

# KWALITEITS- INDICATOREN FARMACIE

METING OVER 2018  
OPENBARE APOTHEKEN





Bij de totstandkoming van de kwaliteitsindicatoren hebben de volgende partijen samengewerkt:

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Apotheekhoudende Afdeling (LHV AHA)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Consumentenbond

## **KNMP**

Alexanderstraat 11

2514 JL Den Haag

T 070 - 37 37 373

E [kwalitytsmonitor@knmp.nl](mailto:kwalitytsmonitor@knmp.nl)

I [www.knmp.nl](http://www.knmp.nl)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is uiterste zorg besteed. Voor informatie die onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt de KNMP geen aansprakelijkheid.

# INHOUD

	Inleiding	4
	Samenvatting indicatoren	7
	Toelichting aspecten van de indicatoren	10
0	Kwaliteitsmanagement	11
1	Medicatiebewaking	12
2	Diabetes	47
3	Geïndividualiseerde distributievormen	78

# INLEIDING

Apothekers en apotheehoudende huisartsen werken niet alleen hard aan het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg, maar ook aan het inzichtelijk maken hiervan. Dat gebeurt op verschillende manieren; via zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren, door patiëntervaringsonderzoeken, met etalageplus informatie (bijv. openingstijden, (extra) services van de apotheek) en via certificatie. Deze publicatie gaat over de zorginhoudelijke indicatoren.

## PROFESSIONELE STANDAARD

Vanaf 2007 vindt de indicatorenvraag plaats. In deze jaren hebben de apotheehoudenden enorme sprongen gemaakt in de kwaliteitsverbetering, mede door het opstellen van richtlijnen voor de beroepsgroep. Deze richtlijnen vormen inmiddels, samen met een aantal multidisciplinaire richtlijnen, de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg voor de openbare farmacie. Met deze Professionele Standaard maken openbaar apothekers duidelijk aan de maatschappij wat deze aan goede farmaceutische zorg van de openbaar apotheker kan verwachten. Bij de richtlijnen uit deze standaard zijn afgelopen jaren indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijnen te bevorderen. Via het WSO tabblad zijn deze eerder uitgevraagd.

In de landelijke uitvraag zijn nu drie KNMP- richtlijnen vanuit de Professionele Standaard opgenomen. Het gaat om de richtlijnen: GDV, Medicatiebewaking en Diabetes. Door middel van deze indicatoren kunnen apothekers bekijken hoe ze het doen ten opzichte van de andere apotheken en welke aandachtspunten er nog zijn. Omdat de indicatoren bij de Professionele Standaard zijn opgenomen in de landelijke uitvraag, is er geen apart WSO tabblad meer.

## KWALITEITSINSTRUMENTEN

Naast het volgen van de Professionele Standaard bij de landelijke uitvraag, is ook de ontwikkeling in gang gezet om de bestaande kwaliteitsinstrumenten (inhoudelijke indicatoren, patiëntervaring en certificatie) meer op elkaar af te stemmen. Verder is de komende jaren het streven om de indicatoren verder te ontwikkelen naar indicatoren die de uitkomsten van zorg meten.

## PUBLICATIE VAN RESULTATEN

Specifieke resultaten van de uitvraag worden na een toetsing op validiteit en onder specifieke voorwaarden gedeeld met de toezichthouder, zorgverzekeraars en beleidsmakers. Ook wordt een deel van de resultaten openbaar toegankelijk gemaakt. Hiermee wordt met de uitvraag van de kwaliteitsindicatoren informatie verzameld die meerdere doelen dient en bruikbaar is voor meerdere partijen. Zo komen apotheehoudenden met de publicatie van de resultaten tegemoet aan de wens van zorgconsumenten, zorgverzekeraars, IGJ en beleidsmakers om inzicht te verschaffen in geleverde zorgprestaties op apotheekniveau. De resultaten worden door apotheken en apotheehoudenden ingezet om hun zorgtaak en dienstverlening (nog) beter uit te voeren en hun zorgverlening aan de patiënt voortdurend te verbeteren.

## VRAGENDE PARTIJEN

Wie heeft er belang bij de uitvraag van de kwaliteitsindicatoren en/of welke partijen hebben interesse in de resultaten:

- Apothekers en apotheehoudende huisartsen krijgen de mogelijkheid om de kwaliteit van hun geleverde zorg te tonen. Het levert hen ook direct inzicht in welke verbeteringen gemaakt kunnen worden.
- Zorgconsumenten krijgen inzicht in de kwaliteit van een apotheek en hiermee de mogelijkheid om een zorgverlener te kiezen die voldoet aan hun eisen en behoeften.
- Zorgverzekeraars krijgen inzicht in de kwaliteit van de zorg in een apotheek en zijn hierdoor beter in staat om zorg in te kopen.
- IGJ gebruikt de informatie voor haar toezicht- en handhavingstaak.
- Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kan passend beleid ontwikkelen dat leunt op realistische mogelijkheden van apotheken.
- Het Kwaliteitsinstituut heeft als doel de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te helpen verbeteren. Daartoe worden via het Kwaliteitsinstituut de scores op de openbare data set gepubliceerd.

## SKIF

De uitvraag van de kwaliteitsindicatoren gebeurt sinds 2012 via de Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF). In SKIF zijn de koepelorganisaties KNMP, NVZA en LHV Apotheekhoudende Afdeling vertegenwoordigd. SKIF is in het leven geroepen om farmaceutische data te verzamelen, te beheren en (onder strikte voorwaarden) te delen met (zorg)consumenten, andere zorgverleners, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en zorgverzekeraars.

Om het ontsluiten van verzamelde data zorgvuldig en transparant te doen is door SKIF een dataprotocol opgesteld waarin afspraken staan over gebruik en ontsluiting van de data. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen maar ook de vragende partijen hebben uiteraard actief inbreng geleverd bij het opstellen van het dataprotocol.

## SFK

Apotheken die deelnemen aan de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) kunnen de indicatoruitkomsten die de SFK berekent inclusief de ondergrens, automatisch inladen in de online enquête. Als uw apotheek ook deelneemt aan een cluster van apotheken met hetzelfde patiëntenbestand, dan kunt u naast individuele gegevens van de apotheek clustergegevens aanleveren.

# S A M E N V A T T I N G

## KWALITEITSINDICATOREN UITVRAAG 2018

### DOELGROEP

#### OPENBARE APOTHEEK

In de set kwaliteitsindicatoren voor de openbare apotheek zijn drie soorten indicatoren opgenomen:

- **Structuurindicatoren:** geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een apotheekhoudende verantwoord zorg kan leveren.
- **Procesindicatoren:** geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren.
- **Uitkomstindicatoren:** geven informatie over de uitkomst van de zorg.

Onderstaand treft u de samenvatting van de indicatoren per gedefinieerd kwaliteitsdomein binnen de set Kwaliteitsindicatoren, zoals die uitgevraagd worden onder openbare apotheken over het kalenderjaar 2018. Let op, dit zijn dus niet de volledige kwaliteitsindicatoren. Die zijn opgeschreven in het boekje dat u separaat (vanaf begin maart 2019) kunt downloaden.

Elke branche (openbare apotheken, ziekenhuis, poliklinische apotheken en apotheekhoudende huisartsen) maakt een apart document. Daarom zijn in deze samenvatting voor de openbare apotheek niet alle indicatoren opgenomen.

<b>0.1</b>	Aanwezigheid gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem	11
------------	---	----

## **MEDICATIEBEWAKING**

<b>1.1</b>	Maagbescherming bij ns-NSAID	12
<b>1.2</b>	Laxantia bij opioïden	16
<b>1.3</b>	Maagbescherming bij TAR of COXib	19
<b>1.4</b>	Foliumzuur bij methotrexaat	23
<b>1.5</b>	Thrombocytenaggregatieremmers bij nitraten	25
<b>1.6</b>	Geen doorgebruik PPI na stoppen ns-NSAIDs	27
<b>1.7</b>	Geen doorgebruik PPI na stoppen TAR	30
<b>1.8</b>	Geen antimycotica bij inhalatiecorticosteroiden	33
<b>1.9</b>	Geen hormonale anticonceptie bij vrouwen >52 jaar	34
<b>1.10</b>	Percentage actieve dossiers van patiënten met een vastgelegde opt-in	35
<b>1.11</b>	Werkafspraken over navragen van relevante patiëntkenmerken zoals contra-indicaties en allergieën	36
<b>1.12</b>	Farmacogenetica vastleggen bij de patiëntkenmerken	39
<b>1.13</b>	Afhandelen en vastleggen van de informatie over de uitgevoerde medicatiebewaking in het patiëntendossier	41
<b>1.14</b>	Receptcontrole op de dag van aflevering	44
<b>1.15</b>	Wordt de kinderdoseringen aantoonbaar nagerekend?	45
<b>1.16</b>	Werkafpraak voor bekendheid nierfunctiewaarde bij startende DOAC gebruikers	46
<b>1.17</b>	Registratie beoogde therapieduur antistollingsmiddelen	47



## DIABETES

<b>2.1</b>	Geen gibenclamide bij diabetes >70 jaar	48
<b>2.2</b>	Metformine als eerste keuze bij diabetes type 2	50
<b>2.3</b>	Antilipaemica bij diabetes	52
<b>2.4</b>	Uitwisseling patiëntgegevens met ketenpartners op basis van samenwerkingsafspraken	54
<b>2.5</b>	Transparant maken welke zorg/informatie de apotheek kan bieden aan patiënten met een nieuwe diagnose van diabetes	58
<b>2.6</b>	Aandacht voor zelfmanagement van de patiënt met diabetes in de apotheek	60
<b>2.7</b>	Begeleiding van de diabetespatiënt tijdens de initiële behandelfase	63
<b>2.8</b>	Begeleiding van de diabetespatiënt tijdens de chronische behandelfase	66
<b>2.9</b>	Advisering en overleg rondom diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie	69
<b>2.10</b>	Het adviseren over hyperglykemische ontregeling aan diabetespatiënten die starten met het gebruik van systemische glucocorticosteroiden	72
<b>2.11</b>	Diabetes type 2 patiënten behandeld met $\geq 2$ antihypertensiva waaronder een RAS remmer	75
<b>2.12</b>	Diabetes type 2 patiënten met een RAS remmer zonder combinatie van een ACE en ARG	77

## GEÏNDIVIDUALISEERDE DISTRIBUTIEVORMEN

	Ter hand stellen van geneesmiddelen in Geïndividualiseerde Distributievormen (GDV) in het rapportagejaar	79
<b>3.1</b>	Overeenkomst betreffende gereedmaken van geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen (GDV) met leverancier(s) die werken volgens de GDS Norm	80
<b>3.2</b>	Zorginstellingen waar farmaceutische zorg aan cliënten door middel van GDV wordt geleverd en waarmee een samenwerkingsovereenkomst is gesloten	82
<b>3.3</b>	Thuiszorgorganisaties waar farmaceutische zorg aan cliënten door middel van GDV wordt geleverd en waarmee een samenwerkingsovereenkomst is gesloten	84
<b>3.4B</b>	Percentage patiënten dat medicatie gebruikt met behulp van GDV waarbij de zorg op patiëntniveau (door middel van zorgafspraken) vastgelegd is	86
<b>3.5</b>	Afspraken over het houden van evaluaties en het vastleggen daarvan bij patiënten die zelfstandig medicatie gebruiken met behulp van GDV	88
<b>3.6</b>	Beleid ter voorkoming van risico's ten gevolge van handmatig wijzigen van GDV	89

# TOELICHTING ASPECTEN VAN DE INDICATOREN

**KWALITEITSDOMEIN** Kwaliteit van zorg wordt onderverdeeld in domeinen, namelijk: Kwaliteitsmanagement, Continuïteit van zorg, Communicatie met de patiënt, Medicatiebewaking, Bereiding, Ter hand stellen, Monitoring van geneesmiddelgebruik en Medicatiebeoordeling.

**TOEPASSINGSGBIED** Niet alle indicatoren zijn relevant voor iedere apotheekhoudende setting. Hier wordt omschreven of de indicatoren van toepassing zijn voor alle apotheekhoudenden (algemeen) of voor een specifieke setting: ziekenhuisapotheek, openbare apotheek of apotheekhoudende huisartsen.

**RISICO** Omschrijving van het risico dat gelopen wordt.

**INDICATOR** Hier wordt de indicator omschreven.

**TOELICHTING** Indien in de indicatoren termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, dan wordt deze hier gegeven. Bijvoorbeeld toelichting op medicatie en/of middelen.

**TELLER** Indicatoren worden vaak als een breuk gepresenteerd (behalve structuurindicatoren). De teller is het getal boven de streep van een breuk. Daarnaast is de teller een deelverzameling van de noemer.

**NOEMER** De noemer is het getal onder de streep van een breuk.

**ONDERGRENS** Bij aantal indicatoren in het domein medicatiebewaking en diabetes wordt naast de teller en noemer ook gevraagd of de ondergrens is behaald. Deze ondergrens is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Die ondergrens is nooit hoger dan 90%.

**ONDERBOUWING** Indicatoren zijn een middel om inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is op een bepaald moment. Hier wordt een korte samenvatting gegeven van het belang van deze indicator in relatie tot kwaliteit van zorg en een weergave van de gebruikte bronnen.

**TYPE INDICATOR** Er worden drie typen indicatoren onderscheiden: Structuurindicatoren, Procesindicatoren, Uitkomstindicatoren.

# 0 KWALITEITSMANAGEMENT

## INDICATOR 0.1

## Aanwezigheid gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem

**Kwaliteitsdomein**

Kwaliteitsmanagement

**Toepassingsgebied**

Alle branches

**Risico**

De apotheek beschikt niet over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem, waardoor de kwaliteit onvoldoende geborgd is.

**Indicator**

A. Beschikt de apotheek per 31 december 2018 over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (bijv. HKZ of ISO)?

