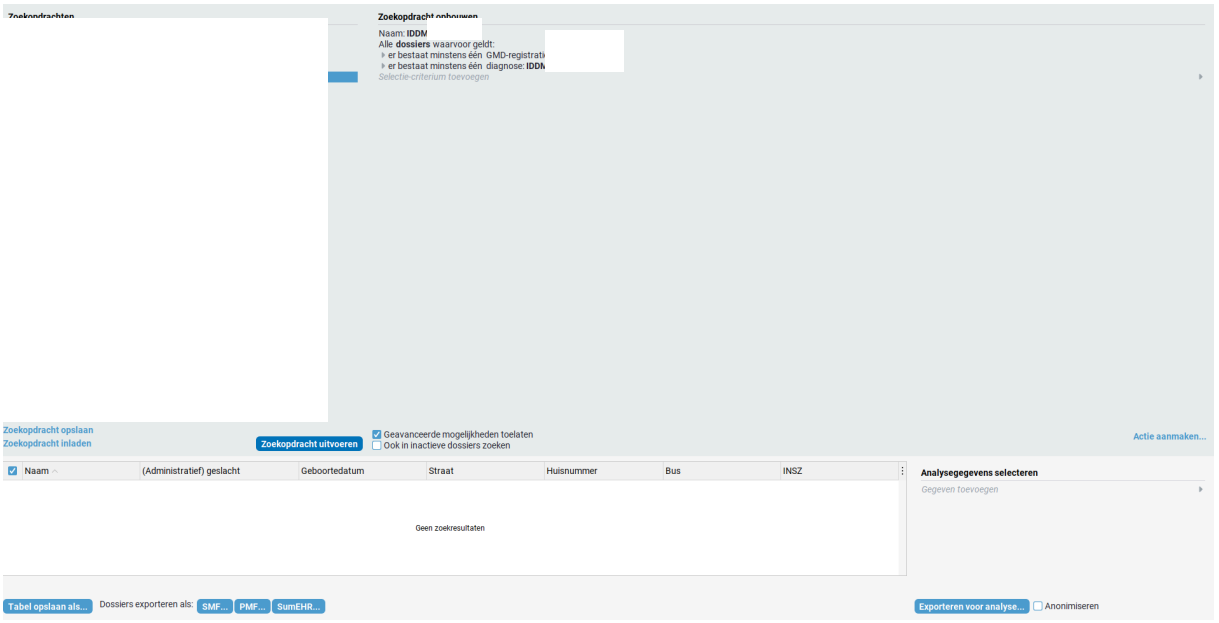

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: DM
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie:
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes ★
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
33 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

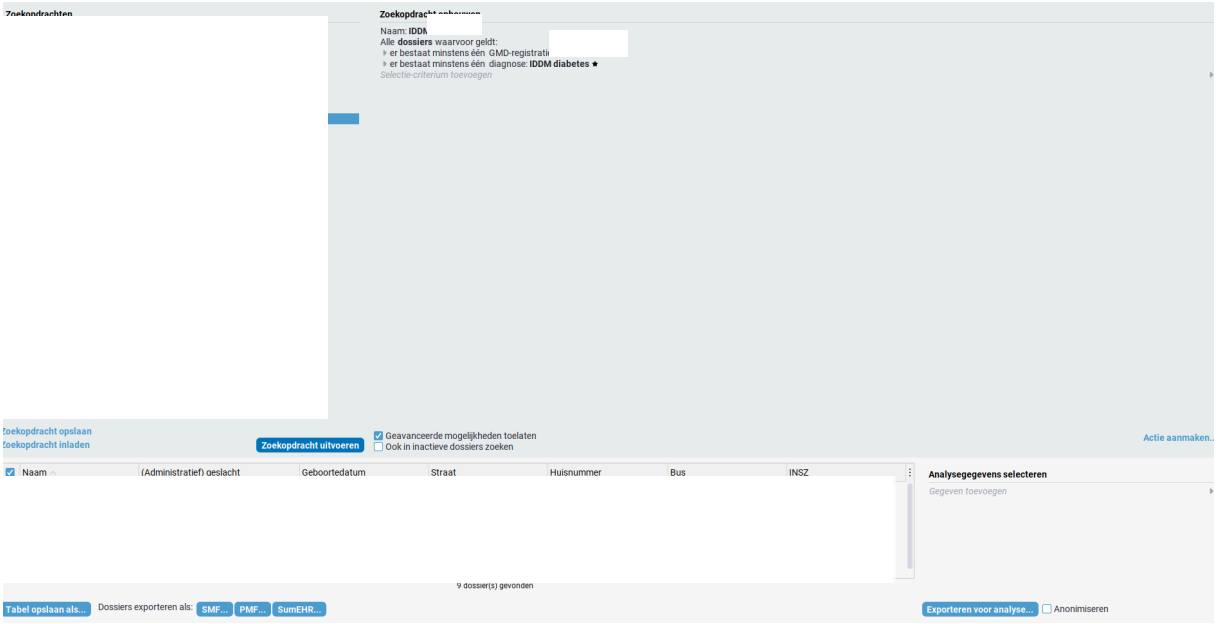

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: DM
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie:
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes ★
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
4 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

Geregistreerde diagnose IDDM: 23, waarvan 8 type 2 diabetes:

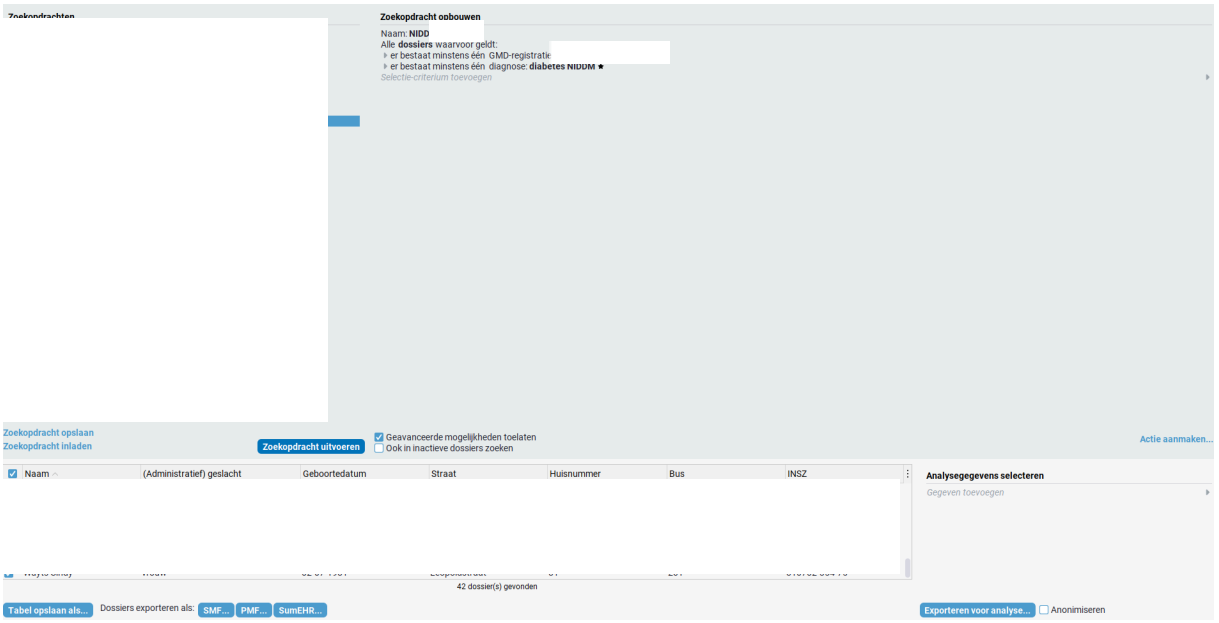


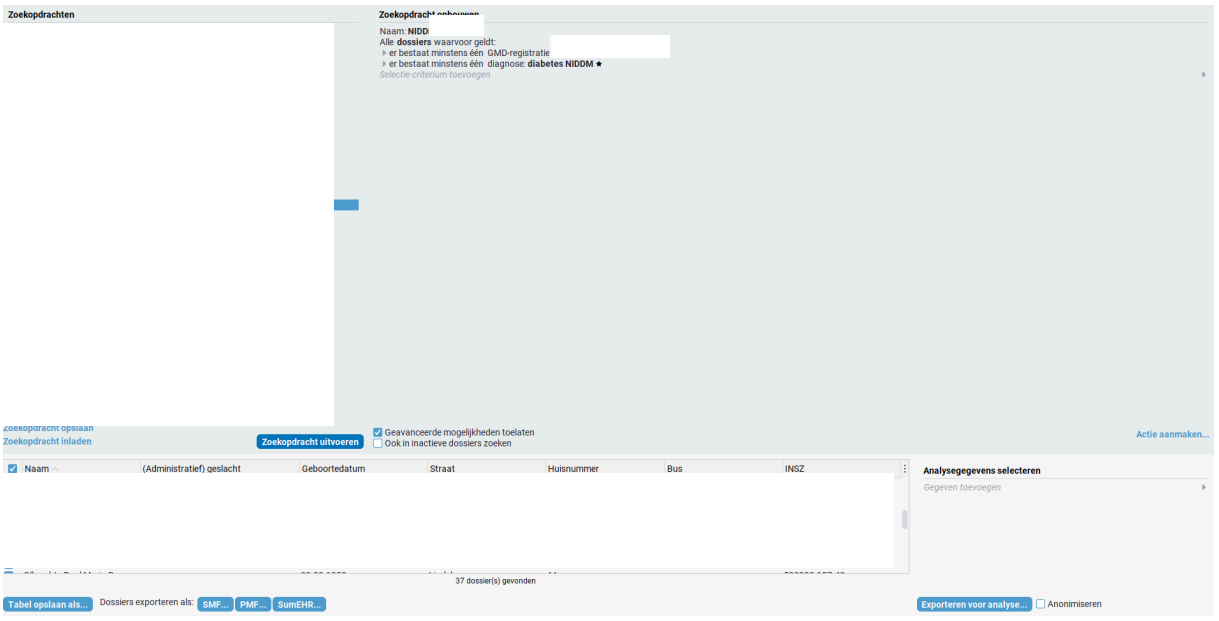


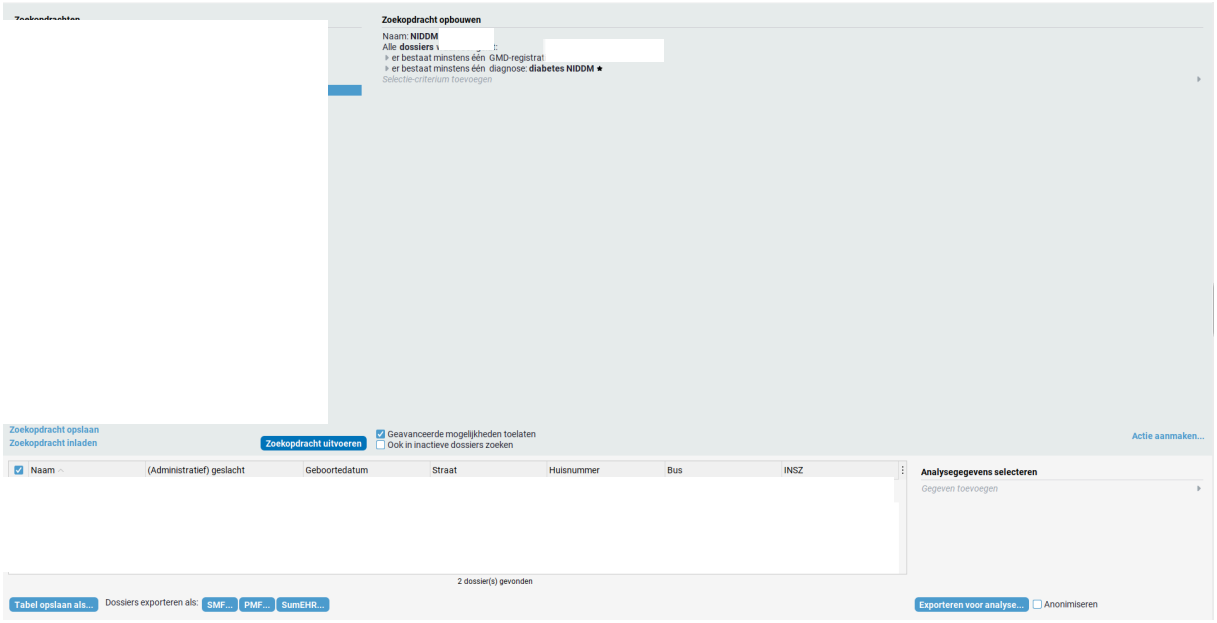


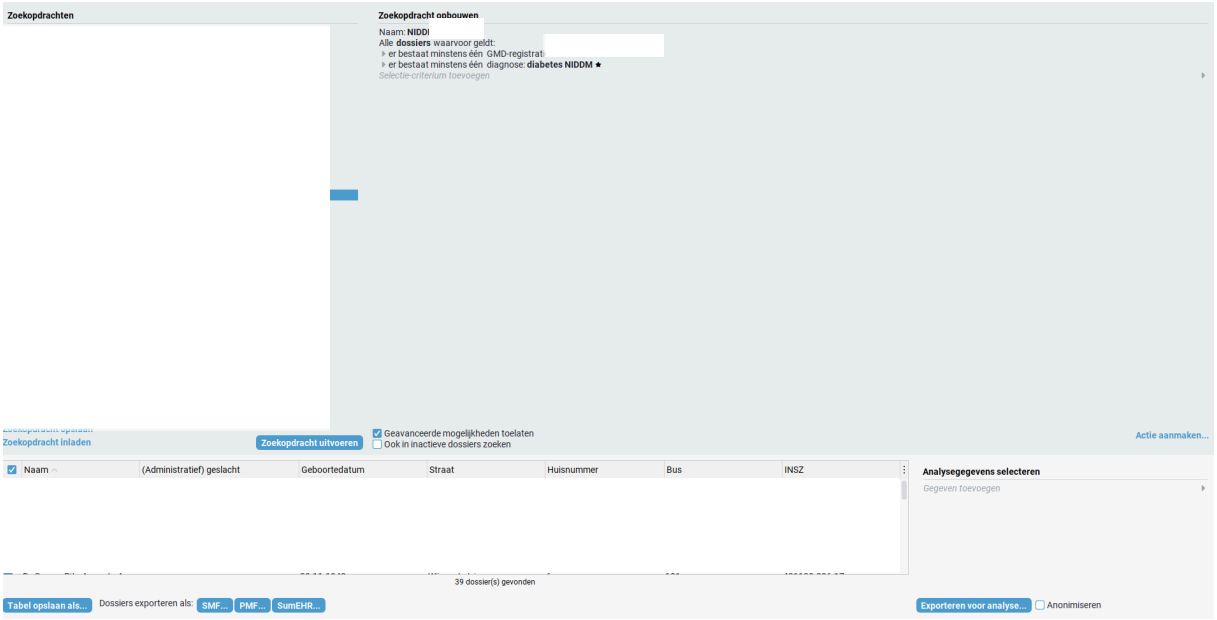


Diagnose NIDDM: 120, waarvan 70 type 2 diabetes die nog niet eerder aan bod kwamen:

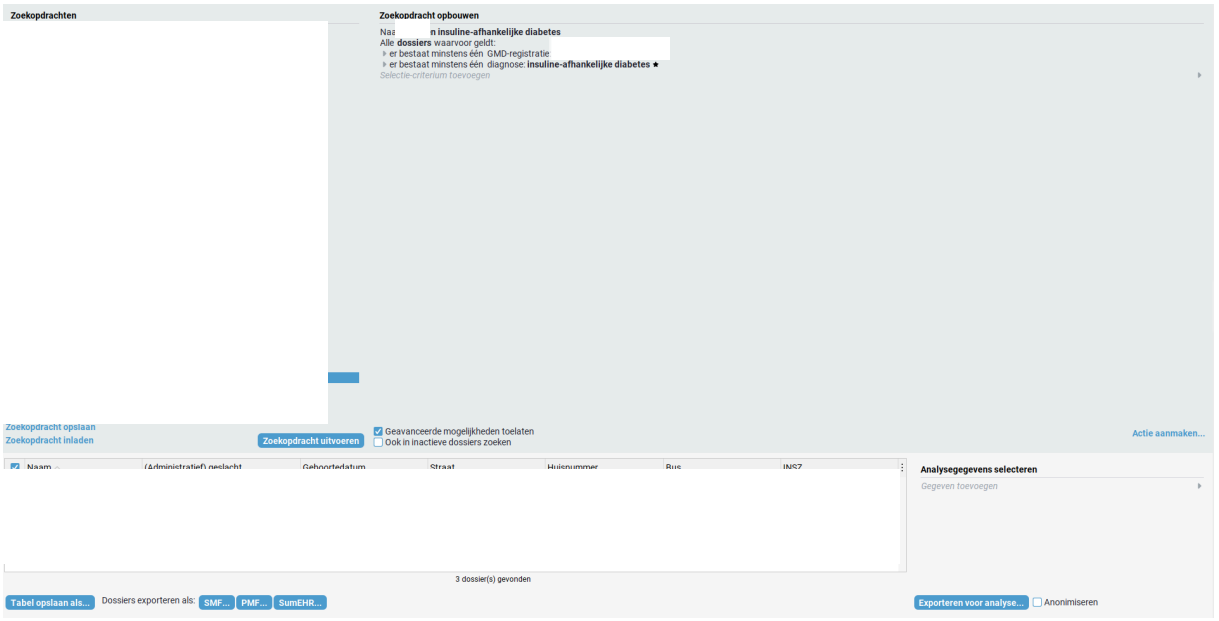

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: NIDD
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
er bestaat minstens één diagnose: diabetes NIDDM ★
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
42 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

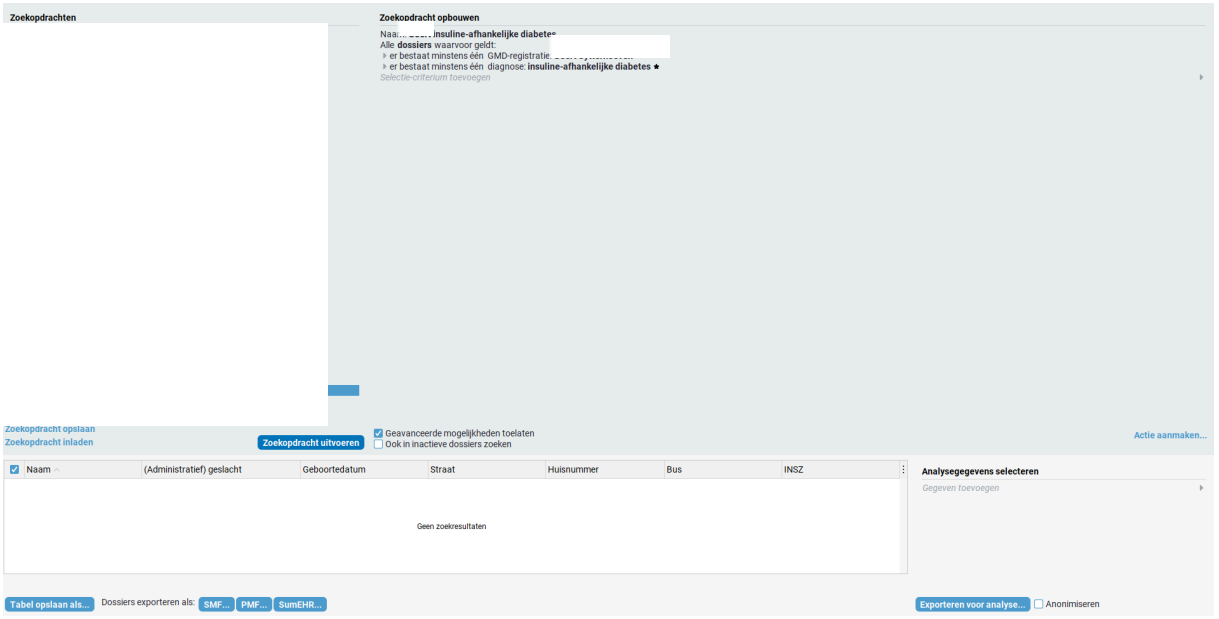

Zoekopdrachten
Naam: NIDD
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
er bestaat minstens één diagnose: diabetes NIDDM ★
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
37 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

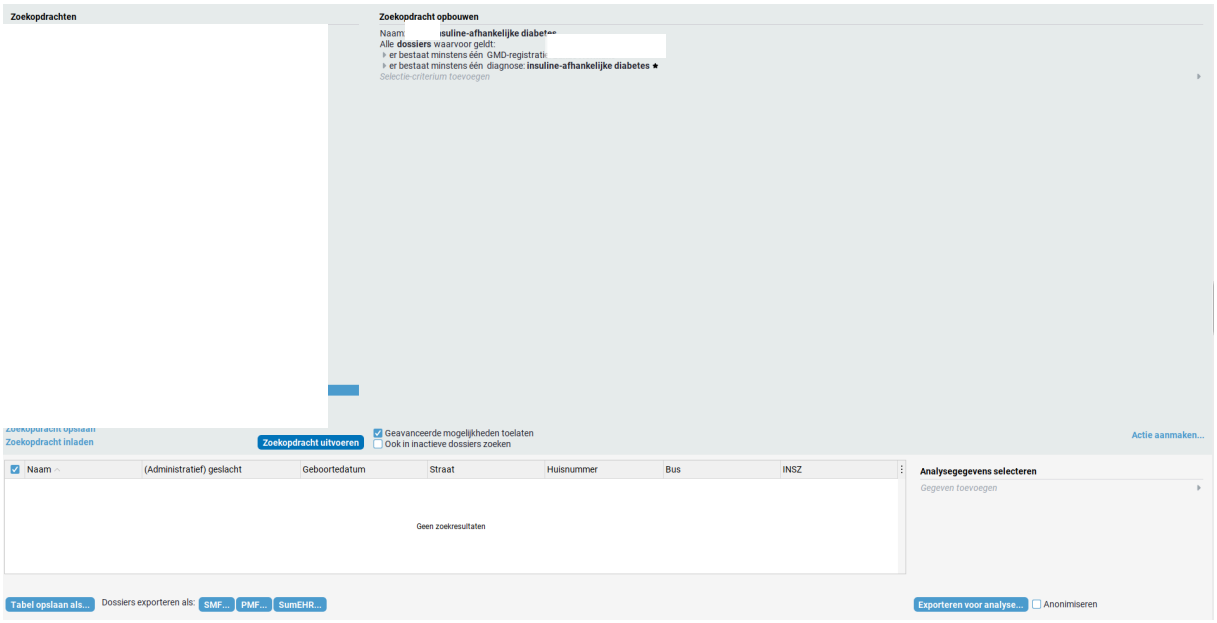

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: NIDDM
Alle dossiers
er bestaat minstens één GMD-registrat
er bestaat minstens één diagnose: diabetes NIDDM ★
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
2 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

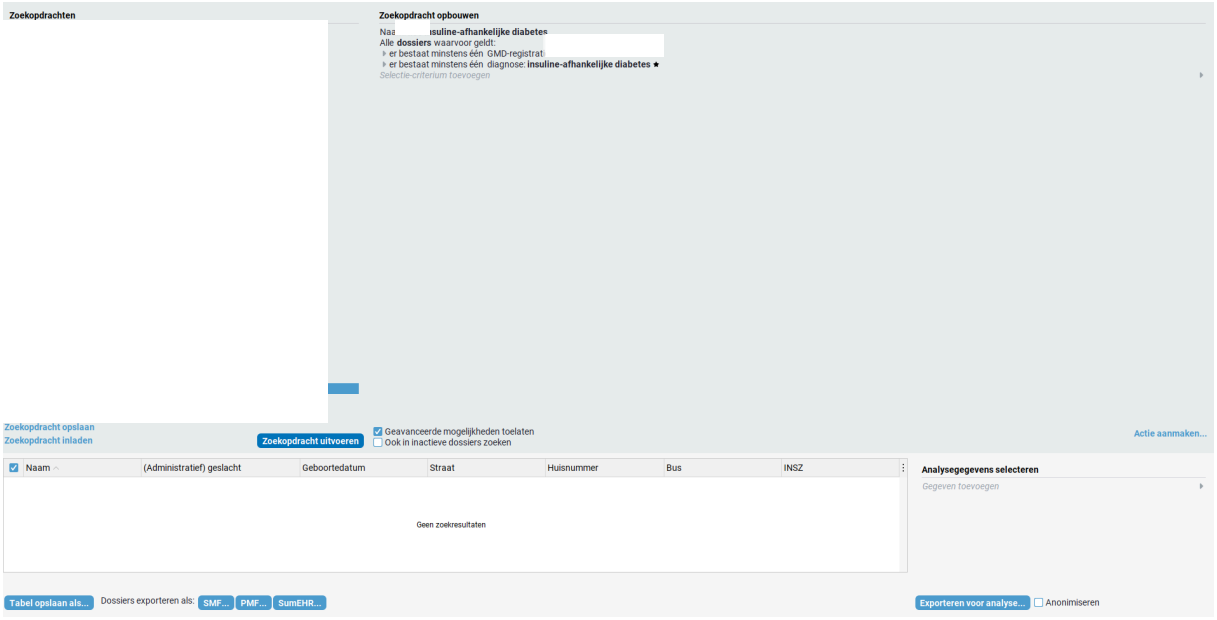

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: NIDDI
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
er bestaat minstens één diagnose: diabetes NIDDM ★
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
39 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

Diagnose insuline-afhankelijke diabetes: 3 waarvan 1 nieuwe:

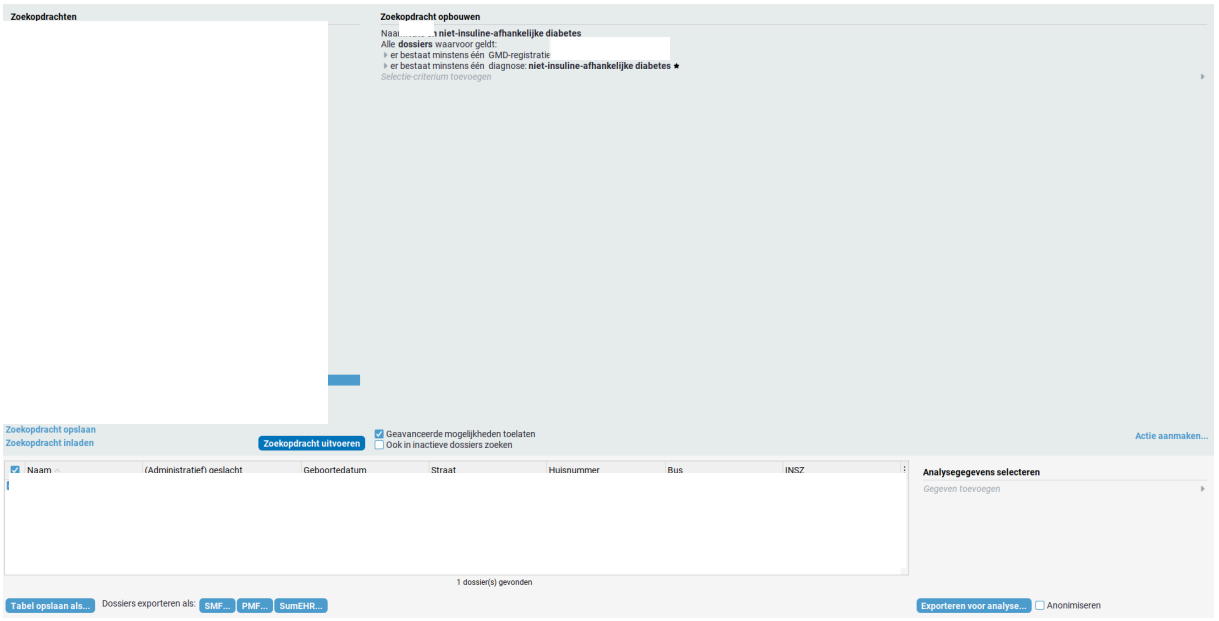


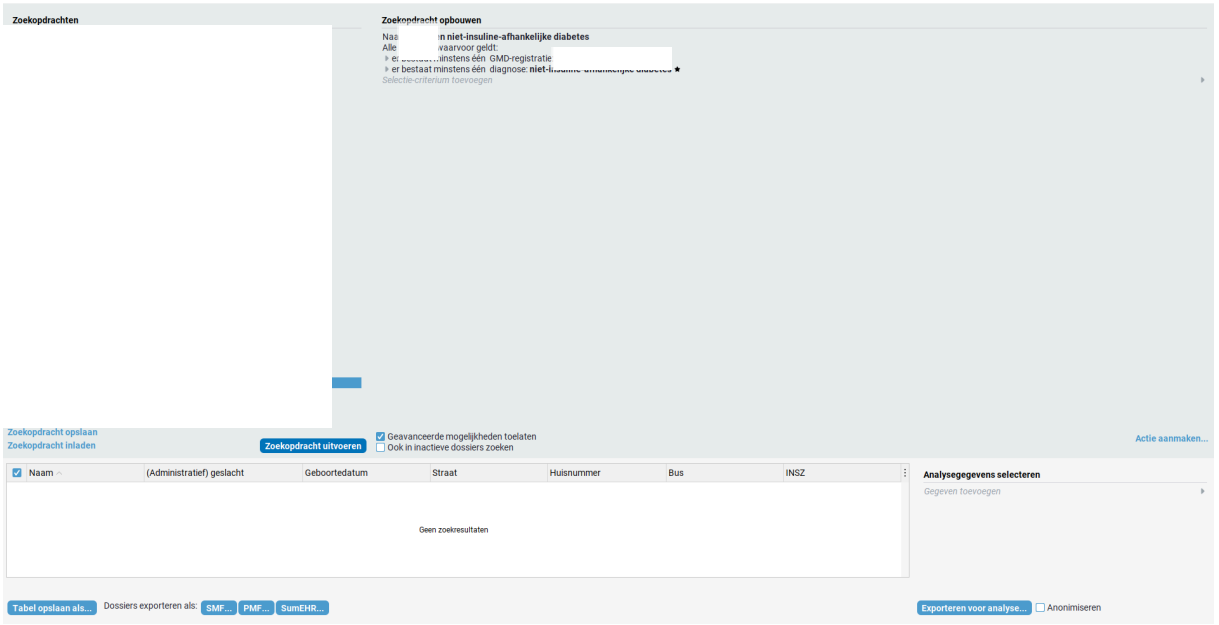


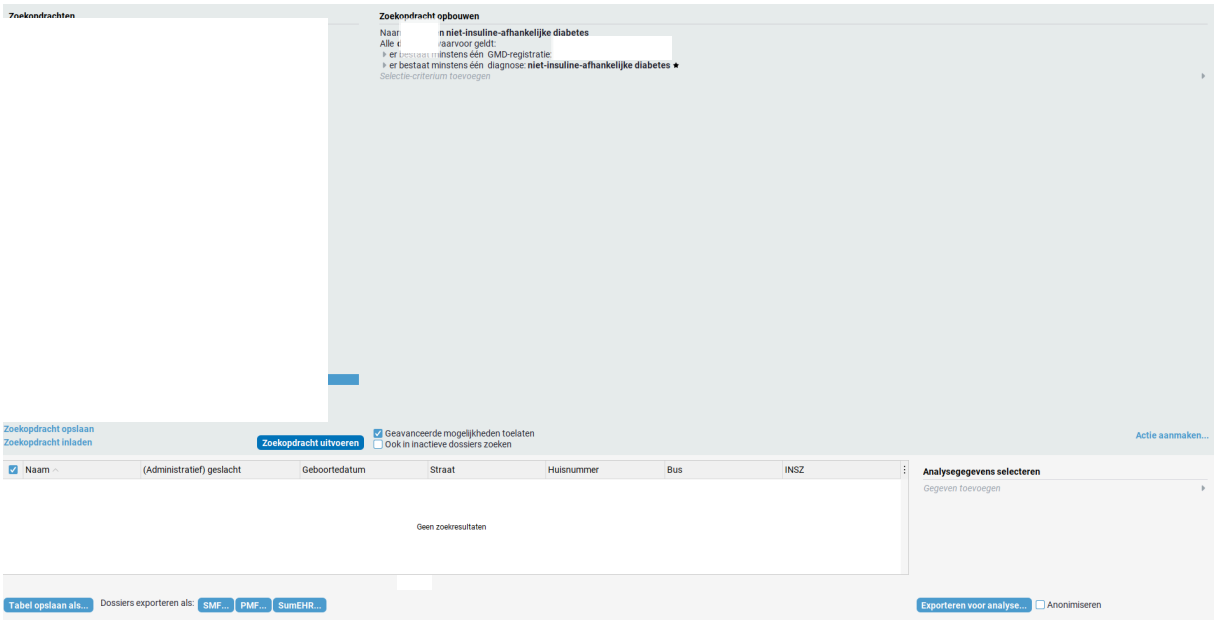

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één diagnose: insuline-afhankelijke diabetes
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Geen zoekresultaten
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

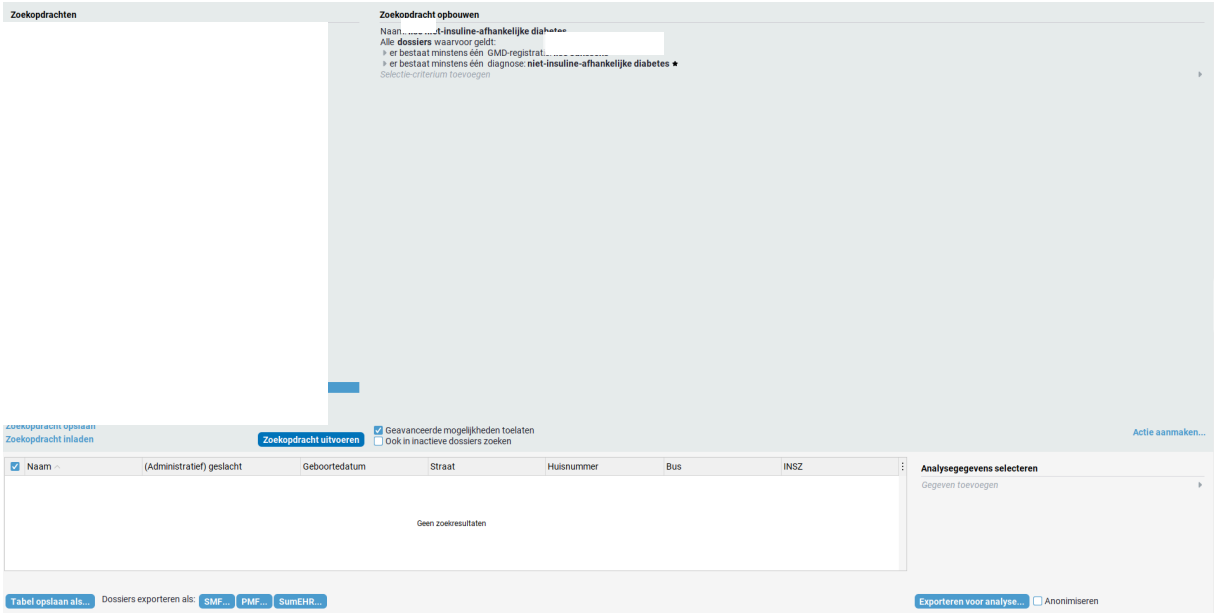

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één diagnose: insuline-afhankelijke diabetes
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Geen zoekresultaten
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

Diagnose niet-insuline afhankelijke diabetes: 1, waarvan 0 nieuwe met diabetes type 2:

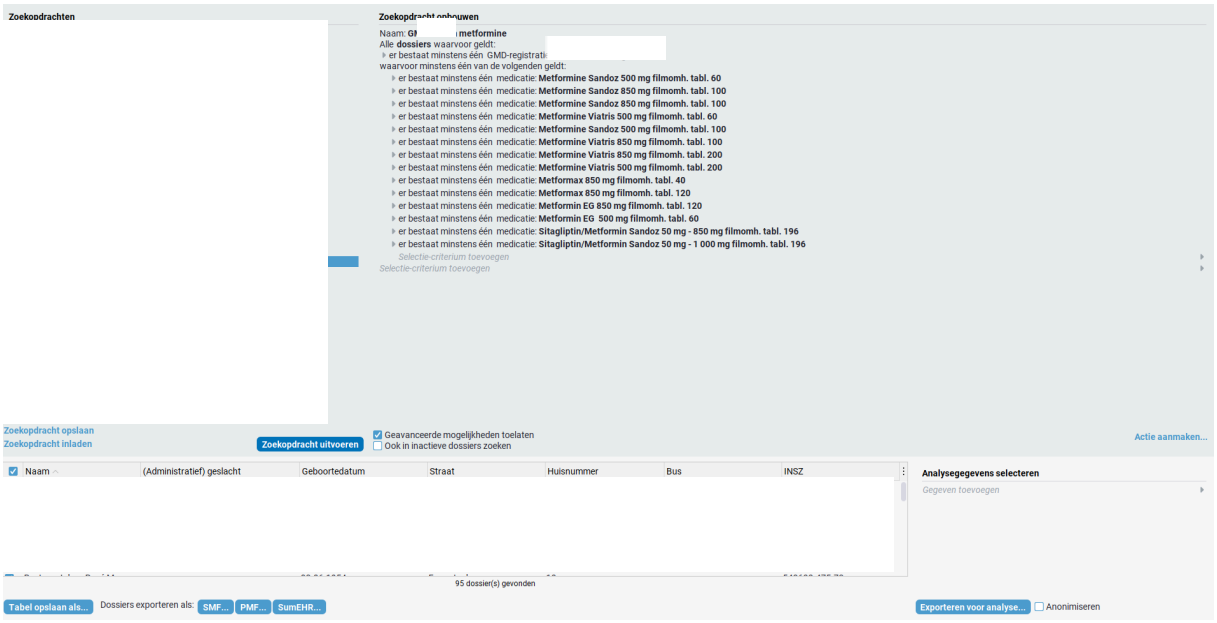


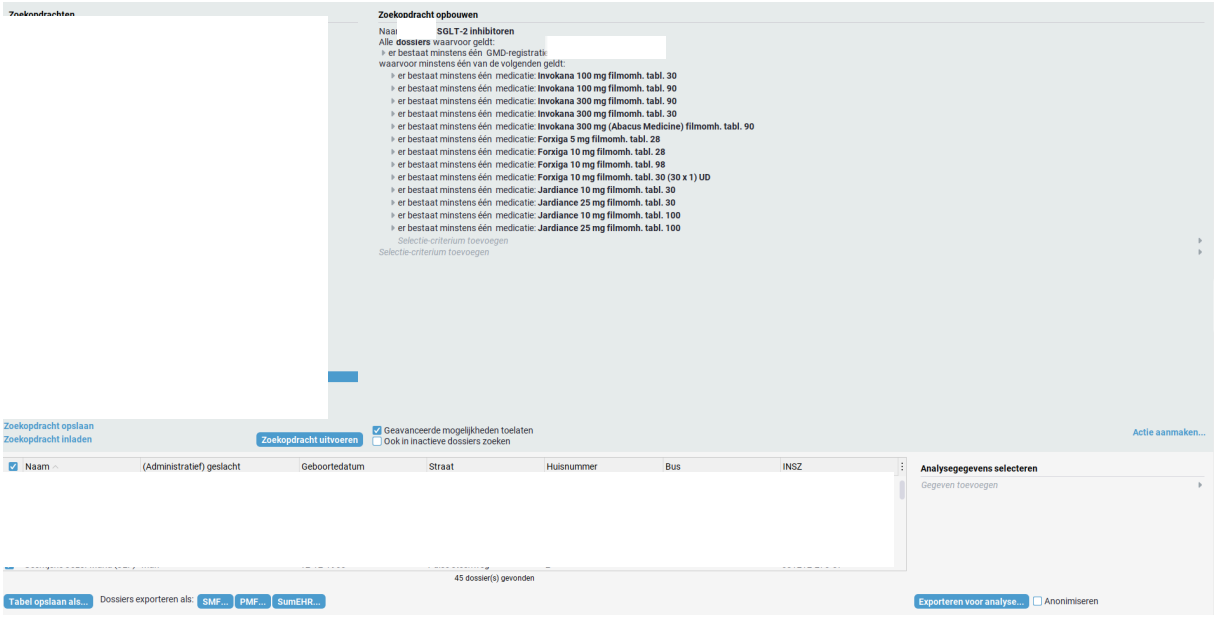


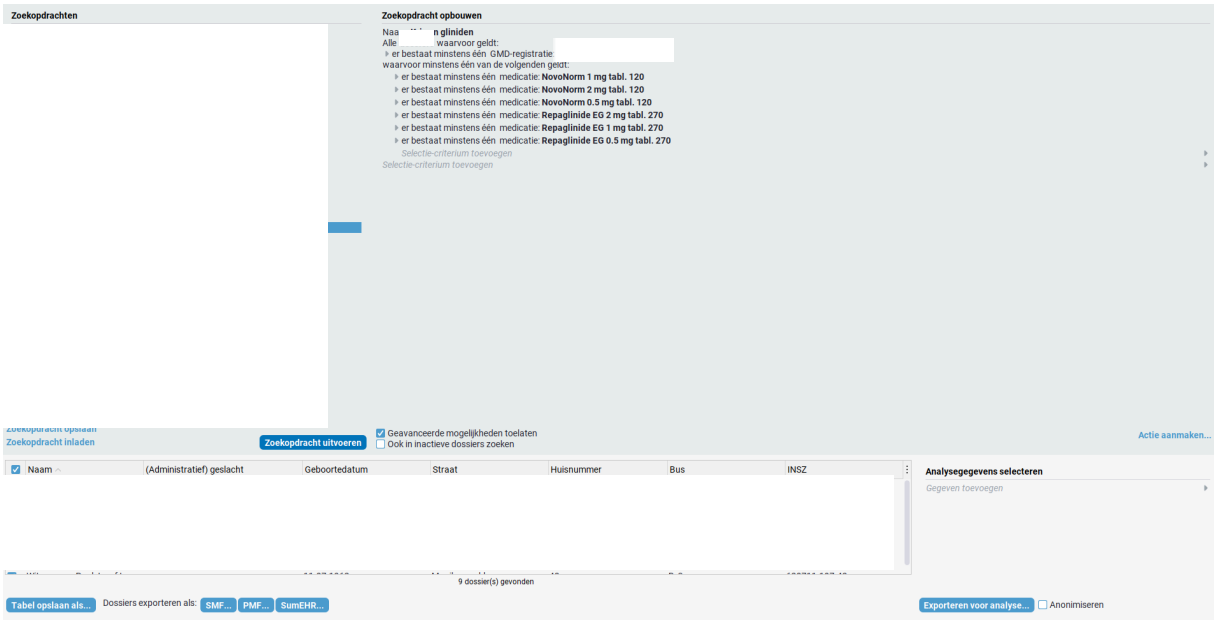


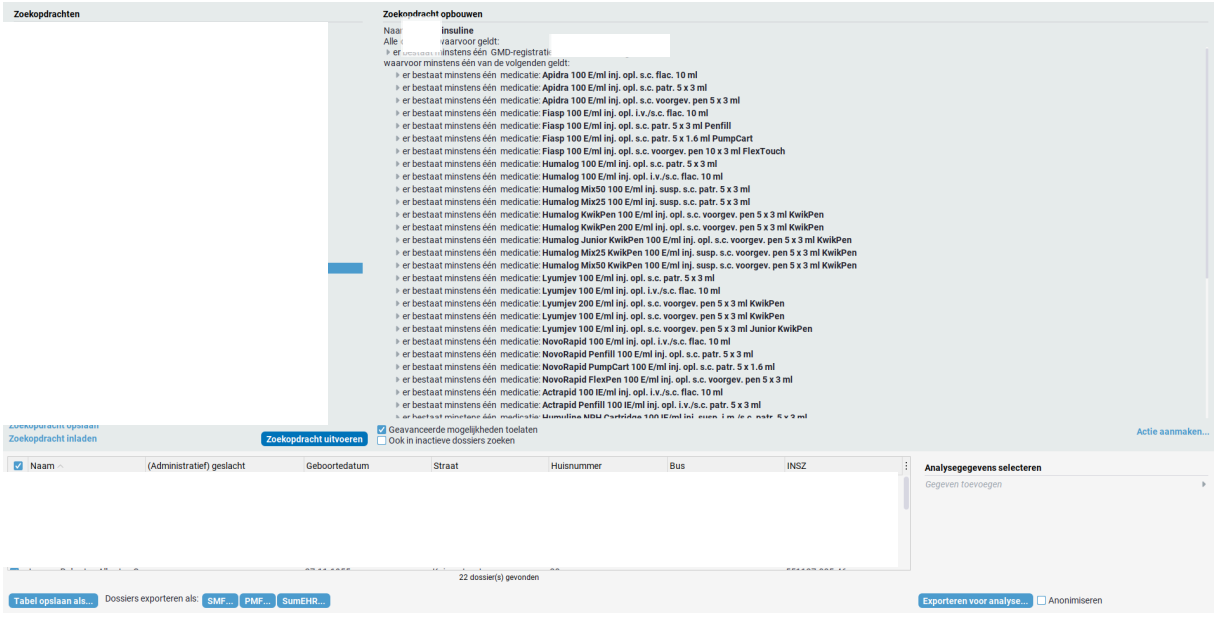


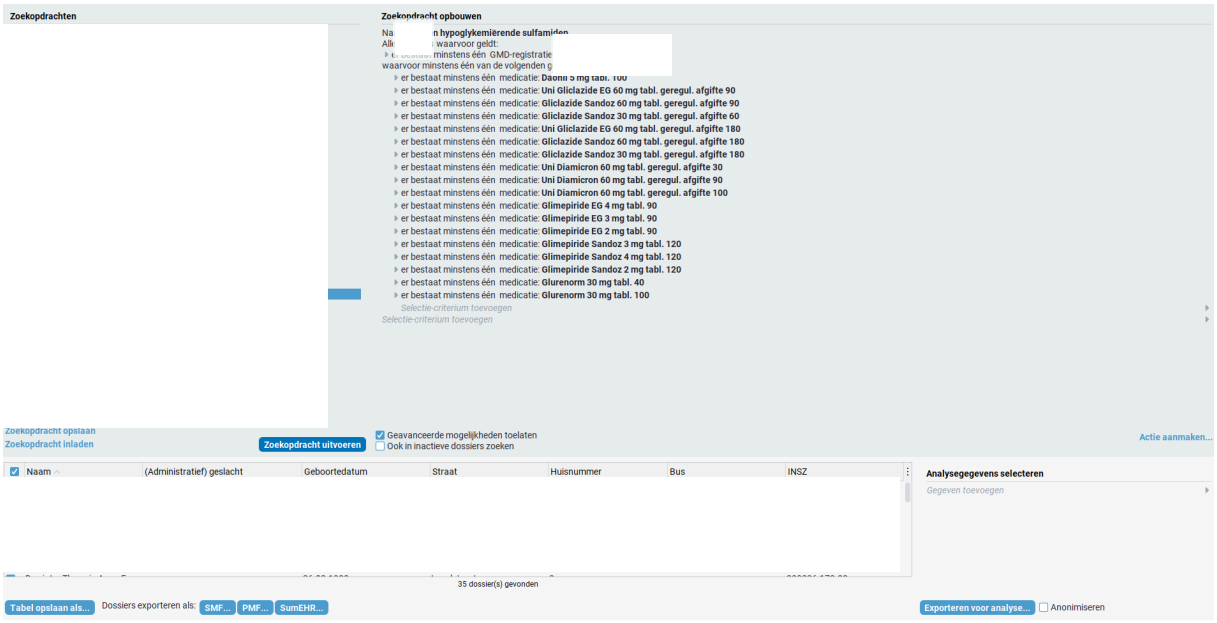
Dan verdere selectie dmv diabetesmedicatie: per medicament per GMD-houdende arts opgezocht: in totaal 698, waarvan 38 nieuwe type 2's eruit gehaald:

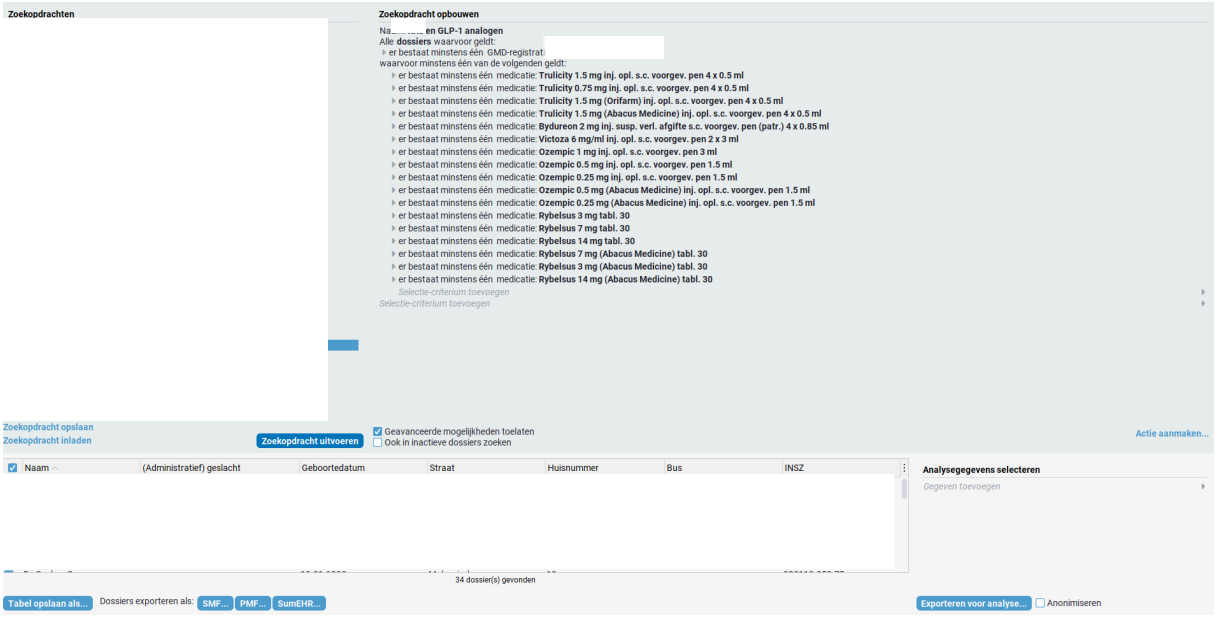

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: GI metformine
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrati
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
95 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

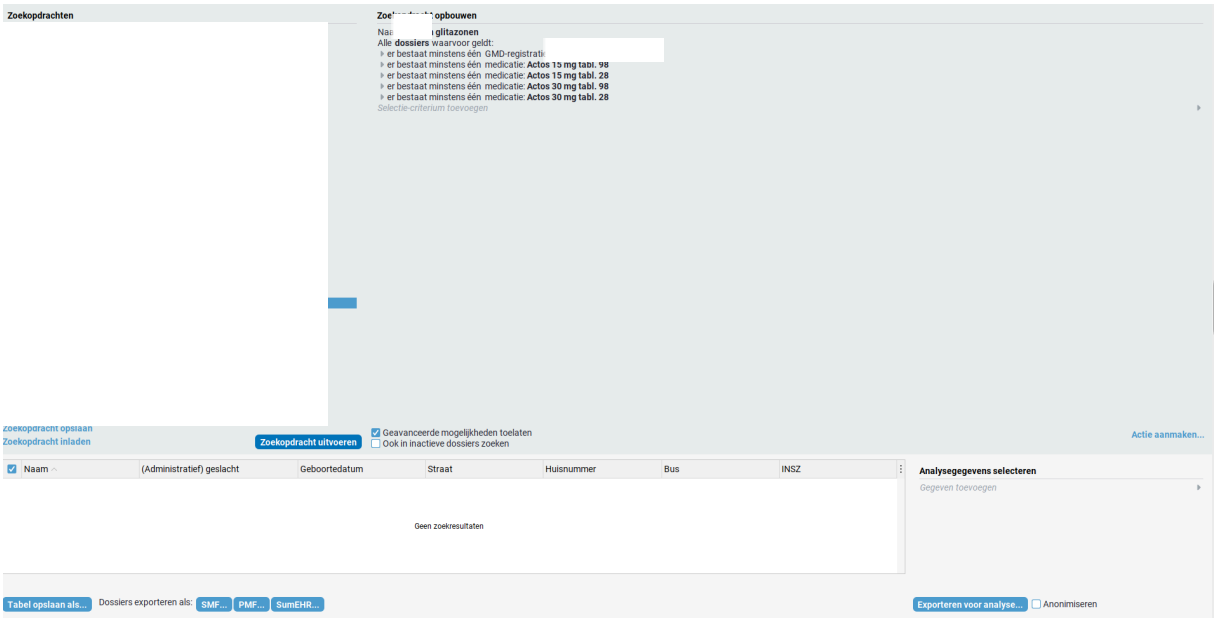

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa SGLT-2 inhibitoren
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrati
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 5 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 30 (30 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
45 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

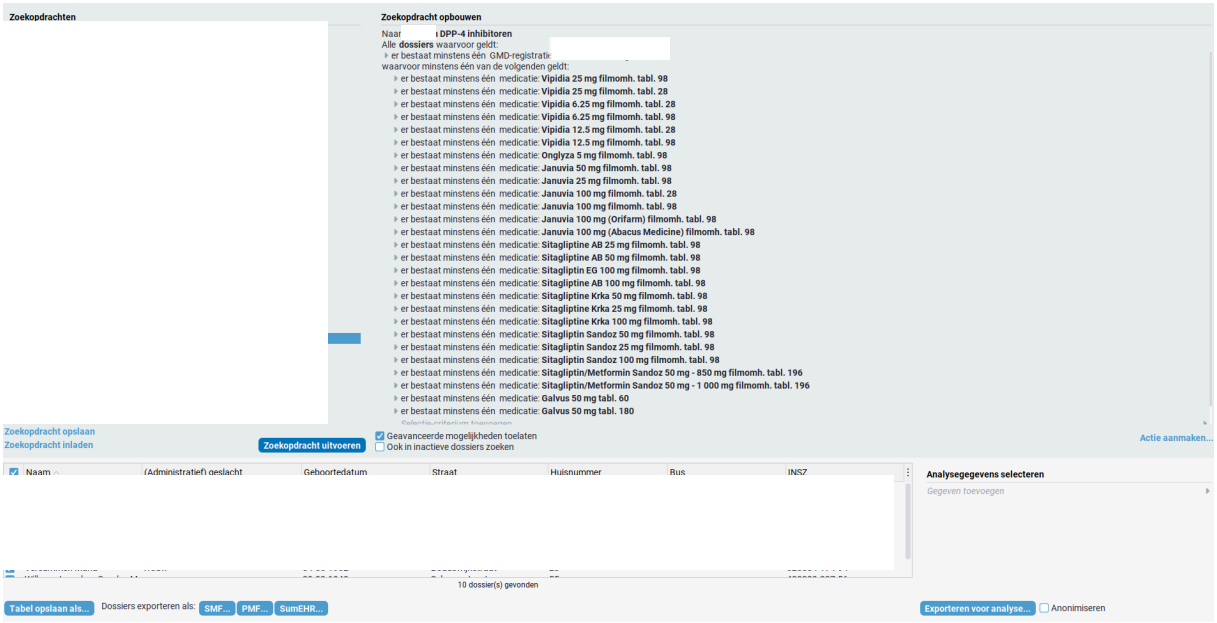

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
n gliniden
Alle waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 1 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 0.5 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 2 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 1 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 0.5 mg tabl. 270
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
9 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

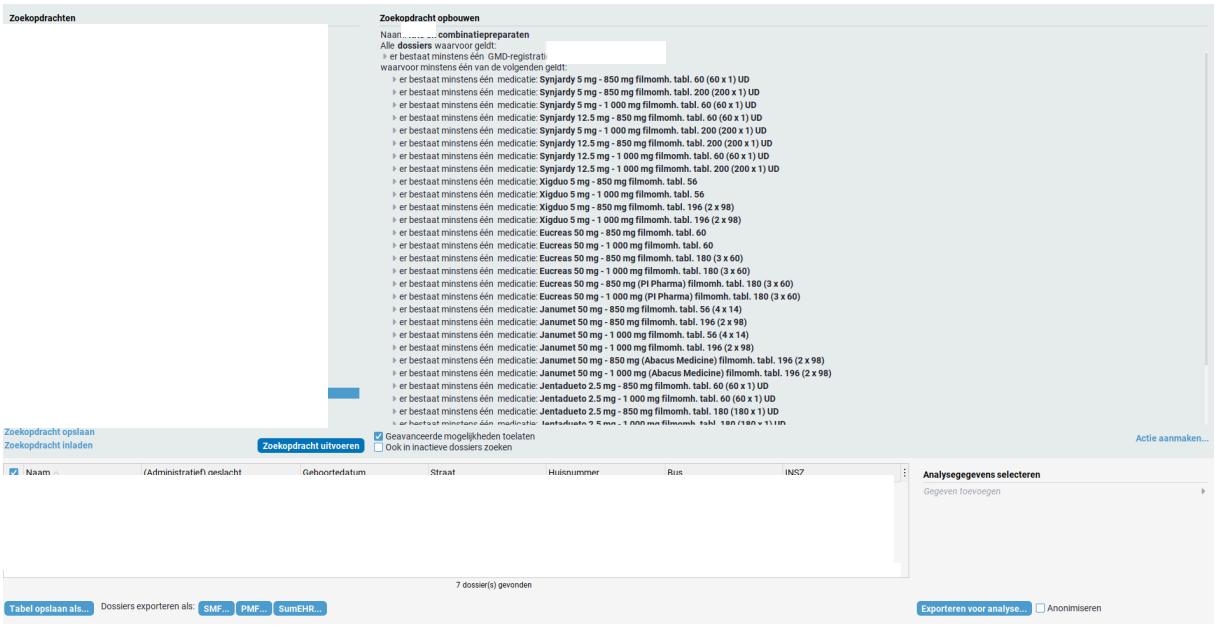

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
insuline
Alle waarvoor geldt:
instens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml Penfill
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml PumpCart
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 10 x 3 ml FlexTouch
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Junior KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml Junior KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid Penfill 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid PumpCart 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid FlexPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid Penfill 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. patr. 5 x 3 ml
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
22 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

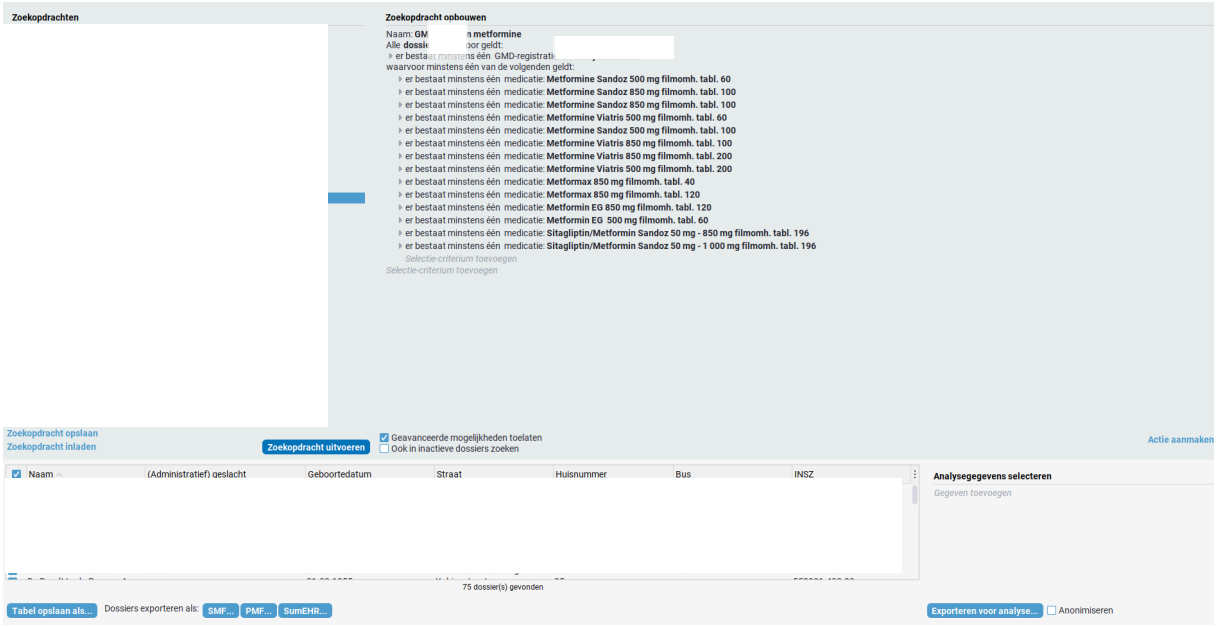

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
n hypoglykemiërende sulfamiden
waarvoor geldt:
minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden g
er bestaat minstens één medicatie: Daonil 5 mg tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 60
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 30
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 100
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 4 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 3 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 2 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 3 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 4 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
35 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

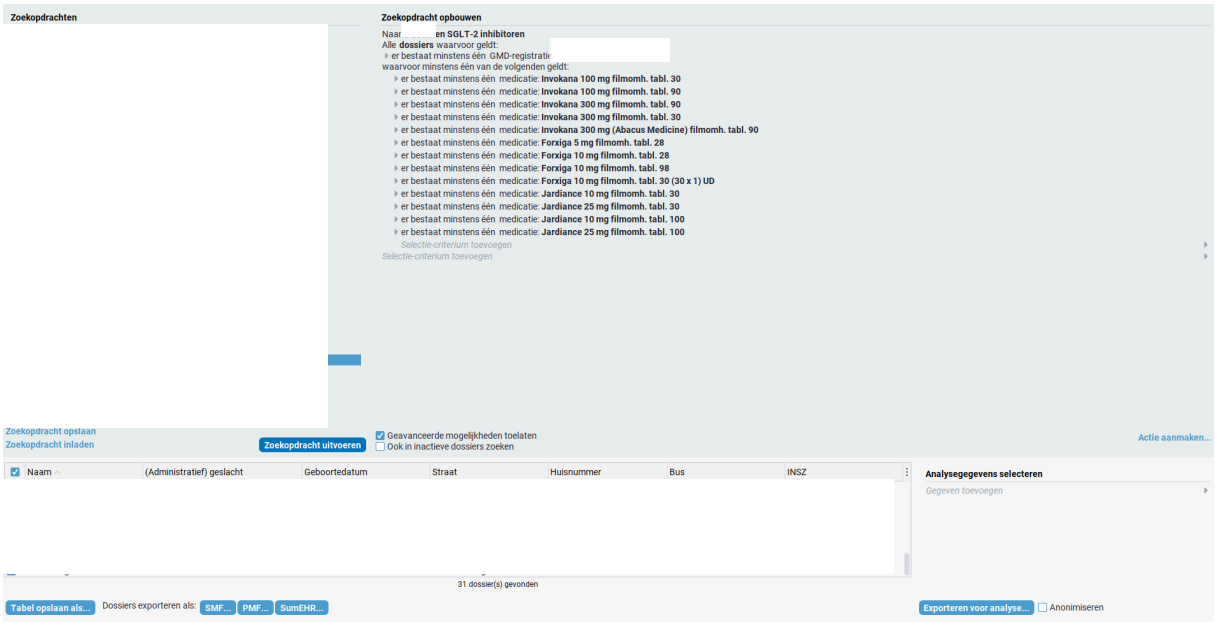

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
en GLP-1 analogen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 0.75 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg (Orifarm) inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Bydureon 2 mg inj. susp. verl. afgifte s.c. voorgev. pen (patr.) 4 x 0.85 ml
er bestaat minstens één medicatie: Victoza 6 mg/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 2 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 1 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.5 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.25 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.5 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.25 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 3 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 7 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 14 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 7 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 3 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 14 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
34 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

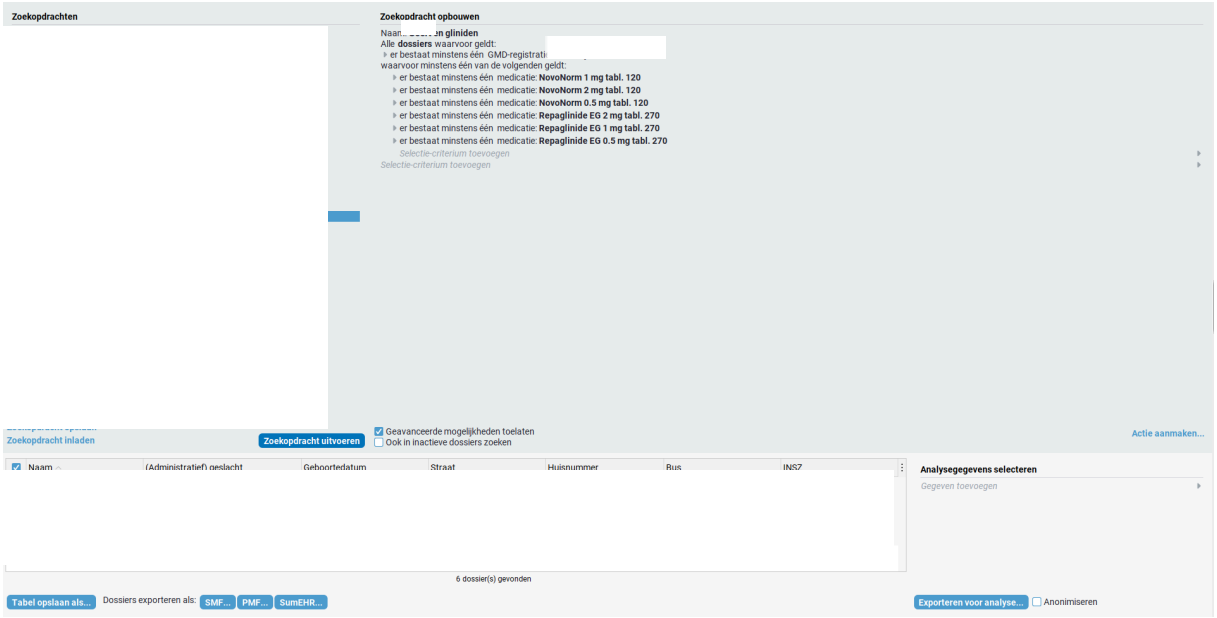

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 28
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Geen zoekresultaten
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

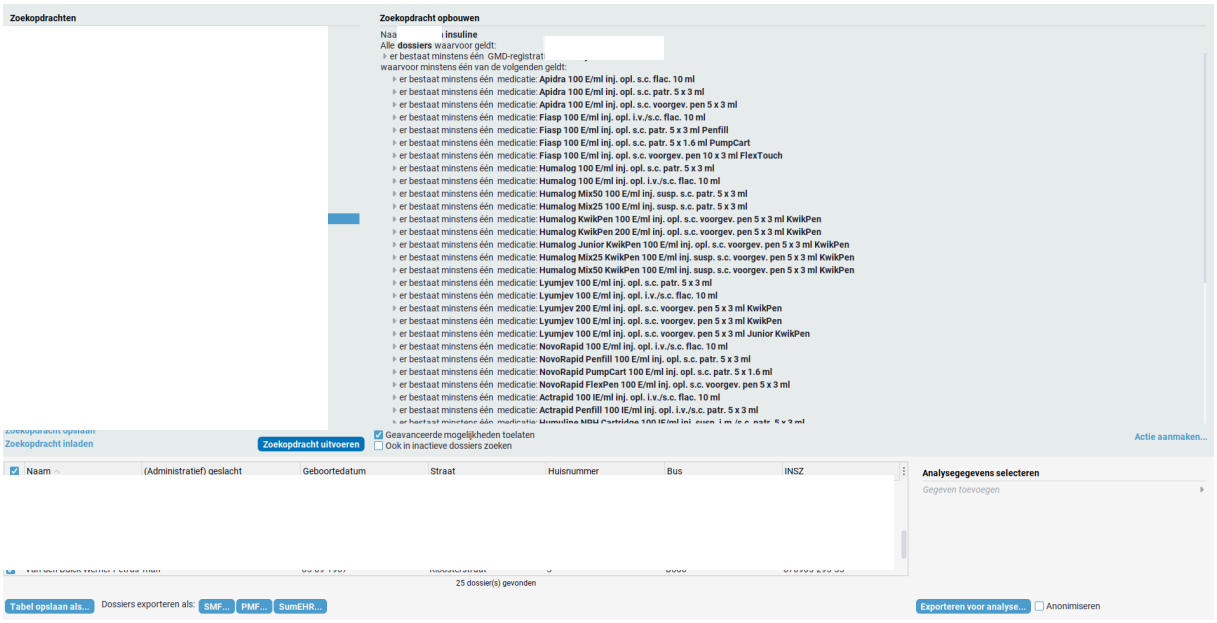

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 25 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 6.25 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 6.25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 12.5 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 12.5 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Onglyza 5 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg (Orifarm) filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine AB 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine AB 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin EG 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine AB 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine Krka 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine Krka 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine Krka 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin Sandoz 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin Sandoz 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin Sandoz 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Galvus 50 mg tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Galvus 50 mg tabl. 180
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
10 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

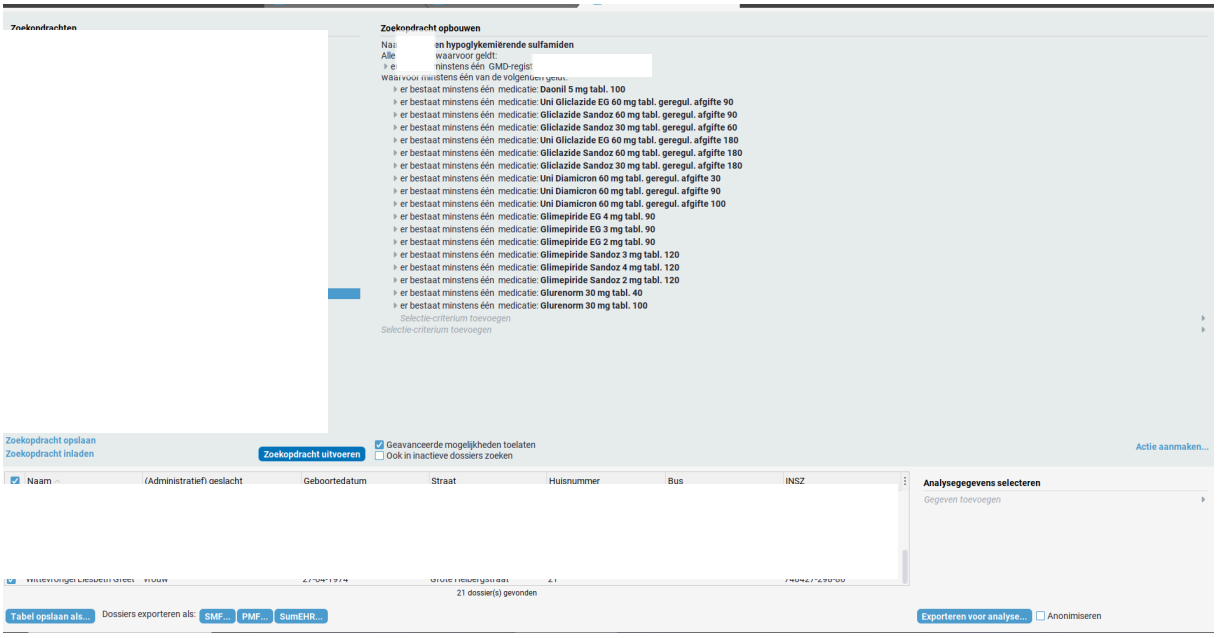

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naan..... combinatiepreparaten
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrati
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 56
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 56
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg (PI Pharma) filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg (PI Pharma) filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 56 (4 x 14)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 56 (4 x 14)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 180 (180 x 1) UD
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
7 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

