

KWALITEITS- INDICATOREN FARMACIE

OPENBARE APOTHEKEN
METING OVER 2020



KNMP

APOTHEKERSORGANISATIE



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)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Consumentenbond

KNMP

Alexanderstraat 11

2514 JL Den Haag

T 070 - 37 37 373

E kwalitysmonitor@knmp.nl

I 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
	Routingvraag vooraf	7
	Apotheekkenmerken voor openbare apotheken	8
0	Kwaliteitsmanagement	13
1	Medicatiebewaking	14
2	Diabetes	39
3	Geïndividualiseerde distributievormen	60

INLEIDING

Apothekers 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 (bijvoorbeeld over de openingstijden of (extra) services van de apotheek) en via certificatie. Deze publicatie gaat over de zorginhoudelijke indicatoren.

PROFESSIELE STANDAARD

Sinds 2007 vindt jaarlijks een landelijke indicatoren uitvraag plaats. In deze jaren hebben openbaar apothekers de kwaliteit van hun zorg continu verbeterd, mede door het opstellen van richtlijnen voor de beroepsgroep. Deze vormen inmiddels, samen met een aantal multidisciplinaire richtlijnen en het Handvest voor apothekers, de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg voor de openbare farmacie. Met deze Professionele Standaard tonen openbaar apothekers aan de maatschappij wat deze aan goede farmaceutische zorg van de openbaar apotheker kan verwachten. Bij een aantal richtlijnen uit deze standaard zijn afgelopen jaren indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijnen te bevorderen.

In deze landelijke uitvraag zijn nu drie KNMP-richtlijnen vanuit de Professionele Standaard opgenomen. Het gaat om de richtlijnen: Medicatiebewaking, Diabetes en een Geïndividualiseerde Distributievormen. Apothekers ontvangen vervolgens een benchmarkrapport, waarin zij hun scores op deze indicatoren kunnen zien, ten opzichte van het landelijk beeld. Deze informatie geeft apothekers inzicht in hun handelen en ten opzichte van de andere apotheken.

INDICATORENSETS

De indicatoren in deze gids richten zich op *openbare apotheken*. *Poliklinische apotheken*, die deze set van de openbare apotheken willen invullen, dienen zich hiervoor te melden via kwaliteit@knmp.nl. Een deel van de indicatoren wordt ook ingevuld door *apotheehoudende huisartsen*.

Aanvullend is er met een werkgroep een indicatorenset gemaakt met specifieke aspecten voor *apotheken, die farmaceutische zorg aan instellingen leveren* voor meer dan 10 personen.

Evenzo is er met een werkgroep een indicatorenset gemaakt voor *dienstapotheken*.

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. Tot slot is de komende jaren het streven om de indicatoren verder te ontwikkelen naar indicatoren die de uitkomsten van zorg meten.

TOELICHTING OP DE SET OVER 2020

De indicatoren in deze uitvraag zijn ontwikkeld door werkgroepen per richtlijn. Deze werkgroepen bestonden uit openbaar, poliklinisch en ziekenhuisapothekers, werkzaam in de praktijk en deskundigen vanuit de richtlijn ontwikkeling en methodologie. Deze werkgroepen hebben op basis van de resultaten van de vorige uitvraag de indicatoren kritisch herzien. Te weinig betekenisvolle indicatoren zijn of doorontwikkeld of vervangen.

Hierbij is ook gelet op de opmerkingen van apothekers. Tevens is rekening gehouden met de ambitie om vragen over beschikbare structuren te vervangen door proces en uitkomst indicatoren.

Met deze set worden 43 aspecten uitgevraagd met 27 indicatoren.