- Ja
- Nee

**Onderbouwing**

De zorginstelling waar farmaceutische zorg wordt geleverd, beschikt over een certificaat voor het kwaliteitsmanagementsysteem. Dit systeem waarborgt dat producten en diensten op consistente wijze worden geleverd, wordt voldaan aan eisen van de patiënt en aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving. Verhogen van patiënttevredenheid en continue verbetering maken onderdeel uit van het kwaliteitsmanagementsysteem.

**Type indicator**

Structuur

**Doel indicator**

Kwaliteit, inkoop, keuze informatie

# 1 MEDICATIEBEWAKING

## INDICATOR 1.1

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

### Toelichting

### Rapportageperiode

### Medicatie

## Maagbescherming bij ns-NSAID

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

Gebruik van ns-NSAIDs bij risicopatiënten verhoogt de kans op gastro-intestinale bloedingen.

Ligt het percentage ns-NSAID gebruikers met risico op maagschade met gelijktijdig gebruik van adequate maagbescherming op of boven de ondergrens van 70%?

- Ja  
 Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Kalenderjaar 2018

**ns-NSAIDs (zonder COXibs) met overige middelen zonder injecties:**

**M01A** (Niet-steroïde anti-inflammatoire en antireumatische middelen) zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 en zonder M01AX05, M01AX12, M01AX21, M01AX24, M01AX25, M01AX26 en zonder M01AH (COXibs)

**Antistollende medicatie:**

B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten), B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575 (clopidogrel combi), B01AE07 (dabigatran), B01AF (directe factor Xa remmers)

**Vitamine K-antagonisten:**

B01AA

---

**Medicatie (vervolg)****Corticosteroïden:**

H02AB zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559

**SSRI's en gerelateerde:**

N06AB, (SSRI's), N06AX16 (venlafaxine), N06AX05 (trazodon), N06AX21 (duloxetine),

**Overige:**

C03DA01 (spironolacton)

**Reuma:**

L04AA27, L04AB04, L04AC03, L01CB01, P01BA01, L04AB01, L04AB06, P01BA02, L04AB02, L04AA13, L04AX03,A07EC01, L04AC07, L04AB05, L04AX01, L04AD01, L01AA01, L01XC02, M01CC01, M01CB01

**Antidiabetica:**

A10

**Lisdiuretica:**

C03CA, C07C, C07D

**RAS-remmer:**

C09

**Adequate maagprotectie:**

A02BC (Protonpompremmers)

---

**Aflevering**

Aflevering in de rapportageperiode of de voorafgaande 3 maanden, behalve voor ns-NSAIDs, waar alleen 'afleveringen' zijn meegenomen in de 'rapportageperiode' en voor 'maagprotectie' en 'reuma' waar 'afleveringen' zijn meegenomen in de voorafgaande 3 maanden.

---

---

**Standaardgebruiks-  
periode**

Bepaal het gebruik van 'vitamine K-antagonisten' op basis van afleveringen 'vitamine K-antagonisten' in de rapportageperiode. Indien geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, standaard 90 dagen aanhouden. Indien bij 'glucocorticosteroiden' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 5 dagen als gebruikperiode aan. Voor de overige 'co-medicatie' houden wij standaard 30 dagen als gebruikperiode aan. Indien bij 'maagprotectie' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 3 dagen als gebruikperiode aan.

---

**Gecorrigeerde gebruik-  
periode**

Binnen de 'gebruikers' van een geneesmiddelgroep de gebruikperiodes corrigeren voor overlappende afleveringen.

---

**Gebruiker**

Met een 'gecorrigeerde gebruikperiode' van minimaal 3 dagen in de rapportageperiode ook op basis van 'afleveringen' in de voorafgaande 3 maanden, behalve bij 'ns-NSAIDs' waar 'gebruik' alleen is meegenomen op basis van afleveringen in de rapportageperiode.

---

**Gelijktijdig gebruik**

Overlappende 'gecorrigeerde gebruikperiode' van de aangegeven geneesmiddelgroepen (onafgebroken) voor tenminste 3 dagen in de rapportageperiode.

---

**Co-medicatie**

'Antistollende medicatie', 'vitamine K-antagonisten', 'glucocorticosteroiden', 'SSRI's en gerelateerde', 'overige'.

---

**Hartfalen**

Aanwijzing hiervoor door 'gelijktijdig gebruik' voor tenminste 14 dagen van 'lisdiuretica' en 'RAS-remmer' onafgebroken in de rapportageperiode.

---

**Diabetes**

Patiënten met een 'aflevering' van 'antidiabetica' in de rapportageperiode.

---

**Reuma**

Patiënten met gebruik uit 'reuma' op basis van afleveringen in de rapportageperiode of de voorafgaande 4 maanden.

---

**Co-morbiditeit**

'Reuma', 'Diabetes', 'Hartfalen'

---

**Patiënten met risico op  
maagschade**

1. Patiënten boven 70 jaar
2. Bij een leeftijd boven 60 en tot en met 70 jaar met een 'co-morbiditeit' of met 'gelijktijdig gebruik van 'co-medicatie'.

---

**Passant**

Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.

---

<b>Selecties</b>	<p>Exclusie: passant</p> <p>A. 'Patiënten met risico op maagschade' en 'gebruik' van ns-'NSAID'</p> <p>B. Patiënten uit 'A' die 'gelijktijdig gebruik' hadden van 'adequate maag-protectie' voor tenminste 3 dagen.</p>
<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 70%
<b>Onderbouwing</b>	<p>Deze indicator gaat in op het ter hand stellen van een gewenste combinatie van geneesmiddelen in verband met het voorkomen van mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar het toepassen van maagbescherming bij het gebruik van ns-NSAIDs bij patiënten van 71 jaar of ouder of bij een leeftijd van 61 tot en met 70 jaar met een co-morbiditeit (diabetes, hartfalen, reuma) of met gelijktijdig gebruik van co-medicatie (Antistollende medicatie, vitamine K-antagonisten, glucocorticosteroiden, SSRI's en gerelateerde, spironolacton).</p> <p>Gastro-intestinale bloedingen behoren tot de ernstigste bijwerkingen van NSAIDs. Jaarlijks komen minstens 3000 mensen in het ziekenhuis terecht ten gevolge van een maagbloeding door NSAIDs. NSAIDs staan in de top 3 van geneesmiddelen die bijdragen aan geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor het optreden van maagulcera bij gebruik van NSAIDs. Het gelijktijdig gebruik van maagbescherming bij NSAIDs halveert de kans op een gastro-intestinale bloeding.</p>
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 1.2

## Laxantia bij opioïden

### Richtlijn

Medicatiebewaking

### Toepassingsgebied

Openbare en Poliklinische Apotheek

### Risico

Geen gelijktijdig gebruik van een laxans met een sterk opioïde kan leiden tot de bijwerking obstipatie. Deze bijwerking kan een risico geven op gezondheidsschade bij de patiënt.

### Indicator

Ligt het percentage patiënten met sterke opioïden waarbij gelijktijdig gebruik van een laxans op of boven de ondergrens van 47%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

### Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

### Type indicator

Structuur

### Medicatie

#### Opioïd:

N02AA01 (Morfine), N02AA03 (Hydromorfon), N02AA04 (Nicomorfine), N02AA05 (Oxycodon), N02AB02 (Pethidine), N02AB03 (Fentanyl), N02AC01 (Dextromoramide), N02AD01 (Pentazocine), N02AE01 (Buprenorfine), N02AF02 (Nalbufine), N02AX06 (Tapentadol),

#### Laxans:

A06A zonder A06AA (Emolientia) en zonder A06AG (Klysmas)  
A02AA02 (magnesiumoxide)  
A02AA04 (magnesiumhydroxide)

#### Motiliteitsremmende middelen:

A07DA (motiliteitsremmende middelen)



<b>Gebruiker</b>	Met een gebruikperiode van tenminste 3 dagen in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 3 maanden.
<b>Aflevering motiliteitsremmende middelen</b>	Aflevering in de rapportageperiode
<b>Gecorrigeerde gebruikperiode</b>	Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator corrigeren voor overlappende afleveringen; voor opioïden wordt gecorrigeerd op stofniveau (ATC_5).
<b>Standaard gebruikperiode</b>	Indien bij 'opioïden' geen dag gebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 14 dagen als gebruikperiode aan. Indien bij 'laxantia' geen dag gebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 30 dagen als gebruikperiode aan.
<b>Gelijktijdig gebruik 3 dagen</b>	Overlappende gebruikperiodes van 'opioïde' en 'laxans' voor tenminste 3 dagen in de rapportageperiode onafgebroken.
<b>Passant</b>	Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.
<b>Selecties</b>	Exclusie: 'Passant' of 'aflevering' 'motiliteit remmende middelen' A Patiënten met 'gebruik' van 'opioïden' B Patiënten uit 'A' die tenminste 1 keer in de rapportageperiode 'gelijktijdig gebruik' hadden van een 'laxans'
<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 47%

---

**Onderbouwing**

Deze indicator gaat in op het ter hand stellen van een gewenste combinatie van geneesmiddelen in verband met het voorkomen van mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar het gelijktijdig ter hand stellen van laxantia bij sterke opioïden. Er is consensus dat bij gebruik van opioïden in meer dan 90% van de gevallen binnen enkele dagen obstipatie optreedt. Dit is niet alleen hinderlijk, maar kan leiden tot ernstige complicaties zoals colonobstructie. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat slechts de helft van de opiaatgebruikers preventief laxantia krijgt. Bij een deel van de patiënten zal er een terechte reden zijn om geen laxantia voor te schrijven (bijvoorbeeld bij bestaande diarree).

Hiermee worden een aantal opioïden niet meegenomen, die vorig jaar nog wel geïnccludeerd waren. De volumevergroeters worden niet langer geëxcludeerd en nu ook bij de laxantia meegeteld.

Via de MFB 'Laxantia bij opioïdgebruik' kan de reden voor het niet verstrekken van een laxans worden vastgelegd.

---

**Type indicator**

---

Uitkomst van processen met een ondergrens

---

### INDICATOR 1.3

#### Richtlijn

#### Toepassingsgebied

#### Risico

#### Indicator

#### Toelichting

#### Rapportageperiode

#### Richtlijn

#### Rapportageperiode

#### Medicatie

### Maagbescherming bij TAR of COXib

Medicatiebewaking

Openbare en Poliklinische Apotheek, Apotheekhoudende Huisarts

Trombocytenaggregatieremmers (TAR) en COXibs kunnen, zeker bij risicopatiënten, zorgen voor maagperforaties, -bloedingen en ulceraties. Maagbescherming verkleint het risico op deze complicaties.

Ligt het percentage gebruikers van trombocytenaggregatieremmers met risico op maagschade en gelijktijdig gebruik van adequate maagbescherming op of boven de ondergrens van 81%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Kalenderjaar 2018

Medicatiebewaking

Voorafgaande 12 maanden

**TAR** of COXib

B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatie preparaten), M01AH (COXib)

---

## Medicatie (vervolg)

*Overige middelen met risico op bloedingen: ns-NSAIDs (zonder COXibs)*  
**met overige middelen zonder injecties:**

**M01A** (Niet-steroïde anti-inflammatoire en antireumatische middelen) zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 en zonder M01AX05, M01AX12, M01AX21, M01AX24, M01AX25, M01AX26 en zonder M01AH (COXibs)

**Antistollende medicatie:**

B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575, B01AE07 (dabigatran), B01AF (Directe remmers van factor Xa)

**Vitamine K-antagonisten:**

B01AA

**Corticosteroïden:**

H02AB zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559

**SSRI's en gerelateerde:**

N06AB, G04BX14 (SSRI's), N06AX16 (venlafaxine), N06AX05 (trazodon), N06AX21 (duloxetine)

**Overige:**

C03DA01 (spironolacton)

**Adequate maagprotectie:**

A02BC01 (zonder PRK 60054, 88781), A02BC02, A02BD04, A02BC03, A02BC05, A02BC04

---

## Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode of de voorafgaande 3 maanden, behalve voor TAR of COXibs, waar alleen 'afleveringen' zijn meegenomen in de 'rapportageperiode' en bij 'maagprotectie', waar ook 'afleveringen' in de voorafgaande 4 maanden zijn meegenomen.

---

## Gebruiker Vitamine K-antagonisten

---

Bepaal het gebruik van 'vitamine K-antagonisten' op basis van afleveringen 'vitamine K-antagonisten'.

---

---

**Standaardgebruiks-  
periode**

Bepaal het gebruik van 'vitamine K-antagonisten' op basis van afleveringen 'vitamine K-antagonisten' in de rapportageperiode. Indien geen dag gebruik door de apotheek is ingevuld, standaard 90 dagen aanhouden. Indien bij 'glucocorticosteroiden' geen dag gebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 5 dagen als gebruikperiode aan. Voor de overige 'co-medicatie' houden wij standaard 30 dagen als gebruikperiode aan. Indien bij 'maagprotectie' geen dag gebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 3 dagen als gebruikperiode aan.

---

**Gecorrigeerde gebruiks-  
periode**

Binnen de 'gebruikers' van een geneesmiddelgroep de gebruikperiodes corrigeren voor overlappende afleveringen.

---

**Gebruiker**

Met een 'gecorrigeerde gebruikperiode' van minimaal 3 dagen in de rapportageperiode ook op basis van 'afleveringen' in de voorafgaande 3 maanden, behalve bij 'TAR' waar 'gebruik' alleen is meegenomen op basis van afleveringen in de rapportageperiode.

---

**Gelijktijdig gebruik**

Overlappende 'gecorrigeerde gebruikperiodes' van de aangegeven geneesmiddelgroepen (onafgebroken) voor tenminste 3 dagen.

---

**Dubbele dosering**

zie tabel H2 antagonisten

---

**Patiënten met risico op  
maagschade**

1. Patiënten boven 80 jaar
2. Patiënten boven 70 en tot en met 80 jaar en 'gebruik' van tenminste een 'overige middel met risico op bloedingen'
3. Patiënten boven 60 en tot en met 70 jaar met 'gelijktijdig gebruik' van tenminste twee 'overige middelen met risico op bloedingen' en 'TAR'.