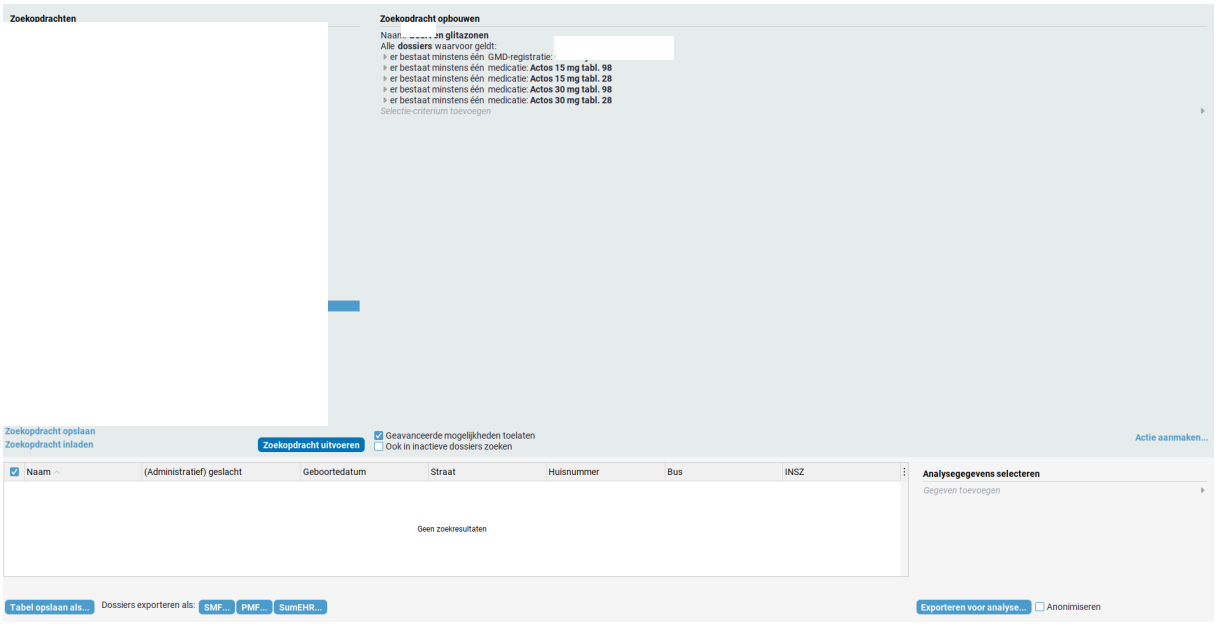

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: GM n metformine
Alle dossi oor geldt:
er besta minstens één GMD-registrati
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
75 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

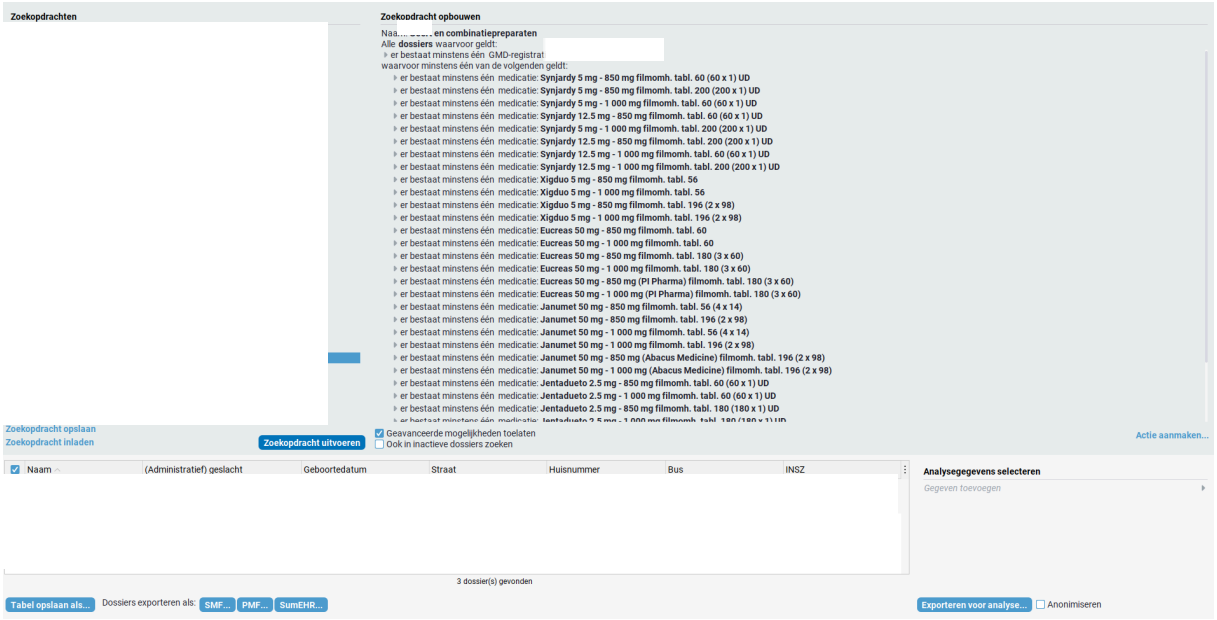

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naar [redacted]en SGLT-2 inhibitoren
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrati[redacted]
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 5 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 30 (30 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
31 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

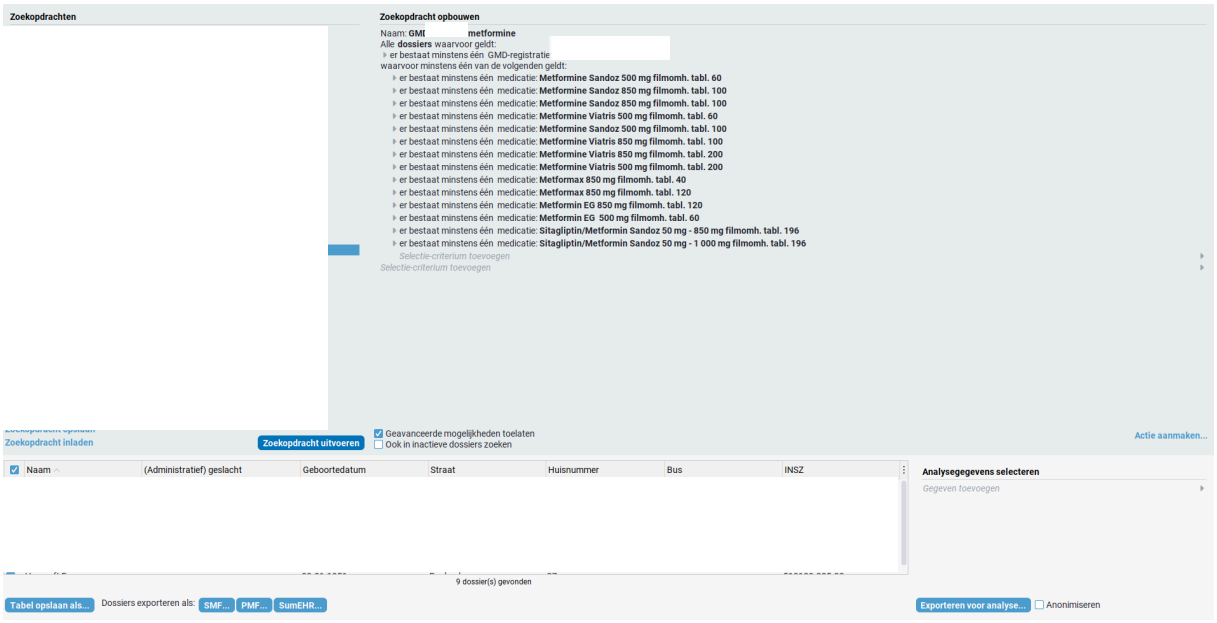

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam[redacted]n gliniden
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrati[redacted]
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 1 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 0.5 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 2 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 1 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 0.5 mg tabl. 270
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
6 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

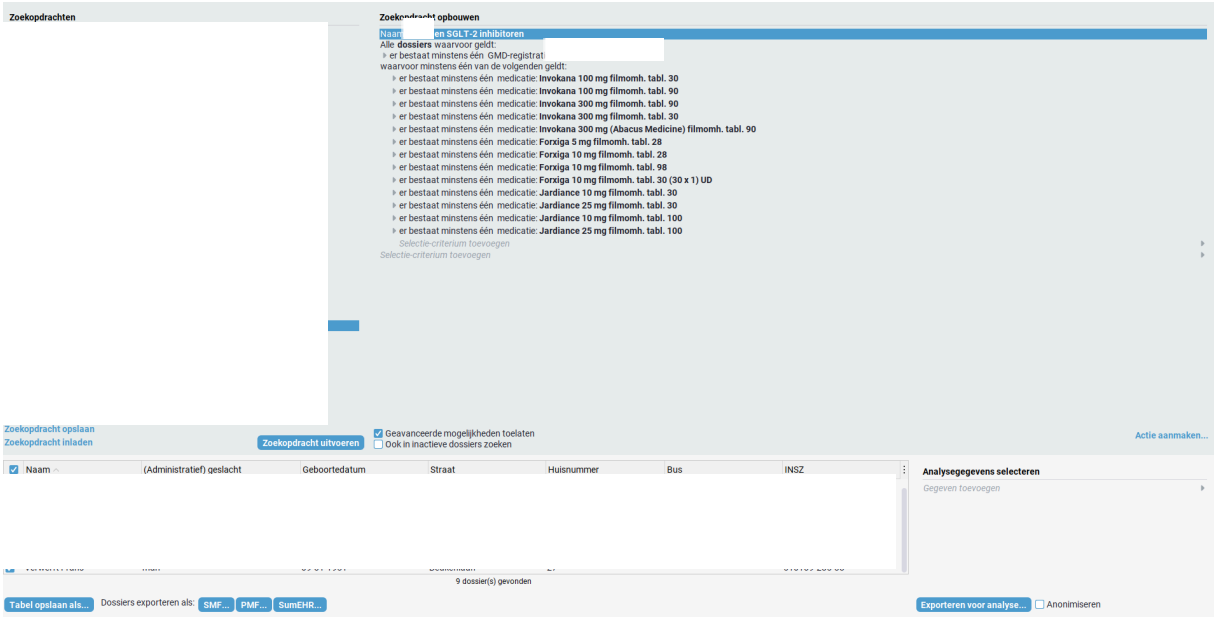

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa insuline
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml Penfill
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml PumpCart
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 10 x 3 ml FlexTouch
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Junior KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml Junior KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid Penfill 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid PumpCart 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid FlexPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid Penfill 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. patr. 5 x 3 ml
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
25 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

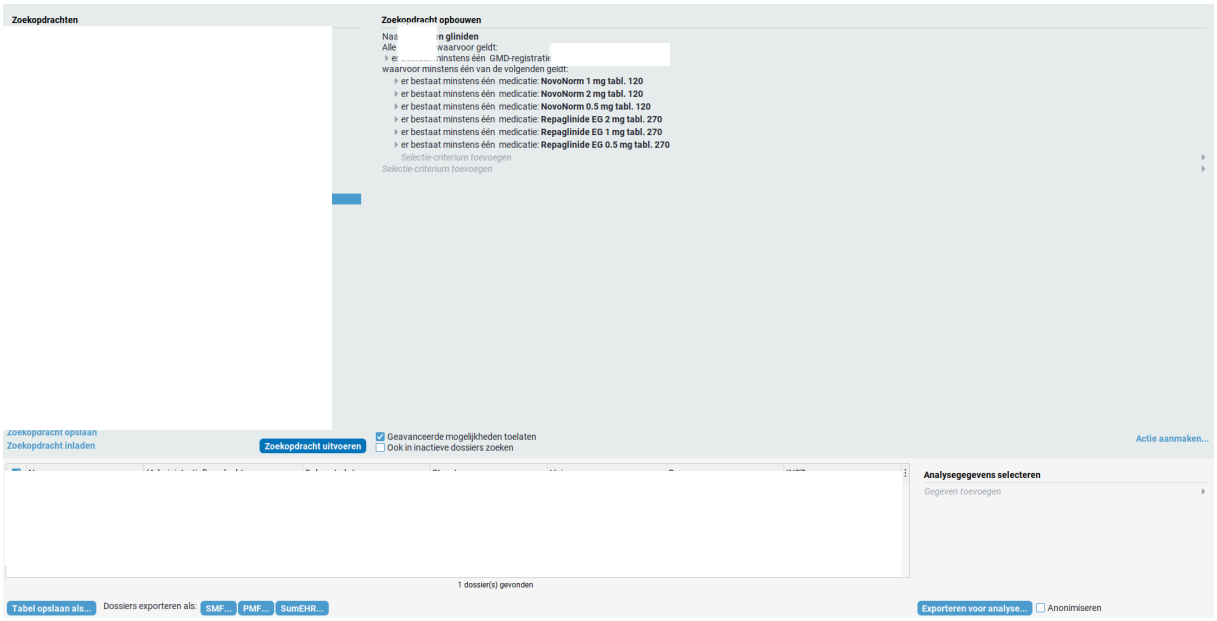

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Nai en hypoglykemiërende sulfamiden
Alle waarvoor geldt:
e ninstens één GMD-regist
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Daonil 5 mg tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 60
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 30
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 100
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 4 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 3 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 2 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 3 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 4 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
21 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

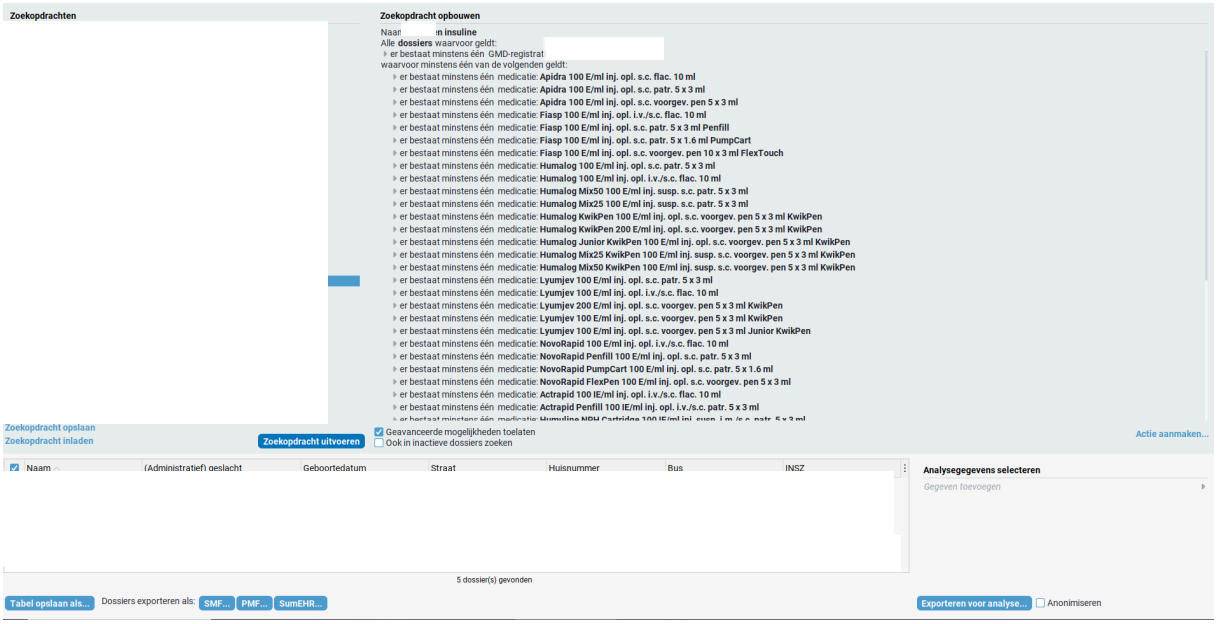

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam... ...n glitazonen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie:
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 28
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Geen zoekresultaten
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

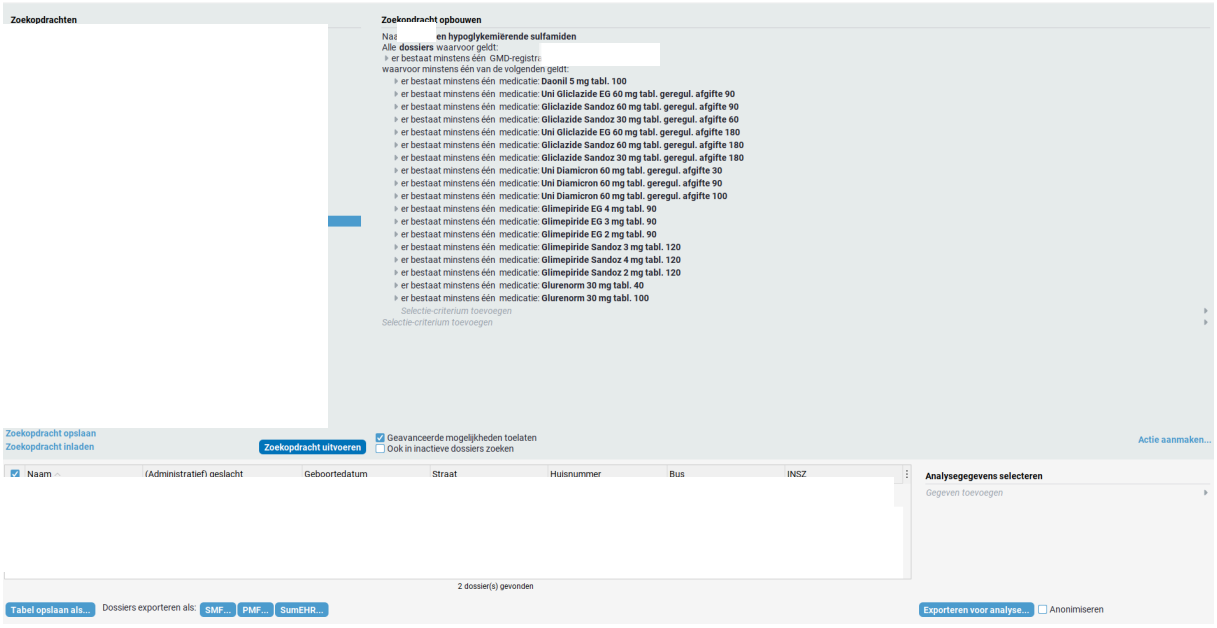

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa... ...en combinatiepreparaten
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 56
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 56
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg (PI Pharma) filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg (PI Pharma) filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 56 (4 x 14)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 56 (4 x 14)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 180 (180 x 1) UD
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
3 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

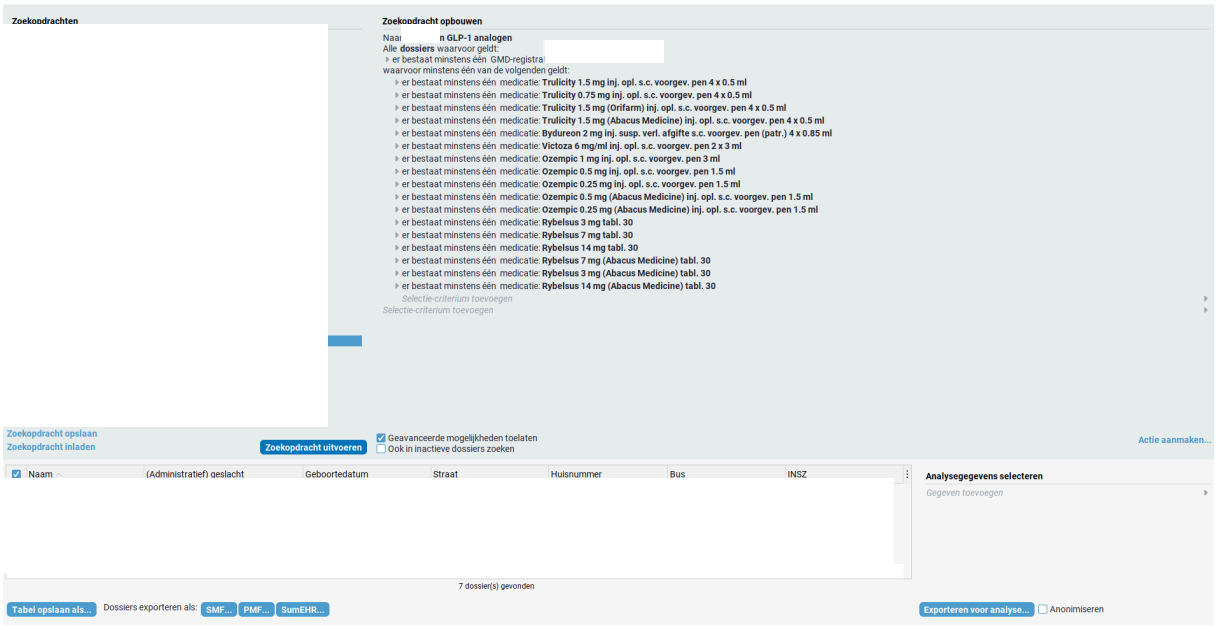

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: GMI metformine
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
9 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

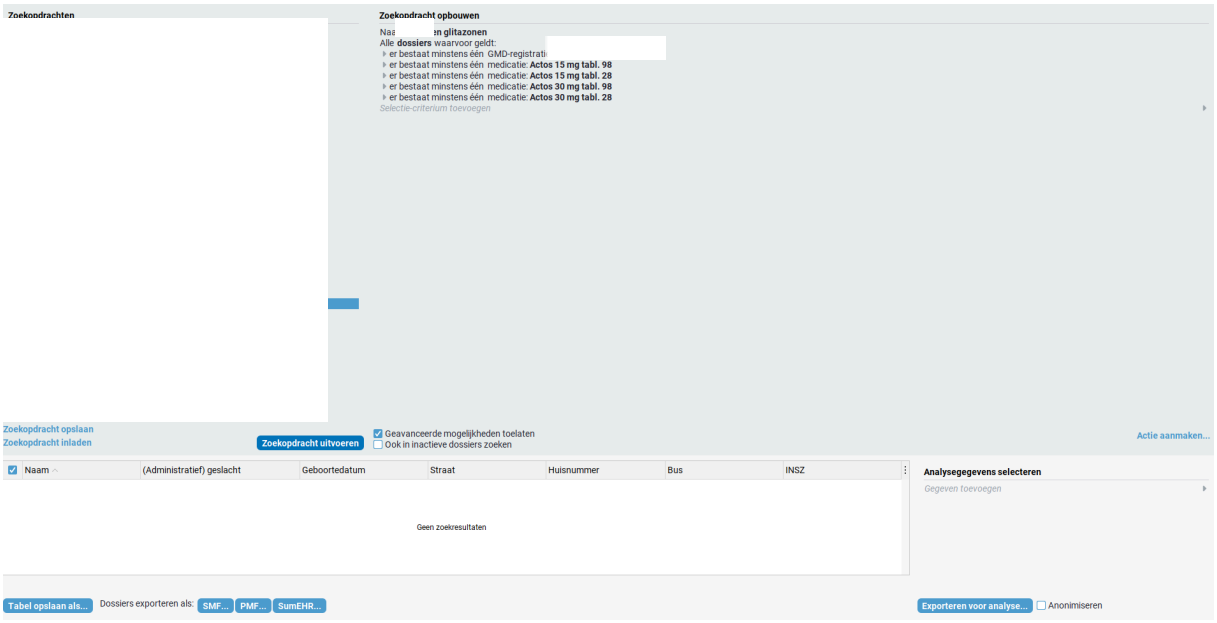

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam en SGLT-2 inhibitoren
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 5 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 30 (30 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
9 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

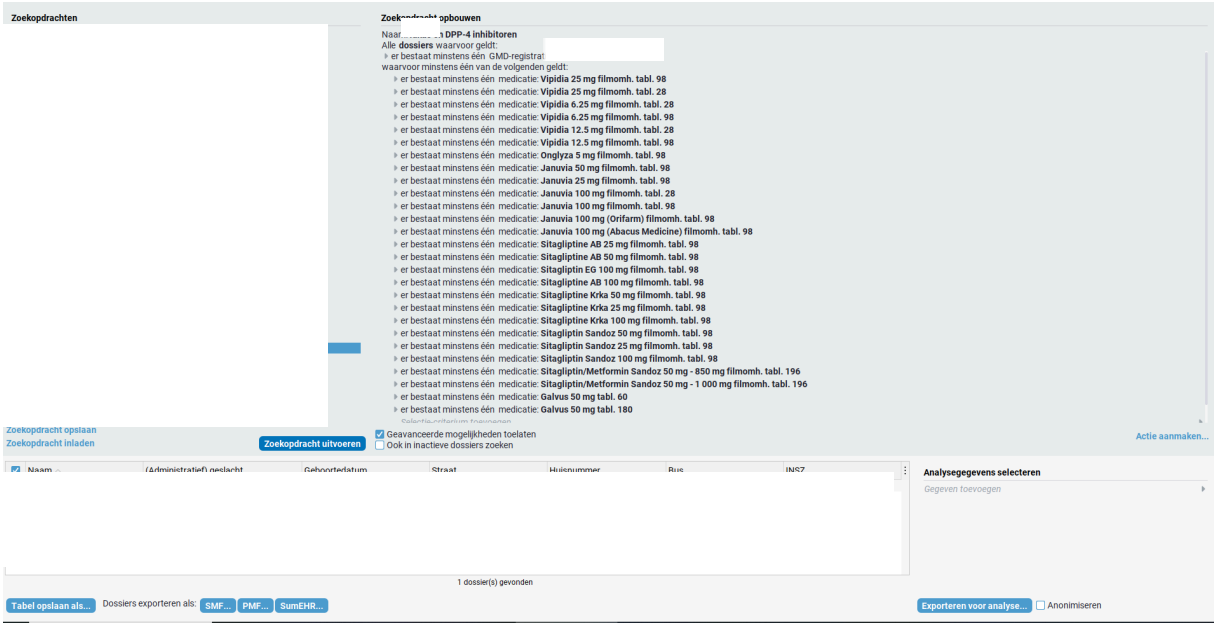

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa n gliniden
Alle waarvoor geldt:
er minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 1 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 0.5 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 2 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 1 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 0.5 mg tabl. 270
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
1 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

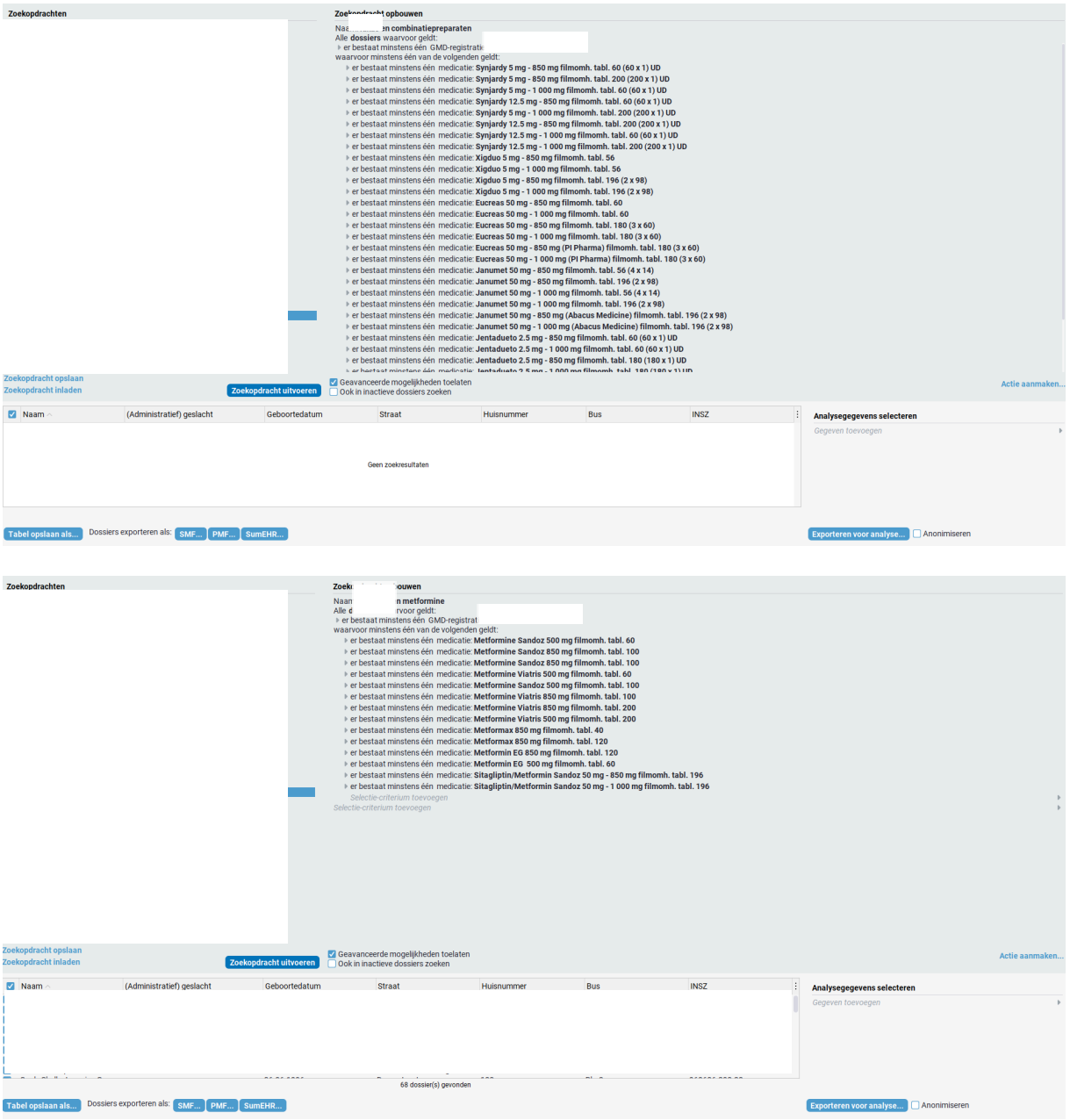

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naal n insuline
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml Penfill
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml PumpCart
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 10 x 3 ml FlexTouch
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Junior KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml Junior KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid Penfill 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid PumpCart 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid FlexPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid Penfill 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. patr. 5 x 3 ml
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
5 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa en hypoglykemierende sulfamiden
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registra
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Daonil 5 mg tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 60
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 30
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 100
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 4 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 3 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 2 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 3 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 4 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
2 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

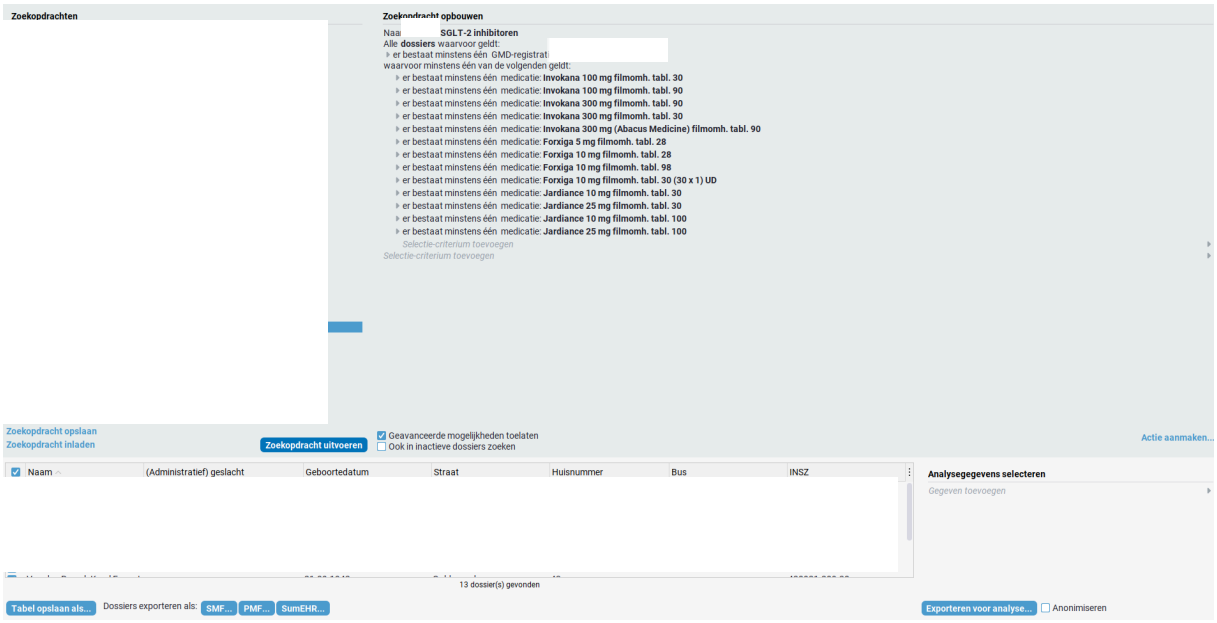

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa n GLP-1 analogen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registra
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 0.75 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg (Orifarm) inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Bydureon 2 mg inj. susp. verl. afgifte s.c. voorgev. pen (patr.) 4 x 0.85 ml
er bestaat minstens één medicatie: Victoza 6 mg/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 2 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 1 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.5 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.25 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.5 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.25 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 3 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 7 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 14 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 7 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 3 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 14 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
7 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

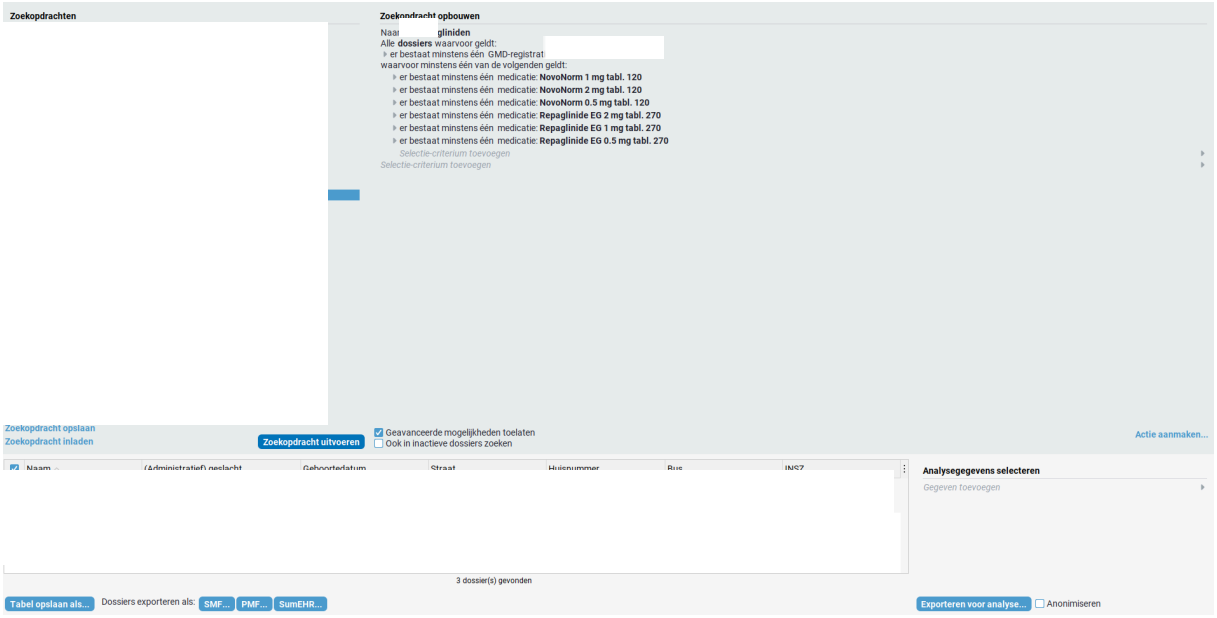

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa n glitazonen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrati
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 28
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Geen zoekresultaten
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