- Hiervan zijn uw scores op 10 indicatoren geheel voorberekend door de KNMP/SFK webrapportage indien u hieraan deelneemt; bij 8 aspecten stelt SFK alleen de noemers beschikbaar.
- 6 indicatoren zijn vragen over de aanwezigheid van structuren.
- Op advies van de werkgroepen vragen wij u voor 8 relevante indicatoren om voor 10 patiënten in kaart te brengen hoe goed processen 2020 in uw apotheek zijn verlopen. De informatie hiervoor kan nog niet geautomatiseerd uit de systemen worden gehaald. Dat is in de toekomst wenselijk – en hiervoor worden stappen genomen. Door het belang van deze aspecten voor de kwaliteit van zorg zijn de indicatoren nu al opgenomen in de landelijke uitvraag. Aan de hand van een steekproef kunt u bepalen of uw zorg voldoende is geregeld en anders uw zorg aanpassen. Uw scores voor deze indicatoren zijn voor uw intern gebruik en zullen geen deel uitmaken van de openbare dataset over 2020.

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.

PUBLICATIE VAN RESULTATEN

De scores op indicatoren per apotheek worden na een toetsing op validiteit en na goedkeuren hiervan door de Stuurgroep Kwaliteitsindicatoren Farmacie 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 apothekers met de publicatie van hun resultaten tegemoet aan de wens van zorgconsumenten, zorgverzekeraars, IGJ en beleidsmakers om inzicht te verschaffen in geleverde zorgprestaties op apotheekniveau.

VRAGENDE PARTIJEN

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

- Apothekers en apotheekhoudende 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 toezichts- en handhavingstaak.
- Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kan passend beleid ontwikkelen dat leunt op realistische mogelijkheden van apotheken.

SFK

Apotheken die deelnemen aan de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) kunnen de indicatorscores die de SFK in samenwerking met de KNMP 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.

ROUTINGVRAAG VOORAF

De antwoorden op deze vraag bepalen de aantal sets, die van toepassing zijn. *Apothekers of apotheekhoudende huisartsen, die ook nog functies als instellings- of dienstapotheek vervullen, dienen deze sets ook in te vullen.*

WELKE FUNCTIES VERVULT UW APOTHEEK / PRAKTIJK?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Openbare apotheek (Set Openbare farmacie)
- Poliklinische apotheek (Set Openbare farmacie)
- Apotheekhoudende huisarts (subset Apotheekhoudende Huisartsen in Set Openbare farmacie)
- Dienstapotheek (Set Dienstapotheken)
- Farmaceutische zorg aan instellingen (WLZ, GRZ, ELV, WLZ zonder behandeling) voor meer dan 10 personen (Set Instellingsapotheken)
- Internetapotheek (als apotheek die geneesmiddelen via internet aanbiedt en ter hand stelt zonder direct persoonlijk contact in een zodanige omvang dat hierdoor tenminste 20% van de receptregels in het rapportagejaar gerealiseerd is) (Set Openbare farmacie)
- Apotheek met unieke leveranties (als apotheek die, met een bedrijf dat verantwoordelijk is voor het in de handel brengen van een UR-geneesmiddel, afspraken heeft over de (nagenoeg) exclusieve distributie van dit middel op de Nederlandse markt) (Set Openbare farmacie)

APOTHEEKENMERKEN

VOOR OPENBARE APOTHEKEN

DOELSTELLING KENMERKEN

Deze kenmerken gaan vooraf aan de uitvraag van de Kwaliteitsindicatoren Farmacie over het jaar 2020. Zij leveren inzichten voor het bepalen van de validiteit en betrouwbaarheid van uw antwoorden op de kwaliteitsindicatoren. Zij maken *geen* deel uit de van de set Kwaliteitsindicatoren Farmacie voor publicatie.

1. Worden er in uw apotheek geneesmiddelen bereid voor eigen patiënten? ^[1]

- Ja
- Nee

[1] Voor toediening gereed maken in de geregistreerde eindverpakking is geen bereiden. Voorbeeld: antibiotica suspensies.

2. Bereidt u in uw apotheek steriele of aseptische geneesmiddelen?

- Ja
- Nee

3. Bereidt u individueel en/of op voorraad?

- Ja, individueel
- Ja, op voorraad
- Ja, zowel individueel als op voorraad
- Nee

4. Bereidt u meer of minder dan 15 bereidingen die worden ingenomen? ^[2]

- Minder dan 15 bereidingen
- 15 bereidingen of meer

[2] Alles behalve dermatica en steriele of aseptische geneesmiddelen.