---

**Adequate maagprotectie**

'Gebruiker' van 'PPI'

---

**Passant**

Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen

Inclusie: patiënten boven 60 jaar.

---

**Selecties**

Exclusie: passant

- A. 'Patiënten met risico op maagschade' en 'gebruik' van 'TAR of COXib'
  - B. Patiënten uit 'A' die in de rapportageperiode 'gelijktijdig gebruik' hadden van 'adequate maagprotectie' met 'gebruik' van 'TAR' voor tenminste 3 dagen
-

<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 81%
<b>Onderbouwing</b>	Zie het HARM Wrestling rapport (2009)
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens

## Indicator 1.4

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

### Toelichting

### Rapportageperiode

### Medicatie

### Aflevering

### Gebruiker

## Foliumzuur bij methotrexaat

Medicatiebewaking

Openbare apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Patiënten die methotrexaat gebruiken zonder gelijktijdig gebruik van foliumzuur of folinezuur lopen meer risico op bijwerkingen.

Ligt het percentage patiënten met hoog gedoseerd foliumzuur (boven 2.2 DDD per dag) bij methothrexaat gebruik voor reumatische aandoeningen op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Kalenderjaar 2018

Methotrexaat bij reumatische aandoeningen:

L04AX03, L01BA01 (MTX oraal) op basis van een dosering  $\leq 40$  mg / week.

Redenering dosering: maximale dosering bij reuma: 40 mg/ week, 1 DDD = 2.5 mg; 40 mg = 16 DDD per week en 2,29 DDD per dag.

Foliumzuur of folinezuur:

B03BB01 PRK: 65587, 96660, 6017

Aflevering in de rapportageperiode of in de voorafgaande 6 maanden voor 'foliumzuur' of 'folinezuur' of de voorafgaande 3 maanden voor 'methotrexaat'.

Met een gebruiksperiode van minimaal 1 dag in de rapportageperiode op basis van 'afleveringen'.

---

**Gecorrigeerde gebruiks-  
periode**

Binnen de 'gebruikers' de gebruiksperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator op groepsniveau van de geneesmiddelen corrigeren voor overlappende afleveringen.

---

**Standaard gebruiks-  
periode**

Indien bij 'foliumzuur' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 30 dagen als gebruiksperiode aan.

---

**Tegelijkertijd gebruiker**

Overlap van de 'gecorrigeerde gebruiksperiode' van 'gebruiker' 'methotrexaat' en 'gebruiker' van 'foliumzuur' of 'folinezuur' voor tenminste 1 dag onafgebroken in de rapportageperiode, ofwel een 'aflevering' van 'foliumzuur' of 'folinezuur' binnen 5 dagen voor of na de 'aflevering' van 'methotrexaat'.

---

**Passant**

Iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.

---

**Selecties**

Exclusie: 'Passant'

- A. 'Gebruiker' van 'methotrexaat bij reuma' op basis van een dosering  $\leq 40$  mg / week
- B. Aantal patiënten uit 'A' die 'tegelijkertijd gebruiker' zijn van 'foliumzuur' of 'folinezuur' in de rapportageperiode

---

**Teller**

B

---

**Noemer**

A

---

**Percentage**

$B / A$  is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%

---

**Type indicator**

Uitkomst van processen met een ondergrens

---

**Achtergrondinformatie**

Door de werking van methotrexaat, een foliumzuurantagonist, wordt de foliumzuurstatus negatief beïnvloed. Hierdoor kunnen bijwerkingen optreden zoals aantasting van het slijmvlies van mond en maagdarmkanaal (pijnlijke plekke of zweren in de mond, diarree, bloed in de ontlasting). Toevoegen van folium- of folinezuur vermindert de bijwerkingen zonder de effectiviteit van methotrexaat negatief te beïnvloeden.

---



## INDICATOR 1.5

## Thrombocytenaggregatieremmers bij nitraten

### Richtlijn

Medicatiebewaking

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

### Risico

### Indicator

Ligt het percentage patiënten met gelijktijdig gebruik van nitraten en een antithromboticum op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

### Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

### Medicatie

#### Nitraten:

C01DA

#### Antithrombotica:

B01AA04 of B01AA07 (Vitamine K-antagonisten) of B01AC04, B01AC06, B01AC07, B01AC08, B01AC30 (TAR), of B01AE en B01AF (DOAC)

### Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode of het hieraan voorafgaande voorafgaande 6 maanden.

### Gebruiker

Met een gebruikperiode van minimaal 3 dagen onafgebroken in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar of het voorafgaande halve jaar.

### Standaard gebruiksperiode

Indien bij 'Vitamine K-antagonisten' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 90 dagen als gebruikperiode aan. Indien bij de overige 'antithrombotica (TAR of DOAC)' geen daggebruik is ingevuld houden wij standaard 3 dagen als gebruikperiode aan.

---

**Gecorrigeerde gebruiks-  
periode**

Binnen de 'gebruikers' van 'antithrombotica' de gebruiksperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator op groepsniveau van de geneesmiddelen corrigeren voor overlappende afleveringen.

---

**Angina Pectoris**

Wij schatten de diagnose angina pectoris bij 'gebruikers' 'nitraten' op basis van tenminste 2 afleveringen voor een patiënt binnen de rapportageperiode of het hieraan voorafgaande halve jaar waarvan tenminste 1 aflevering in de laatste 4 maanden.

---

**Selecties**

- A. Patiënten met 'angina pectoris'
- B. Patiënten uit 'A' die 'gebruiker' zijn van 'antithrombotica' in de rapportageperiode

---

**Teller**

B

---

**Noemer**

A

---

**Percentage**

B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%

---

**Type indicator**

Uitkomst van processen met een ondergrens

---

## INDICATOR 1.6

## Geen doorgebruik PPI na stoppen ns-NSAIDs

### Richtlijn

Medicatiebewaking

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

### Risico

### Indicator

Ligt het percentage patiënten dat niet stopt met PPI, geïnitieerd door ns-NSAID gebruik, na stoppen van de ns-NSAIDs op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

### Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

### Medicatie

#### ns-NSAIDs: met overige middelen zonder injecties

**M01A (niet sterioïde anti-inflammatoire en antireumatische middelen) zonder de farmaceutische vormen** 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559

#### Maagprotectie (PPIs):

A02BC

#### Risicomedicatie maag:

#### NSAIDs

M01A

---

**Medicatie (vervolg)****Antistollende medicatie:**

B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten), B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575 (clopidogrel combi), B01AE07 (dabigatran), B01AF (directe factor Xa remmers)

**Vitamine K-antagonisten:**

B01AA

**Corticosteroiden:**

H02AB

**SSRI's en gerelateerde:**

N06AB,(SSRI's), N06AX16 (venlafaxine), N06AX05 (trazodon), N06AX21 (duloxetine),

**Overige:**

C03DA01 (spironolacton)

**Reuma:**

L04AA27, L04AB04, L04AC03, L01CB01, P01BA01, L04AB01, L04AB06, P01BA02, L04AB02, L04AA13, L04AX03,A07EC01, L04AC07, L04AB05, L04AX01, L04AD01, L01AA01, L01XC02, M01CC01, M01CB01

---

**Aflevering ns-NSAID**

Aflevering in de rapportageperiode of in de voorafgaande 3 maanden.

---

**Aflevering PPI**

Aflevering in de rapportageperiode of in de voorgaande 12 maanden (voor het bepalen van de eerste aflevering).

---

**Eerste aflevering**

Aflevering in de rapportageperiode zonder dat er een aflevering in de voorafgaande 12 maanden van deze geneesmiddelgroep was en hiervoor een eerste uitgifte tarief in rekening was gebracht.

---

**Gebruiker**

Met een gebruikperiode in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 3 maanden.

---

**Gecorrigeerde gebruiksperiode**

Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van 'ns-NSAIDs zonder COXibs' en 'maagprotectie' op niveau van de geneesmiddelgroep corrigeren voor overlappende afleveringen binnen deze groepen.

---

**PPI geïnitieerd door ns-NSAID gebruik**

'Eerste aflevering' van een 'PPI' met 10 dagen ervoor of erna een 'gecorrigeerde gebruiksperiode' van 'ns-NSAIDs zonder COXibs'.

---

<b>PPI aflevering zonder risicomedicatie maag</b>	'Afleveringen van een 'PPI' zonder een 'gecorrigeerde gebruikperiode' van 'risicomedicatie maag' binnen 10 dagen hiervoor of hierna.
<b>Passant</b>	Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.
<b>Selecties</b>	Exclusie: Passanten A. Gebruikers van 'PPI geïnitieerd door NSAID gebruik' B. Patiënten uit 'A' zonder 'volgende PPI afleveringen' als er geen risicomedicatie maag' in gebruik was.
<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	$B / A$ is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 1.7

Richtlijn

Toepassingsgebied

Risico

Indicator

## Geen doorgebruik PPI na stoppen TAR

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek

Ligt het percentage patiënten dat niet stopt met PPI, geïnitieerd door thrombocytenaggregatieremmer gebruik, na stoppen van de TAR op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja  
 Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

Medicatie

**TAR**

B01AC06

B01AC08

B01AC30

**Maagprotectie (PPIs):**

A02BC

**Risicomedicatie maag**

**TAR**

B01AC06

B01AC08

B01AC30

**ns-NSAIDs: met overige middelen zonder injecties**

---

**Medicatie (vervolg)**

**M01A (niet steroïde anti-inflammatoire en antireumatische middelen zonder de farmaceutische vormen** 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559

**Maagprotectie (PPIs):**

A02BC

**Risicomedicatie maag:**

**NSAIDs**

M01A

**Antistollende medicatie:**

B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten), B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575 (clopidogrel combi), B01AE07 (dabigatran), B01AF (directe factor Xa remmers)

**Vitamine K-antagonisten:**

B01AA

**Corticosteroïden:**

H02AB

**SSRI's en gerelateerde:**

N06AB,(SSRI's), N06AX16 (venlafaxine), N06AX05 (trazodon), N06AX21 (duloxetine),

**Overige:**

C03DA01 (spironolacton)

**Reuma:**

L04AA27, L04AB04, L04AC03, L01CB01, P01BA01, L04AB01, L04AB06, P01BA02, L04AB02, L04AA13, L04AX03,A07EC01, L04AC07, L04AB05, L04AX01, L04AD01, L01AA01, L01XC02, M01CC01, M01CB01

---

**Aflevering TAR**

Aflevering in de rapportageperiode of in de voorafgaande 3 maanden.

---

**Aflevering PPI**

Aflevering in de rapportageperiode of in de voorgaande 12 maanden (voor het bepalen van de eerste aflevering).

---

<b>Eerste aflevering</b>	Aflevering in de rapportageperiode zonder dat er een aflevering in de voorafgaande 12 maanden van deze geneesmiddelgroep was en hiervoor een eerste uitgifte tarief in rekening was gebracht.
<b>Gebruiker</b>	Met een gebruikperiode in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 3 maanden.
<b>Gecorrigeerde gebruiksperiode</b>	Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van 'TAR en 'maagprotectie' op niveau van de geneesmiddelgroep corrigeren voor overlappende afleveringen binnen deze groepen.
<b>PPI geïnitieerd door TAR gebruik</b>	'Eerste aflevering' van een 'PPI' met 10 dagen ervoor of erna een 'gecorrigeerde gebruikperiode' van 'TAR'.
<b>PPI aflevering zonder risicomedicatie maag</b>	'Aflevering' van een 'PPI' zonder een 'gecorrigeerde gebruikperiode van 'risicomedicatie maag' binnen 10 dagen hiervoor of hierna.
<b>Passant</b>	Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.
<b>Selecties</b>	Exclusie: Passanten A. Gebruikers van 'PPI geïnitieerd door TAR gebruik' B. Patiënten uit 'A' zonder volgende 'PPI afleveringen indien geen risicomedicatie maag' in gebruik was.
<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	B / A
<b>Streefwaarde</b>	B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens



## INDICATOR 1.8

## Geen antimycotica bij inhalatiecorticosteroïden

### Richtlijn

Medicatiebewaking

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

### Risico

### Indicator

Ligt het percentage gebruikers van inhalatiecorticosteroïden zonder orofaryngeale antimycotica op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

### Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

### Medicatie

ICS:

R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK09, R03AK10, R03AK11, R03AK12, R03AK13, R03BA

Antimycotica:

A07AA07, A07AA02, A01AB04, A07AC01

### Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode

### Overgang van ICS naar antimycotica

Eerst 'aflevering' van 'ICS' en vervolgens binnen 3 maanden een 'aflevering' van Antimycoticum zonder dat het antimycoticum in de 6 maanden daarvoor was gebruikt.

### Selecties

- A. Patiënten met tenminste een 'aflevering' 'ICS' in de rapportageperiode
- B. Patiënten uit 'A' zonder 'Overgang van ICS naar antimycotica'

### Teller

B

### Noemer

A

### Percentage

B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%

### Type indicator

Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 1.9

## Geen hormonale anticonceptie bij vrouwen >52 jaar

Richtlijn

Medicatiebewaking

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Risico

Indicator

Ligt het gebruik van vrouwen > 52 jaar zonder gebruik van orale anticonceptiva op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

Medicatie

Anticonceptiva. pil: G03A, G03HB

Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode

Passant

Iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.