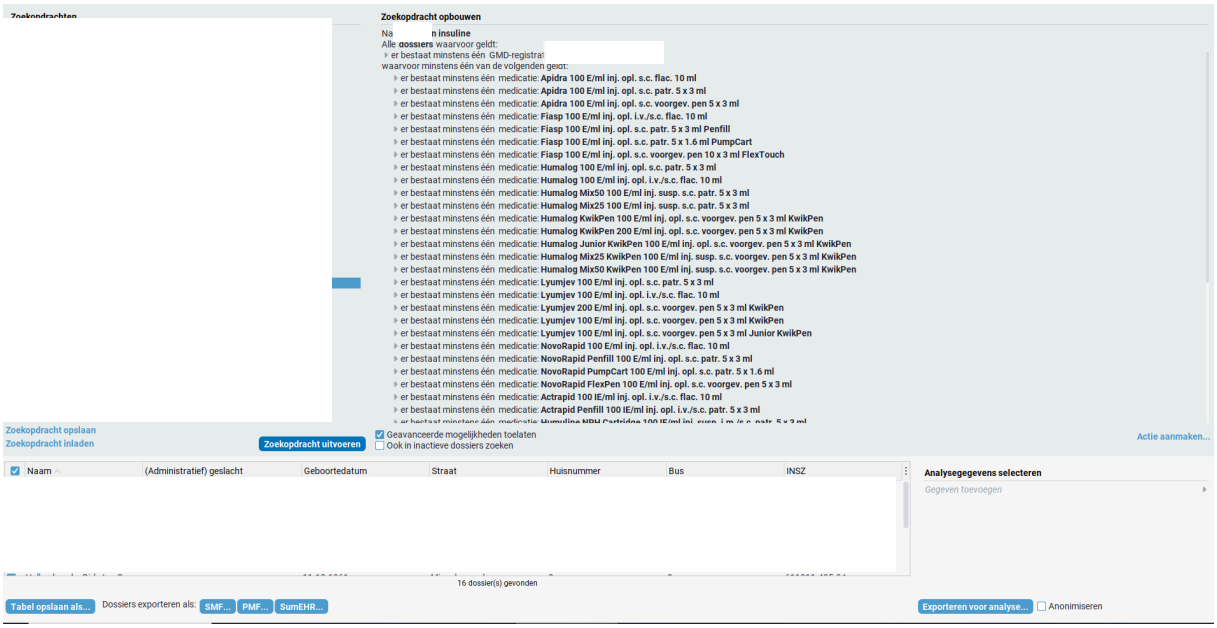

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naaf DPP-4 inhibitoren
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 25 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 6.25 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 6.25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 12.5 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Vipidia 12.5 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Onglyza 5 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg (Orifarm) filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Januvia 100 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine AB 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine AB 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin EG 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine AB 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine Krka 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine Krka 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptine Krka 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin Sandoz 50 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin Sandoz 25 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin Sandoz 100 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Galvus 50 mg tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Galvus 50 mg tabl. 180
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
1 dossier(s) gevonden
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

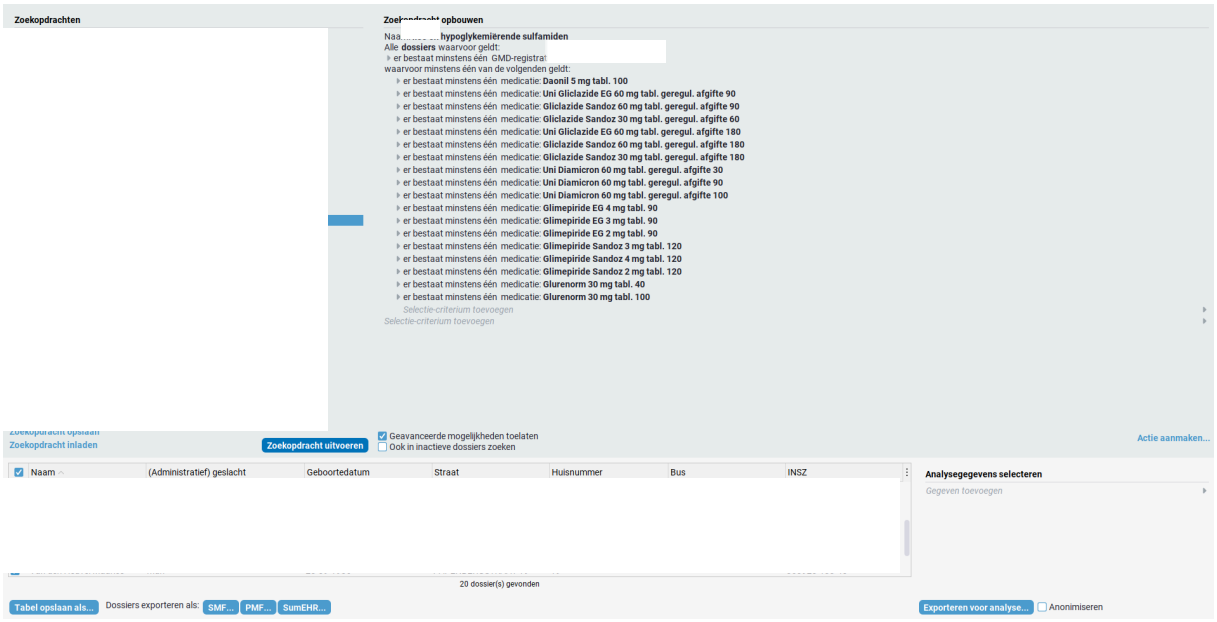

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgende geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Synjardy 12.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 200 (200 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 56
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 56
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Xigduo 5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 850 mg (PI Pharma) filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Eucreas 50 mg - 1 000 mg (PI Pharma) filmomh. tabl. 180 (3 x 60)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 56 (4 x 14)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 56 (4 x 14)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 850 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Janumet 50 mg - 1 000 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 196 (2 x 98)
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 60 (60 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jentadueto 2.5 mg - 850 mg filmomh. tabl. 180 (180 x 1) UD
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Geen zoekresultaten
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

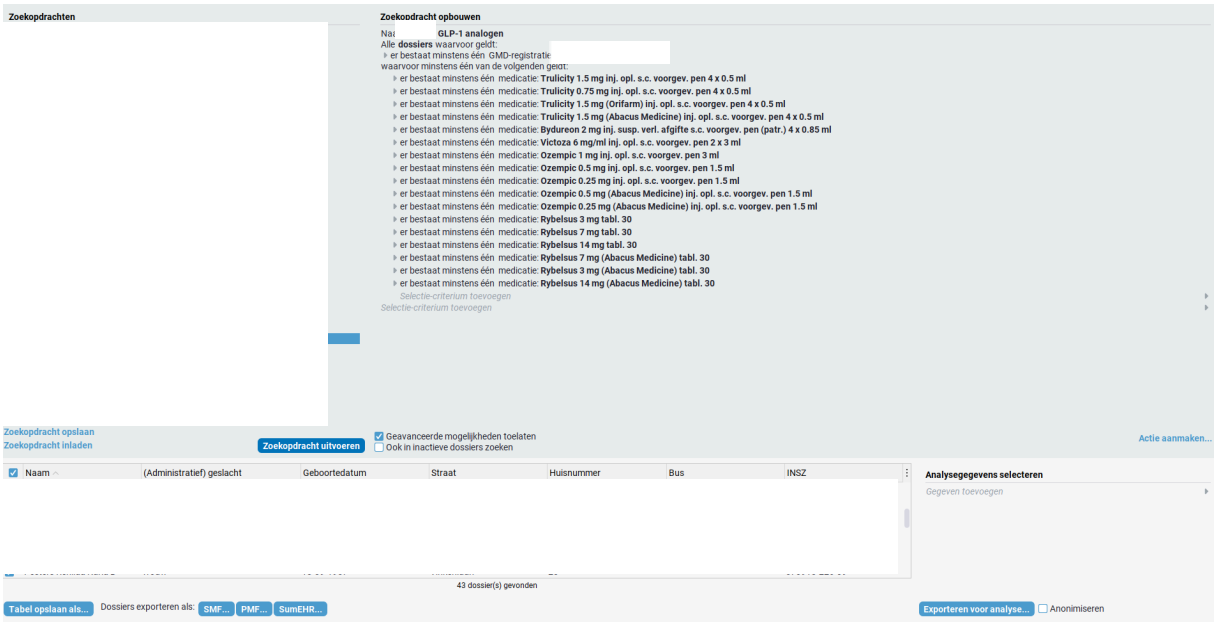
Zoekopdrachten
Naam metformine
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgende geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Sandoz 500 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 850 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformine Viatris 500 mg filmomh. tabl. 200
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Metformax 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 850 mg filmomh. tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Metformin EG 500 mg filmomh. tabl. 60
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 850 mg filmomh. tabl. 196
er bestaat minstens één medicatie: Sitagliptin/Metformin Sandoz 50 mg - 1 000 mg filmomh. tabl. 196
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
68 dossier(s) gevonden
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

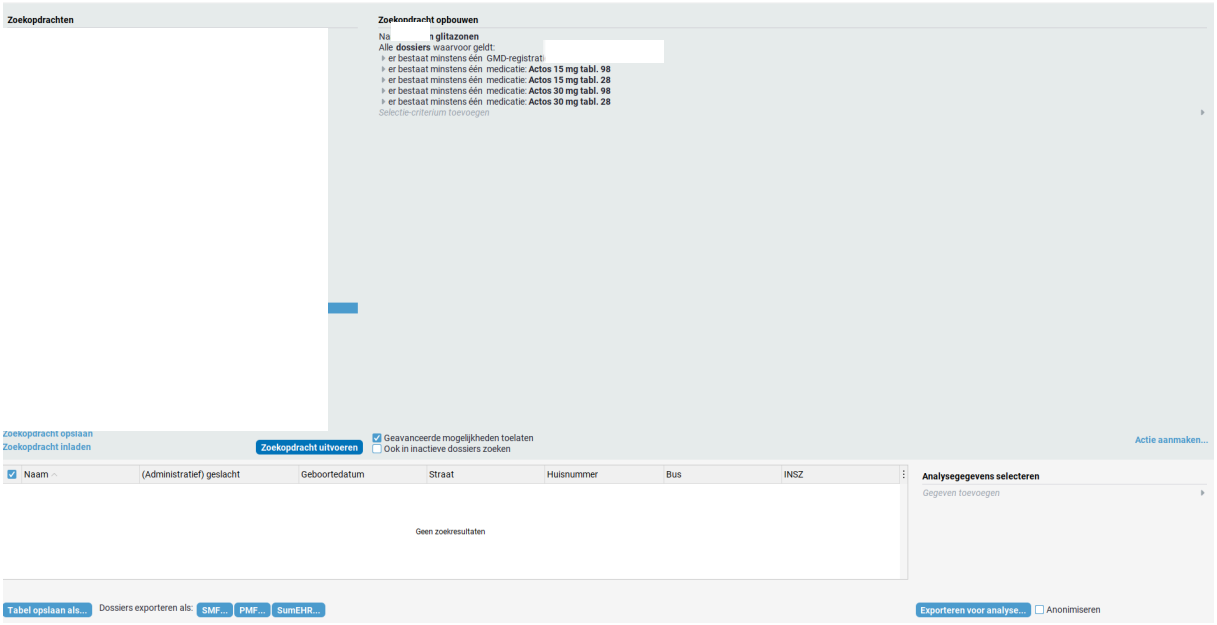

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa SGLT-2 inhibitoren
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 100 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Invokana 300 mg (Abacus Medicine) filmomh. tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 5 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Forxiga 10 mg filmomh. tabl. 30 (30 x 1) UD
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 10 mg filmomh. tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Jardiance 25 mg filmomh. tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
13 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

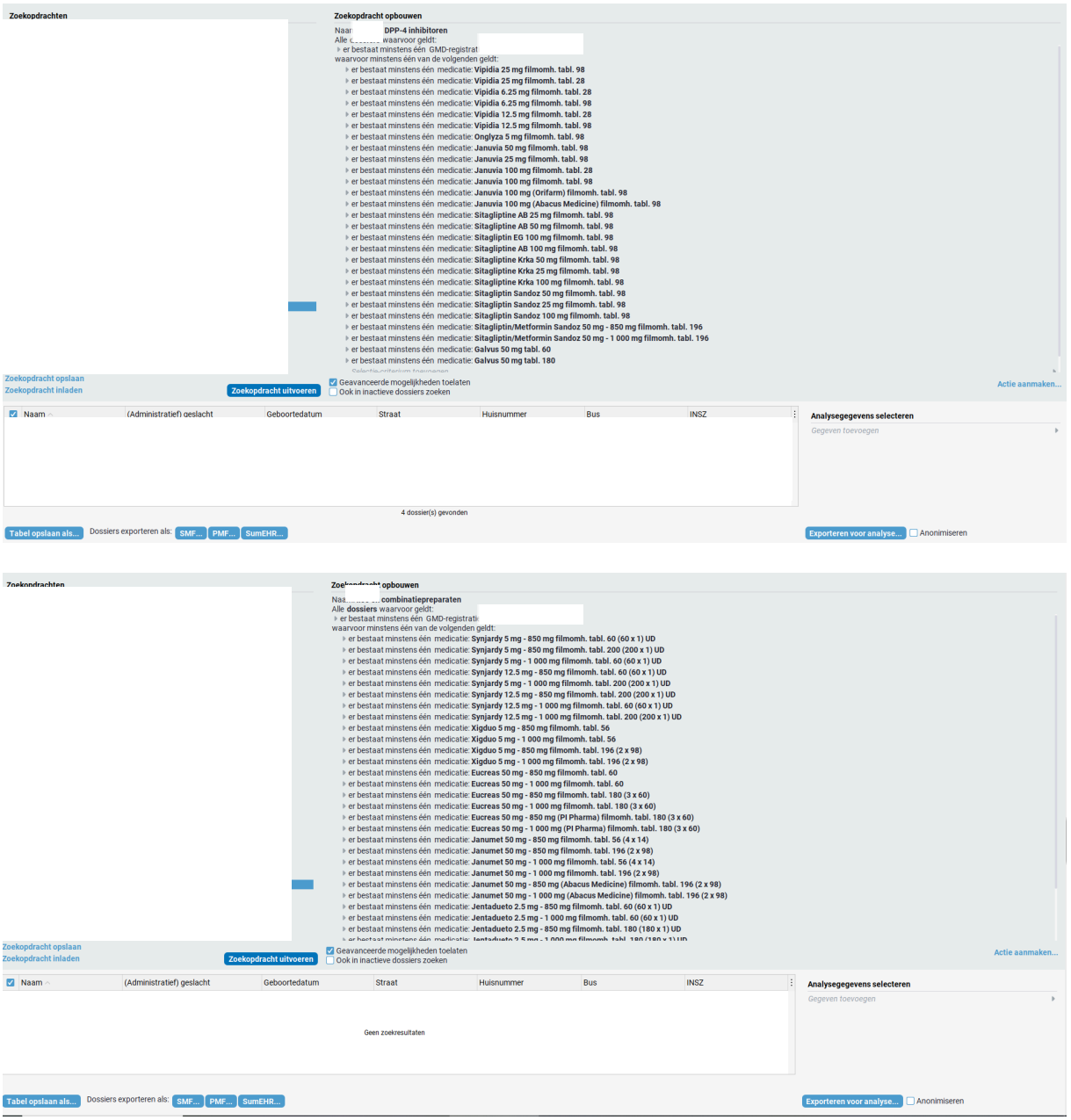

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa gliniden
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 1 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: NovoNorm 0.5 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 2 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 1 mg tabl. 270
er bestaat minstens één medicatie: Repaglinide EG 0.5 mg tabl. 270
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
3 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Na n insuline
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Apidra 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml Penfill
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml PumpCart
er bestaat minstens één medicatie: Fiasp 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 10 x 3 ml FlexTouch
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 100 E/ml inj. susp. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog KwikPen 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Junior KwikPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix25 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Humalog Mix50 KwikPen 100 E/ml inj. susp. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 200 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: Lyumjev 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml Junior KwikPen
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid 100 E/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid Penfill 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid PumpCart 100 E/ml inj. opl. s.c. patr. 5 x 1.6 ml
er bestaat minstens één medicatie: NovoRapid FlexPen 100 E/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 5 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. flac. 10 ml
er bestaat minstens één medicatie: Actrapid Penfill 100 IE/ml inj. opl. i.v./s.c. patr. 5 x 3 ml
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
16 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

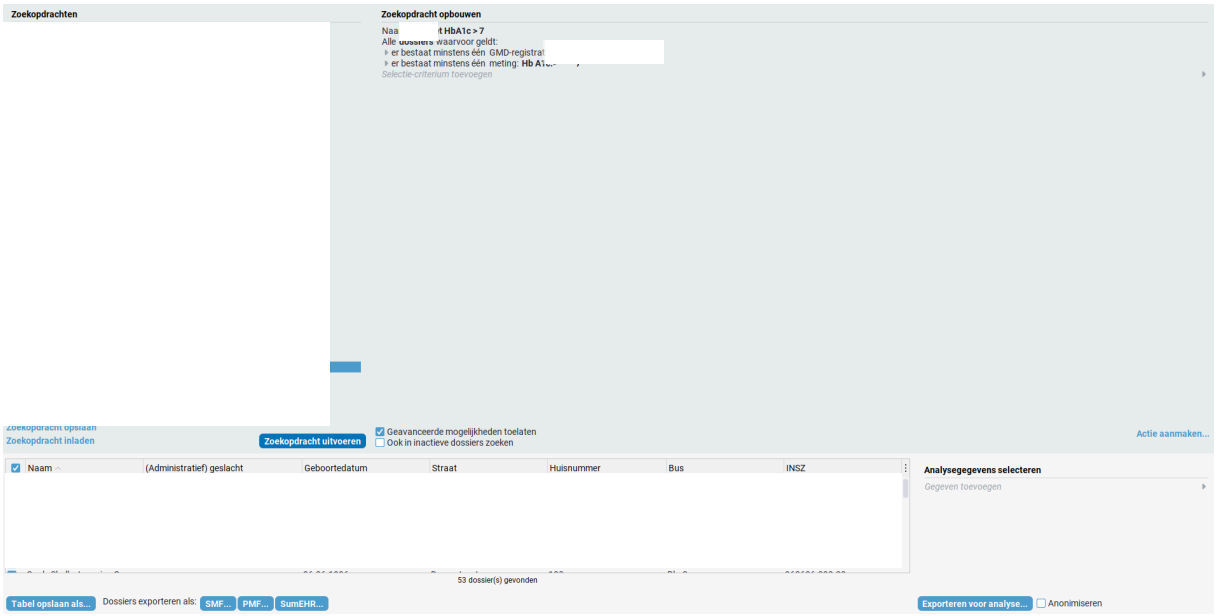

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa hypoglykemiërende sulfamiden
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Daonil 5 mg tabl. 100
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 60
er bestaat minstens één medicatie: Uni Gliclazide EG 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 60 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Gliclazide Sandoz 30 mg tabl. geregul. afgifte 180
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 30
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 90
er bestaat minstens één medicatie: Uni Diamicron 60 mg tabl. geregul. afgifte 100
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 4 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 3 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride EG 2 mg tabl. 90
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 3 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 4 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glimepiride Sandoz 2 mg tabl. 120
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 40
er bestaat minstens één medicatie: Glurenorm 30 mg tabl. 100
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
20 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

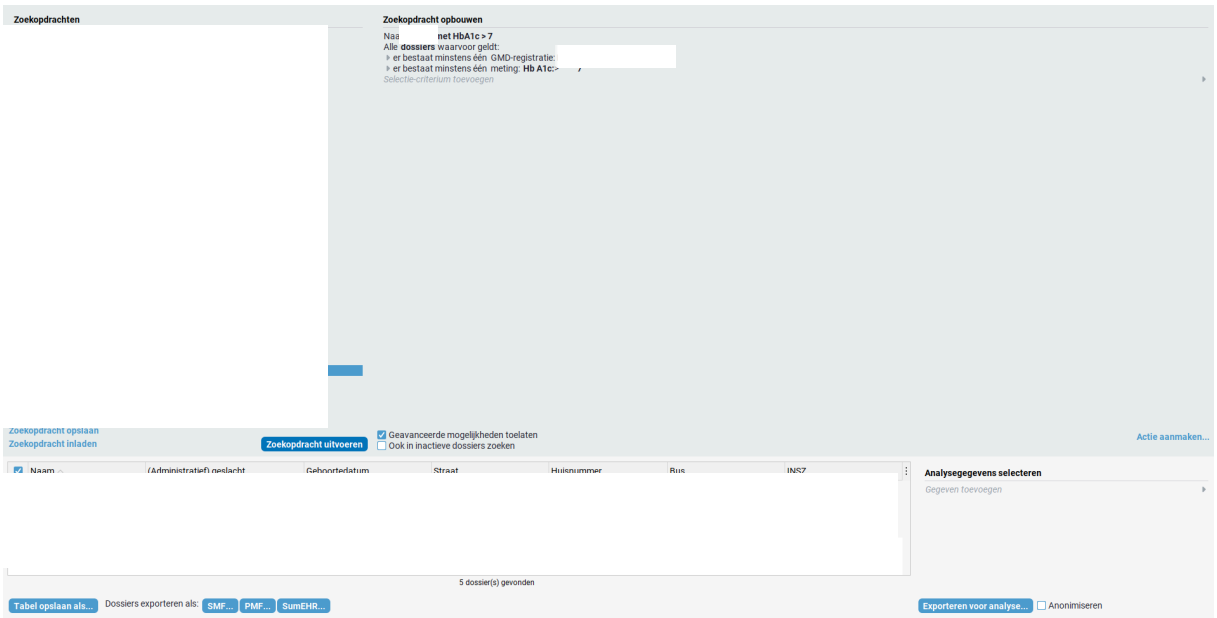

Zoekopdrachten
Zoekoodracht opbouwen
Na GLP-1 analogen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
waarvoor minstens één van de volgenden geldt:
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 0.75 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg (Orifarm) inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Trulicity 1.5 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 4 x 0.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Bydureon 2 mg inj. susp. verl. afgifte s.c. voorgev. pen (patr.) 4 x 0.85 ml
er bestaat minstens één medicatie: Victoza 6 mg/ml inj. opl. s.c. voorgev. pen 2 x 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 1 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 3 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.5 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.25 mg inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.5 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Ozempic 0.25 mg (Abacus Medicine) inj. opl. s.c. voorgev. pen 1.5 ml
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 3 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 7 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 14 mg tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 7 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 3 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
er bestaat minstens één medicatie: Rybelsus 14 mg (Abacus Medicine) tabl. 30
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
43 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

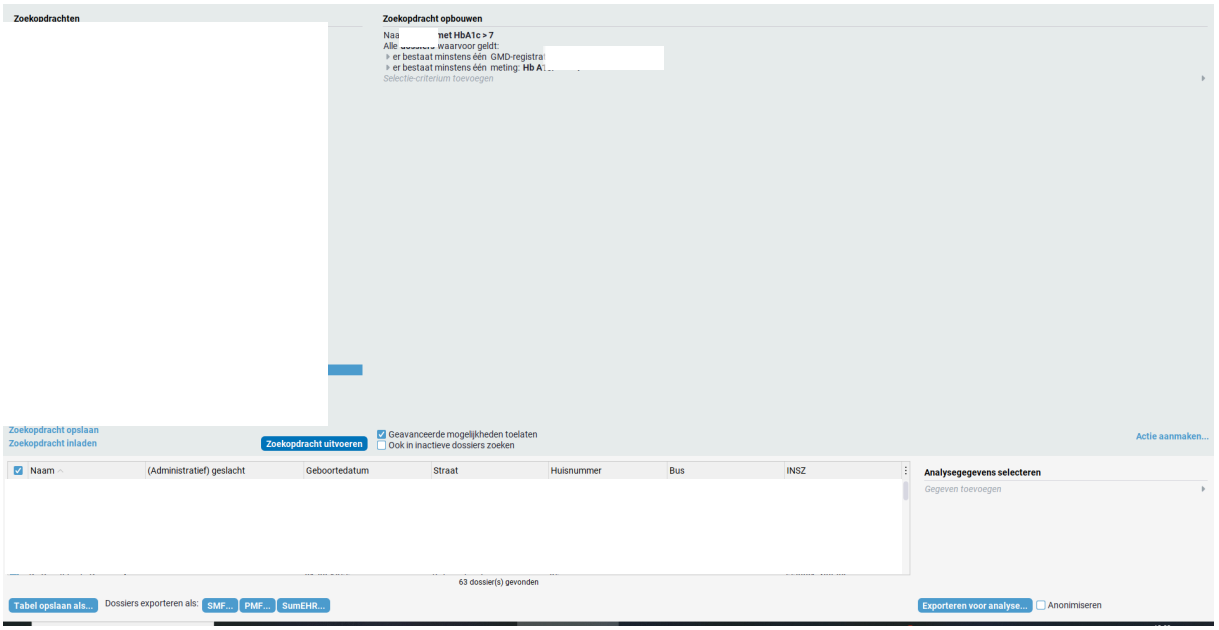

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Na n glitazonen
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 15 mg tabl. 28
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 98
er bestaat minstens één medicatie: Actos 30 mg tabl. 28
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Geen zoekresultaten
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

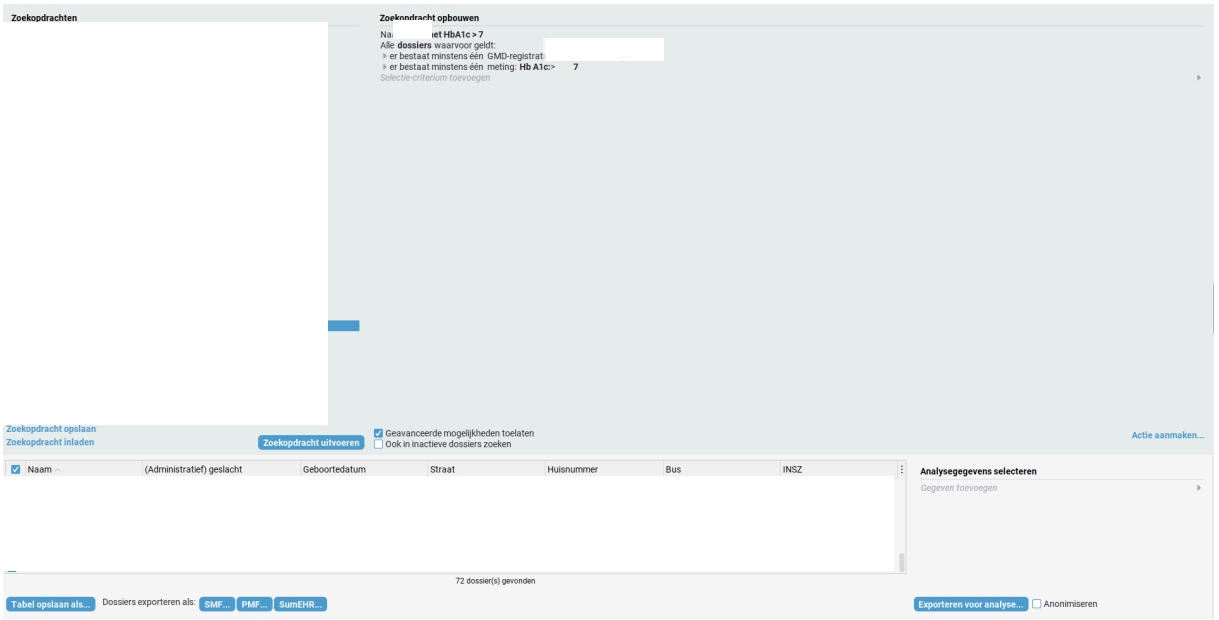


Patiënten met een HbA1c>7 gemeten: 193, waarvan 3 nieuwe type 2 diabetes patiënten:

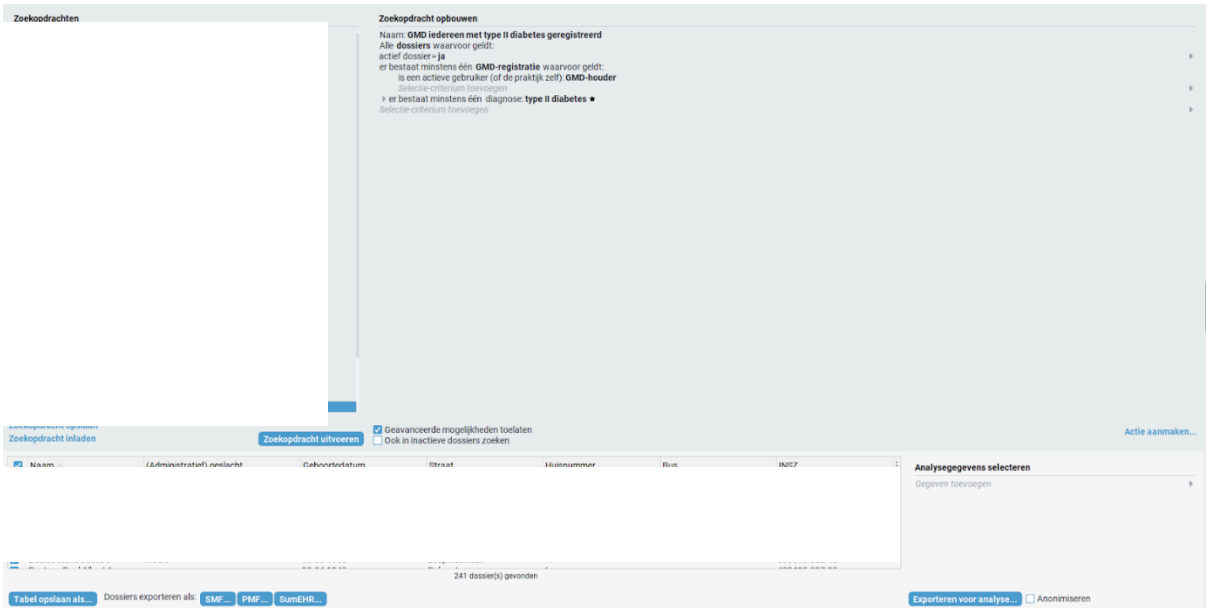

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa t HbA1c > 7
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registrat
er bestaat minstens één meting: Hb A1c
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
53 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naa net HbA1c > 7
Alle dossiers waarvoor geldt:
er bestaat minstens één GMD-registratie:
er bestaat minstens één meting: Hb A1c:
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
5 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

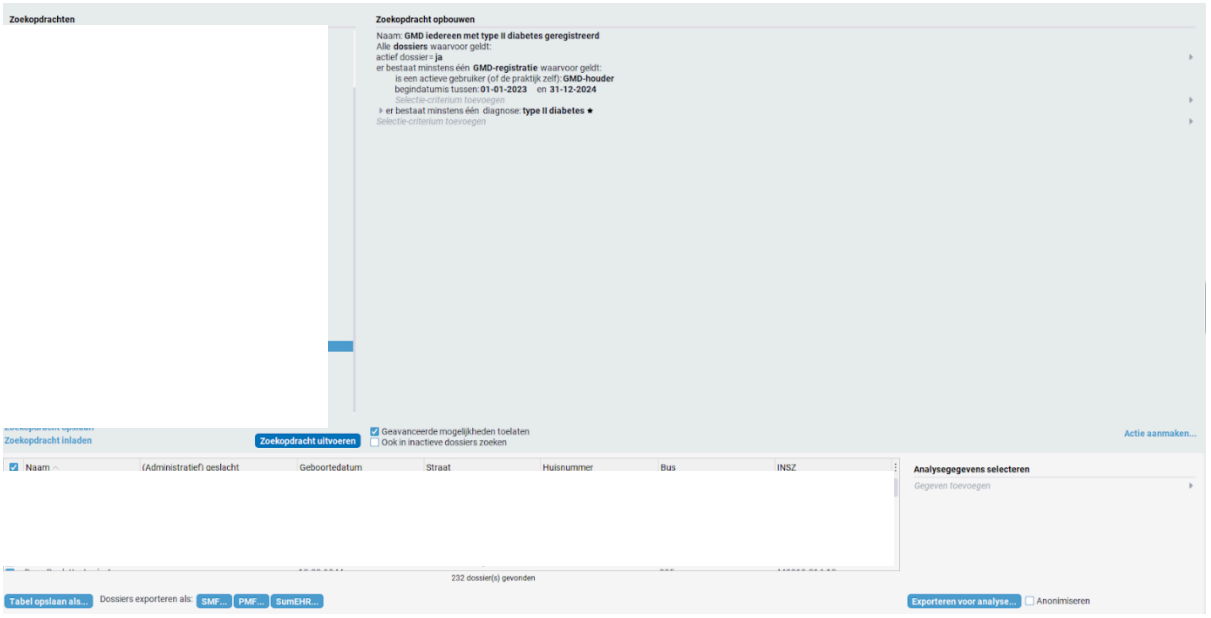




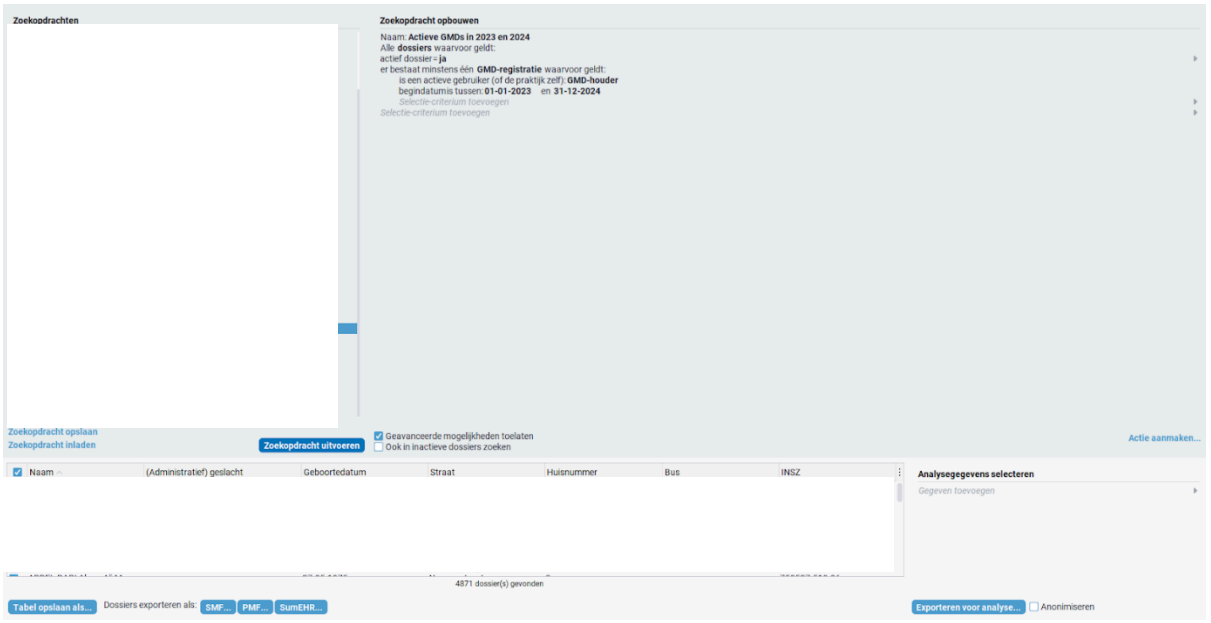
⇒ In totaal zijn er **236 patiënten** met type 2 diabetes in de praktijk. Al deze patiënten kregen de uniforme diagnose ‘type II diabetes’ in het dossier om hiermee verder te kunnen werken in de studie. Er kan in Daktari extra info bij deze diagnose worden gezet, bv insuline-afhankelijk of niet. In de daktari zoekopdracht zijn er 5 dossiers waarvan de diagnose type II diabetes in het dossier geregistreerd staan, maar deze recent overleden zijn. Ook bij aanpassing van de diagnose blijven deze terugkomen in de zoekopdracht. Daktari geeft dus een resultaat van 241 weer.