Selecties

Exclusie: 'Passant'

- A. Vrouwen > 52
- B. Aantal patiënten uit 'A' met geen 'aflevering' van de 'pil' in de rapportageperiode

Teller

B

Noemer

A

Percentage

B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%

Type indicator

Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 1.10

## Percentage actieve dossiers van patiënten met een vastgelegde opt-in

<b>Richtlijn</b>	Medicatiebewaking
<b>Toepassingsgebied</b>	Openbare Apotheek
<b>Risico</b>	De apotheek deelt gegevens zonder toestemming van de patiënt.
<b>Indicator</b>	Percentage actieve dossiers met een vastgelegde opt-in.
<b>Rapportageperiode</b>	Kalenderjaar 2018
<b>Aflevering WMG</b>	Aflevering WMG-geneesmiddel in de rapportageperiode
<b>Asielzoekers en illegalen</b>	Patiënten met UZOVI 2650 (asielzoekers) en UZOVI 9989 (illegalen)
<b>Selecties</b>	Exclusie: 'asielzoekers en illegalen' en passanten A. Aantal patiënten met een 'aflevering WMG' in de rapportageperiode B. Niet met SFK gegevens te berekenen
<b>Percentage</b>	$B / A$
<b>Toelichting</b>	De apotheek ontvangt van VZVZ een overzicht met het aantal aangemelde opt-ins op 31 december 2018. Definitie van actieve dossiers: het aantal patiënten aan wie in het rapportagejaar medicatie is verstrekt.
<b>Teller</b>	Aantal unieke BSN's met actieve dossiers met opt-in aangemeld bij LSP op 31 december 2018.
<b>Noemer</b>	Voor OA: deze noemer vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.
<b>Onderbouwing</b>	De apotheek mag medicatiegegevens alleen delen met toestemming van de patiënt. Aan alle patiënten dient dus om toestemming te worden gevraagd en het antwoord (positief én negatief) wordt geregistreerd in het informatiesysteem. In het ziekenhuis opgenomen patiënten geven toestemming aan de 'hoofdbehandelaar'. Voor LSP geldt dat alleen het BSN van de patiënt kan worden aangemeld indien in het informatiesysteem is vastgelegd dat de patiënt toestemming heeft verleend. <i>(<a href="https://www.knmp.nl/praktijkvoering/lsp-zorginfrastructuur/gebruik-van-het-lsp">https://www.knmp.nl/praktijkvoering/lsp-zorginfrastructuur/gebruik-van-het-lsp</a>)</i>
<b>Type indicator</b>	Proces

## INDICATOR 1.11

### Werkafspraken over navragen van relevante patiëntkenmerken zoals contra-indicaties en allergieën

---

#### Richtlijn

Medicatiebewaking

---

#### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

---

#### Risico

Het niet navragen, verifiëren en vastleggen van belangrijke kenmerken van de patiënt zoals contra-indicaties, allergieën en overgevoeligheden leidt tot het risico op gezondheidsschade bij de patiënt.

---

#### Indicator

- A. Zijn er in de apotheek vastgelegde werkafspraken over het vragen naar contra-indicaties, allergieën en overgevoeligheden bij iedere patiënt zonder patiëntendossier (inclusief passanten)?
- Ja
  - Nee
- B. Zijn er werkafspraken vastgelegd waarin wordt beschreven hoe het actuele medicatieoverzicht met de patiënt (vaste patiënt of passant) wordt geverifieerd voorafgaand aan een verstrekking ?
- Ja, voor passanten en nieuwe patiënten
  - Nee, voor vaste patiënten
  - Ja, voor iedereen
  - Nee
- C. In hoeveel procent van de gevallen worden in de apotheek vastgelegde patiënt kenmerken ook daadwerkelijk geverifieerd met de patiënt en zo nodig aangepast alvorens het te verstrekken (aan een patiënt of ziekenhuis/andere zorgverlener)? Een schatting voldoet.
- 0-20% van de gevallen
  - 20-40 % van de gevallen
  - 40-60 % van de gevallen
  - 60-80% van de gevallen
  - 80-100% van de gevallen

---

#### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

---

---

## Onderbouwing

Deze indicator gaat in op het navragen van contra-indicaties bij patiënten. Dit zou moeten gebeuren voor iedere patiënt die medicatie ophaalt in de apotheek. In deze indicator wordt specifiek gevraagd naar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar mogelijke contra-indicaties bij iedere patiënt die tot dusverre onbekend is in de apotheek. Het op de hoogte zijn van mogelijke contra-indicaties is een randvoorwaarde voor het uitvoeren van een zorgvuldige medicatiebewaking.

Deze indicator gaat ook in op het vragen naar allergieën en overgevoeligheden bij de patiënt. In deze indicator wordt gevraagd naar vastgelegde werkafspraken hierover in de apotheek.

HKZ: 2.1.4: Bij registratie van de patiëntgegevens legt de apotheekorganisatie vast wat bij de patiënt of bij andere door de patiënt aangeduide relevante zorgverleners bekend is over (risico-inventarisatie); actueel en zo nodig eerder geneesmiddelgebruik; bestaande overgevoeligheden en contra-indicatie voor geneesmiddelen; andere gegevens die van belang zijn voor een verantwoorde farmaceutische zorg- en dienstverlening.

---

## Doel

Medicatiebewaking uitvoeren op basis van een zo compleet mogelijk beeld van het medicatiegebruik van de patiënt. Dit beeld wordt verkregen door het bespreken van het AMO op volledigheid en juistheid.

---

---

## Toelichting

*Het verifiëren houdt in dat de gegevens zoals ze worden afgedrukt op het AMO worden gecontroleerd met de patiënt op juistheid en volledigheid (zowel de medicatie, de doseringen, contra-indicaties en allergieën).*

Apothekers kunnen geneesmiddelinteracties alleen signaleren en op de juiste wijze analyseren en afhandelen als zij op de hoogte zijn van de relevante patiëntgegevens en beschikken over een compleet medicatiedossier. Volledige en actuele medische en farmaceutische informatie in het elektronisch patiëntendossier is daarom een voorwaarde voor risicomanagement in de openbare apotheek. Het is bekend dat op initiatief van voorschrijvers of de patiënt het medicijngebruik vaak gewijzigd wordt zonder dat de apotheek hiervan op de hoogte gesteld wordt. Het regelmatig verifiëren van de bij de apotheek bekende gegevens is daarom belangrijk. Het verstrekken van een AMO is een goed moment om dit te doen.

De patiënt heeft een eigen verantwoordelijkheid in het actueel houden van zijn dossier, ook als er is ingestemd met uitwisseling van de gegevens via het LSP. Door het bespreken van het AMO wordt de patiënt ook betrokken bij dit proces.

Een AMO bestaat uit een overzicht van de (gestopte) medicatie en relevante gegevens van het gebruik ervan over in ieder geval de afgelopen drie maanden, contra-indicaties, allergieën.

Daarom is het noodzakelijk dat belangrijke patiënt kenmerken geverifieerd worden in het actuele medicatieoverzicht (AMO) met de patiënt. Hierbij wordt het daadwerkelijke medicatiegebruik besproken evenals de volledigheid van het dossier mbt patiënt kenmerken.

---

## Type indicator

---

Structuur en proces

---

## INDICATOR 1.12

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

### Rapportageperiode

### Doel

## Farmacogenetica vastleggen bij de patiëntkenmerken

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek

Het verschil in metabole capaciteit kan therapeutische consequenties hebben wanneer de plasmaspiegel gerelateerd is aan het effect of het optreden van bijwerkingen. Een aanpassing van de standaarddosis of de keuze voor een ander geneesmiddel kan dan nodig zijn. Omdat het fenotype/genotype voor een deel de metabole capaciteit bepaalt zijn adviezen voor dosisaanpassing op basis van het fenotype/genotype een handvat om de gewenste plasmaconcentratie te bereiken.

1. Van hoeveel patiënten is een afwijkend fenotype/genotype met betrekking tot het geneesmiddel-metabolisme vastgelegd?
  - 0
  - 1-5
  - 5-10
  - 10-50
  - Meer dan 50
2. Hoe komt u aan dit getal (een optie mogelijk)
  - Schatting
  - Handmatige telling
  - Uit het systeem gehaald

Kalenderjaar 2018

Het is aangetoond dat afwijkende fenotypes/genotypes kunnen leiden tot onverwachte bijwerkingen/ verminderde werkzaamheid van geneesmiddelen. Door het vastleggen van deze fenotypes/genotypes als 'poor metabolizer' etc. kan het AIS voorafgaand aan de verstrekking een Farmaco Therapeutisch Probleem signaleren. De apotheker kan dan zo nodig actie ondernemen.

---

**Toelichting**

Voor de medicatiebewaking is het nodig om patiëntkenmerken vast te leggen. Als de apotheker bij een patiënt afwijkende fenotypen/genotypen (bijvoorbeeld CYP2D6) met betrekking tot het geneesmiddelmetabolisme vastlegt kan er patiëntgerichtere medicatiebewaking worden uitgevoerd.

---

**Onderbouwing**

Farmacogenetische gegevens kunnen structureel worden vastgelegd en de AIS'en zijn geprogrammeerd om hiermee om te gaan. Het aantal patiënten waarvan deze gegevens bekend zijn is echter nog zeer gering. Deze indicator geeft een beeld van de implementatiegraad van medicatiebewaking op een afwijkend fenotype/genotype door de apotheker.

---

**Type indicator**

Proces

---



## INDICATOR 1.13

### Afhandelen en vastleggen van de informatie over de uitgevoerde medicatiebewaking in het patiëntendossier

---

**Richtlijn**

Medicatiebewaking

---

**Toepassingsgebied**

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

---

**Risico**

Als uitgevoerde medicatiebewaking niet wordt vastgelegd in het patiëntendossier kan de patiënt bij vervolgitgiftes een verhoogd risico lopen op farmacotherapeutische problemen (FTP's), omdat deze niet adequaat gesignaleerd worden.

---

**Indicator**

1. Hoe worden ondernomen acties naar aanleiding van de uitgevoerde medicatiebewaking herleidbaar vastgelegd? Meerdere antwoorden mogelijk.
  - Automatisch tijdens aanschrijven in de medicatiebewakingsmodule van het AIS
  - Schriftelijk op het af te leveren recept
  - Digitaal in het EPD van de patiënt (bijvoorbeeld zelf gedefinieerde regels in het apotheek informatiesysteem, 'Z regels')
  - Niet
2. Worden medicatiebewakingssignalen onderdrukt om signaalmoetheid te voorkomen?
  - Ja, handmatig op patiëntniveau
  - Niet relevante signalen worden uitgezet
  - Nee

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Toelichting**

De apotheekhoudende is eindverantwoordelijk voor de medicatiebewaking in de apotheek. Het doel van deze indicator is inzichtelijk maken op welke manier de apotheekhoudende de afhandeling van de medicatiebewaking vastlegt.

---

## Toelichting (vervolg)

Bovendien kan de apotheekhoudende ervoor kiezen om het afgehandelde signaal in de toekomst bij deze patiënt te onderdrukken. Dit voorkomt signaalmoetheid bij de apothekersassistente tijdens aanschrijven.

De apotheker legt informatie over signalering, analyse en afhandeling van de FTP's bij elke patiënt vast in het patiëntendossier. Hij legt afspraken over monitoring vast en voert deze uit.

De apotheker voert de vastgestelde optie voor de afhandeling van het FTP uit. Hij informeert indien van toepassing de patiënt over de afhandeling. De patiënt krijgt instructie als de patiënt zelf vervolgstappen moet ondernemen. De apotheker informeert indien van toepassing de betrokken zorgverleners. Hij legt informatie over signalering, analyse en afhandeling van de FTP's bij elke patiënt vast in het patiëntendossier. Hij legt afspraken over monitoring vast en voert deze uit. De apotheker kan na afhandeling van FTP's besluiten om signalen voor dezelfde FTP's in de toekomst te onderdrukken. In het kwaliteitssysteem is een procedure opgenomen voor de afhandeling van dergelijke signalen. Indien wordt afgeweken van deze procedure wordt de afhandeling in het patiëntendossier vastgelegd.

In het dossier van de patiënt moet terug te vinden zijn hoe het signaal is afgehandeld, de reden voor de gekozen afhandeling en de uitkomst van een eventueel overleg met een andere zorgverlener of met de patiënt.

De informatie over signalering, analyse en afhandeling van de medicatiebewakingsignalen worden vastgelegd in het HIS/AIS. In het dossier van de patiënt moet terug te vinden zijn hoe het signaal is afgehandeld, de reden voor de gekozen afhandeling en de uitkomst van een eventueel overleg met een andere zorgverlener of met de patiënt.

Er kan dan voor gekozen worden om het signaal te onderdrukken zodat signaalmoetheid tijdens het aanschrijven voorkomen wordt.

---

---

**Onderbouwing**

Medicatiebewaking is van essentieel belang om een veilig en verantwoord medicijngebruik te bevorderen. Het uitvoeren van medicatiebewaking is bij een vervolgitgifte vaak net zo belangrijk als bij een eerste uitgifte. Het adequaat vastleggen van uitgevoerde medicatiebewaking voorkomt signaalmoetheid bij vervolgitgiftes en behoedt patiënten voor FTP's.

---

**Type indicator**

Structuur

---

## INDICATOR 1.14

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

### Rapportageperiode

### Doel

### Toelichting

### Type indicator

## Receptcontrole op de dag van aflevering

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

Fouten bij de aflevering van medicatie bij de individuele patiënt kunnen leiden tot een verminderde werking of het van optreden van al dan niet ernstige bijwerkingen leiden.

Worden recepten en signaallijsten aantoonbaar op de dag van terhandstelling nagekeken?

Ja

Nee

Kalenderjaar 2018

Fouten snel mogelijk herkennen en herstellen

Fouten bij de aflevering van medicatie bij de individuele patiënt kunnen leiden tot een verminderde werking of het optreden van al dan niet ernstige bijwerkingen.

Structuur

**INDICATOR 1.15****Wordt de kinderdoseringen aantoonbaar nagerekend?****Richtlijn**

Medicatiebewaking

**Toepassingsgebied**

Openbare apotheek en apotheekhoudende huisarts

**Risico**

Kinderdoseringen zijn sterk afhankelijk van leeftijd of gewicht, verkeerde dosering bij kinderen kan leiden tot een verminderde werking of tot het optreden van al dan niet ernstige bijwerkingen.

**Indicator**

Worden de kinderdoseringen aantoonbaar nagerekend?

- Ja
- Nee

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

**Toelichting**

Onder kinderen worden kinderen onder de 12 jaar bedoeld.

**Type indicator**

Structuur

## INDICATOR 1.16

### Werkafspraak voor bekendheid nierfunctiewaarde bij startende DOAC gebruikers

---

**Richtlijn**

Medicatiebewaking

---

**Toepassingsgebied**

Openbare, Poliklinische en ziekenhuis Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

---

**Risico**

Kans op bloedingen door overdosering DOAC bij verminderde nierfunctie.

---

**Indicator**

Is er in de apotheek een werkafspraak om bij startende DOAC gebruikers te beschikken over een nierfunctiewaarde die maximaal 1 jaar oud is.

Ja

Nee

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Doel**

Voorkomen van overdosering Directe orale anticoagulantia (DOAC) bij verminderde nierfunctie met een verhoogd risico op bloedingen.

---

**Toelichting**

Bij DOACs moet de dosering worden aangepast bij verminderde nierfunctie om bloedingsrisico's te voorkomen.

---

**Type indicator**

Structuur

---

## INDICATOR 1.17

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

### Rapportageperiode

### Doel

### Toelichting

### Onderbouwing

### Bron

### Type indicator

## Registratie beoogde therapieduur antistollingsmiddelen

Medicatiebewaking

Openbare, Poliklinische en Ziekenhuis Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

Overgebruik antistollingsmedicatie met verhoogd risico op bloedingen.

Heeft de apotheek een werkafpraak om in het patiëntendossier de beoogde duur van antistollingsmedicatie te vermelden?

Ja

Nee

Kalenderjaar 2018

De juiste therapieduur bewaken en onnodig gebruik antistollingsmedicatie voorkomen.

Bij deze indicator dienen alle gebruikers te worden geïncludeerd die medicatie voor antistolling gebruiken na een operatieve ingreep, voor trombose therapie of preventie.

Onder antistollingsmedicatie worden verstaan: trombocyten aggregatie remmers, cumarine of directe orale anticoagulantia of laagmoleculaire heparines.

Zie LESA Antistolling

Aangezien de therapieduur verschilt per indicatie, is het belangrijk om de indicatie te weten en samen met de beoogde therapieduur vast te leggen en te bewaken.

NVZA indicator D, LESA

Structuur

## INDICATOR 2.1

## Geen glibenclamide bij diabetes >70 jaar

**Richtlijn**

Diabetes

**Toepassingsgebied**

Openbare Apotheek

**Risico**

Verlenging periode hypoglykemie, verhoogd risico vallen bij ouderen.

**Indicator**

Ligt het percentage gebruikers 71 jaar en ouder van sulfonylureum-derivaten zonder glibenclamide op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

**Toelichting**

Voor deze – en alle volgende – ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

**Medicatie**

**Glibenclamide:**

A10BB01, A10BD02, A10BD04

**Sulfonylureum derivaat:**

A10BB, A10BD02, A10BD04

**Aflevering**

Aflevering in de rapportageperiode

**Gebruiker**

Met een gebruikperiode van minimaal 3 dagen in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar

**Passant**

Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.

**Selecties**

Exclusie: 'Passant'

- A. Patiënten boven 70 jaar met 'gebruik' van een 'sulfonylureum derivaat'
- B. Patiënten uit 'A' met 'gebruik' van 'glibenclamide'



<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%
<b>Onderbouwing</b>	<p>Ernstige hypoglykemie is de belangrijkste bijwerking van SU-derivaten en verwante stoffen. Deze complicatie treedt vooral op bij het langwerkende glibenclamide hypoglykemieën blijken vooral voor te komen bij oudere patiënten, verminderde nier- of leverfunctie, ongewone lichamelijke belasting en verminderde of onregelmatige voedselinname.</p> <p>KNMP-Richtlijn Diabetes:</p> <p>Keuze van bloedglucoseverlagend geneesmiddel</p> <p>De medicamenteuze behandeling van DM2 bestaat uit de volgende stappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> De eerste stap in de behandeling van DM2 is het starten met metformine.</li> <li><input type="checkbox"/> De tweede stap is het toevoegen van een sulfonylureumderivaat, waarbij de voorkeur van de huisarts uitgaat naar gliclazide.</li> <li><input type="checkbox"/> De derde stap is het toevoegen van eenmaal daags NPH-insuline aan de orale middelen.</li> </ul> <p>Indien nachtelijke hypoglykemieën optreden kan overgestapt worden op een langwerkend insuline-analoog in plaats van NPH-insuline.</p> <p>Bij orale bloedglucoseverlagende middelen wordt gestart met een lage dosering, die iedere twee tot vier weken opgehoogd wordt. Als verdere ophoging van de dosis door bijwerkingen of door het bereiken van de maximale dagdosis niet meer mogelijk is, en de streefwaarde niet bereikt is, wordt overgegaan naar de volgende stap. Glibenclamide wordt hierbij ontraden vanwege risico op hypoglykemieën, met name bij ouderen van 71 jaar en ouder.</p>
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 2.2

## Metformine als eerste keuze bij diabetes type 2

### Richtlijn

Diabetes

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

### Risico

### Indicator

Ligt het percentage startende gebruikers van metformine van alle startende gebruikers van antidiabetica (excl insuline) op of boven de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

### Toelichting

Voor deze – en alle volgende – ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

### Medicatie

#### **Antidiabetica (exclusief insuline):**

A10B zonder A10BJ, A10BK en A10BX

#### **Metformine:**

A10BA02

**Insuline:** A10A

#### **Corticosteroiden:** H02A

### Aflevering

Aflevering binnen de rapportageperiode en voor insuline en corticosteroiden ook in de hieraan voorafgaande 6 maanden.

### Passant

Iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.

<b>Selecties</b>	<p>Exclusie: 'Passant' en gebruik; van 'insuline' of 'corticosteroïden'</p> <p>Inclusie: voorschrift van een willekeurige geneesmiddelgroep door de huisarts binnen 4 maanden voor start van oraal antidiabeticum</p> <p>A. 'Eerste uitgifte' van 'antidiabetica' binnen de rapportageperiode</p> <p>B. Patiënten uit 'A' met een 'eerste uitgifte' van 'metformine'</p>
<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 90%
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 2.3

## Antilipaemica bij diabetes

### Richtlijn

Diabetes

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

### Risico

Verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen bij niet behandelen van hypercholesterolemie.

### Indicator

Ligt het percentage diabetespatiënten met gebruik van antilipaemica op of boven de ondergrens van 68%?

- Ja
- Nee

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

### Toelichting

Voor deze - en alle volgende - ondergrenzen geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

### Medicatie

**Antidiabetica (exclusief insuline)s:**

A10B zonder A10BJ, A10BK en A10BX

**Antilipaemica:**

C10

### Gebruiker

Met een gebruikperiode van minimaal 3 dagen aaneengesloten in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar en de voorafgaande 3 maanden.

### Gecorrigeerde gebruiksperiode

Binnen de gebruikers de gebruikperioden op groepsniveau van de geneesmiddelen corrigeren voor overlappende afleveringen.

### Tegelijkertijd gebruiker

Overlap van 'gecorrigeerde gebruikperiode' van 'gebruiker' van 'orale bloedglucose verlagende middelen' en 'gebruiker' van 'antilipaemica' voor tenminste 3 dagen onafgebroken in de rapportageperiode.

<b>Passant</b>	Iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen.
<b>Selecties</b>	Exclusie: 'Passant' Inclusie: mannen tussen 50 en 80 jaar en vrouwen tussen 55 en 80 jaar  A. 'Gebruikers' van 'antidiabetica' binnen de rapportageperiode B. Patiënten uit 'A' die 'tegelijktijd gebruiker' waren van 'antilipaemica'
<b>Teller</b>	B
<b>Noemer</b>	A
<b>Percentage</b>	$B / A$ is boven of gelijk aan de ondergrens van 68%
<b>Toelichting</b>	Verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen bij niet behandelen van hypercholesterolemie.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst van processen met een ondergrens

## INDICATOR 2.4

## Uitwisseling patiëntgegevens met ketenpartners op basis van samenwerkingsafspraken

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Risico

Uitwisselen van gegevens optimaliseert de farmaceutische zorg voor patiënten met diabetes doordat rekening gehouden kan worden met evt co morbiditeit, afwijkende nier- en leverfunctie, afgeleverde geneesmiddelen elders, etc.

Indicator

1. Met wie wisselt u structureel, op basis van samenwerkingsafspraken, gegevens uit voor patiënten met diabetes? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Huisarts
- Zo ja, wat wisselt u uit met de huisarts?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Labwaarden (e.g. nierfunctie, HbA1C, LDL)
  - Toedienlijsten
  - Anders

---

---

- Praktijkondersteuner
- Zo ja, wat wisselt u uit met de praktijkondersteuner?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Labwaarden (e.g. nierfunctie, HbA1C, LDL)
  - Toedienlijsten
  - Anders

---

---

---

**Indicator (vervolg)**

- Specialist uit de tweede lijn
- Zo ja, wat wisselt u uit met de specialist uit de tweede lijn?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Labwaarden (e.g. nierfunctie, HbA1C, LDL)
  - Toedienlijsten
  - Anders

---

---

- Diëtist
- Zo ja, wat wisselt u uit met de diëtist?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Anders

---

---

- Fysiotherapeut
- Zo ja, wat wisselt u uit met de fysiotherapeut?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Anders

---

---

- Wijkverpleegkundige
- Zo ja, wat wisselt u uit met de wijkverpleegkundige?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Anders

---

---

---

**Indicator (vervolg)**

- Verpleeghuis
- Zo ja, wat wisselt u uit met de fysiotherapeut?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Anders

---

---

- Andere apotheker
- Zo ja, wat wisselt u uit met de wijkverpleegkundige?
  - Medicatie gegevens
  - Therapietrouw
  - Labwaarden (e.g. nierfunctie, HbA1C, LDL)
  - Anders

---

---

2. Ligt de LESA Diabetes (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) ten grondslag aan de samenwerkingsafspraken rondom diabetes patiënten?

- Ja
- Nee

2. Hoe wisselt u gegevens op basis van samenwerkingsafspraken uit?

- Via het Landelijk Schakel Punt
- Via het KIS
- Via het Cluster
- Binnen het gezondheidscentrum
- Anders namelijk:

---

---

---

**Rapportageperiode**

---

Kalenderjaar 2018

---



---

**Doel**

Het doel van deze indicator is om in kaart te brengen of en in welke mate/ op welk niveau er gegevens uitgewisseld worden met de overige zorgverleners in de ketenzorg. Uitwisseling van gegevens is een belangrijke overkoepelende randvoorwaarde voor het verlenen van 'goede zorg' aan patiënten met diabetes.

---

**Toelichting**

De apotheker richt, als onderdeel van een multidisciplinair samenwerkingsverband, zijn farmaceutische zorg in voor mensen met diabetes volgens de richtlijn. De apotheker wisselt daarvoor gegevens uit met de lokale/regionale ketenpartners zoals: huisartsen/praktijkondersteuners, diëtisten, internisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten/pedicures, optometristen/oogartsen en diabetesverpleegkundigen. Het verlenen van ketenzorg volgens afspraken zal leiden tot een betere kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt. Indicator is geschikt voor: bevorderen en monitoren implementatie van de (concept)richtlijn diabetes (en dus niet voor gedifferentieerde inkoop).

---

**Onderbouwing**

KNMP richtlijn diabetes type 2 ( 2018)

---

**Type indicator**

Structuur

---

## INDICATOR 2.5

### Transparant maken welke zorg/informatie de apotheek kan bieden aan patiënten met een nieuwe diagnose van diabetes

---

#### Richtlijn

Diabetes

---

#### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

---

#### Risico

Als er aan het begin van de therapie bij de patiënt met diabetes geen duidelijkheid bestaat over wat deze tijdens de therapie van de apotheek kan verwachten, bestaat het gevaar dat de patiënt te lang met vragen en onduidelijkheden blijft rondlopen. Hierdoor ontstaat risico op therapie ontrouw en onjuist gebruik van medicatie of hulpmiddelen. Bij het optreden van bijwerkingen kan dit leiden tot onnodige ziekenhuisopnames.

---

#### Indicator

1. Wordt er bij patiënten met een nieuw vastgestelde diabetes (naast een standaard eerste uitgifte gesprek over de medicatie) apart benoemd voor welke (farmaceutische ) zorg/informatie met betrekking tot het ziektebeeld de patiënt bij de apotheek terecht kan?

- Ja
- Nee

Alleen als 1. = ja:

2. Op welke manier wordt deze informatie gecommuniceerd? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Er wordt een persoonlijk gesprek gevoerd
- Er wordt schriftelijke informatie gegeven
- Anders namelijk:

---

---

3. Wordt er herleidbaar vastgelegd dat deze informatie is gegeven in het patiëntendossier?

- Ja
- Meestal
- Soms
- Nooit

---

#### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

---

---

**Doel**

De apotheker is volgens de WGBO medebehandelaar van de patiënt. Het doel van deze indicator is het aantoonbaar maken van de zorgtaak van de apotheker richting de patiënt, zodat de patiënt op de hoogte is wat de apotheek voor de patiënt kan betekenen voor een goede controle van de diabetes en om de risico's in de farmacotherapie te verminderen.

---

**Onderbouwing**

Door de patiënt te betrekken bij het vaststellen, uitvoeren en evalueren van het behandelplan kan het behandelplan beter worden toegesneden op de wensen, verwachtingen en ervaringen van de patiënt. Daardoor wordt de implementatie van eventuele veranderingen bevorderd. Zo wordt de kans groter dat de gesignaleerde farmacotherapie gerelateerde problemen daadwerkelijk aangepakt worden en een zo veilig, effectief, patiëntgerichte en doelmatige medicamenteuze behandeling voor de individuele patiënt kan worden bereikt. [Bron o.a. Noot 4 KNMP richtlijn Medicatiebeoordeling].