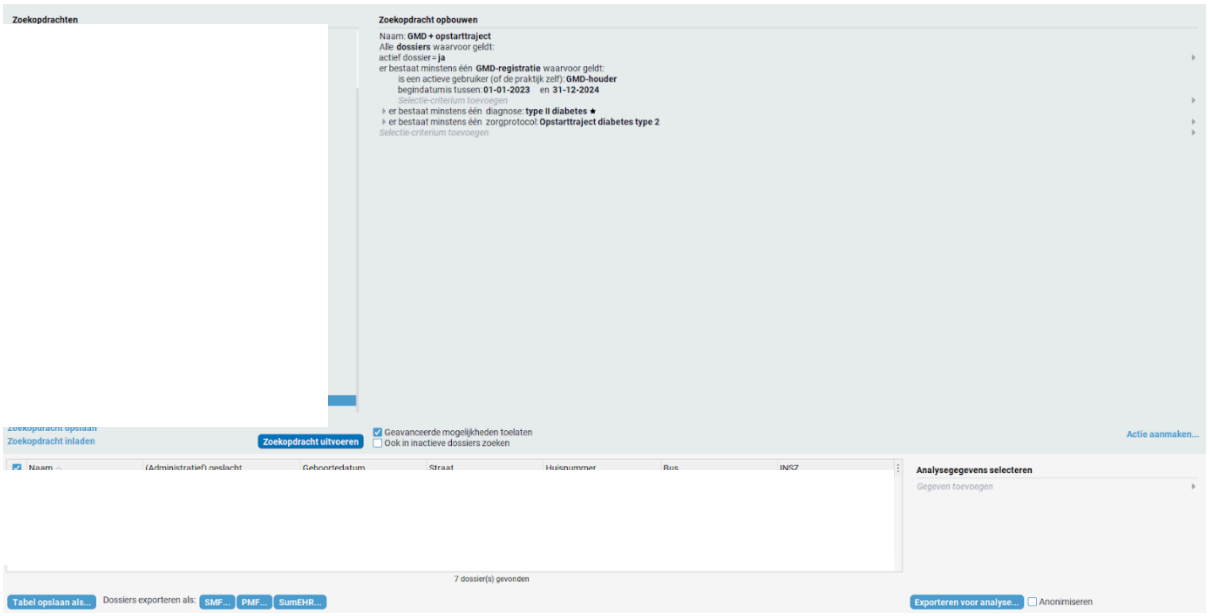
Bij recentere GMD registratie: 232 ipv uitgerekende 236 → nog extra patiënten overleden sinds vorige meting of oudere GMD's:



Aantal actieve GMD's in de praktijk in 2023 of 2024: gemeten op 03/12/24: 4871

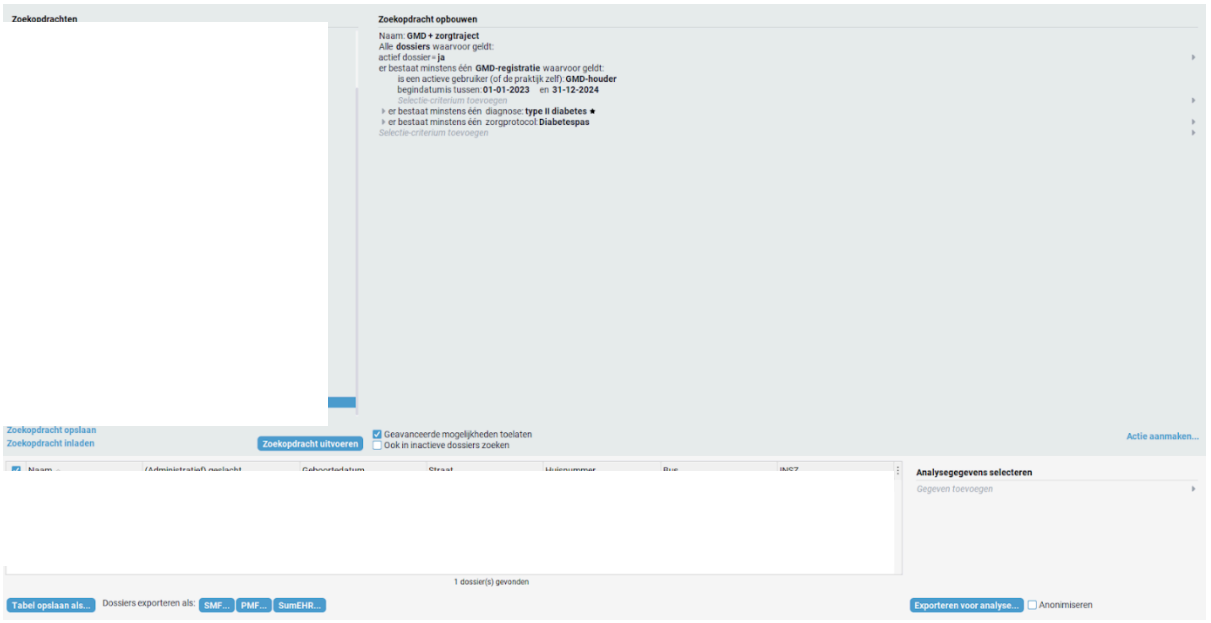


T2DM + gmd + opstarttraject: 7

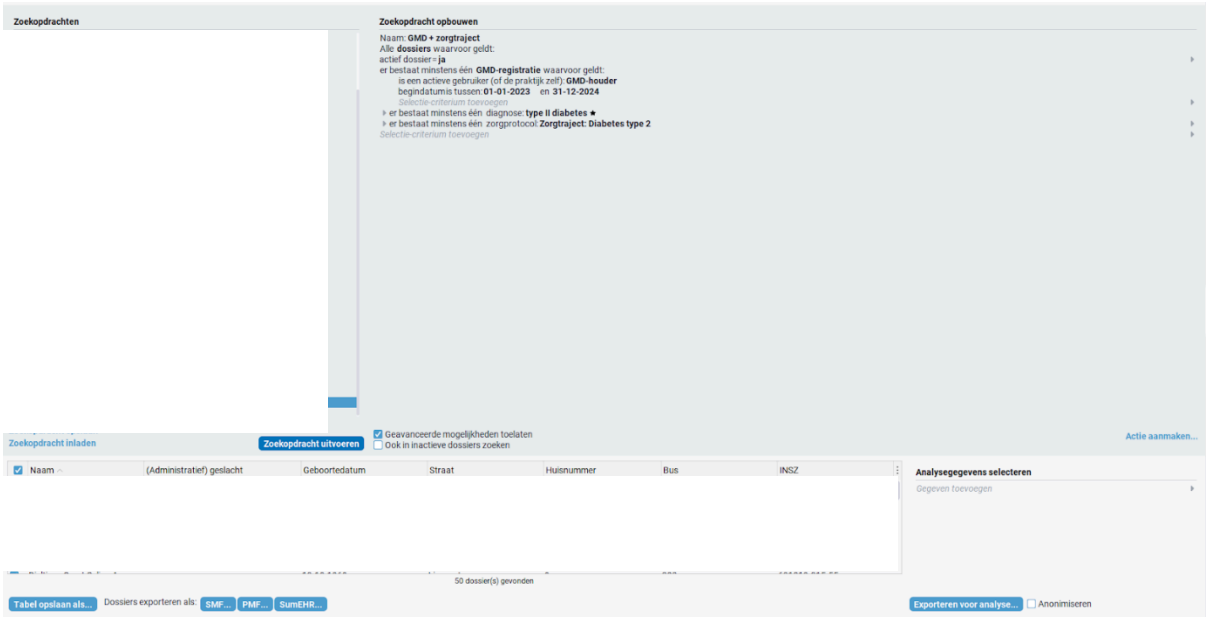


T2DM + gmd + voortraject

Gaat niet in daktari, wel diabetespas: 1

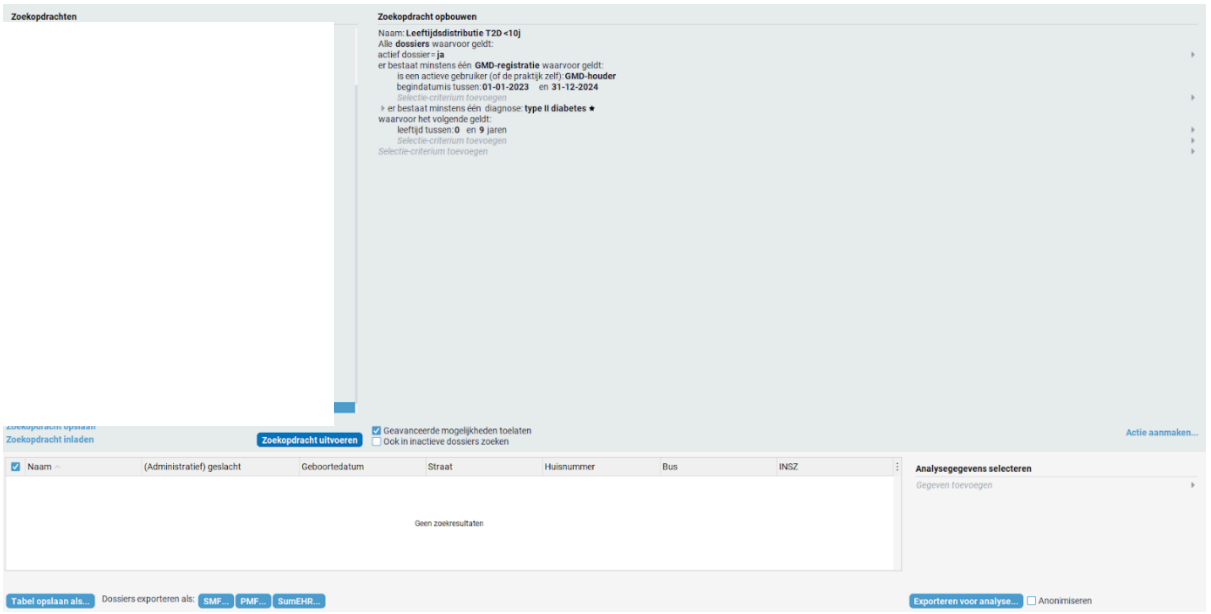


T2DM + GMD + zorgtraject: 50

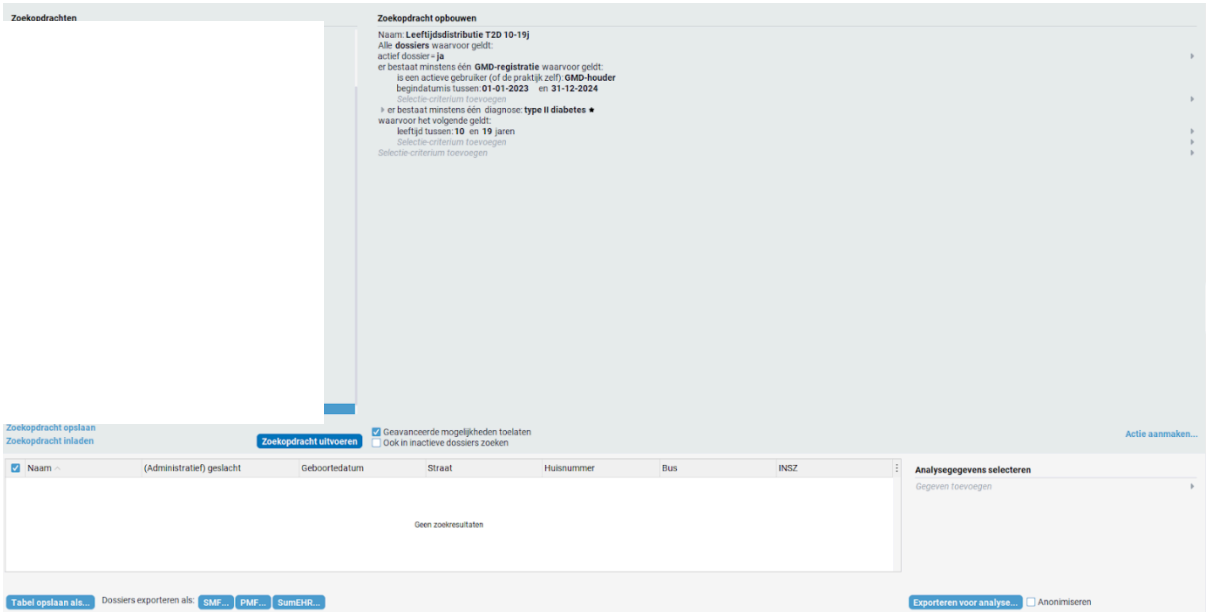


Leeftijdsdistributie:

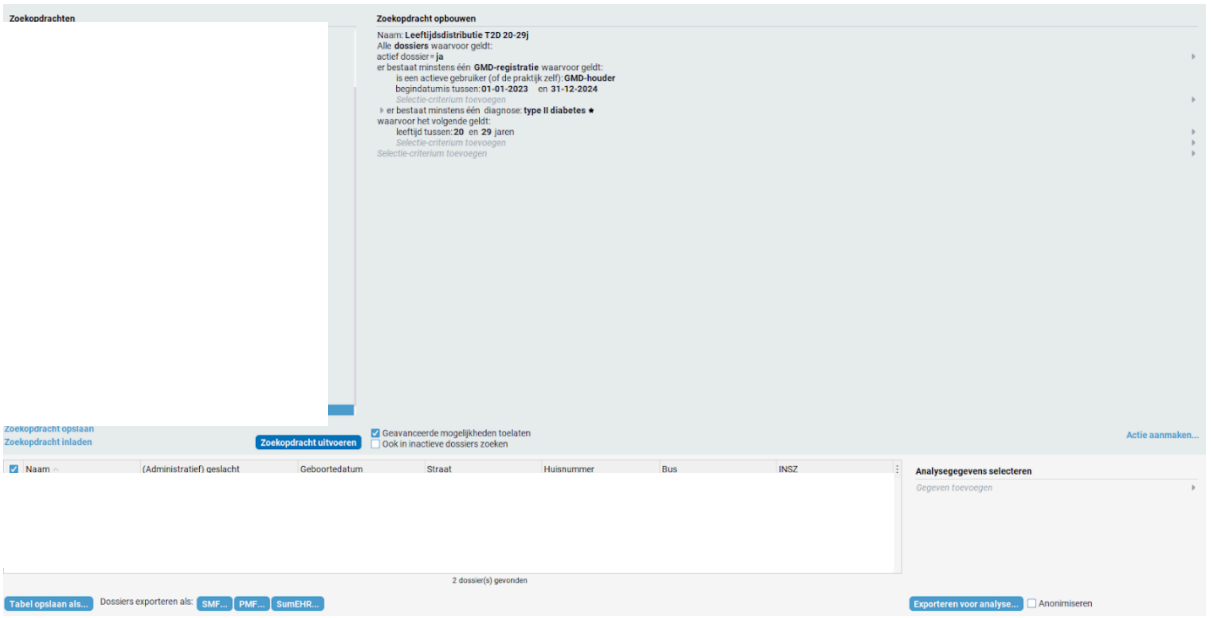
<10 jaar: 0


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: Leeftijdsdistributie T2D <10j
Alle dossiers waarvoor geldt:
actief dossier = ja
er bestaat minstens één GMD-registratie waarvoor geldt:
is een actieve gebruiker (of de praktijk zelf) GMD-houder
begindatumis tussen: 01-01-2023 en 31-12-2024
Selectie-criterium toevoegen
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes
waarvoor het volgende geldt:
leeftijd tussen: 0 en 9 jaren
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Geen zoekresultaten
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

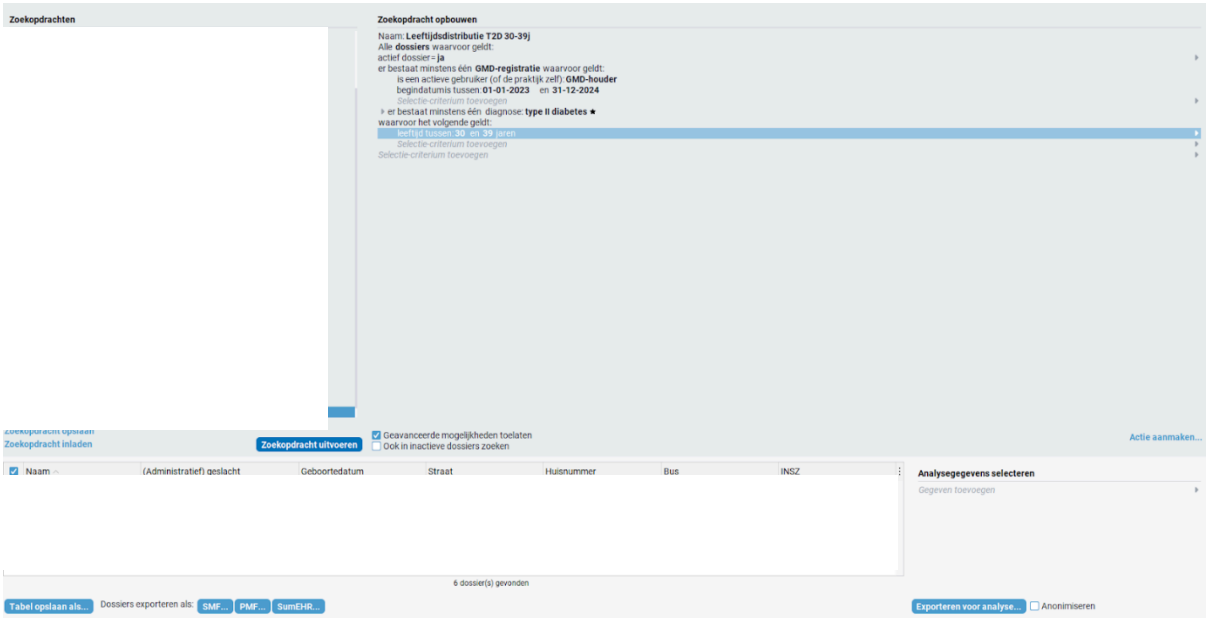
10-19: 0


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: Leeftijdsdistributie T2D 10-19j
Alle dossiers waarvoor geldt:
actief dossier = ja
er bestaat minstens één GMD-registratie waarvoor geldt:
is een actieve gebruiker (of de praktijk zelf) GMD-houder
begindatumis tussen: 01-01-2023 en 31-12-2024
Selectie-criterium toevoegen
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes
waarvoor het volgende geldt:
leeftijd tussen: 10 en 19 jaren
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Geen zoekresultaten
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

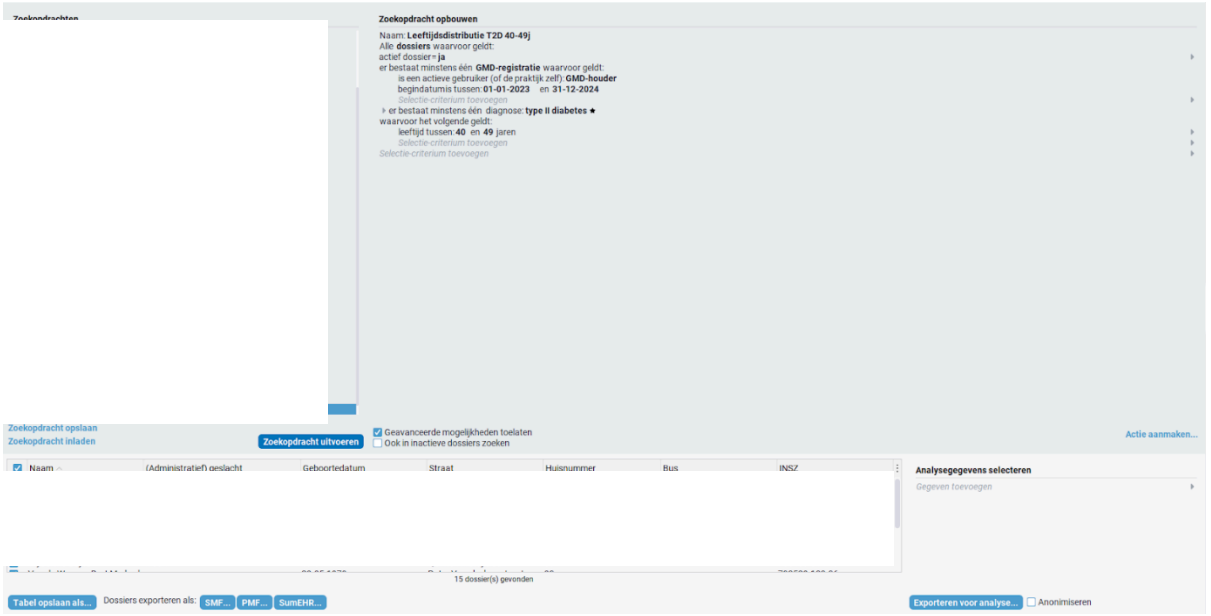
20-29: 2



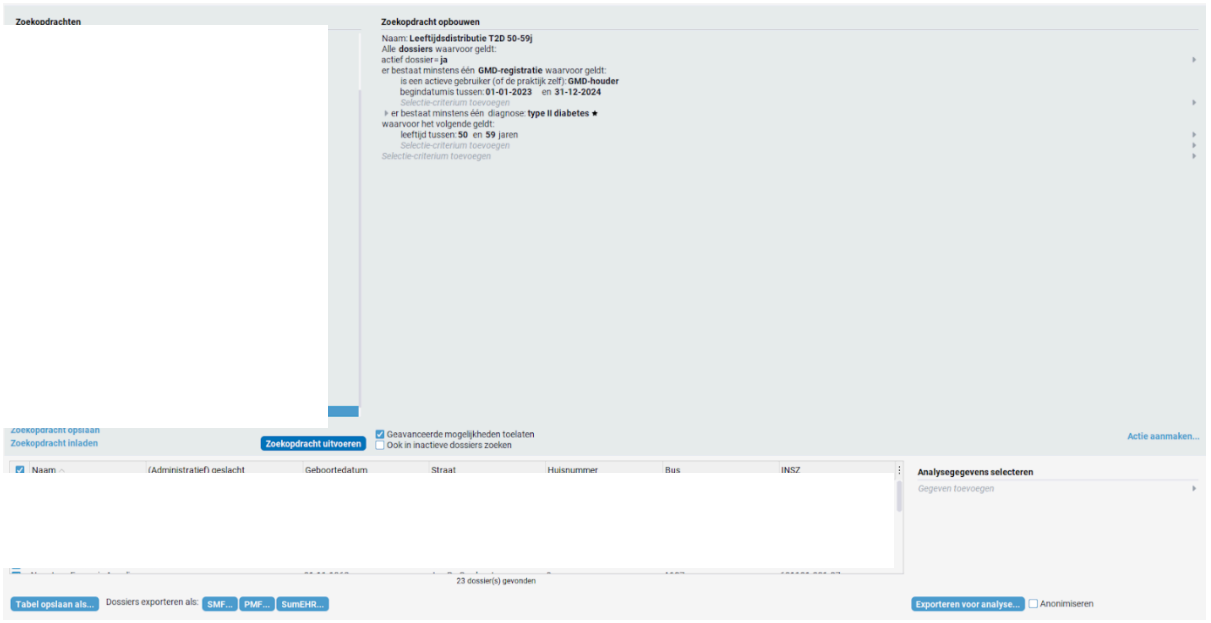
30-39: 6



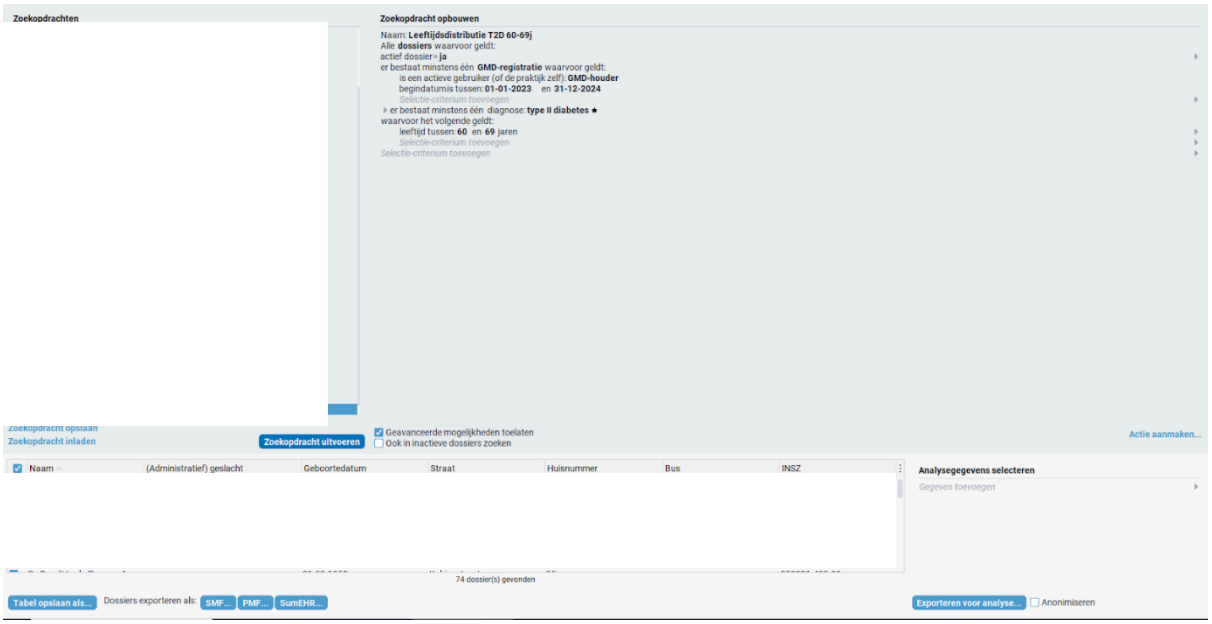
40-49: 15



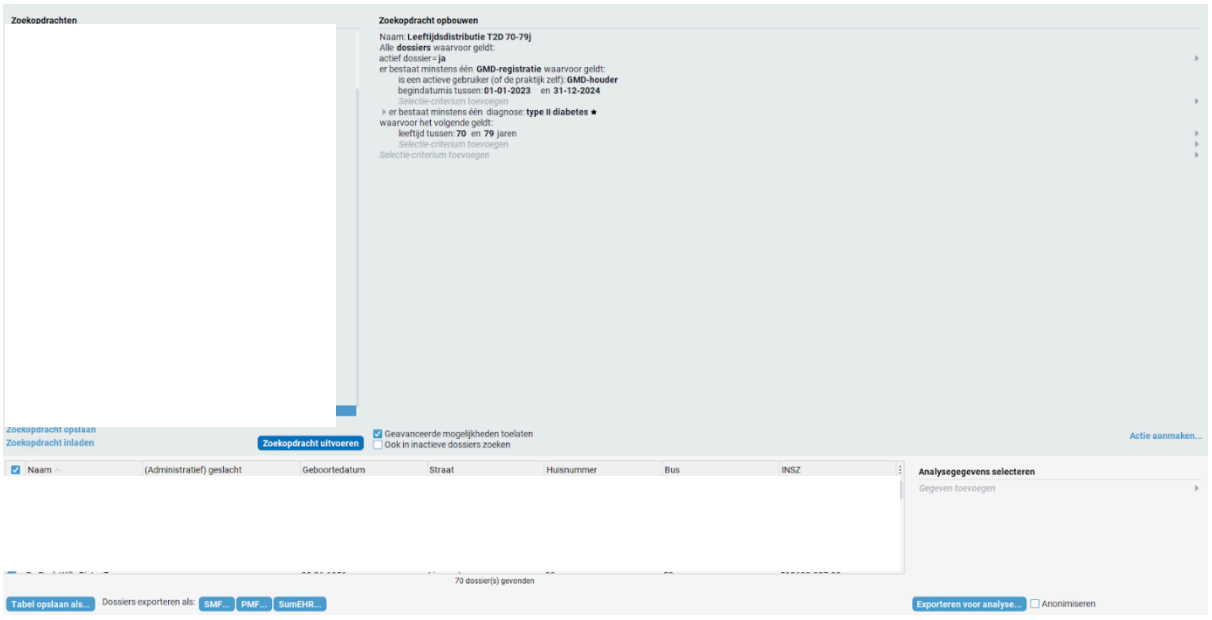
50-59: 23



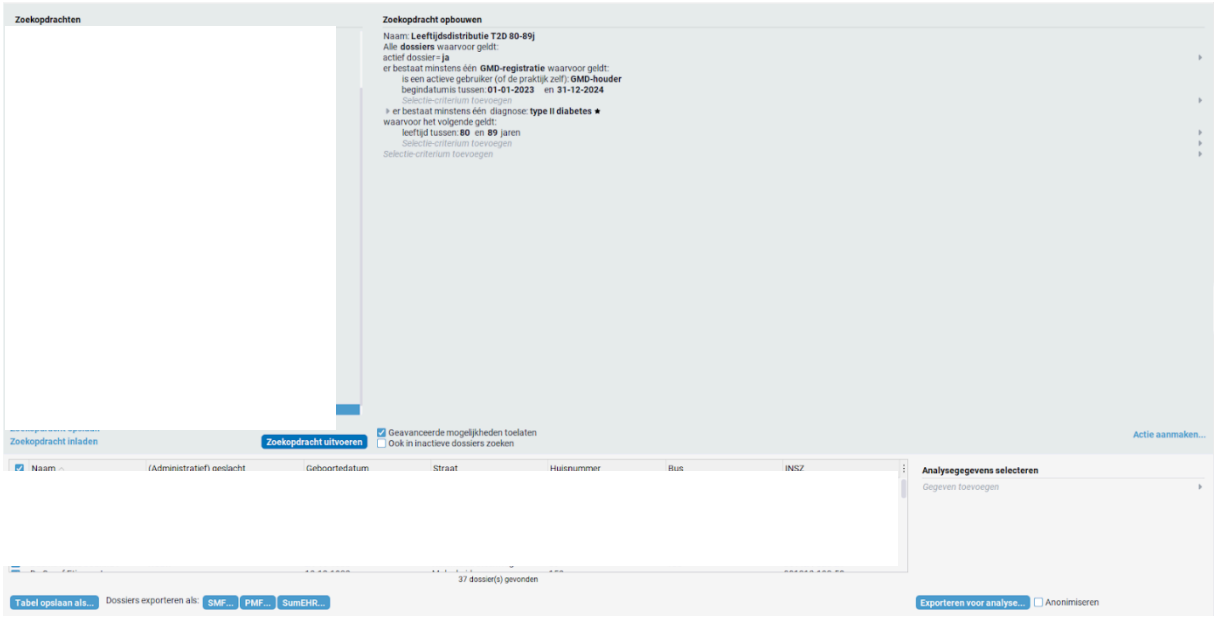
60-69: 74



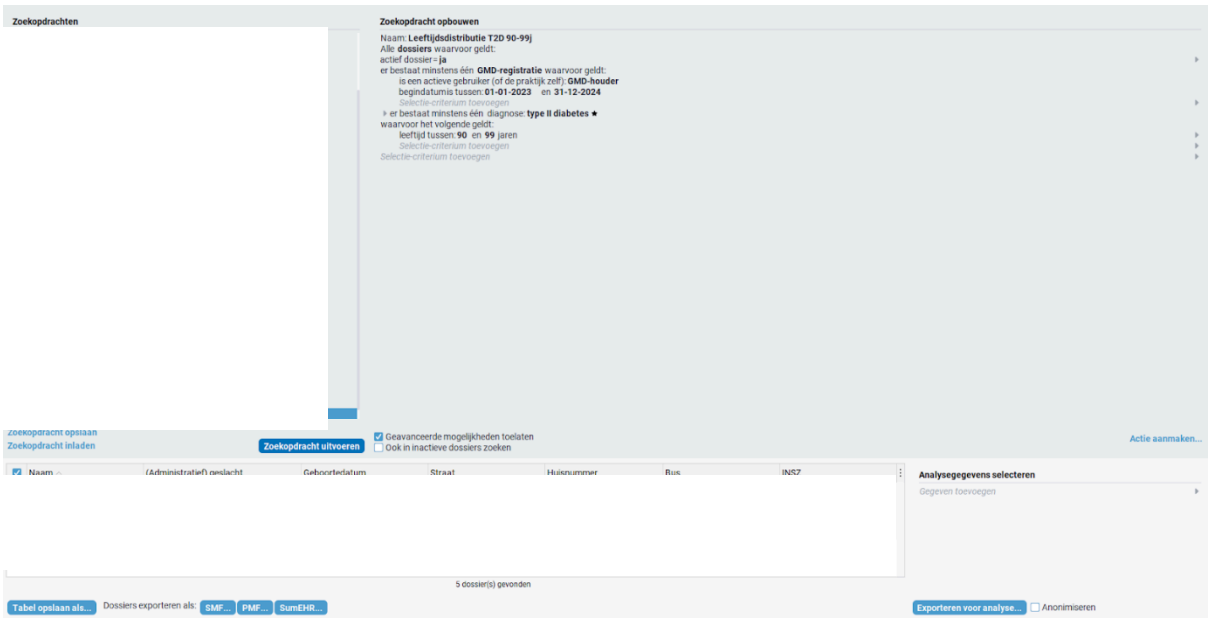
70-79: 70



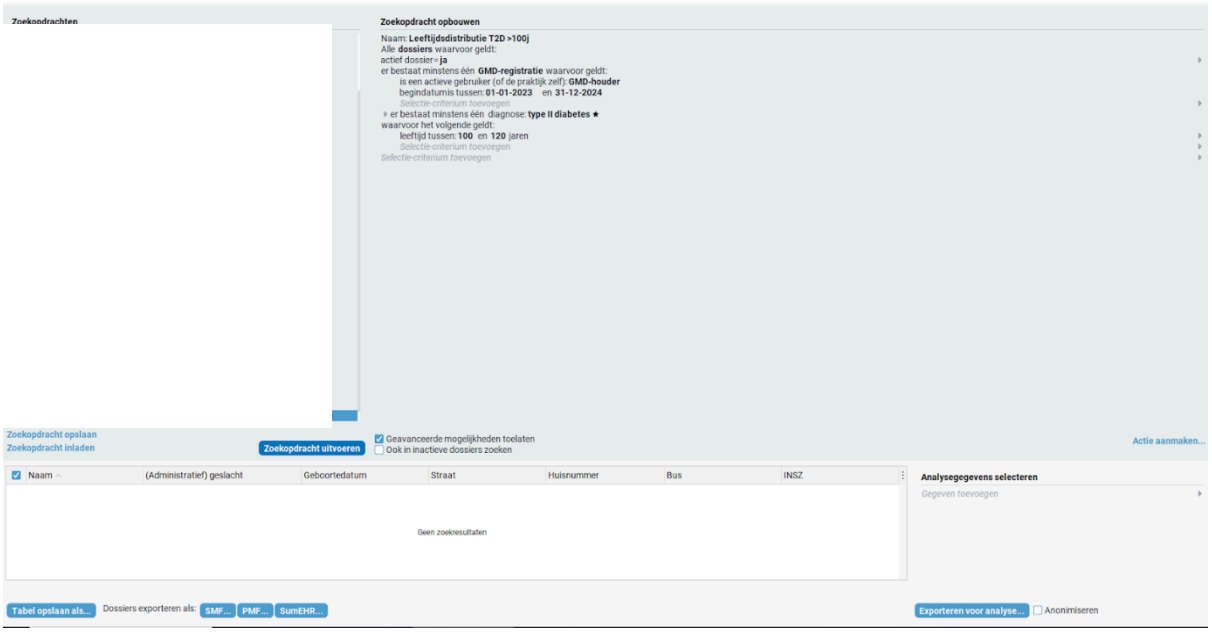
80-89: 37


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: Leeftijdsdistributie T2D 80-89j
Alle dossiers waarvoor geldt:
actief dossier = ja
er bestaat minstens één GMD-registratie waarvoor geldt:
is een actieve gebruiker (of de praktijk zelf): GMD-houder
begindatumis tussen: 01-01-2023 en 31-12-2024
Selectie-criterium toevoegen
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes ★
waarvoor het volgende geldt:
leeftijd tussen: 80 en 89 jaren
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
37 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