---

**Type indicator**

Structuur

---

## INDICATOR 2.6

## Aandacht voor zelfmanagement van de patiënt met diabetes in de apotheek

---

### Richtlijn

Diabetes

---

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

---

### Risico

Als er onvoldoende begrip bij de patiënt is over het belang van zijn medicatie of als hij het gebruik van zijn medicatie in de dagelijkse bezigheden slecht kan inpassen, bestaat het risico dat de medicatie foutief of niet gebruikt wordt. Het gevolg hiervan is dat het behandeldoel niet bereikt wordt en de kwaliteit van leven niet optimaal is.

---

### Indicator

A. Is zelfmanagement onderdeel van de begeleiding van de patiënten met diabetes in uw apotheek?

- Ja
- Nee, ga door naar 2.7

B. Aan welke punten geeft u aandacht bij zelfmanagement? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Goede uitleg hoe de patiënt zelf om kan gaan met zijn medicatie bij 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en vervolguitinge, bijvoorbeeld door het aanbieden van een korte scholing
- Welke mate van begeleiding de patiënt wenst
- Samen met de patiënt opstellen van behandeldoelen
- Wat te doen in specifieke situaties (bv. hypo's, intercurrente aandoeningen, exacerbaties, Ramadan)
- Zelfmonitoring door de patiënt, bv. bepaling bloedsuikerspiegel
- Therapietrouw
- Evaluatie geneesmiddelgebruik
- Anders namelijk:

---

---

---

**Indicator (vervolg)**

C. Legt u afspraken omtrent zelfmanagement vast? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Ja, in het patiëntendossier
- Ja, in het Individueel zorgplan
- Anders namelijk:

---

---

- Nee

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Doel**

Inzicht krijgen in hoeverre de apotheker ondersteuning biedt bij het zelfmanagement van de patiënt en waaruit deze ondersteuning bestaat.

---

**Toelichting**

De laatste jaren is steeds meer aandacht gekomen voor het zelfmanagement van de patiënt. Immers de patiënt is ervaringsdeskundige. Hij ervaart wat de medicatie bij hem voor effect heeft en tegen welke praktische problemen hij aan loopt bij het toepassen van zijn medicatie tijdens zijn dagelijkse werkzaamheden. Het ondersteunen van zelfmanagement is een nieuwe rol van de apotheker. Met deze vraag wordt geïnventariseerd in hoeverre de apotheker bewust bezig is om zich deze rol eigen te maken.

---

**Onderbouwing**

Het Chronic Care Model (CCM) beschrijft zelfmanagement als het individuele vermogen van de mens met een chronische ziekte om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte. Simpel gezegd draait zelfmanagement om: kennen en kunnen, willen, doen en blijven doen. Hieruit vloeit het volgende voort:

- de patiënt is geïnformeerd;
  - een flexibele invulling van zelfmanagement is mogelijk;
  - de patiënt wordt gezien als medebehandelaar;
  - de patiënt heeft overzicht over het totale zorgproces.
-

---

**Onderbouwing (vervolg)**

De apotheker kan een belangrijke bijdrage geven aan het zelfmanagement van de patiënt door zich gesprekstechnieken eigen te maken die hem helpen om op voet van gelijkwaardigheid met de patiënt te communiceren.

---

**Type indicator**

Structuur

---

## INDICATOR 2.7

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

## Begeleiding van de diabetespatiënt tijdens de initiële behandelfase

Diabetes

Openbare Apotheek

Indien de patiënt de doelen van de farmacotherapeutische behandeling bij DM2 niet begrijpt en er niet achter staat, zal hij de behandeling niet goed en effectief volgen.

A. Wordt de diabetespatiënt tijdens de initiële behandelfase begeleid volgens de stappen van het 'Eerste' en 'Tweede Begeleidingsgesprek' uit de KNMP richtlijn Diabetes?

- Ja
- Nee, ga door naar 2.8

B. Wordt de inhoud van deze gesprekken met de patiënt vastgelegd?

- Ja, namelijk in het individueel behandelplan (als onderdeel van het patiëntdossier)
- Ja, in het (elektronisch) patiëntdossier.
- Nee

C. Vink aan door wie deze begeleidingsgesprekken gevoerd worden. Meerdere antwoorden mogelijk.

- Apotheker
- Farmaceutisch consulente of gespecialiseerde assistente
- (balie) Apothekersassistente

D. Geef een schatting van de mate waarin deze specifieke begeleidingsgesprekken gevoerd zijn bij de nieuwe diabetespatiënten in de afgelopen 12 maanden

- Bij  $\geq$  80% van de diabetespatiënten
- Bij 50-80% van de diabetespatiënten
- Bij 20-50% van de diabetespatiënten
- Bij  $\leq$  20% van de diabetespatiënten

---

**Indicator (vervolg)**

E. Heeft u over de inhoud en rolverdeling van de begeleidingsgesprekken afspraken gemaakt met de ketenpartners? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Ja, met alle ketenpartners binnen de zorggroep
- Ja, met de voornaamste lokale huisartsen/ praktijkondersteuners
- Ja, met lokale diabetesverpleegkundigen
- Anders namelijk:  

---

---

Nee, er zijn geen afspraken gemaakt

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Doel**

Het doel van deze indicator is nagaan of, en in welke mate de apotheek een diabetespatiënt (DM2) begeleidt tijdens de initiële fase van de behandeling.

---

**Toelichting**

Door middel van begeleidingsgesprekken bij patiënten met DM2 wordt het begrip en de betrokkenheid bij deze patiënten vergroot.

De apotheker voert in de initiële behandelfase van diabetes (de 1e 3 maanden van de therapie) het eerste en tweede begeleidingsgesprek DM2 om goed gebruik van geneesmiddelen te bewerkstelligen. Deze begeleidingsgesprekken bij DM2 hebben een bredere scope dan een gewoon uitgifte gesprek bij een ter handstelling. De apotheker maakt afspraken met de ketenpartners over de inhoud van de begeleidingsgesprekken om tegenstrijdigheden en ondoelmatige begeleiding te voorkomen, almede afspraken over verwijzing.

Het eerste begeleidingsgesprek DM2 vindt plaats bij de eerste terhandstelling van een geneesmiddel voor DM2. Dit is in de regel een voorschrift voor metformine.

---



---

### Toelichting (vervolg)

Dit gesprek wordt bij voorkeur gevoerd volgens het Calgary Cambridge model uit de KNMP-richtlijn 'Consultvoering', waarbij een gesprek bestaat uit de volgende 4 stappen:

1. Begin/ van het gesprek
2. Informatie en onderzoek
3. Uitleg, advies, besluit
4. Afsluiten van het gesprek.

Tijdens het gesprek is hierbij ruimte voor informatie en vragen over het geneesmiddel, de aandoening, praktische servicemogelijkheden van de apotheek en mate van begrip van de patiënt over de gemaakte afspraken.

Het tweede begeleidingsgesprek DM2 vindt plaats 2-4 weken na de eerste uitgifte. In dit gesprek wordt wederom aan de hand van de vier stappen van de KNMP-richtlijn 'Consultvoering' geïnformeerd naar ervaringen en mogelijke knelpunten. Onderwerpen die in het eerste gesprek (onvolledig) aan bod zijn gekomen worden besproken. Indien noodzakelijk wordt een individueel zorgplan, in overleg met de voorschrijver, aangepast.

---

### Onderbouwing

Richtlijn Diabetes en Richtlijn Consultvoering;

HKZ: 2.1.4: Bij registratie van de patiëntgegevens legt de apotheekorganisatie vast wat bij de patiënt of bij andere door de patiënt aangeduide relevante zorgverleners bekend is over (risico-inventarisatie).

---

### Type indicator

Structuur

---

## INDICATOR 2.8

### Richtlijn

### Toepassingsgebied

### Risico

### Indicator

## Begeleiding van de diabetespatiënt tijdens de chronische behandelfase

Diabetes

Openbare Apotheek

Indien de patiënt de doelen van de farmacotherapeutische behandeling bij DM2 niet begrijpt en er niet achter staat, zal hij de behandeling niet goed en effectief volgen.

A. Zijn er binnen de 1e lijn samenwerkingsafspraken over de chronische behandelfase van de patiënt met diabetes?

- Ja
- Nee, ga door naar 2.9

B. Met wie zijn deze samenwerkingsafspraken gemaakt? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Binnen een multidisciplinair zorgprogramma waarin de apotheker een duidelijke rol heeft
- Binnen een FTO groep met FTO afspraken
- Met individuele huisartsen/ praktijkondersteuners
- Met lokale diabetesverpleegkundigen
- Anders namelijk:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Hoe wordt de patiënt met diabetes mellitus begeleid binnen de apotheek? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Periodiek door middel van een medicatiebeoordeling volgens de KNMP richtlijn
- Door middel van een individueel behandelplan
- Jaarlijks tijdens een evaluatiegesprek
- Jaarlijks door middel van de controle injectie techniek
- Jaarlijks door middel van de metercontrole
- Anders namelijk:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Indicator (vervolg)**

D. Op welke manier wordt er binnen de apotheek aandacht aan therapie-trouw van de diabetespatiënt gegeven? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Aanbieden herhaalservice of weekleveringen
- Signaalfunctie bij therapie ontrouw
- Gesprek over therapie ontrouw
- Anders namelijk:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hier wordt niet structureel aandacht aan besteed

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Doel**

Het doel van deze indicator is nagaan of, en in welke mate de apotheek een diabetespatiënt (DM2) begeleid tijdens de chronische fase van de behandeling.

---

**Toelichting**

Door middel van begeleidingsgesprekken bij patiënten met DM2 wordt het begrip, de betrokkenheid en de therapietrouw bij deze patiënten vergroot. Een goede begeleiding in de chronische fase bij patiënten met DM2 zorgt uiteindelijk voor minder complicaties en een betere kwaliteit van leven en hiermee doelmatige zorg.

Na het eerste en tweede begeleidingsgesprek en het eventuele nazorggesprek is de fase van het instellen van het zelfmanagement beëindigd. De meeste patiënten met DM2 zullen daarna jarenlang alleen orale bloedglucoseverlagende middelen gebruiken. In deze periode zullen van deze orale middelen doseringen veranderen en vaak zullen orale bloedglucoseverlagende middelen worden toegevoegd aan de behandeling. Bij deze stappen begeleidt de apotheker de patiënt en voert de uitgiftegesprekken uit volgens de KNMP-richtlijn farmaceutisch Consult (Consultvoering volgens het Calgary Cambridge model).

---

---

**Toelichting (vervolg)**

Als onderdeel van het zorgprogramma gaat de apotheker bij de vervolfbegeleiding bij de uitgiften van de orale middelen na of met deze middelen de behandeldoelen en streefwaarden behaald kunnen worden. Daarvoor is het noodzakelijk dat de benodigde controles van de behandeling zijn uitgevoerd. Als geen driemaandelijkse en jaarlijkse (laboratorium) controle door een arts of praktijkondersteuner heeft plaatsgevonden en de gegevens voor beoordeling van de effecten van de farmacotherapie ontbreken, wordt er, afhankelijk van de lokale afspraken, verwezen naar of contact opgenomen met de hoofdbehandelaar. De apotheker is waakzaam bij veel wijzigingen van de orale bloedglucoseverlagende medicatie en heeft daarbij aandacht voor onvoldoende therapietrouw. De apotheker kan voor het signaleren van onvoldoende therapietrouw gebruikmaken van een proactief opspoorprogramma. Bij gebrek aan ordening van geneesmiddelinname kan de apotheker zorg aanbieden in vorm van synchronisatie van medicatie, innameschema's, vaker contact of terhandstelling in geïndividualiseerde distributievormen (zie de KNMP richtlijn 'Geïndividualiseerde distributievormen'). De apotheker legt de verleende zorg bij vervolguigiften vast in het patiëntendossier.

Om bovenstaande te bereiken is een goede samenwerking met de overige zorgverleners rondom de diabetes patiënt onontbeerlijk.

---

**Onderbouwing**

---

Richtlijn diabetes en richtlijn consultvoering en HKZ 2.5.4

---

**Type indicator**

---

Structuur

---

## INDICATOR 2.9

## Advisering en overleg rondom diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie

---

### Richtlijn

Diabetes

---

### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

---

### Risico

Diabetespatiënten die niet goed worden geadviseerd lopen het risico op ziekenhuisopname of sterfte door Acuut nierfalen bij SGLT-2 remmers, RAS-remmers en/of diuretica of lactaatacidose bij metformine.

---

### Indicator

- A. Ontvangt u de recente (korter dan 13 maanden) nierfunctiewaarden van diabetespatiënten?
- Ja, structureel
  - Ja, als ik ze opvraag
  - Nee
- B. Adviseert u gebruikers van de volgende geneesmiddelen, die tevens een verminderde nierfunctie ( $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ) hebben, om de inname bij (dreigende) uitdroging ofwel tijdelijk te staken ofwel de dosis te halveren en contact op te nemen met de arts? Meerdere antwoorden mogelijk.
- Ja, bij metformine
  - Ja, bij SGLT-2 remmers
  - Ja, bij RAS-remmers
  - Ja, bij diuretica
  - Nee
- C. Overlegt u met de arts bij het gecombineerd voorschrijven van ACE-remmers met Angiotensine II remmers aan diabetespatiënten over nauwgezette monitoring van de nierfunctie, kaliumspiegel en de bloeddruk? Meerdere antwoorden mogelijk.
- Ja, over monitoring van de kaliumspiegel
  - Ja, over monitoring van de nierfunctie
  - Ja, over monitoring van de bloeddruk
  - Geen van bovenstaande

---

**Rapportageperiode**

---

Kalenderjaar 2018

---

**Doel**

Doel van deze indicator is:

1. Het in kaart brengen/ inventariseren in hoeverre deze informatie over veilig gebruik van metformine, SGLT2 remmers, RAS-remmers en/of diuretica wordt overgedragen aan de patiënt.
  2. Het in kaart brengen/inventariseren van overleg met de arts van het gecombineerd voorschrijven van ACE-remmers met Angiotensine II-remmers over nauwgezette monitoring van de nierfunctie, kaliumspiegel en bloeddruk.
  3. Het in kaart brengen/ inventariseren van overleg met de arts bij een sterke afname (>8 ml/min/jaar) van de nierfunctie, indien metformine, SGLT-2 remmers, RAS-remmers en/of diuretica gebruikt worden het gebruik van deze middelen (tijdelijk) te staken of de dosering te verlagen.
- 

**Toelichting**

Begrippen:

Verminderde nierfunctie:  $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ 

Bij een  $eGFR$  tussen de 10 en  $30 \text{ ml/min/1,73m}^2$  is de dosis van metformine gemaximeerd tot 500mg/dag.