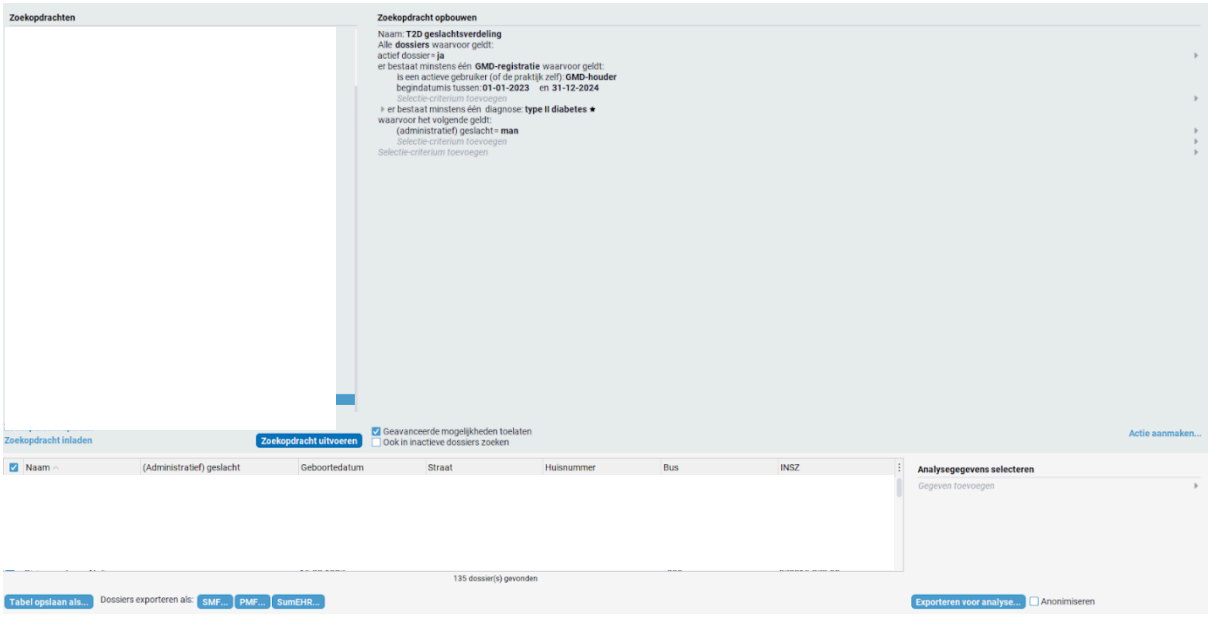
90-99: 5

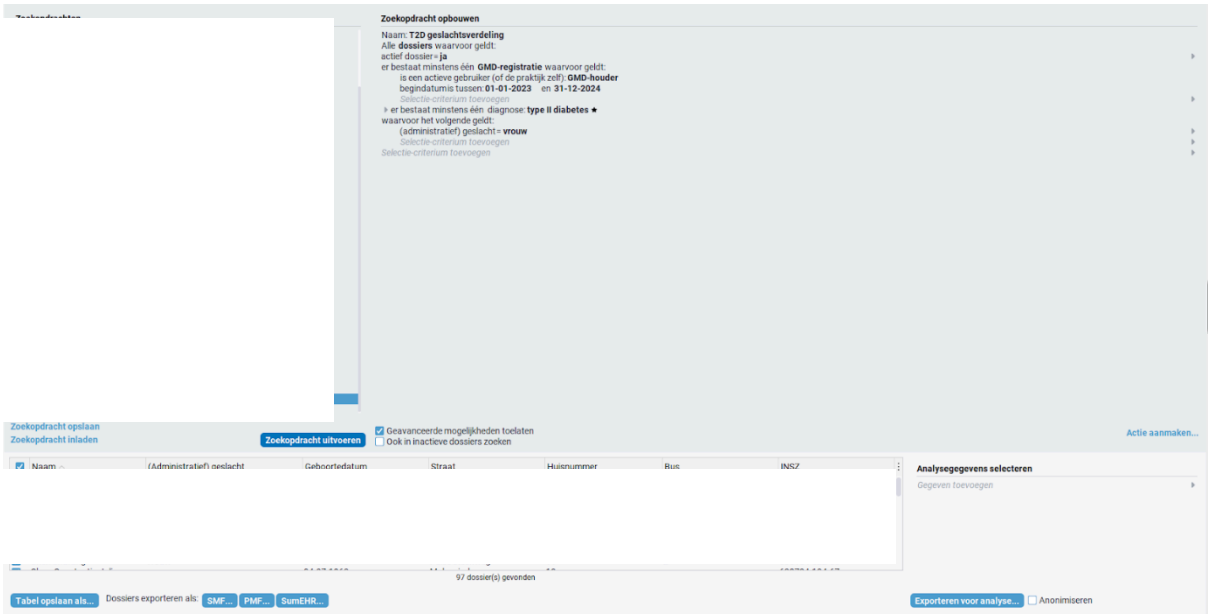

Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: Leeftijdsdistributie T2D 90-99j
Alle dossiers waarvoor geldt:
actief dossier = ja
er bestaat minstens één GMD-registratie waarvoor geldt:
is een actieve gebruiker (of de praktijk zelf): GMD-houder
begindatumis tussen: 01-01-2023 en 31-12-2024
Selectie-criterium toevoegen
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes ★
waarvoor het volgende geldt:
leeftijd tussen: 90 en 99 jaren
Selectie-criterium toevoegen
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
5 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

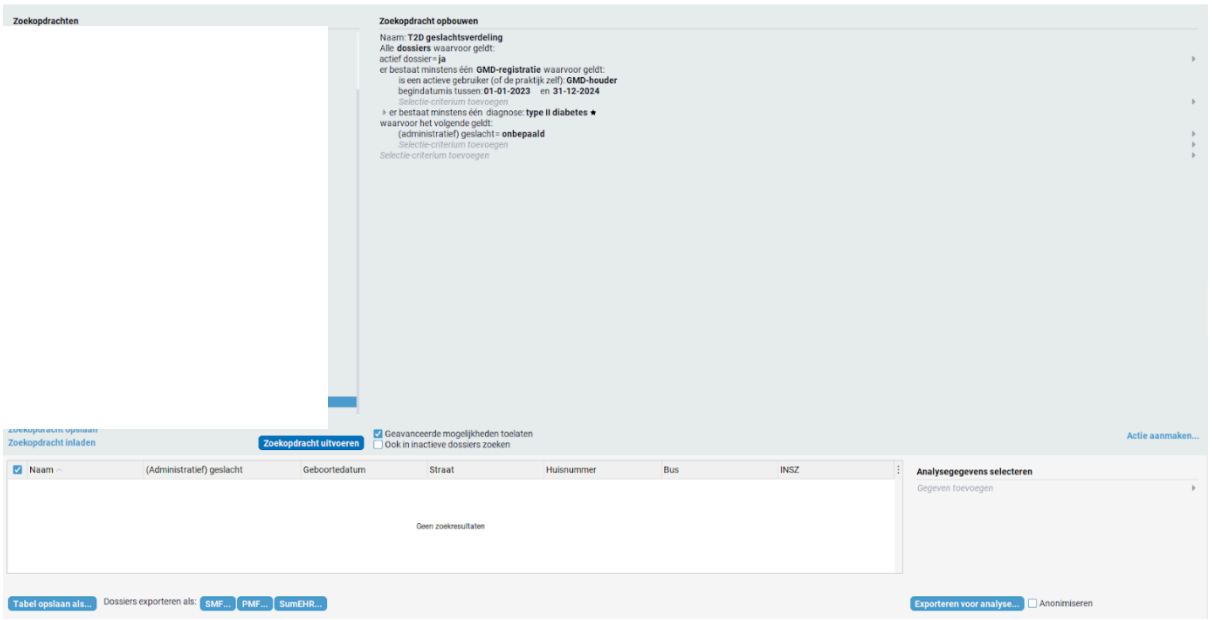
>100: 0



Geslacht: 135 M, 97 V, 0 onbepaald

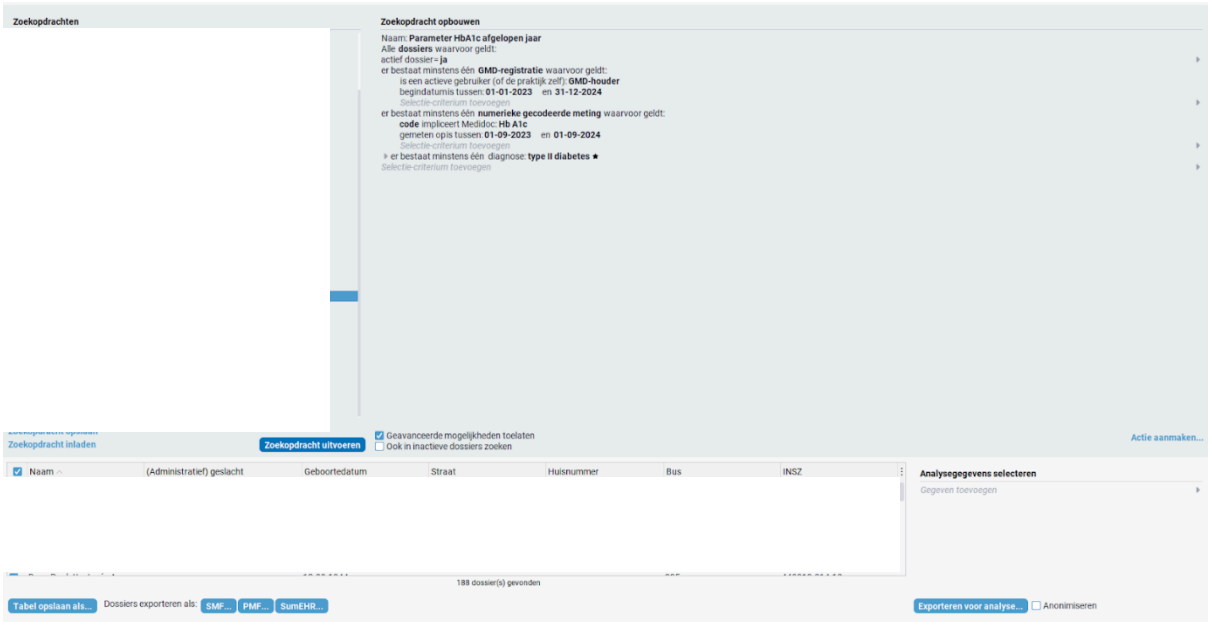




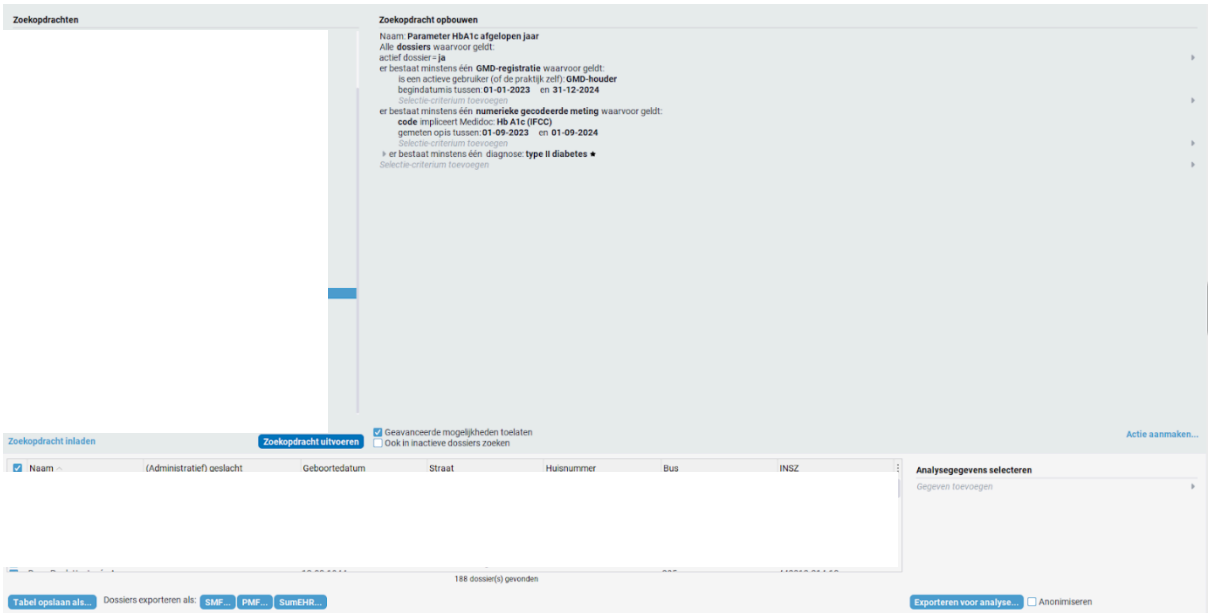


Proces parameters

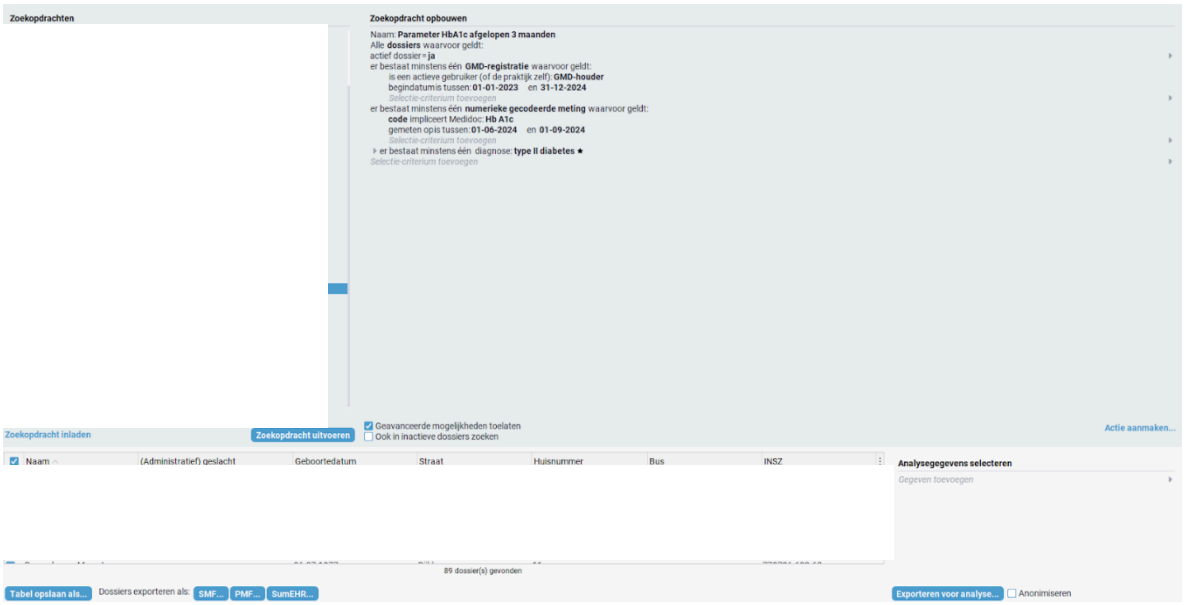
HbA1c 01/09/2023-01/09/2024 (afgelopen jaar): 188 (81% van 232)



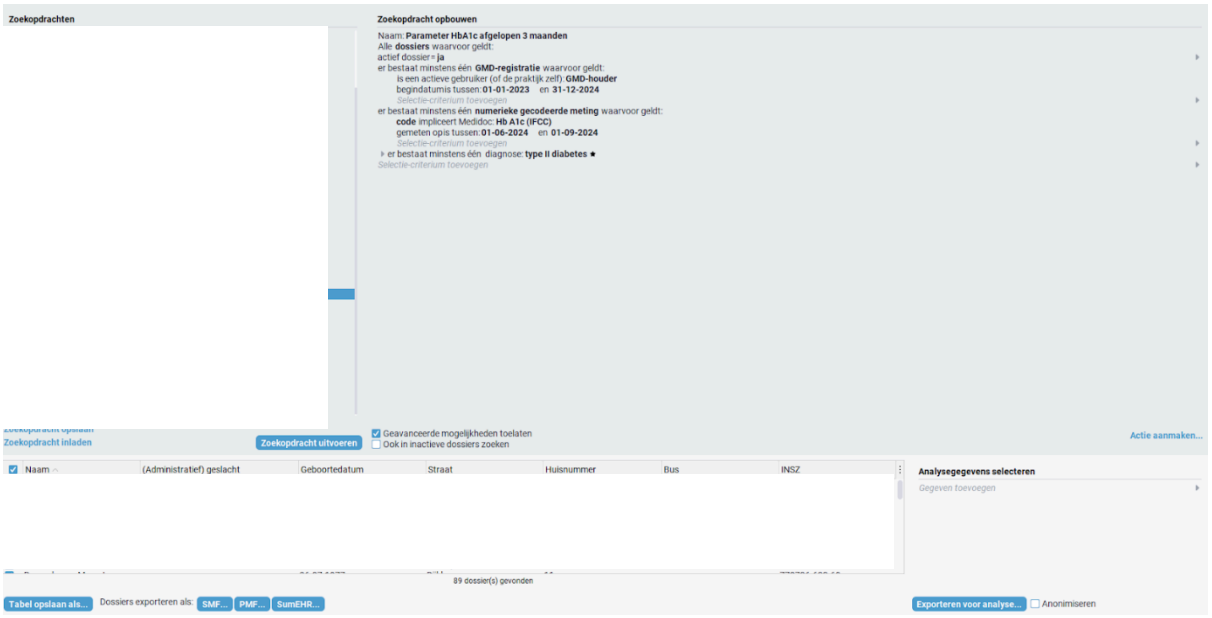
idem hba1c fcc:



HbA1c 01/06/2024-01/09/2024 (afgelopen 3m): 89

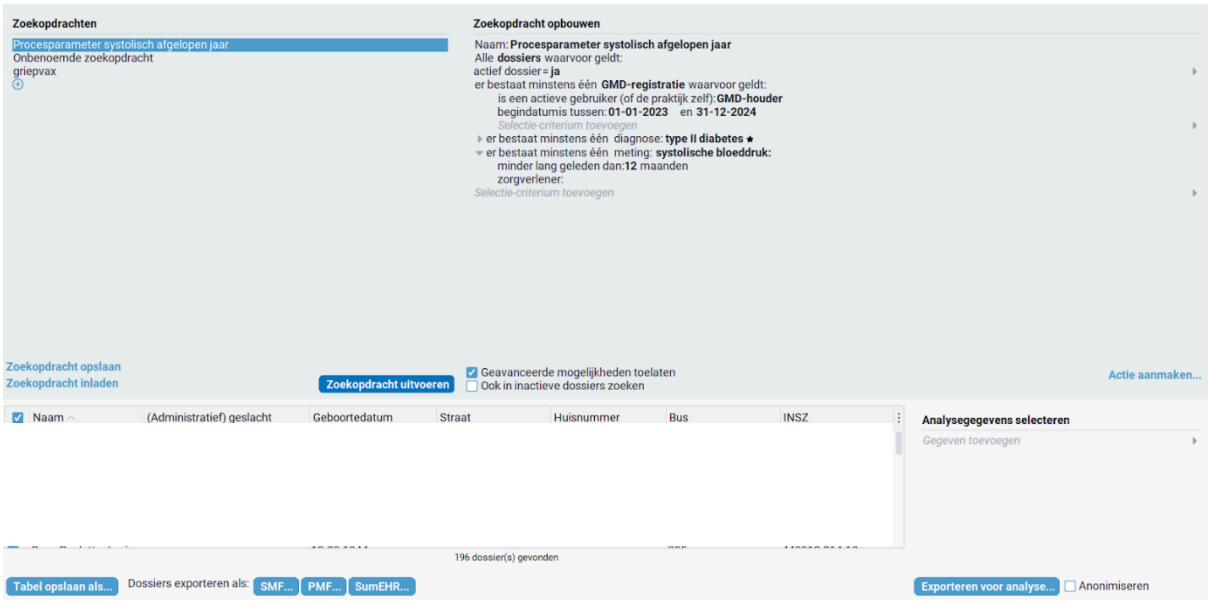


idem resultaat met hba1c ifcc:

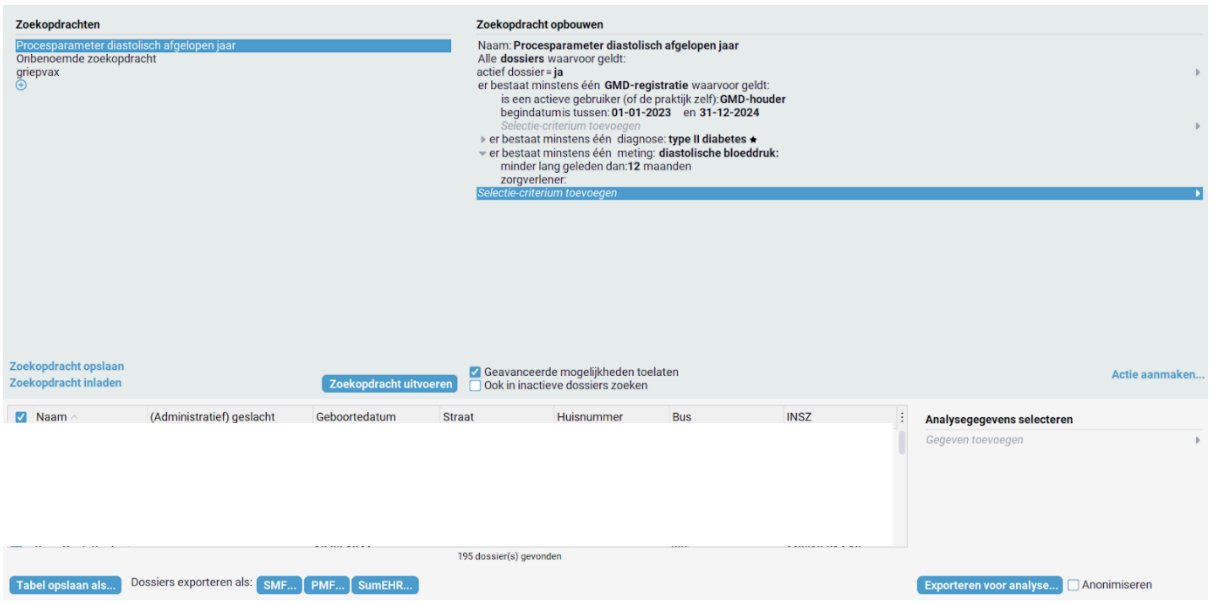


<u>BD afgelopen jaar:</u>

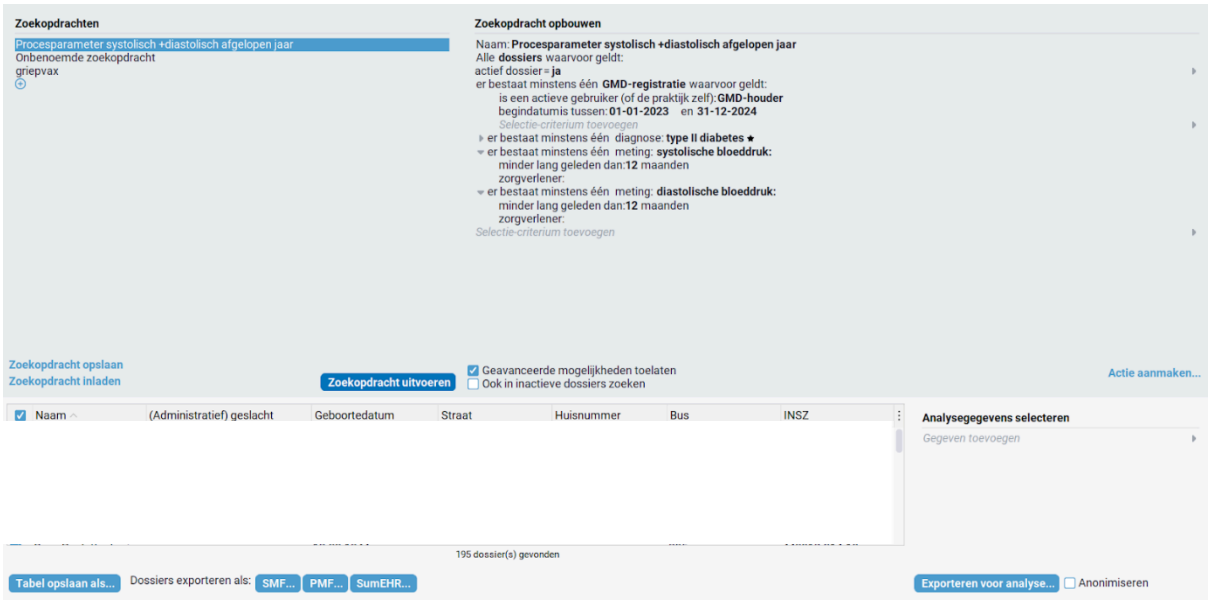
systolisch: 196



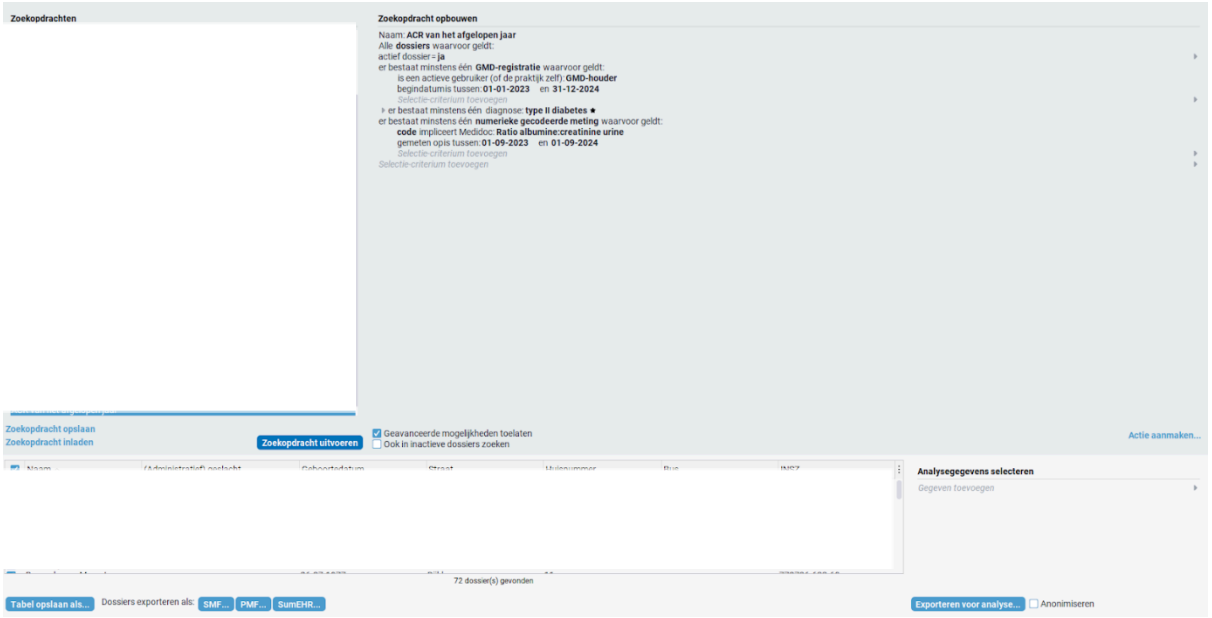
diastolisch: 195



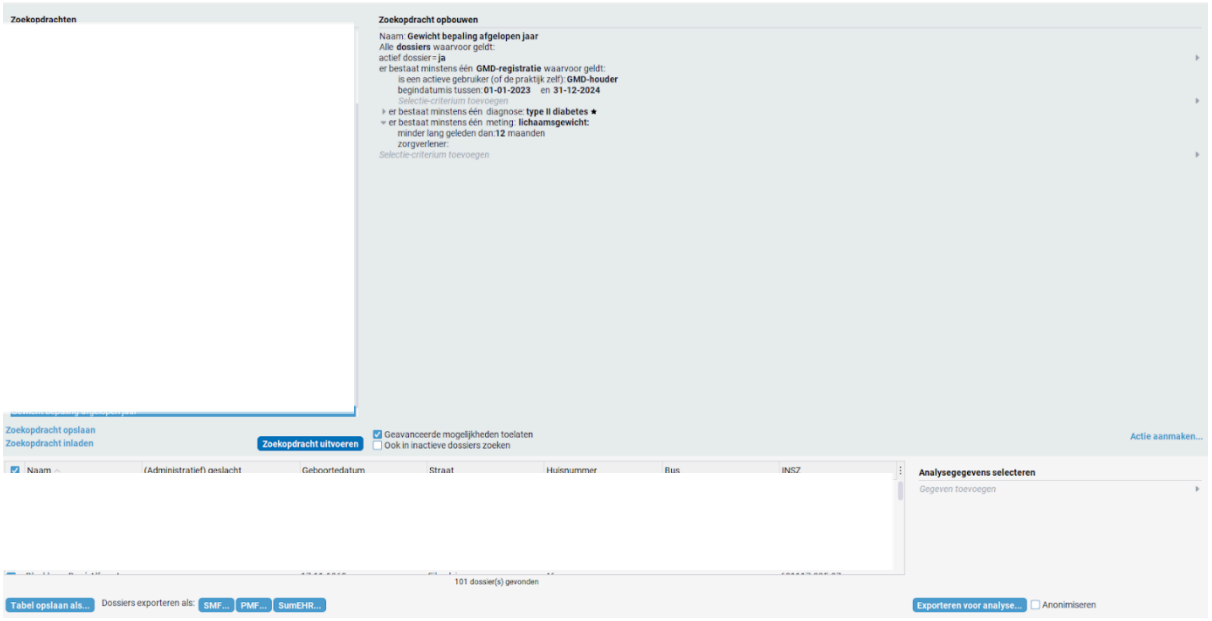
Systolisch + diastolisch: 195



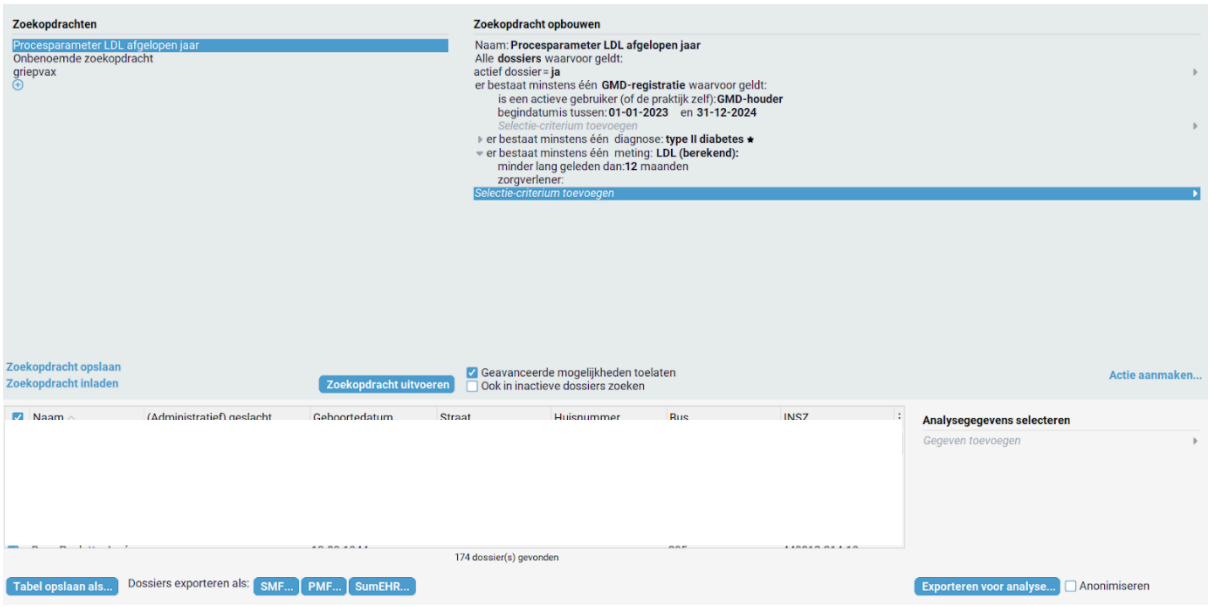
Procesparameter ACR (1/9/23-1/9/24): 72



Gewicht procesparameter 01/09/2023-01/09/2024: 101 voor afgelopen 12 maanden

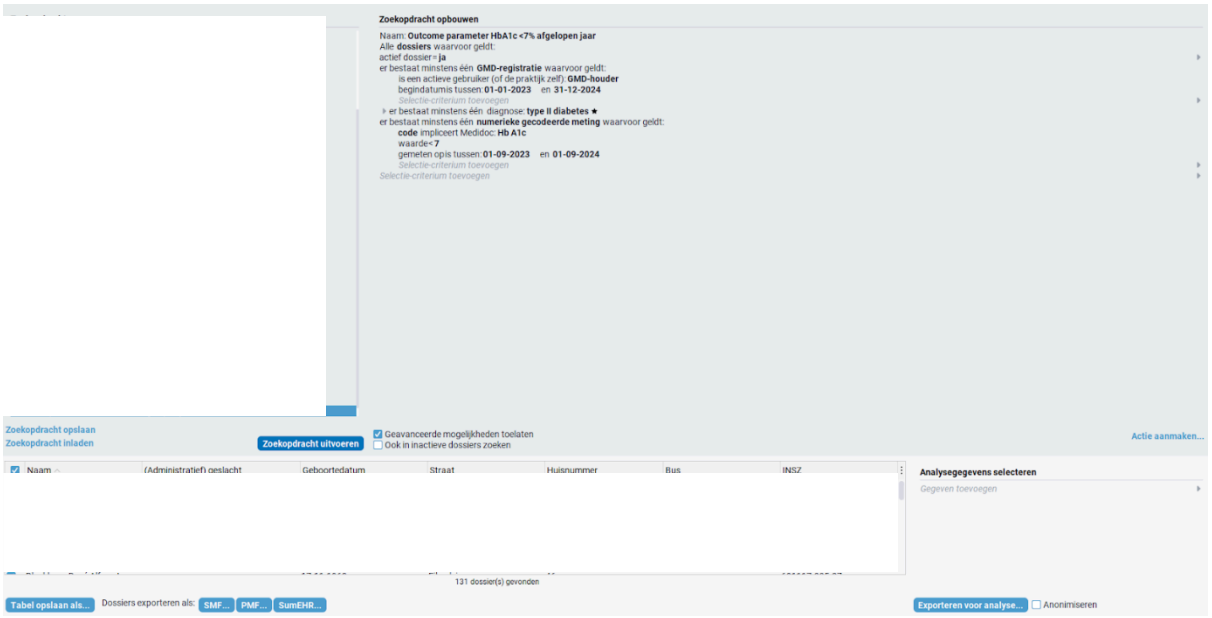


Procesparameter LDL afgelopen 12 maanden:174

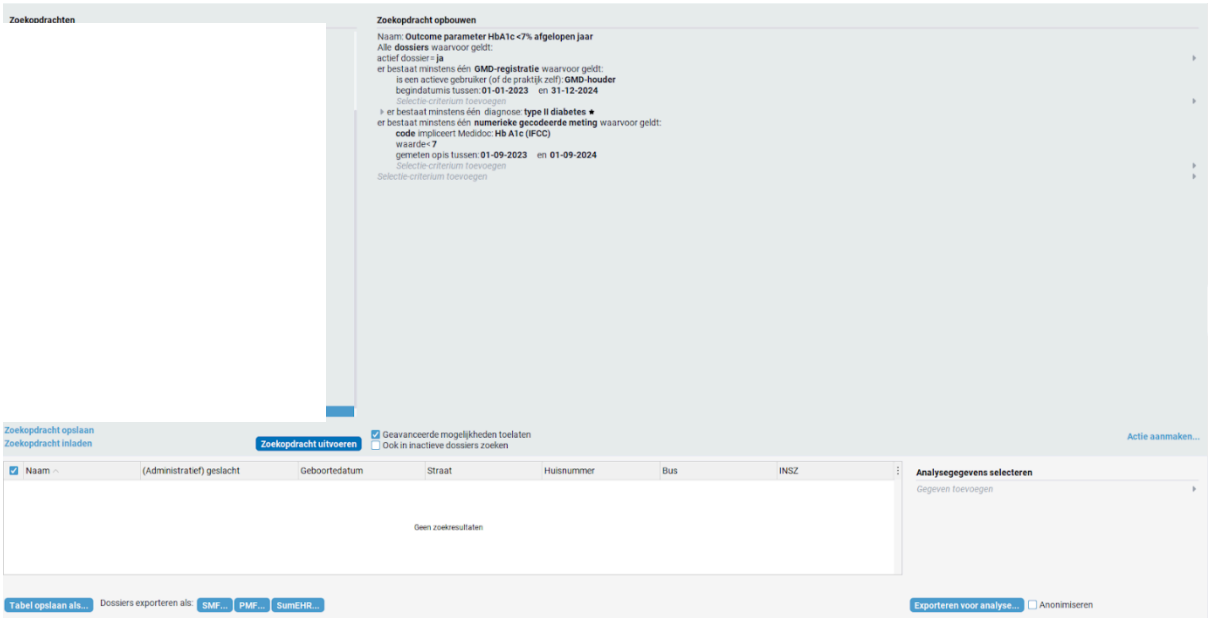


Outcome parameters

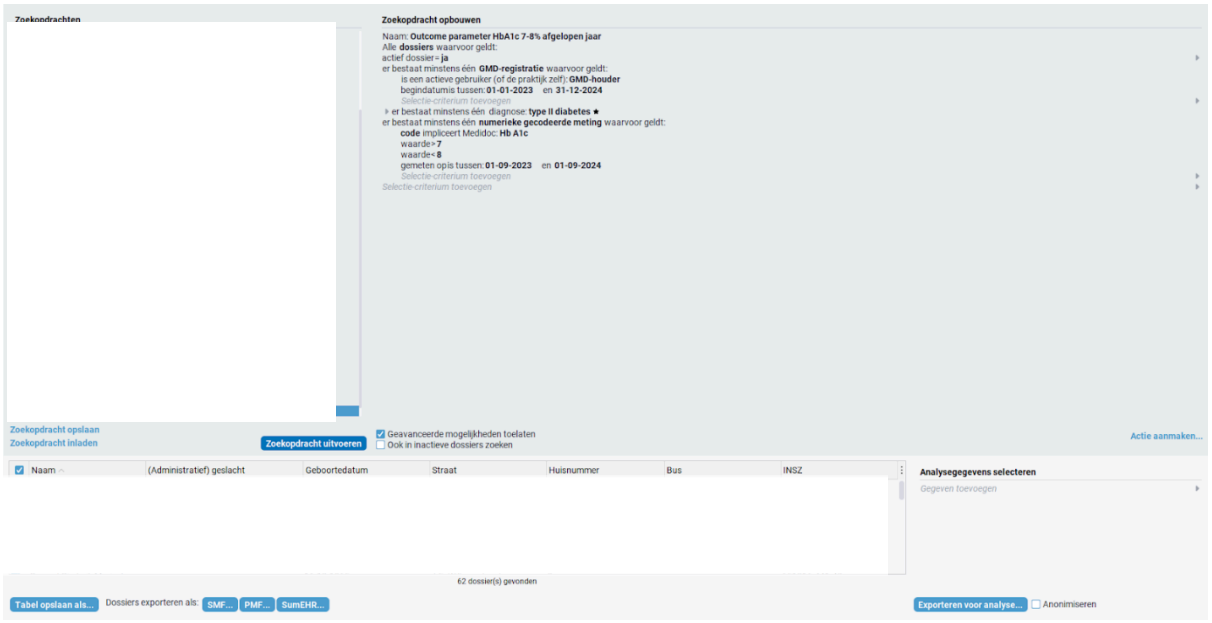
HbA1c <7% : 131



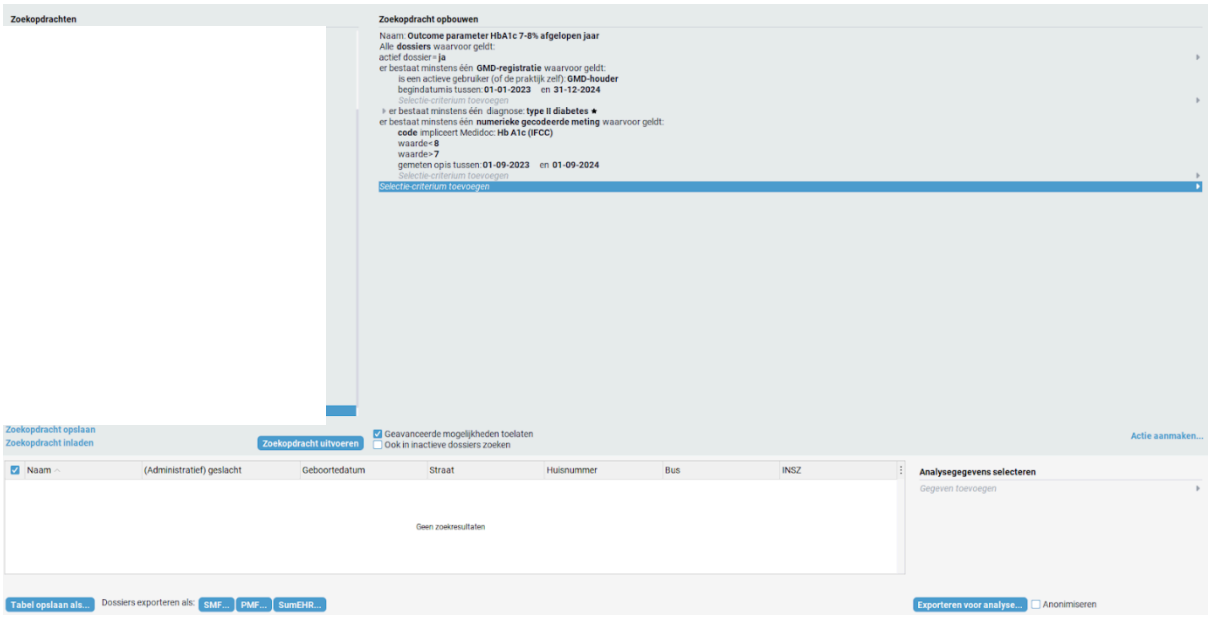
met IFCC: 0



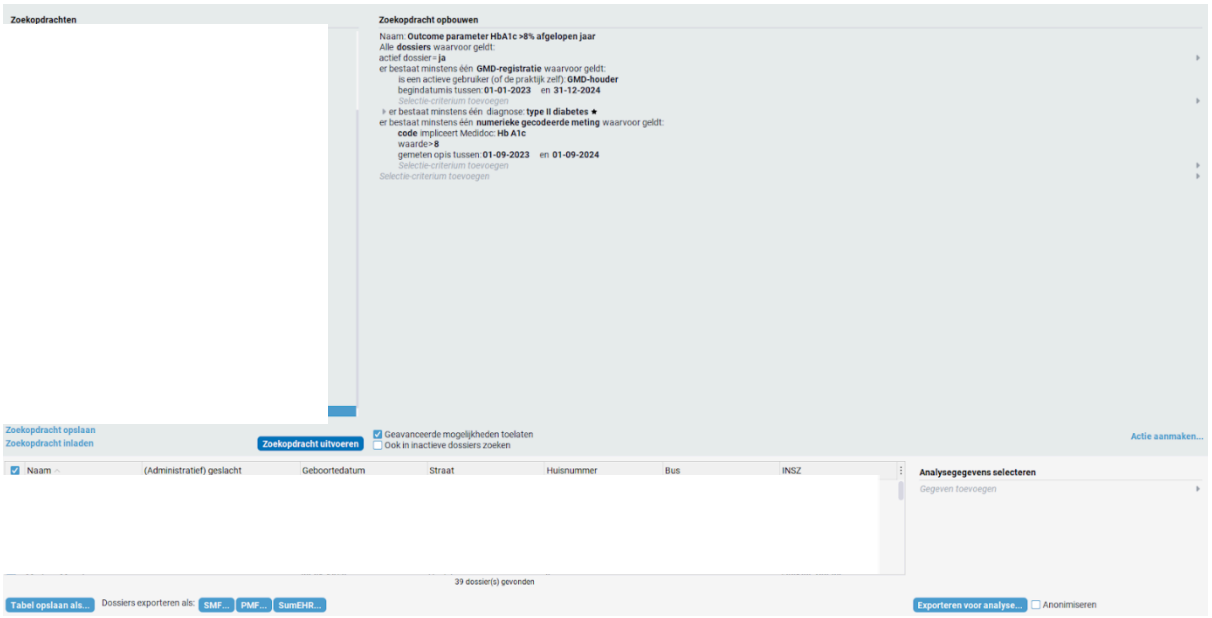
HbA1c 7-8%: 62



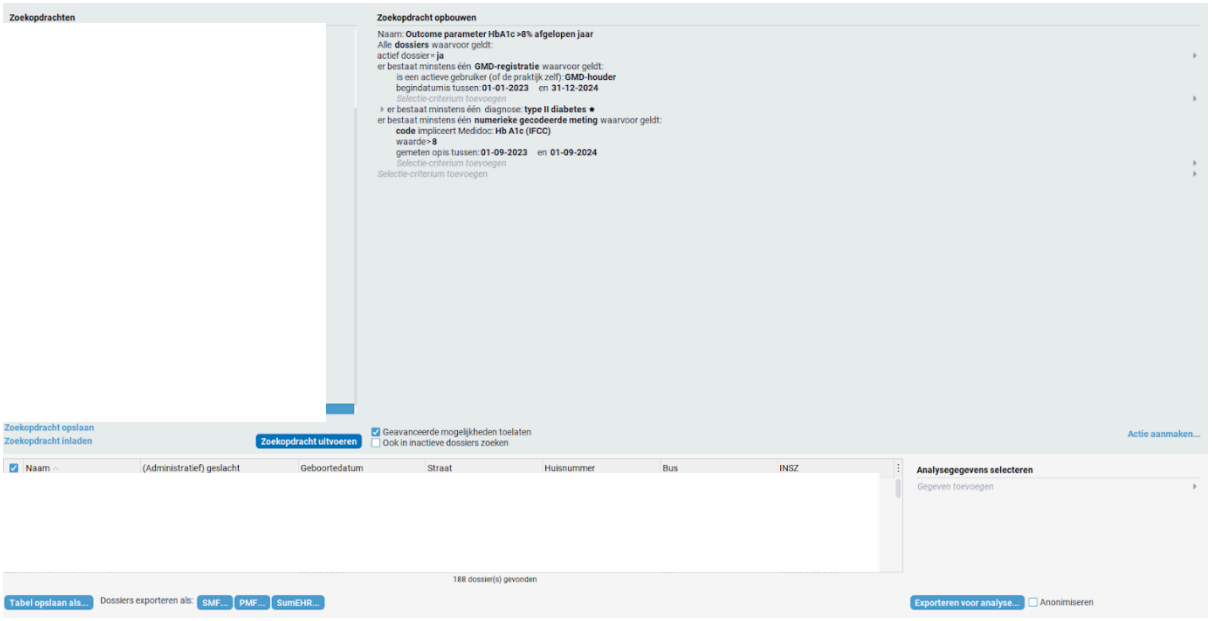
met IFCC: 0



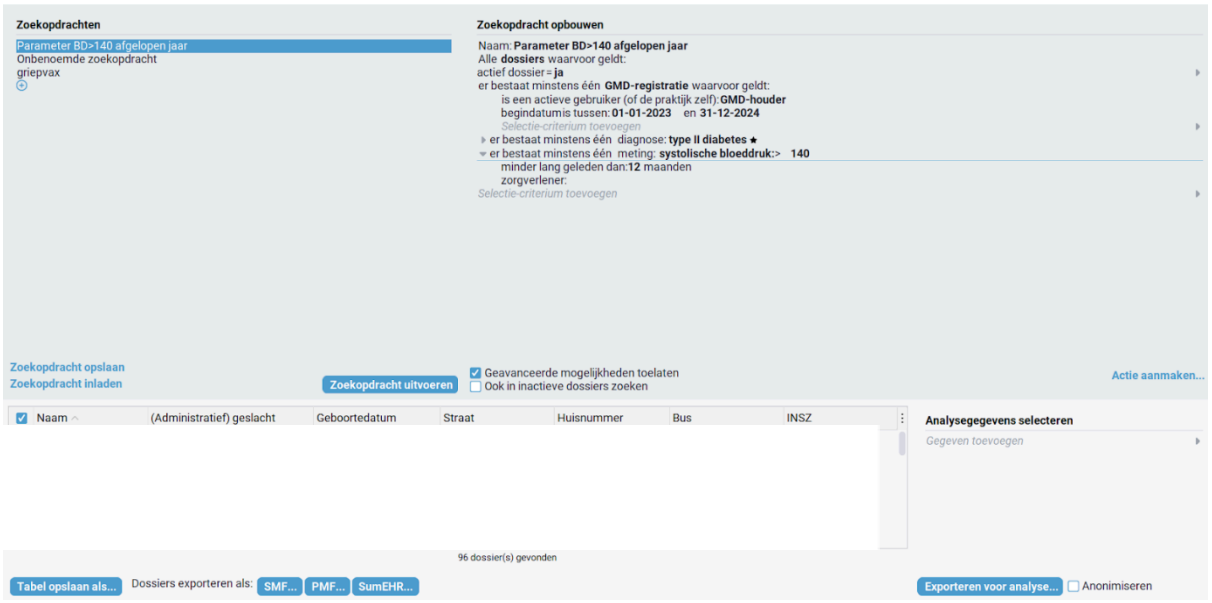
HbA1c >8%: 39



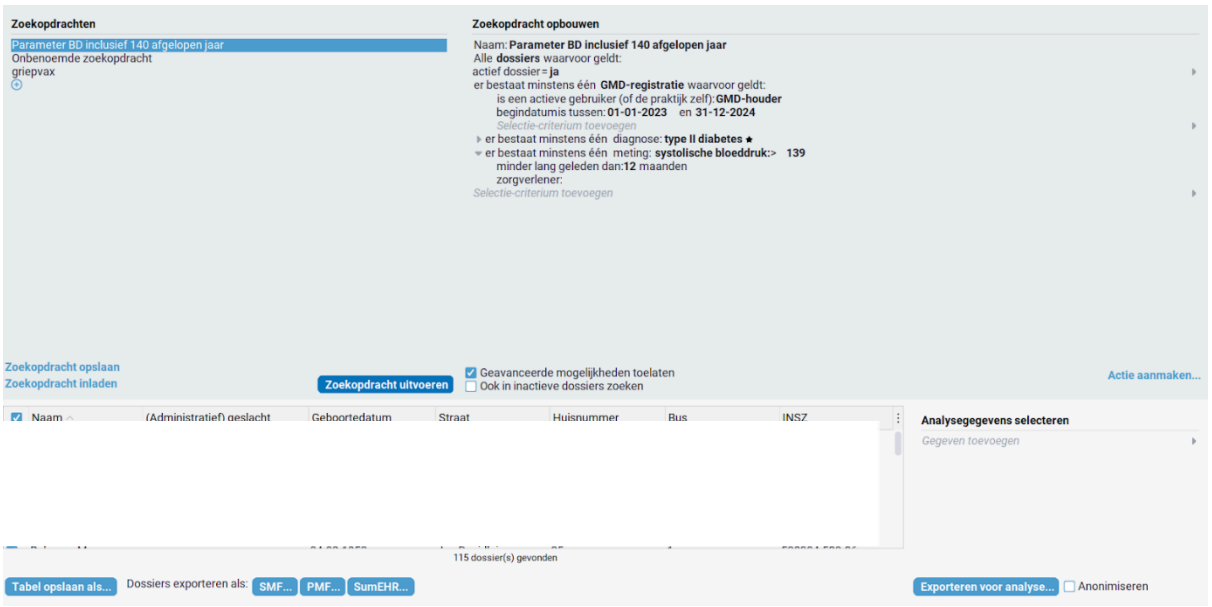
met IFCC: 188



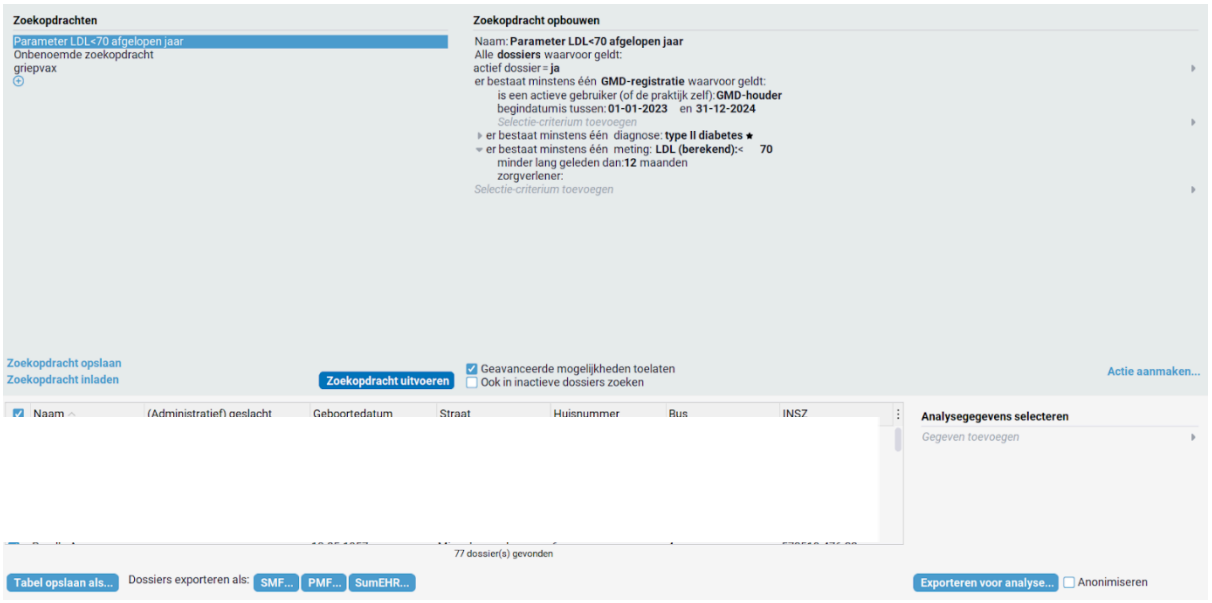
<u>BD >140 mmHg systolisch afgelopen 12 maanden</u>: 96



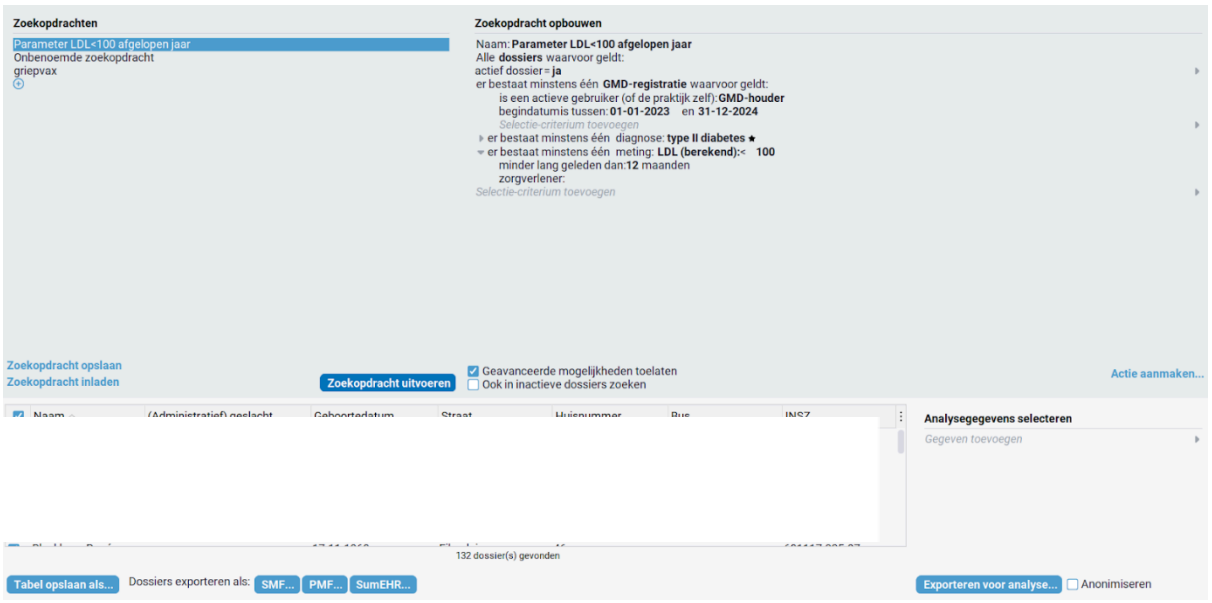
BD >= 140 afgelopen 12 maanden: 115



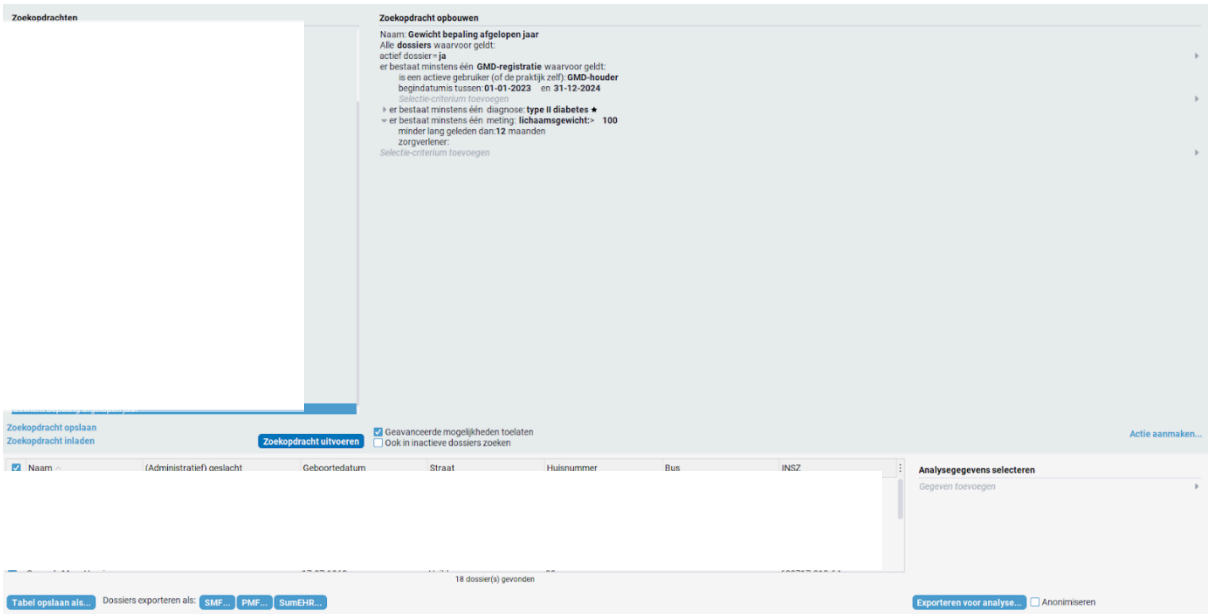
LDL meting <70 afgelopen jaar: 77



LDL meting <100 afgelopen jaar: 132



Niet relevant: **gewicht >100kg**: 18 voor afgelopen 12 maanden


Zoekopdrachten
Zoekopdracht opbouwen
Naam: Gewicht bepaling afgelopen jaar
Alle dossiers waarvoor geldt:
actief dossier = ja
er bestaat minstens één GMD-registratie waarvoor geldt:
is een actieve gebruiker (of de praktijk zelf): GMD-houder
begindatumis tussen 01-01-2023 en 31-12-2024
Selectie-criterium toevoegen
er bestaat minstens één diagnose: type II diabetes
er bestaat minstens één meting: lichaamsgewicht: > 100
minder lang geleden dan 12 maanden
zorgverlener:
Selectie-criterium toevoegen
Zoekopdracht opslaan
Zoekopdracht inladen
Zoekopdracht uitvoeren
Geavanceerde mogelijkheden toelaten
Ook in inactieve dossiers zoeken
Actie aanmaken...
Naam
(Administratief) geslacht
Geboortedatum
Straat
Huisnummer
Bus
INSZ
Analysegegevens selecteren
Gegeven toevoegen
18 dossier(s) gevonden
Tabel opslaan als...
Dossiers exporteren als:
SMF...
PMF...
SumEHR...
Exporteren voor analyse...
Anonimiseren

BIJLAGE 3: Overzicht quotes uit interviews

Consult:

EMD:
1: “Ik denk dat het grote probleem is dat je geen goed overzicht kan vinden in het elektronisch medisch dossier. Want niet iedereen schrijft dat altijd even duidelijk op.” - arts 1

2: “Het is inderdaad de bedoeling dat de eerste keer dat ze bij [diëtiste en verpleegkundige] komen, dat die alles mee in Care Connect zetten in de planning. Dan kan er worden afgevinkt, oke er is een kleine bloedname gebeurd, en dat dat dan binnen drie maanden terug op de planning staat enzovoort.” - arts 2

Labo Template:
3: “De slechte resultaten van albuminecreatinineratio is iets waar ik niet van verschiet. Ik vergeet dit ook regelmatig te onderzoeken. Daarom is het goed dat we met een groot of klein labo werken als template.” - arts 2

4: “Ik vermoed dat er toch veel zijn die met die knop van het Groot Labo werken en dan ineens ook zien van: ‘ja, dat is juist. Ik moet een potteke meegeven.’” - arts 3

Protocol:
5: “We hebben dus nu wel een protocol uitgewerkt om er systematiek in te krijgen. Het schoolvoorbeeld is dat ze eerst bij [de verpleegkundige] komen voor een bloedname en die neemt ook de parameters. En dan komen ze bij ons om de resultaten te bespreken en zien wat er verder nodig is voor die patiënt.” - arts 2

Informeren:
6: “Gewoon uw diagnose durven zeggen. Meneer/mevrouw, je hebt diabetes type 2.” - Diëtiste

7: “Het is een interessante vraag om eens te stellen: "Weten jullie waarom we om de 3 maand bloed moeten trekken" omdat de mensen meestal geen flauw benul hebben.” - arts 4

8: “Als de patiënt niet met twee zit, is er ook niemand anders die die informatie mee kan onthouden dus er gaat toch wel heel wat verloren.” - secretaresse 1

9: “Informatiebladjes of brochures, maar dat zijn dingen dat mensen verliezen.” - secretaresse 2

Tools in preventie:
10: “Die score-tabel gebruik ik bijna altijd. Dat is gemakkelijk. Je kunt dat ineens aan de mensen laten zien. Dat is niet iets dat je uit je duim zuigt. Dat staat daar zwart op wit. Die kunnen hun eigen getalletjes volgen en dat gaat een risico-inschatting maken. Ik ga ook nog eens naar die statine-wijzer.” - arts 5

Inhoud:
11: “Het bestaat uit geregeld controle bloedname, suiker snel controleren, HbA1c controleren, bloeddruk controleren, cholesterol. Ja, bloed controleren eigenlijk, bloeddruk controleren en dieetadvies. En medicatie opvolging natuurlijk.” - arts 6

Diabetes-educatie:

Patient centered care:
12: “Meestal probeer ik gewoon wat haalbaar is in de eerste plaats, in de hoop dat ze eigenlijk het jaar nadien of de volgende consultatie, als de bloedwaarden toch nog niet goed zijn, dat je er echt wel dieper op in kunt gaan. Want als je dat te veel ineens... Dan zie je die meestal al na een halfjaar terug en is het niet goed.” - diëtiste

Barrières:
13: “Ja, de taal is soms een barrière dat je merkt dat ze het niet goed begrijpen wat ik wil zeggen, of ze... Oh ja, culturele verschillen.” - diëtiste

Motivatie:
14: “Nu... Ja, in mijn ervaring, als je ze pusht, ga je een deel hebben dat komt maar wel dik tegen hun goesting. Ja, en dat heeft weinig zin. En andere bellen dan op een later tijdstip af en dat heeft eigenlijk ook geen zin.” - diëtiste

Informeren:
15: “Weten de mensen dat hun nieren ervan kapot gaan? Dat ze daar blind van kunnen worden op termijn? Weten ze genoeg over wat ze al dan niet mogen? Waar ze op moeten letten? Daar zijn diabetisch-educatoren

wel goed voor.” - arts 5

16: “Ik geef altijd veel informatie zodat ze zeker beseffen hoe belangrijk het is om goed opgevolgd te worden en geregeld te zijn” - arts 1

Levensstijl:
17: “Maar dikwijls is er ook weerstand tegen die diëtisten. Ze weten dan ook dat ze iets moeten veranderen. Als ik naar die diëtisten ga, zeggen ze van alles wat ik fout doe. Mensen worden dikwijls niet graag geconfronteerd met hun eigen fout.” - arts 6

18: “Dus dikwijls ook vechten tegen de bierkaai. Omdat je de patiënt dikwijls ook moet overtuigen dat een vrij groot deel van z'n pathologie komt te wijten van z'n levensstijl. “ - arts 6

Patiënt:

Patient empowerment:
19: “Ik denk eigenlijk ook dat het niet slecht zou zijn moesten ze meer geïnformeerd ook zijn. En vandaar denk ik dat het wel goed is dat we zo begonnen zijn met echt actief ook zo'n diabetes-educatie, daar weer meer tijd voor uit te trekken enzovoort.” - arts 3

20: “Ik denk dat het het belangrijkste is dat mensen goed begrijpen hoe belangrijk hun opvolging is. Dus zeker regelmatig naar de diabeteseducator sturen zodat zij het nog eens uitleggen en dat alles beter blijft hangen” - arts 1

21: “Ik denk dat het heel zinvol is om de mensen die een kop in het zand steken zoveel mogelijk bloot te stellen aan zorgverleners om duidelijk te maken dat het wel menens is.” - arts 7

22: “Ik zal die vraag stellen aan de patiënten. Snap je waarom je bloed moet laten trekken? Ik vind dat een goeie vraag. Ik vraag hen dat niet. Ja mensen beseffen niet altijd waarom het zo belangrijk is dat hun suiker goed staat. Wat dat de gevolgen ervan zijn.” - arts 4

23: “Omdat ik manager ben, zal ik zeggen, probeer ik ook altijd met die patiënt die afspraak te voorzien en hem niet aan zijn lot over te laten. Zeker niet in het begin, en hen uiteindelijk beetje bij beetje los te laten.” - arts 2

24: “Ik ga zeker juichen als ze over de finish komen. En ik zal ze coachen op voorhand, maar ik ga er geen koord aan hangen om ze vooruit te trekken.” - arts 5

Informeren:
25: “Ergens moeten de patiënten goed geïnformeerd worden dat ze weten hoe belangrijk het is om terug te komen en dat dat stramien erin zit. “ - arts 8

26: “Je moet ze informeren, je moet ze goede info geven en echt wel wijzen op de risico's dat ze lopen, maar ik ga het liefst aan de slag met mensen die echt wel gemotiveerd zijn. Daar heb je gewoon de beste resultaten mee. Het is nogmaals niet voor mij dat ze dat moeten doen.” - arts 5

Motivatie:
27: “Ze eigenlijk een beetje schrik aanjagen om ze beter te motiveren. Want diabetes is nog altijd een levensstijl ziekte.” - arts 7

28: “Wat baat een kaars en bril als de uil niet lezen wil.” - arts 4

29: “Ik heb daar eigenlijk gewoon heel bruut tegen gezegd dat ze gevaarlijk bezig is en ik heb haar uitgelegd dat het risico op hart- en vaatziekten ongelooflijk hoog ligt. Dit is ook puur uit nonchalance want deze mensen zijn zeker slim genoeg.” - arts 1

30: “Levensstijlaanpassingen zijn altijd heel moeilijk om aan te brengen omdat je een deel van de verantwoordelijkheid bij de patiënt moet leggen.” - arts 6

Barrières:
31: “De grootste hindernis is de motivatie van de patiënt.” - arts 9

32: “Ja, we zien wel dat de helft patiënten weet hoe ze afspraken moeten maken en moeten opvolgen, maar de andere helft het niet goed weten en denken, “maar ik voel me toch goed” en zo niet beseffen dat ze moeten langskomen.” - secretaresse 2

33: “Wat ik nog wel merk, is dat bij sommige artsen, en dat hoeft ook zeker niet altijd van hier te zijn, is zo de... ‘Voor alles is een pilletje’. Dus er zijn mensen die denken van... Ik ga niet stoppen met dat snoepen, want daar verhoog ik liever mijn metformine. Dan... Ja.” - diëtiste

34: “Ik denk vooral dat ze het niet willen begrijpen. Omdat dat... Patiënten nemen niet zo heel graag verantwoordelijkheid over hun gezondheid. En dat gaat niet alleen over diabetes, maar ook in het algemeen.” - arts 10

35: “Ik hamer er wel op dat ‘een beetje suikerziekte’ eigenlijk niet bestaat. Ik maak eigenlijk de vergelijking met, je bent zwanger of je bent niet zwanger.” - arts 7

36: “Ja, er zijn wel wat mensen die tegen hun goesting gaan. Er zijn ook gewoon heel veel mensen die tegen hun goesting suikerziekte hebben.” - arts 7

37: “Ja, moeilijke balans tussen pushen en ruimte laten.” - arts 7

38: “Voor de mensen die werken is het soms moeilijk om een goede opvolging te kunnen krijgen.” - arts 10

Patient centered care:
39: “Je moet alles evalueren. Echt patiëntafhankelijk kijken.” - arts 6

40: “Bij iemand die 75 jaar is, kan je 2 keer per jaar bloed trekken.” - arts 6

Betrekken in eigen zorg:
41: “Wel, ik zeg dat altijd op het einde van een consultatie, dan zeg ik mijn verwachtingen naar hen toe. Ik verwacht dat je binnen drie maanden bloed laat trekken en dat je langs mij komt.” - arts 4

42: “Ik denk dan aan een boekje te maken. Of op afspraakkaartjes. Misschien is het een idee als ze in het begin op gesprek gaan met [verpleegkundige] of de arts dat ze daar een boekje afgeven en hun afspraken inzetten.” - secretaresse 1

Verantwoordelijkheid patiënt:
43: “Je probeert ze te motiveren, maar als ze het niet willen, willen ze niet.” - arts 8

44: “Als je dat niet wilt, moet je het weten, maar dat zijn dan de risico's. Ik ben daar wel strenger in geworden.” - arts 2

45: “Uiteindelijk ligt uw lot bij uzelf en de verantwoordelijkheid voor uw eigen zorg bij uzelf. Je kunt het aanreiken maar ze moeten het zelf aannemen.” - arts 4

Duurzaamheid:

Informeren:
46: Ik denk dat het het belangrijkste is dat mensen goed begrijpen hoe belangrijk hun opvolging is. Dus zeker regelmatig naar de diabeteseducator sturen zodat zij het nog eens uitleggen en dat alles beter blijft hangen.” - arts 1

Controleren:
47: “Iemand die dat controleert, iemand die zich daarmee bezig houdt. Je werkingsmechanisme gaat verbeteren met het aantal drukmiddelen die je hebt. Alle drukmiddelen en met de controles die dat je doet, dan gaat het pas langer zijn.” - arts 6

Protocol:
48: “Ik denk dat het zeker nuttig is om een praktijkprotocol te maken” - arts 10

Tijdsgebrek:
49: “Dat de artsen genoeg tijd hebben om hun patiënten op te volgen en ook zelf op te volgen. Dat de opvolging voornamelijk door de huisarts wordt gedaan zoals het op ons protocol staat. Door het opbouwen van die arts-patiëntrelatie gaat die opvolging veel vlotter verlopen langs beide kanten. De arts mag niet enkel betrokken zijn als manager van bovenaf om wat bij te sturen.” - arts 2

Verloren patiënten:
50: “We kunnen eventueel een lijst afdrukken met alle diabetespatiënten. En dan kijken wie in orde is en wie niet. Maar dan krijg je natuurlijk een soort verplichting. En dat zit een beetje met de vrijheid van de patiënt”. - arts 8

Patiënt empowerment:

51: “Want zo'n ziekte, zeker de eerste tientallen jaren, voelen de mensen zich uiteindelijk niet slecht. En die hebben daar geen effect van, maar achteraf zijn er momenten... Je moet het verkopen voor later.” - arts 8

Team:

Barriere Secretariaat
52: “Maar wij aan het secretariaat hebben geen weet van deze aandoening, wij hebben hier geen kennis van en zijn niet op de hoogte van wie diabetes hebben en wie niet ” - secretaresse 2

53: “Eigenlijk is dat een beetje moeilijk als secretaris in de zin van alles van de wet van de privacy. Dus wij zijn eigenlijk niet echt de persoon om die opvolging te doen. ” - secretaresse 1

Secretariaat
54: “Ja, voor die afspraak kunnen wij perfect bellen. En dan is dat, ik bel in naam van dokter X om toch eens een afspraak in te plannen voor de opvolging van het traject. Dus als jullie een lijst voor ons maken kunnen wij dat zeker doen.” - secretaresse 1

55: “Als je de mensen laat gaan zonder een afspraak, en ze zeggen dat ze dat zelf regelen, komt het misschien niet altijd aan. Maar als je ze al direct een afspraak of ook zelfs bij de diëtiste geeft, dan zijn ze vertrokken.” - secretaresse 1

Procesparameters:
56: “Of dat ze bij [verpleegkundige] komen voor bloed trekken en ineens het potje meenemen.” - arts 4

Arts
57: “Ik denk dat ze dan één of twee keer op het jaar toch wel bij de dokter moeten passeren.“ - verpleegkundige

Diëtist
58: “Dus het zou langs de andere kant toch wel misschien nuttig zijn dat je in de praktijk toch ook wel een halve dag in de week of enkele uren in de week een diëtiste hebt die dan die mensen bekijkt. “ - arts 10

PA:
59: “De praktijkassistente neemt de parameters. Die durft ook al weleens te checken wanneer het laatste urinestaaltje gebeurd is, de laatste controle bij de oogarts” - arts 9

VPK:
60: “dan kan een verpleegkundige ook een heleboel dingen in orde maken. Heel veel tijdswinst daar, zo rijbewijs in orde, urine in orde, wegen, zeker een keer doen, al die dingen die wij vergeten. Wat dat betreft werkt het wel goed.” - arts 7

61: “Er is dus wel een duidelijke samenwerking met de verpleging. Voor nieuwe patienten blokkeert ze ineens twintig minuten of een half uur voor diabetes” - arts 4

Verloren patiënten:
62: “Ik weet niet goed in welke rol. Afspraken maken? Maar ja, dan moeten de mensen tot daar komen. Of moeten die bellen, hè? De mensen zo proactief gaan opbellen. Dat vind ik nu eigenlijk hun taak niet.. Ze zijn geen babysitters.” - arts 3

63: “Tenzij ik natuurlijk de vrijheid krijg om te zeggen van, ik lijst ze allemaal op. En ik schrijf ze om de zoveel tijd zelf een keer aan van ‘hallo’. Of ik zeg van, die moeten nog eens opbellen..” - verpleegkundige

Samenwerking:
64: “Artsen kunnen sowieso bloedafname bespreken, de medicatie aanpassen, voorschrijven en verwijzen. De verpleegkundige, de bloedafname en de procesparameters. Onze verpleegkundige is ook diabetes-educator dus sturen onze patiënten regelmatig naar haar toe“ - arts 1

Tijdsgebrek:
65: “Ik denk niet dat het de taak is van het secretariaat om dat mee op te volgen. Ik denk dat wij dat moeten doen samen met [diëtiste en verpleegkundige]. Ik denk dat die al werk genoeg hebben nu voor andere zaken dan dat je zo... “ - arts 11

Data:

Barometer
66: “En vind je deze nu toch nog wel wat anders dan die barometer? Kijk je naar die barometer?” “Nee. - arts 6

Resultaten
67: “Ik hoop dat alle parameters wel stijgen met het invoeren van ons protocol. “ - arts 2

68: “Als je in eenzelfde entiteit werkt, dus een echte groepspraktijk hebt, denk ik dat je bias een stuk minder gaat zijn dan dat je in een netwerkpraktijk zit.” - arts 10

Procesparameters:
69: “De bloeddruk is ook vrij laag, maar ik denk dat niet iedereen dat mooi noteert in het vakje dus dat er wel wat waardes verloren zijn en via het opvragen van die query’s niet naar boven komen. Ik denk dat de procesparameter van bloeddruk in de realiteit wel hoger zou zijn.” - arts 2

70: “Die albumine-creatine, dat doe ik ook niet standaard en dat zou eigenlijk wel moeten. Ik veronderstel vaak dat dit jaarlijks bij de endocrinoloog gebeurt.” - arts 1

71: [Over gewicht] “Met die barometer. Dat was één van de parameters die erin moeten zitten. Ik wist dat ik daar niet goed scoorde.” - arts 9

Outcome parameters:
72: “Terwijl de outcome-parameters eigenlijk wel het belangrijkste zijn. Ik bedoel, ik kan lopen de muggen ziften over genoteerde gewichten en bloeddrukken, maar het belangrijkste is dat die mensen hun waardes in orde zijn. Brave dokters is geen uitkomstmaat voor patiënten. Dat is een secundaire uitkomstmaat.” - arts 7

Verloren patiënten:
73: “Ik zou het wel nuttig vinden om er een lijst van te kunnen trekken.” - arts 4

74: “En die waarschijnlijk de piek ook wel geven.” - arts 3

New Deal:

Samenwerking:
75: “Ik vraag me alleen af. De mentaliteit van de mensen verandert niet. Dus het is niet omdat... Allee, hier is de mogelijkheid er ook om te komen en om een afspraak te maken. En we werken ook met de verpleegkundige. Er is een diëtiste bij de hand, een diabetes-educator ligt bij de hand. Wie dat wil, kan dat zonder die new deal ook al wel doen. Dus ik vraag me af of je zoveel meer mensen gaat bereiken dan dat wij eigenlijk bereiken nu.” - arts 3

76: “Als je in een praktijk werkt zonder personeel, en door de new deal gaan uw oogkleppen open dat het heel handig is om iemand in dienst te hebben, die heel veel voor u kan doen. Dan snap ik dat je daarover te spreken bent. Ik denk dat het voor ons, voor ons gaat het niet echt veel voordelen hebben.” - arts 7

Tijdsgebrek:
77: “En ja, als je minder uren gaat doen, dan ben je minder bereikbaar.” - arts 8

Patient centered care:
78: “Nee, ik ken mijn patiënten wel graag. Ik heb liever mensen en gezichten dat ik mij kan voorstellen, dan een nummerke in een dossier.” - arts 3

79: “En iedereen gaat in zijn kotje kijken. En de patiënt als mens wordt niet meer gezien. Want iedereen kijkt in zijn polihokje, in zijn kotje.” - arts 4

Modus operandi:
80: “Nog veel erger. Je gaat afhankelijk worden van cijfertjes. Het normaal denken, het gezond boerenverstand, dat verdwijnt.” - arts 6

Opstarttraject:

Samenwerking:
81: “Ja, dat zijn eigenlijk de mensen die... Die je eigenlijk nog... Die ik te weinig zie, voorlopig toch, denk ik.” - dietiste

RIZIV:
82: “Weet je, de regelgeving is ook zo ingewikkeld en verandert om de zoveel jaar. Hou het maar bij, hè. En het is niet dat je op voorhand gebriefd wordt, hè. Dat is dan een vertegenwoordiger die een kwartierke hier komt om zijn product te verkopen. En die vertelt van, ah ja, het is trouwens [veranderd]... En passant.” - arts 3

83: “Dat zijn middelen om ons financieel afhankelijk te maken, noem ik dat. Op elk dingetje staat een tarief. En dat is dus het absurde. Terwijl, dat is een job. En dat hoort er gewoon in zijn geheel bij.” - arts 6

Benaming:
84: “Voor sommige patiënten kan het een stok achter de deur zijn dat je kunt zeggen dat je nu in een “opstart”traject diabetes zit. Want een voortraject is precies zo, je hebt een beetje suiker. Ik vind de naam dus wel beter.” - arts 10

EMD:
85: “Ik denk dat deze nomenclatuur code zich wel jaarlijks vernieuwd.? Nee, dat is dus mislukt.” - arts 3

86: “De miserie is nog steeds hetzelfde, dat je eigenlijk niet kunt zien of het aangerekend is of niet. Het is veranderd van naam. Maar ik zou eigenlijk zelfs niet weten één op één wat er achter de komma veranderd is. De ergernissen zijn hetzelfde.” - arts 7

Praktijkorganisatie:

Tijdsgebrek:
87: “Ja, ik weet dat we daar de laatste drie jaar hier in de praktijk werk van gemaakt hebben. Dat is niet evident. Als je geen secretariaat hebt of assistentie die dat doet, dan gebeurt dat niet. Ja, dat neemt ook wat tijd in beslag. Minstens vijf minuten bezig.” - arts 9

88: “Want eigenlijk moet je heel veel in één consultatie gepropt krijgen.” - arts 1

89: “Het is niet dat je hier een hele dag van negen tot zeven zit en zoekt naar werk, hè. Het is gewoon ook druk genoeg.” - arts 3

90: “Niet veel tijd over om educatie te gaan doen. Dan is het wel heel fijn dat je dan een educator in de praktijk hebt.” - arts 2

EMD:
91: “We hebben nu afgesproken dat alles goed genoteerd wordt op het medisch dossier binnen dat diabetes opstarttraject op de handelingen of op de planning.” - arts 2

92: “Ondertussen hebben we na onze eerste overleg, hebben [de paramedici] een verpleegkundig/diëtisten account. Zodanig dat we wel alle resultaten kunnen bekijken die voor ons nuttig zijn.” - verpleegkundige

93: “We zeggen dat tegen de patiënt maar ik durf dat ook noteren in het dossier, zodanig dat de secretaressen weten als ze bellen voor een voorschrift, wanneer ze moeten langskomen.” - arts 9

94: “Dus wat die eigenlijk doen is, ze hebben een standaardlijstje gemaakt voor jaarlijks oogarts, jaarlijks urine, drie maandelijkse bloedname, of een grote bloedname jaarlijks, kleine bloedname om de drie maanden. En zij typen dat in de planning en ze vinken dat ook af als het gebeurd is. Maar dat is een heel onoverzichtelijk systeem, want dat verspringt de hele tijd, dat zijn geen standaard vakjes. Je kunt ook niet in één oogopslag zien wat er de laatste maanden gebeurd is.” - arts 7

Agenda:
95: “Je kunt dat eventueel al wel inplannen, maar dat is ook niet altijd evident want de agenda staat voor die maand nog niet open, of de mensen vergeten dat ze een afspraak hebben.” - arts 1

96: “Ik denk, als je zelf ze ineens maakt en je geeft al een afspraak, dan staat dat al vast. Ik denk dat dat voor bepaalde patiënten beter is.” - arts 8

97: “Maar tijdens een gewone consultatie ga ik daar niet over verder. Nee, dan moeten ze terugkomen voor hun suiker. Je moet de consultaties wat gescheiden houden.” - arts 8

98: “Mensen komen zelden alleen maar voor een diabetesopvolggesprek.” - arts 3

Telefonisch consult:
99: “Eigenlijk telefoneer ik nog evenveel als daarvoor.” - arts 3

100: “Als er geen vergoeding voor is, heb ik ook geen tijd om zoveel uur per week extra aan een telefoon te hangen bovenop, wat ik eigenlijk al doe, voor de mensen die dan wel moeite doen.” - arts 3

101: “Ja, ik had daar in het begin wel schrik voor, omdat ik dacht dat dat nog extra werk ging geven. En dat is hè.

Soms komen ze gewoon voor een voorschrift dat ik anders had klaargelegd. Maar dat is het moment om wat tijd in te halen, voor inderdaad wat meer aan preventie te doen. Voor een keer door een specialistische verslagen te gaan, medicatie nog eens op punt te stellen." - arts 5

Informeren:
102: "Ik zou daarover nadenken om daar misschien een mooi bundeltje van te maken. Ik weet zeker dat de verpleegster alles duidelijk verteld maar maar een procent van die info onthouden ze." - secretaresse 1

103: "Er is informatie genoeg. Je kunt zeggen, je moet een flyer lezen, je moet een brochure lezen en dit en dat, maar... Iedereen vindt alles tegenwoordig op het internet." - arts 9

Verloren patiënten:
104: "Je hebt praktijken, die dat echt gaan opzoeken en die actief gaan screenen. In een ideale wereld zou dat zo verlopen. Maar ergens, ja, is dat een hoop werk. Ik denk soms dat dat een hoop werk voor hoeveel extra. In hoeverre moet ik hun hand gaan vasthouden? Maar om echt lijsten te laten maken van wie dat er nog moet komen, dat is voor ons misschien nog een stapje te ver denk ik." - arts 5

105: "Ja, ik denk dat het met één van de programma's is die we hier gebruiken. Om dan daar contact mee op te nemen met helpdesk. Om te horen wat een mogelijkheid is om zo mensen op te sporen." - secretaresse 3

106: "Je hebt tools in je programma, in CareConnect. Je kunt mailings sturen. Je kunt misschien een groep aanmaken waar je je diabetespatiënten inzet. En dan zeg je... Vergeet je controle niet of dit of dat. Zo kun je die wel bereiken. Of misschien voor de algemene informatie." - secretaresse 1

107: "De medicatie wordt niet meer altijd rechtstreeks op hun pas gezet en we laten de artsen het altijd weten dus op die manier de verloren patiënten terug opsporen?" - secretaresse 2

108: "In een forfaitaire praktijk is dat een inschrijving en kun je die dingen allemaal terug, denk ik, beter organiseren." - arts 10

Boekje:
109: "De mensen die gemotiveerd genoeg zijn om een boekje bij te houden doen dit al op hun eigen manier. Het gaat niet helpen om een boekje te geven aan niet gemotiveerde patiënten want die verliezen ze toch of gebruiken ze niet." - arts 2

110: "ik denk inderdaad dat zo voor de patiënt het schemaatje afdrukken met afwisselend arts en verpleegkundige en dan zo een invul voor de datums enzo. Dat is misschien wel een goed idee, dat die er ook meer overzicht op hebben." - arts 7

Elektronisch voorschrift:
111: "De truc is gewoon medicatie meegeven totdat ze nog eens moeten terugkomen." - arts 5

112: "Op het moment dat hun medicatie op is of bijna op is en dat ze dan pas bellen en dat dan wel de praktijkmedewerker/-ondersteuner, moet zeggen dat je nog eens op controle moet komen." - arts 10

113: "Ja, eigenlijk moeten die patiënten met suiker niet automatisch medicamenten bijgeven. Die moeten eigenlijk absoluut komen." - arts 8

114: "Handig want na drie maanden verdwijnt dat ook van de identiteitskaart." - arts 10

Protocol:
115: "Je kunt zoveel protocollen maken als je wilt, als iedereen gewoon verder blijft werken zoals hij nu doet… Dan heeft dat weinig zin. En ik denk dat we daar wel verbetering in kunnen brengen. Iedereen zit zo wat vastgeroest in zijn eigen systeem. En je wilt wel iets uniform, dat was ook de bedoeling maar dan moet iedereen dat ook wel beginnen doen, en daar, daar loopt het mis." - arts 3

116: "Ik heb ook al wel gemerkt in de praktijk dat het zeker wel beter kan zijn. Er is geen vast stramien en iedere arts heeft echt wel zijn eigen manier van doen. iedereen heeft wel gemerkt dat dat niet goed genoeg loopt." - arts 1

117: "[De verpleegkundige] dus de 3 maandelijkse bloednames, [diëtiste] zou het eerste gesprek moeten doen omdat zij een diabeteseducator is. Dan is het aan de arts om na te kijken hoe het zit met de waardes. Is er iets van medicatie dat verhoogd moet worden." - secretaresse 1

Frequentie afspraken:
118: "Ja, en wat mij betreft mensen die echt al verschillende bloednames met hun HbA1c onder de 7 zitten. En dat loopt goed. En die zijn bij een diëtist of diabeteseducator geweest. En die weten wat ze moeten doen. Je kunt

ze ook niet om de drie maanden hetzelfde vertellen, hè? Nee. Ze mogen van mij gerust een half jaar weg blijven.” - arts 3

119: “Technisch gezien is het drie maanden. Maar iemand die heel goed zijn best doet, goed opgevolgd is, medicamenteus, cholesterol, en die statines neemt en iemand die al tien jaar goed is, die moeten van mij niet elke drie maanden langs komen.” - arts 5

120: “Ik bedoel, misschien moeten we minder streng zijn en beter zeggen om de zes maanden. Je knippert met je ogen en drie maanden zijn voorbij. Dan moet je weeral bloed laten trekken.” - arts 4

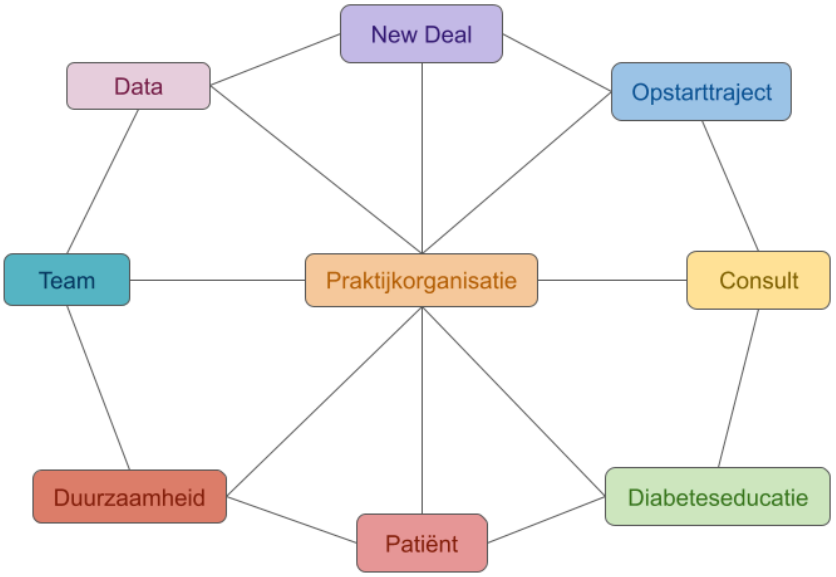
121: “Drie keer per jaar, denk ik, is wel een haalbare kaart.” - arts 10

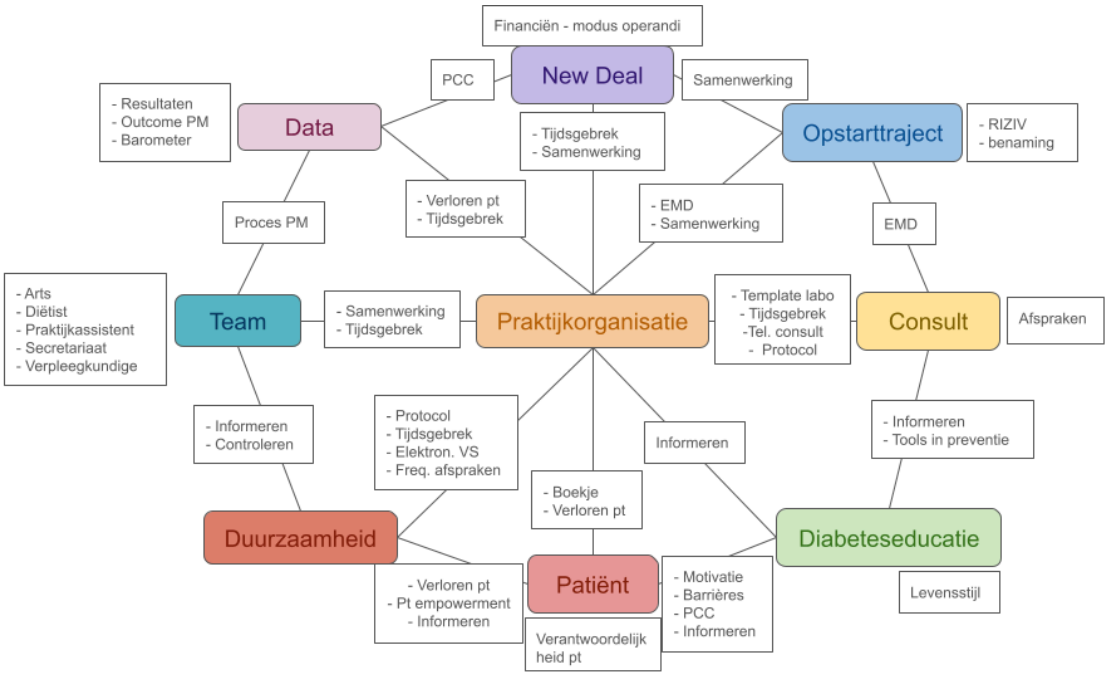
122: “Dus ze gaan sowieso twee keer vier keer per jaar langs moeten komen. Alleen voor hun diabetes alleen… Dat is wel veel natuurlijk.” - arts 8

Samenwerking:
123: “Dus die proberen onderling dat wel een beetje te verdelen van wie dat wat doet. Maar het is wel handig dat je in één en hetzelfde dossier zit. En daarmee dat het makkelijk is dat dat allemaal binnen de praktijk blijft.” - arts 2

124: “Ja, het bespreken is in ieder geval altijd bij ons. De bloedname kan wisselen. Dat kan ook via het labo zijn of bij de verpleegkundige of bij ons. Maar het bespreken is in ieder geval altijd bij ons.” - arts 10

BIJLAGE 4: spindiagram van (sub)thema's





BIJLAGE 5 : structuur interview

Interview arts:

1. Karakteristieken:
    a. Wat is uw leeftijd?
    b. Wat is uw geslacht?
    c. HAIO of huisarts?
2. Wat verstaat u onder een consultatie ‘opvolging type 2 diabetes’?
3. Kunt u beschrijven hoe een consult rond opvolging type 2 diabetes verloopt?
4. Welke hindernissen ervaart u tijdens een consultatie ‘opvolging type 2 diabetes’ en hoe gaat u hiermee om?
5. Hoe organiseert u deze opvolg consultaties in de praktijk?
    a. Op afspraak? Tijdens ander consult? Gepland?
6. Hoe zou u de patiënten mee betrekken bij hun eigen zorg?
7. *resultaten voorleggen*
8. Wat vindt u er goed aan? Ligt dit in lijn met de verwachtingen? Waarom/waarom niet.
9. Wat kan er verbeteren in de praktijk?
    a. Hoe zouden betere resultaten in de proces parameters (bloeddrukprofiel, gewicht, HbA1c, albumine-creatinine ratio, aantal patiënten met opstarttraject) bereikt kunnen worden?
    b. Hoe zouden betere resultaten in de outcome parameters (bloeddrukprofiel, HbA1c) bereikt kunnen worden?
10. Wat stelt u voor/hebt u nodig om de opvolging van deze patiënten duurzaam te maken?
11. Hoe ziet u de taakverdeling tussen de verpleegkunde, arts, diëtiste en praktijkondersteuner?
12. Wat betekent het opstarttraject voor u in vergelijking met het voortraject?
    a. Wat zegt het voortraject u?
13. Hoe ziet u de New Deal in relatie tot dit alles?
    a. Mogelijke voordelen New Deal?
    b. Mogelijke nadelen New Deal?
    c. Verdeling takenpakket tussen verpleegkundige en arts in huidige praktijk versus wat er zou kunnen in een New Deal praktijk?
14. Welke gevoelens bij dit soort kwaliteitsverbeterende initiatieven? Ziet u dit als nuttig? Meerwaarde?

Interview praktijkverpleegkundige:

1. Karakteristieken:
    a. Wat is uw leeftijd?
    b. Wat is uw geslacht?
2. Wat verstaat u onder een consultatie ‘opvolging type 2 diabetes’?
3. Kunt u beschrijven hoe een consult rond opvolging type 2 diabetes verloopt?
4. Welke hindernissen ervaart u tijdens een consultatie ‘opvolging type 2 diabetes’ en hoe gaat u hiermee om?
5. Wat kan er verbeteren in de praktijk?

    a. Hoe zouden betere resultaten in de proces parameters (bloeddrukprofiel, gewicht, HbA1c, albumine-creatinine ratio) bereikt kunnen worden?
    b. Hoe zouden betere resultaten in de outcome parameters (bloeddrukprofiel, gewicht, HbA1c) bereikt kunnen worden?
6. Hoe zou u de patiënten mee betrekken bij hun eigen zorg?
7. Wat stelt u voor/hebt u nodig om de opvolging van deze patiënten duurzaam te maken?
8. Hoe ziet u de taakverdeling tussen de verpleegkunde, arts, diëtiste en praktijkondersteuner?
9. Welke gevoelens bij dit soort kwaliteitsverbeterende initiatieven? Ziet u dit als nuttig? Meerwaarde?

Interview praktijkondersteuner (secretariaat)

1. Karakteristieken:
    a. Wat is uw leeftijd?
    b. Wat is uw geslacht?
2. Hoe ziet u een goede opvolging van patiënten met type 2 diabetes.
   inneens controle raadpleging inplannen? remindermailtje?
3. Hoe zou u de patiënten mee betrekken bij hun eigen zorg?
4. Wat stelt u voor/hebt u nodig om de opvolging van deze patiënten duurzaam te maken? Tools zoals geschreven op een kaartje? Mailtje sturen?...
5. Hoe ziet u de taakverdeling tussen de verpleegkunde, arts, diëtiste en praktijkondersteuner?
6. Wat zou je doen met de verloren patiënten?
7. Welke gevoelens bij dit soort kwaliteitsverbeterende initiatieven? Ziet u dit als nuttig? Meerwaarde?

BIJLAGE 6: MMR-RHS checklist

Mixed Methods Reporting in Rehabilitation & Health Sciences (MMR-RHS)

Methods (continued…)	Y/N; Page # Comments
Describes and supports the qualitative and quantitative methodologies (phenomenology, randomized control trial) used to accomplish the discrete aim(s) of the project	6
States researcher(s) background and contributions to project (e.g. content or methods expertise, relationships to participants)	6-9
Identifies setting (e.g. hospital system, geographical location)	6-9
Subjects/Participants - Clearly describes and supports the following: • Sampling and recruitment • Inclusion/Exclusion criteria • Ethical considerations (consent process, researcher relationship with participants)	6-9
Data collection - Clearly describes and supports the following: • Pilot study (if applicable) • Instrumentation (validity, reliability) • Implementation matrix (e.g. data source, timeline, type, anticipated outcomes)	6-9
Data analysis - Clearly states and describes analysis procedures for: • Qualitative • Quantitative • *Mixed Methods (integration)*	6-9
Methodological Rigor – Clearly describes steps taken to establish rigor: • Qualitative (e.g. credibility, dependability, confirmability, transferability) • Quantitative (e.g. validity, reliability, generalizability) • *Mixed Methods* (validity or legitimacy)	6-9
Results/Findings	
Clearly presents findings for study components: • Qualitative (includes data exemplars) • Quantitative • *Mixed Methods-Provides integrated findings/overall study results* (e.g., joint display)	9-34
Discussion	
• *Incorporates discussion on implications of integrated findings*	34-39
• Provides synthesis and interpretation of findings in the context of existing literature and theoretical/conceptual framework	36-39
• Includes subsection of limitations	37-38

© 2023 Tovin M. & Wormley M.

BIJLAGE 7: COREQ checklist

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist **Domain 1: Research team and reflexivity**

Personal Characteristics

No	Item	Guide questions/description	Page number
1	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	8
2	Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	8
3	Occupation	What was their occupation at the time of the study?	8
4	Gender	Was the researcher male or female?	8
5	Experience and training	What experience or training did the researcher have?	8

Relationship with participants

No	Item	Guide questions/description	Page number
6	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	8
7	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	8
8	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	8

Domain 2: study design

Theoretical framework

No	Item	Guide questions/description	Page number

9	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	6-9

Participant selection

No	Item	Guide questions/description	Page number
10	Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	8
11	Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	8
12	Sample size	How many participants were in the study?	8
13	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	8

Setting

No	Item	Guide questions/description	Page number
14	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	8
15	Presence of non participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	NO
16	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	8

Data collection

No	Item	Guide questions/description	Page number

17	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	8
18	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	NO
19	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	8-9
20	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	NO
21	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	8
22	Data saturation	Was data saturation discussed?	8
23	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	NO

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

No	Item	Guide questions/description	Page number
24	Number of data coders	How many data coders coded the data?	8-9
25	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	8-9
26	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	8-9
27	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	8-9
28	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	8-9

Reporting

No	Item	Guide questions/description	Page number
29	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	17-32, Bijlage 3
30	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	17-32
31	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	17-33
32	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	17-33

BIJLAGE 8: Lijst afkortingen

T2DM	Diabetes mellitus type 2
HbA1c	Hemoglobine A1c
LDL	Low Density Lipoproteïne
ACR	Albumine-creatinine ratio
MMR-RHS	Mixed Methods Reporting in Rehabilitation & Health Sciences
GMD	Globaal Medisch Dossier
IDDM	Insulin-dependent diabetes mellitus
NIDDM	Non-insulin-dependent diabetes mellitus
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CMO	Context-mechanism-outcome
EMD	Elektronisch medisch dossier
ADA	American Diabetes Association
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
BMI	Body Mass Index

BIJLAGE 9: Informed Consent formulier

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie:

- Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

Onderzoeksinstelling:

- KU Leuven

Ethisch comité:

- EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

- Anne Ingelbrecht, HAIO, anne.ingelbrecht@student.kuleuven.be
- Laura Van Nueten, HAIO, laura.vannueten@student.kuleuven.be
- Marilyn Corluy, HAIO, marilyn.corluy@student.kuleuven.be

Promotor:

- Professor Geert Goderis, geert.goderis@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de opvolging van type 2 diabetes mellitus. Er wordt nagegaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg voor patiënten met type 2 diabetes te verbeteren en er wordt onderzocht welke barrières er ervaren worden, wat de rol is van de New Deal en hoe u te taakverdeling ziet binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Ø Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, [MP031873].
- Ø Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- Ø De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Ø Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Diabetes mellitus type 2 is een zeer prevalente chronische aandoening, waar de huisarts frequent mee in contact komt. Een goede opvolging van bepaalde parameters en tijdige interventie is belangrijk voor gunstige outcomes op zowel korte als lange termijn.

In deze studie zullen we nagaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg voor patiënten met type 2 diabetes te verbeteren in twee huisartsenpraktijken. Er zal onderzocht worden welke barrières er ervaren worden, wat de rol is van de New Deal en hoe ze de taakverdeling zien binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk. Hierbij worden de volgende onderzoeksvragen gesteld: “Hoe evalueren huisartsen en praktijkverpleegkundigen de kwaliteit van diabeteszorg in hun praktijk en indien aangewezen, op welke manier denken ze de kwaliteit van zorg te optimaliseren? Hoe denken ze daarvoor het recente RIZIV initiatief - het opstarttraject - te kunnen gebruiken? Welke barrières en facilitatoren zien ze om dit op een duurzame manier in hun praktijk binnen te brengen?”.

Arts/

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan deze studie aangezien we op zoek zijn naar huisartsen en HAIO’s met interesse in de preventieve en chronische zorg. Om aan deze studie te kunnen deelnemen dient u Nederlandstalig te zijn en woonachtig te België. Gepensioneerde huisartsen en artsen in de specialistische geneeskunde worden niet geïncludeerd in deze studie. Aan deze studie zullen naar schatting ongeveer 15 artsen deelnemen.

De onderzoeker zal een interview afnemen waarbij er gepeild wordt naar de percepties, meningen en ervaringen rond de opvolging van diabetes. Tijdens het interview zullen audio-opnames worden gemaakt (GEEN video-opnames), waarvan nadien schriftelijk verslag gemaakt zal worden. Dit alles zal bij het beëindigen van de studie vernietigd worden. Het interview zal ongeveer 30-40 minuten in beslag nemen. Er zullen geen invasieve onderzoeken gebeuren. Gegevens van artsen en praktijkverpleegkundigen zullen volledig gepseudonimiseerd worden, enkel bij de onderzoekers zal de identiteit gekend zijn.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek, maar door het delen van uw kennis en/of ervaringen kunt u bijdragen aan de verbetering van de diabeteszorg.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ø Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers (Anne Ingelbrecht, Marilyn Corluy of Laura Van Nueten) via (anne.ingelbrecht@student.kuleuven.be, marilyn.corluy@student.kuleuven.be of laura.vannueten@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (professor Geert Goderis) via het telefoonnummer +3271435995 (werkuren) of via e-mail (geert.goderis@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Titel van de studie: Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Ingelbrecht Anne, Corluy Marilyn of Laura Van Nueten, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

In deze masterproef zullen we nagaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg voor patiënten met type 2 diabetes te verbeteren in twee huisartsenpraktijken. Er zal onderzocht worden welke barrières er ervaren worden, wat de rol is van de New Deal en hoe ze de taakverdeling zien binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk.

De onderzoeksvraag van deze studie is “Hoe evalueren huisartsen en praktijkverpleegkundigen de kwaliteit van diabeteszorg in hun praktijk en indien aangewezen, op welke manier denken ze de kwaliteit van zorg te optimaliseren? Hoe denken ze daarvoor het recente RIZIV initiatief - het opstarttraject - te kunnen gebruiken? Welke barrières en facilitators zien ze om dit op een duurzame manier in hun praktijk binnen te brengen?”.

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zal geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U heeft het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die **NIET plaatsvinden in UZ Leuven**: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op

volgend contactadres: anne.ingelbrecht@student.kuleuven.be. Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de studie:

- Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

Onderzoeksinstelling:

- KU Leuven

Ethisch comité:

- EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

- Anne Ingelbrecht, HAIO, anne.ingelbrecht@student.kuleuven.be
- Laura Van Nueten, HAIO, laura.vannueten@student.kuleuven.be
- Marilyn Corluy, HAIO, marilyn.corluy@student.kuleuven.be

Promotor:

- Professor Geert Goderis, geert.goderis@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de opvolging van type 2 diabetes mellitus. Er wordt nagegaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg voor patiënten met type 2 diabetes te verbeteren en er wordt onderzocht welke barrières er ervaren worden, wat de rol is van de New Deal en hoe u te taakverdeling ziet binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Ø Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, [MP031873].
- Ø Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- Ø De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Ø Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Diabetes mellitus type 2 is een zeer prevalente chronische aandoening, waar de huisarts frequent mee in contact komt. Een goede opvolging van bepaalde parameters en tijdige interventie is belangrijk voor gunstige outcomes op zowel korte als lange termijn.

In deze studie zullen we nagaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg voor patiënten met type 2 diabetes te verbeteren in twee huisartsenpraktijken. Er zal onderzocht worden welke barrières er ervaren worden, wat de rol is van de New Deal en hoe ze de taakverdeling zien binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk. Hierbij worden de volgende onderzoeksvragen gesteld: “Hoe evalueren huisartsen en praktijkverpleegkundigen de kwaliteit van diabeteszorg in hun praktijk en indien aangewezen, op welke manier denken ze de kwaliteit van zorg te optimaliseren? Hoe denken ze daarvoor het recente RIZIV initiatief - het opstarttraject - te kunnen gebruiken? Welke barrières en facilitatoren zien ze om dit op een duurzame manier in hun praktijk binnen te brengen?”.

Arts/

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan deze studie aangezien we op zoek zijn naar huisartsen en HAIO’s met interesse in de preventieve en chronische zorg. Om aan deze studie te kunnen deelnemen dient u Nederlandstalig te zijn en woonachtig te België. Gepensioneerde huisartsen en artsen in de specialistische geneeskunde worden niet geïncludeerd in deze studie. Aan deze studie zullen naar schatting ongeveer 15 artsen deelnemen.

De onderzoeker zal een interview afnemen waarbij er gepeild wordt naar de percepties, meningen en ervaringen rond de opvolging van diabetes. Tijdens het interview zullen audio-opnames worden gemaakt (GEEN video-opnames), waarvan nadien schriftelijk

verslag gemaakt zal worden. Dit alles zal bij het beëindigen van de studie vernietigd worden. Het interview zal ongeveer 30-40 minuten in beslag nemen. Er zullen geen invasieve onderzoeken gebeuren. Gegevens van artsen en praktijkverpleegkundigen zullen volledig gepseudonimiseerd worden, enkel bij de onderzoekers zal de identiteit gekend zijn.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek, maar door het delen van uw kennis en/of ervaringen kunt u bijdragen aan de verbetering van de diabeteszorg.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ø Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers (Anne Ingelbrecht, Marilyn Corluy of Laura Van Nueten) via (anne.ingelbrecht@student.kuleuven.be, marilyn.corluy@student.kuleuven.be of laura.vannueten@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (professor Geert Goderis) via het telefoonnummer +3271435995 (werkuren) of via e-mail (geert.goderis@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Titel van de studie: Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Ingelbrecht Anne, Corluy Marilyn of Laura Van Nueten, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Opvolging van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van het opstarttraject en de New Deal: een kwaliteitsevaluerend project

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

In deze masterproef zullen we nagaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg voor patiënten met type 2 diabetes te verbeteren in twee huisartsenpraktijken. Er zal onderzocht worden welke barrières er ervaren worden, wat de rol is van de New Deal en hoe ze de taakverdeling zien binnen het microsysteem van de huisartsenpraktijk.

De onderzoeksvraag van deze studie is “Hoe evalueren huisartsen en praktijkverpleegkundigen de kwaliteit van diabeteszorg in hun praktijk en indien aangewezen, op welke manier denken ze de kwaliteit van zorg te optimaliseren? Hoe denken ze daarvoor het recente RIZIV initiatief - het opstarttraject - te kunnen gebruiken? Welke barrières en facilitators zien ze om dit op een duurzame manier in hun praktijk binnen te brengen?”.

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zal geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U heeft het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die **NIET plaatsvinden in UZ Leuven**: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: anne.ingelbrecht@student.kuleuven.be. Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

---

[1] Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

[2] De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).