Bij een verminderd intravasculair volume (dehydratie, braken, diarree, koorts, overmatig diuretica gebruik) lopen gebruikers van RAS-remmers een verhoogd risico op acuut nierfalen.

Gebruikers van SGLT-2 remmers lopen onder deze omstandigheden eveneens het risico op acuut nierfalen, en metformine gebruikers lopen vervolgens een verhoogd risico op lactaat acidose. Het is daarom belangrijk om patiënten met chronische nierschade voor te lichten over het tijdelijk staken of dosis verminderen van RAS-remmers, diuretica, metformine en/of SGLT-2 remmers bij – risico op – vasculaire ondervulling (braken, diarree, koorts).

---

---

**Onderbouwing**

---

**KNMP richtlijn diabetes 2018**

In 2014 heeft het Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) van het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) de aanbeveling gedaan om Angiotensine-II-(AT-II)-antagonisten, ACE-remmers en aliskiren niet in combinatie met elkaar te gebruiken. Deze aanbeveling geldt vooral bij patiënten met diabetische nefropathie. Bij hen is de combinatie AT-II + ACE-remmers gecontra-indiceerd wegens een verhoogd risico op hyperkaliëmie, nierschade en lage bloeddruk. Mocht deze combinatie toch noodzakelijk zijn, dan moeten de nierfunctie, de vocht- en zoutbalans en de bloeddruk nauwkeurig in de gaten gehouden worden.

---

**Type indicator**

---

**Structuur**

---

## INDICATOR 2.10

### Het adviseren over hyperglykemische ontregeling aan diabetespatiënten die starten met het gebruik van systemische glucocorticosteroïden.

---

#### Richtlijn

Diabetes

---

#### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

---

#### Risico

De diabetespatiënt loopt het risico op een hyperglykemische ontregeling bij gebruik van systemische glucocorticosteroïden. Advisering is dus van belang.

---

#### Indicator

A. Krijgen diabetespatiënten die starten met een stootkuur systemische glucocorticosteroïden specifieke informatie over het meten van hun bloedsuiker?

- Ja, ga door naar vraag 2
- Nee, u bent klaar met deze indicator

B. Welke informatie wordt verstrekt? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Insulinegebruikers wordt geadviseerd om contact op te nemen met de zorgverlener die de insulinebehandeling instelt over mogelijke extra controles.
- Gebruikers van bloedsuikerverlagende medicatie wordt geadviseerd bij hyperglykemische klachten de bloedsuiker in de namiddag te laten controleren.
- De zorgverlener die de insuline behandeling instelt wordt actief door de apotheek op de hoogte gebracht van het gebruik van systemische glucocorticosteroïden.
- Ander advies, nl

---

---

---

#### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

---



---

**Doel**

Het doel van deze indicator is in kaart brengen of en welke adviezen meegegeven worden bij een stootkuur van systemische corticosteroiden bij DM2 patiënten.

---

**Toelichting**

Glucocorticoïden kunnen hyperglykemieën veroorzaken. Bij een eenmaal daagse dosering in de ochtend treedt vaak een typisch beeld in het glucosebeloop op: de bloedglucosespiegel is nuchter veelal normaal, stijgt in de loop van de dag, is in de namiddag vaak het hoogst (soms hoger dan 20 mmol/l) en loopt in de nacht weer terug. Bij langdurige behandeling met corticosteroiden (> 10 dagen) wordt de hypofyse-bijnier-as onderdrukt, waarbij de mate van onderdrukking afhangt van de dosis en het soort corticosteroid. Vanaf 7,5 mg prednison (of equivalente doseringen) per dag kan deze onderdrukking optreden. Dit kan leiden tot het afnemen van de vroege ochtendpiek cortisol, waardoor de gevoeligheid voor insuline toeneemt en aldus de kans op hypoglykemieën in de vroege ochtend. Vanwege de mogelijke kans op bijnierschoronderdrukking bij meerdaags gebruik, verdient het de voorkeur om de glucocorticoïden dosis in 1 gift 's morgens te geven. Bovendien leidt de inname van corticosteroiden later op de dag bij een stootkuur vaak tot ernstige slaapproblemen. Het splitsen van de dagdosering in 2 of meer giften wordt derhalve niet meer aangeraden.

Adviseer gebruikers van orale bloedglucose verlagende middelen (en/of GLP-1 agonisten), die een injectie of een stootkuur (tot 10 dagen) met corticosteroiden krijgen, bij hyperglykemische klachten en/of infecties de bloedglucosewaarde aan het einde van de middag te (laten) bepalen. Adviseer deze waarde altijd te (laten) bepalen indien de behandeling met corticosteroiden langer dan 10 dagen gaat duren. Adviseer insulinegebruikers die systemische glucocorticoïden krijgen, om altijd contact op te nemen met de zorgverlener die de insuline-instelling regelt en meerdere malen glucosewaarden gedurende de dag te bepalen, afhankelijk van het insulineregime (1-, 2- of 4-maal daags regime). Adviseer de glucocorticoïd dagdosering in één dag gift toe te passen.

---

---

**Toelichting (vervolg)**

Na een korte stootkuur met corticosteroïden is het effect op de glucoseregeling vaak al na een dag verdwenen. Het effect van een gewrichtsinjectie op de bloedglucosespiegel houdt veelal 3-10 dagen aan. Bij het geleidelijk afbouwen van corticosteroïden wordt de insuline (in 2-3 weken) afgebouwd op basis van dag curves.

---

**Onderbouwing**

Richtlijn diabetes

---

**Type indicator**

Structuur

---

## INDICATOR 2.11

### Diabetes type 2 patiënten behandeld met $\geq 2$ antihypertensiva waaronder een RAS remmer

---

**Richtlijn**

Diabetes

---

**Risico**

Indien patiënten met meerdere antihypertensiva middelen worden behandeld, dient een hiervan een RAS remmer te zijn.

---

**Indicator**

Percentage diabetes type 2 patiënten dat met twee en meer antihypertensiva wordt behandeld, waaronder een RAS remmer.

Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Medicatie**

Orale bloedglucose verlagende middelen: A10B (zonder A10BJ, A10BK, A10BX)

Antihypertensiva: C02

Diuretica: C03 Betablokkers C07

Calciumantagonisten: C08

RAS remmer C09

---

**Aflevering**

Aflevering in de rapportageperiode of de voorafgaande 3 maanden

---

**Gebruiker**

Met gebruik in de 'rapportageperiode' op basis van een 'aflevering'

---

**Standaard gebruiksperiode**

Indien geen gebruiksperiode is ingevuld wordt de gebruiksperiode standaard gezet op 30 dagen.

---

**Gecorrigeerde gebruiksperiode**

Voor de 'gebruikers' worden de gebruiksperiodes van de geneesmiddelen op het niveau van de 'geneesmiddelgroep' gecorrigeerd voor overlappende 'afleveringen'.

---

**Tegelijkertijd gebruiker**

Overlap van de 'gecorrigeerde gebruiksperiodes' van de 'gebruiker' 'orale bloedglucose verlagende middelen' en twee bloeddruk verlagende geneesmiddelgroepen (uit de groep 'antihypertensiva' of 'Diuretica' of 'Betablokkers' of 'RAS remmer') voor tenminste 10 dagen onafgebroken.

---

**Selecties**

A. 'Tegelijkertijd gebruiker'

B. Patiënten uit 'A' met 'gebruik' van een 'RAS remmer' voor tenminste 10 dagen onafgebroken.

<b>Percentage</b>	B/A
<b>Streefwaarde</b>	Richting 100%
<b>Onderbouwing</b>	Richtlijn diabetes
<b>Type indicator</b>	Proces

## INDICATOR 2.12

### Diabetes type 2 patiënten met een RAS remmer zonder combinatie van een ACE en ARG

<b>Richtlijn</b>	Diabetes
<b>Risico</b>	Indien een RAS remmer nodig is, wordt een combinatie van ACE en ARG ontraden.
<b>Indicator</b>	Percentage diabetes type 2 patiënten dat met een RAS remmer wordt behandeld, echter niet als combinatie van ACE en ARG  Deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteits-indicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.
<b>Rapportageperiode</b>	Kalenderjaar 2018
<b>Medicatie</b>	Non insuline bloedglucose verlagende middelen: A10B (zonder A10BJ, A10BK, A10BX) RAS remmers: C09 ACE remmer: C09A, C09B ARB remmer: C09C, C09D
<b>Aflevering</b>	Aflevering in de rapportageperiode of de voorafgaande 3 maanden
<b>Gebruiker</b>	Met gebruik in de 'rapportageperiode' op basis van een 'aflevering'
<b>Standaard gebruiksperiode</b>	Indien geen gebruiksperiode is ingevuld wordt de gebruiksperiode standaard gezet op 30 dagen.
<b>Gecorrigeerde gebruiksperiode</b>	Voor de 'gebruikers' worden de gebruiksperiodes van de geneesmiddelen op het niveau van de 'geneesmiddelgroep' gecorrigeerd voor overlappende 'afleveringen'.
<b>Tegelijkertijd gebruiker</b>	Overlap van de 'gecorrigeerde gebruiksperiodes' van de 'gebruiker' 'non insuline bloedglucose verlagende middelen' en twee middelen uit de groep 'antihypertensiva' voor tenminste 10 dagen onafgebroken.
<b>Selecties</b>	Inclusie: 'gebruiker' non insuline bloed glucose verlagende middelen A. 'gebruiker' 'RAS remmer' B. Patiënten uit 'A' zonder 'tegelijk gebruik' van een 'ACE remmer' en 'ARB'.
<b>Percentage</b>	B/A
<b>Streefwaarde</b>	Richting 100%

---

**Onderbouwing**

---

Richtlijn diabetes

---

**Type indicator**

---

Proces

---

# 3 GEÏNDIVIDUALISEERDE DISTRIBUTIEVORMEN

## KENMERK

### Ter hand stellen van geneesmiddelen in Geïndividualiseerde Distributievormen (GDV) in het rapportagejaar

#### Richtlijn

Geïndividualiseerde distributievormen

#### Toepassingsgebied

Openbare en Poliklinische Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

#### Indicator

A. Stelde u in het rapportagejaar geneesmiddelen ter hand in GDV?

- Ja
- Nee

Bij nee: Routing naar volgende indicatoren

B. Beschikt uw apotheek over een GDS machine om medicatierollen te maken?

#### Rapportageperiode

Kalenderjaar 2018

#### Onderbouwing

Wanneer de patiënt in redelijkheid niet in staat is om zijn medicijnen op de juiste wijze te gebruiken, zorgt de apotheekhoudende voor geïndividualiseerde distributievormen. Hiermee is de patiënt beter in staat het juiste geneesmiddel op het juiste tijdstip en in de juiste frequentie toe te passen.

#### Type indicator

Structuur

### INDICATOR 3.1

### Overeenkomst betreffende gereedmaken van geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen (GDV) met leverancier(s) die werken volgens de GDS Norm.

<b>Richtlijn</b>	Geïndividualiseerde distributievormen
<b>Toepassingsgebied</b>	Openbare en Poliklinische Apotheek, Apotheekhoudende Huisarts
<b>Risico</b>	Een apotheekhoudende die werkt met ketenpartners loopt het risico dat de kwaliteit van farmaceutische zorg in het geding komt bij niet transparante afspraken over inhoudelijke en organisatorische verantwoordelijkheden van alle partijen.
<b>Indicator</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. De apotheekhoudende heeft een overeenkomst met leverancier(s) die werken volgens de GDS Norm voor het gereedmaken van geneesmiddelen in GDV.<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ja (indien 'Ja' naar vraag 2)</li><li><input type="checkbox"/> Nee (naar de volgende indicator 3.2)</li></ul></li><li>2. De overeenkomst omvat afspraken over taken en verantwoordelijkheden van de apotheek en leverancier.<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ja</li><li><input type="checkbox"/> Nee</li></ul></li></ol>
<b>Rapportageperiode</b>	Kalenderjaar 2018
<b>Toelichting</b>	<p>De GDS-norm (KNMP, 2011) voor geautomatiseerde geneesmiddel-distributiesystemen is beschikbaar via <a href="https://www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/knmp-richtlijnen-praktijkvoering/knmp-richtlijn-voor-geautomatiseerd-geneesmiddel-distributiesysteem-gds-september-2011">https://www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/knmp-richtlijnen-praktijkvoering/knmp-richtlijn-voor-geautomatiseerd-geneesmiddel-distributiesysteem-gds-september-2011</a></p> <p>De afspraken over taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in een overeenkomst.</p>



---

## Toelichting (vervolg)

De overeenkomst bevat tenminste afspraken over:

- Verdeling van verantwoordelijkheden rondom:
  - Receptplicht;
  - Terhandstelling;
  - Medicatiebewaking;
  - Patiëntvoorlichting;
- Logistiek rondom bestellen en leveren;
- Omgaan met klachten en fouten;
- Assortiment;
- Periodieke evaluatie;
- Privacy waarborging.

Als de leverancier werkt conform de GDS-norm, zijn de genoemde zaken geregeld in de overeenkomst.

De apotheek die zelf beschikt over een geautomatiseerd geneesmiddel-distributiesysteem dient ook aan de GDS norm te voldoen. In dat geval dient de interne verdeling van taken en verantwoordelijkheden goed te zijn vastgelegd.

---

## Onderbouwing

Om het GDS-proces te waarborgen moet aan randvoorwaarden zijn voldaan. De GDS-apotheker is wettelijk de ter hand stellende apotheker, omdat deze de geneesmiddelen uit anonieme voorraad op naam van de patiënt stelt. Het op naam stellen is maar één aspect van ter hand stellen en dus is de GDS-apotheker ook verantwoordelijk voor de medicatiebewaking en de patiëntenvoorlichting. Deze taken kunnen beter door de behandelend apotheker worden uitgevoerd. Daarom dient de verdeling van verantwoordelijkheden contractueel te zijn vastgelegd. De recepten moeten toegankelijk zijn voor de GDS-apotheker.

---

## Type indicator

Structuur

---

## INDICATOR 3.2

### Zorginstellingen waar farmaceutische zorg aan cliënten door middel van GDV wordt geleverd en waarmee een samenwerkingsovereenkomst is gesloten

---

#### Richtlijn

Geïndividualiseerde distributievormen

---

#### Toepassingsgebied

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

---

#### Risico

Geen goede samenwerkingsafspraken tussen de apotheek en de zorginstellingen kan leiden tot onveilig gebruik van geïndividualiseerde distributievorm (GDV).

---

#### Indicator

- A. Levert u door middel van GDV aan zorginstellingen?
- Ja
  - Nee, ga verder naar 3.3
- B. Heeft u een getekende overeenkomst met deze zorginstellingen?
- Ja
  - Nee
- C. Zijn de taken en verantwoordelijkheden tussen uw apotheek en de zorginstellingen waar farmaceutische zorg aan cliënten door middel van GDV wordt geleverd vastgelegd in een werkprotocol?
- Ja, ga verder naar vraag 3.2d
  - Nee, u bent klaar met deze vraag (verder naar volgende indicator 3.3)
- D. Vink aan welke zaken onderdeel uitmaken van dit werkprotocol?  
Meerdere antwoorden mogelijk
- het werken met een uniforme toedienlijst;
  - het aanreiken van geneesmiddelen in GDV;
  - het starten, stoppen en wijzigingen van geneesmiddelen in GDV, maar ook van geneesmiddelen niet in de GDV;
  - het in overeenstemming met de instructie van de apotheker voor toediening gereed maken van geneesmiddelen;
-

---

**Indicator (vervolg)**

- het aanreiken van geneesmiddelen niet in GDV;
- het aanreiken van risicovolle medicatie;
- het registreren en afhandelen van fouten in het medicatieproces;
- het verstrekken van geneesmiddelinformatie, inclusief wijzigingen en aanvullende informatie over risico's;
- de logistiek van de geneesmiddelen, inclusief het retour nemen van overgebleven of gestaakte medicatie;
- de evaluatiemomenten van het medicatieproces.

E. Wordt dit werkprotocol regelmatig geëvalueerd?

- Ja, jaarlijks
- Ja, om de 2 of 3 jaar
- Nee
- Anders namelijk:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Toelichting**

De apotheekhoudende reikt de geneesmiddelen niet aan de patiënt aan, maar aan de professioneel verzorgende van de zorginstelling die de patiënt in zorg heeft.

Om die reden dient een formele samenwerkingsovereenkomst te worden afgesloten.

In deze samenwerkingsovereenkomst zijn vastgelegd:

- Taken en verantwoordelijkheden van beide partijen. Daarnaast is een door beide partijen goedgekeurd werkprotocol afgesproken waarin bovenstaande punten zijn vastgelegd.

---

**Onderbouwing**

Om de veiligheid en continuïteit van de zorg aan de patiënt te garanderen is het van belang dat taken en verantwoordelijkheden van de apotheek en de zorginstelling afgestemd en vastgelegd zijn.

---

**Type indicator**

Structuur

---

### INDICATOR 3.3

### Thuiszorgorganisaties waar farmaceutische zorg aan cliënten door middel van GDV wordt geleverd en waarmee een samenwerkingsovereenkomst is gesloten

---

**Richtlijn**

Geïndividualiseerde distributievormen

---

**Toepassingsgebied**

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

---

**Risico**

Geen goede samenwerkingsafspraken tussen de apotheek en de thuiszorgorganisatie kan leiden tot onveilig gebruik van geïndividualiseerde distributievorm (GDV).

---

**Indicator**

- A. Zijn de taken en verantwoordelijkheden tussen uw apotheek en de thuiszorgorganisaties waar farmaceutische zorg aan cliënten door middel van GDV wordt geleverd vastgelegd in een werkprotocol?
- Ja, ga verder naar vraag 2
  - Nee, u bent klaar met deze vraag. Ga naar de volgende indicator
- B. Heeft u een getekende overeenkomst met deze thuiszorgorganisaties?
- Ja
  - Nee
- C. Vink aan welke zaken onderdeel uitmaken van dit werkprotocol?  
Meerdere antwoorden mogelijk
- het werken met een uniforme toedienlijst;
  - het aanreiken van geneesmiddelen in GDV;
  - het starten, stoppen en wijzigingen van geneesmiddelen in GDV, maar ook van geneesmiddelen niet in de GDV;
  - het in overeenstemming met de instructie van de apotheker voor toediening gereed maken van geneesmiddelen;
  - het aanreiken van geneesmiddelen niet in GDV;
  - het aanreiken van risicovolle medicatie;
  - het registreren en afhandelen van fouten in het medicatieproces;
  - het verstrekken van geneesmiddelinformatie, inclusief wijzigingen en aanvullende informatie over risico's;
-

---

**Indicator (vervolg)**

- de logistiek van de geneesmiddelen, inclusief het retour nemen van overgebleven of gestaakte medicatie;
- de evaluatiemomenten van het medicatieproces.

D. Wordt dit werkprotocol regelmatig geëvalueerd voor nodige verbeteringen?

- Ja, jaarlijks
- Ja, om de 2 of 3 jaar
- Nee
- Anders namelijk:

---

---

---

**Rapportageperiode**

Kalenderjaar 2018

---

**Toelichting**

De apotheekhoudende reikt de geneesmiddelen niet aan de patiënt aan, maar aan de professioneel verzorgende van de thuiszorgorganisatie die de patiënt in zorg heeft.

Om die reden dient een formele samenwerkingsovereenkomst te worden afgesloten.

In deze samenwerkingsovereenkomst zijn vastgelegd:

- Taken en verantwoordelijkheden van beide partijen. Daarnaast is een door beide partijen goedgekeurd werkprotocol afgesproken waarin bovenstaande punten zijn vastgelegd.

---

**Onderbouwing**

Om de veiligheid en continuïteit van de zorg aan de patiënt te garanderen is het van belang dat taken en verantwoordelijkheden van de apotheek en de thuiszorgorganisatie afgestemd en vastgelegd zijn.

---

**Type indicator**

Structuur

---

### INDICATOR 3.4B

### Percentage patiënten dat medicatie gebruikt met behulp van GDV waarbij de zorg op patiëntniveau (door middel van zorgafspraken) vastgelegd is

<b>Richtlijn</b>	Geïndividualiseerde distributievormen
<b>Toepassingsgebied</b>	Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts
<b>Risico</b>	Als afspraken van de apotheekhoudende en patiënt niet goed worden vastgelegd is de kans op onjuist gebruik van geïndividualiseerde distributievorm (GDV) en medicatie groter. Bevindingen gaan verloren als deze niet goed zijn vastgelegd (door middel van zorgafspraken).
<b>Rapportageperiode</b>	Kalenderjaar 2018
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat medicatie met behulp van GDV gebruikt en waarbij de zorg op patiënten niveau (door middel van zorgafspraken) vastgelegd is.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten dat medicatie met behulp van GDV gebruikt.  Alleen OA Deze noemer vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren 2018', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.
<b>Toelichting</b>	Zorgafspraken zijn schriftelijk vastgelegde afspraken aangaande de zorg voor een patiënt. Apotheekhoudende huisartsen registreren ook deze gegevens, maar dit wordt niet per definitie zorgplan genoemd.  Het opstellen en vastleggen hiervan doet de apotheker samen met de individuele patiënt tijdens de intake bij de opstart van GDV. De apotheker legt de opgestelde zorgafspraken vast in het patiëntendossier. Door middel van zorgafspraken zijn de volgende punten in ieder geval vastgelegd: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Distributievorm</li><li><input type="checkbox"/> Actueel medicijngebruik</li><li><input type="checkbox"/> Welke geneesmiddelen in de GDV kunnen en welke niet</li><li><input type="checkbox"/> Innametijden geneesmiddelen</li><li><input type="checkbox"/> Start dag</li></ul>

---

**Toelichting (vervolg)**

- Bezorging noodzakelijk
- Eventueel inzet van mogelijke hulpmiddelenter ondersteuning van goed gebruik
- Oude medicatie retour apotheek

*(KNMP-richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm, 2013)*

Ook al dienen zorgafspraken rondom alle patiënten te worden vastgelegd, wordt hier gefocust op zelfstandige GDV gebruikers. Voor de andere patiënten worden afspraken met de zorginstellingen en thuiszorgorganisaties verondersteld en dit wordt met andere indicatoren uitgevraagd.

Let op: SFK kan uitrekenen hoeveel patiënten niet via een woonzorginstelling medicatie in GDV gebruiken. De patiënten waarbij de thuiszorg de begeleiding van de medicatie heeft overgenomen, dient u hier nog van af te trekken.

---

**Onderbouwing**

Wanneer de patiënt de medicatie zelf in beheer heeft met behulp van GDV is de patiënt ook degene met wie medicijngesprekken en evaluatiegesprekken gevoerd worden. Is het medicijnbeheer (in GDV) uitbesteed aan professionele zorg dan is het overleg anders geregeld en dient de apotheek bovendien de betreffende verzorgende van een toedienlijst te voorzien.

---

**Type indicator**

Proces

---

### INDICATOR 3.5

### Afspraken over het houden van evaluaties en het vastleggen daarvan bij patiënten die zelfstandig medicatie gebruiken met behulp van GDV

<b>Richtlijn</b>	Geïndividualiseerde distributievormen
<b>Toepassingsgebied</b>	Openbare en Poliklinische Apotheek, Apotheekhoudende Huisarts
<b>Risico</b>	Het verschaffen van geïndividualiseerde distributievorm (GDV) aan patiënten zonder jaarlijkse evaluatie kan leiden tot onjuist en onveilig gebruik van medicatie.
<b>Indicator</b>	Percentage patiënten dat medicatie gebruikt met behulp van GDV waarbij jaarlijks geëvalueerd is en bevindingen zijn vastgelegd.
<b>Rapportageperiode</b>	Kalenderjaar 2018
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat medicatie met behulp van GDV gebruikt waarbij jaarlijks de zorg geëvalueerd is en bevindingen zijn vastgelegd.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten dat medicatie met behulp van GDV gebruikt en waarbij de zorg op patiëntniveau is vastgelegd.
<b>Toelichting</b>	<p>Deze jaarlijkse evaluatie betreft alleen gebruik van de GDV en is geen medicatiebeoordeling. Evaluatie vindt plaats met patiënt. De apotheker schenkt hierbij tenminste aandacht aan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Mogelijke ondersteuning bij lage gezondheidsvaardigheden</li><li><input type="checkbox"/> De apotheker legt uitkomsten van de evaluatie vast in het patiëntendossier.</li></ul> <p>(KNMP-richtlijn <i>Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm, 2013</i>)</p>
<b>Onderbouwing</b>	De apotheker evalueert het gebruik van GDV met de patiënt minimaal eenmaal per jaar of eerder als er aanwijzingen zijn voor mogelijke problemen. Dit is van belang voor goed en veilig geneesmiddelgebruik. Daarbij is de apotheker alert op een in tijd gewijzigde zorgbehoefte van de patiënt. Deze kan wijzigen doordat de cognitie of motoriek van de patiënt in de tijd verandert of doordat er geen mantelzorger meer is. De apotheker legt de evaluatie vast in het patiëntendossier om de continuïteit te borgen.
<b>Type indicator</b>	Proces



### INDICATOR 3.6

### Beleid ter voorkoming van risico's ten gevolge van handmatig wijzigen van GDV

---

**Richtlijn**

---

Geïndividualiseerde distributievormen

---

**Toepassingsgebied**

---

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende Huisarts

---

**Risico**

---

Het tussentijds, handmatig wijzigen van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) voor cliënten kan leiden tot fouten, en daardoor tot onjuist en onveilig gebruik van de medicatie.

---

**Indicator**

- 
- A. Heeft de apotheekhoudende interne werkafspraken hoe om te gaan met veranderen of stoppen van geneesmiddelen bij patiënten die gebruik maken van GDV?
- Ja
  - Nee
- B. Heeft u een beleid om het tussentijds, handmatig wijzigen van de GDV zoveel mogelijk te voorkomen?
- Ja
  - Nee
- C. Welke activiteiten onderneemt u om het risico te minimaliseren dat mutaties niet goed worden verwerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Geen aanvullende activiteiten specifiek gericht op dit risico
  - Afspraken in het FTO hierover
  - Onderscheid maken in symptomatische behandeling en preventie
  - Werken met een lijst van geneesmiddelen die acuut zijn of uitgesteld kunnen worden
  - Het distributieprofiel en de rol wordt na wijziging extra gecontroleerd door een apotheekhoudende of assistente.
  - Wijziging wordt expliciet bijgehouden in het kwaliteitssysteem van de apotheekhoudende
  - Anders namelijk:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 
-

<b>Rapportageperiode</b>	Kalenderjaar 2018
<b>Toelichting</b>	Het handmatig toevoegen of verwijderen van geneesmiddelen in een GDV vergroot de kans op fouten. Bij voorkeur wordt de wijziging bij de volgende GDV doorgevoerd of wordt er een cito-GDV geleverd. Het is van belang dat er in de apotheek beleid is over het tussentijds wijzigen van de GDV.
<b>Onderbouwing</b>	In deze indicator willen we niet het aantal tussentijdse wijzigingen meten, maar de kwaliteit van het handelen bij een tussentijdse wijziging.
<b>Type indicator</b>	Proces



**KNMP**

Alexanderstraat 11  
2514 JLDen Haag

**T** 070 373 73 73

**F** 070 310 65 30

[www.knmp.nl](http://www.knmp.nl)