5. Worden er in uw apotheek geneesmiddelen bereid voor patiënten van andere apotheken?

- Ja
- Nee

Zo ja, voor hoeveel andere apotheken in het rapportagejaar?

6. Beschikt uw apotheek over een GDS-machine om medicatierollen (weekrollen) te maken?

- Ja
- Nee

7. Met wie heeft uw apotheek een formeel samenwerkingsverband op zorginhoudelijk terrein?

*Samenwerkingsverbanden ten behoeve van de diensten of FTO worden hier **niet** bedoeld. Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*

- Geen formeel samenwerkingsverband
- Met andere apotheken van eenzelfde eigenaar of binnen een maatschap
- Met andere zorgverleners binnen een zorg- of gezondheidscentrum of ziekenhuis
- Met zorgverleners in een ICT-cluster met een gezamenlijk patiëntenbestand
- Anders, namelijk:

8. Hoeveel apothekers en apothekersassistentes (in fte) zijn werkzaam in de apotheek?

Eén fte is een volledige werkweek

- _____ fte's apothekers (38 uur) zijn werkzaam in de apotheek
- _____ fte's apothekersassistentes (36 uur)

9. Welk AIS (Apotheek Informatiesysteem) wordt gebruikt in deze apotheek?

- CGM Apotheek / Mira
- FarmaSys (Caresoft)
- PharmaCom (PharmaPartners)
- VidiVici (Verenigde Apotheken Limburg)
- Anders, namelijk:

10. Levert de apotheek geneesmiddelen aan patiënten opgenomen in een verpleeghuis of aan geïndiceerde verpleeghuispatiënten in een verzorgingshuis?

- Ja
- Nee

11. Is de apotheek aangesloten bij een formule of keten?

- Ja, Alphega
- Ja, BENU Apotheek
- Ja, Boots
- Ja, Medsen Apotheek
- Ja, Pact
- Ja, Service Apotheek
- Ja, Thio Pharma
- Ja, Zorggroep Almere
- Ja, anders namelijk:

-
- Nee, niet bij een keten of formule aangesloten

INHOUDSOPGAVE INDICATOREN

0 KWALITEITSMANAGEMENT

0.1	Aanwezigheid gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem	13
-----	---------------------------------------------------------	----

1 MEDICATIEBEWAKING

1.1	Maagbescherming bij TAR of coxib	14
1.2	Foliumzuur bij methotrexaat	18
1.3	Trombocytenaggregatieremmers bij nitraten	20
1.4	Geen doorgebruik PPI na stoppen ns-NSAID's	22
1.5	Geen doorgebruik PPI na stoppen TAR	25
1.6	Geen hormonale anticonceptie bij vrouwen > 52 jaar	28
1.7	Methotrexaatgebruikers, die gevraagd zijn voor opt-in	30
1.8	DOAC-starters waarvoor de nierfunctie en indicatie bekend is	32
1.9	Starters met triple (of dubbele) antistolling waarvoor bij de start van het derde of tweede antistollingsmiddel de gebruiksduur is vastgelegd	34
1.10	Inhalatie instructies tijdens Corona	37

2 DIABETES

2.1	Geen glibenclamide bij diabetes > 70 jaar	39
2.2	Antilipaemicagebruik bij diabetes	41
2.3	Diabetes type 2 patiënten behandeld met 2 of meer antihypertensiva waaronder een RAAS-remmer	43
2.4	Diabetes type 2 patiënten met een RAAS-remmer zonder combinatie van een ACE-remmer en ARB	45
2.5	Bij de apotheek bekende actuele nierfunctiewaarde bij starters met metformine	47
2.6	Bij de apotheek bekende actuele nierfunctie- en kaliumwaarden voor diabetespatiënten startend met RAAS-remmers	49
2.7	Aanvullende farmaceutische zorg bij start met metformine, sulfonylureumderivaten of insuline	52
2.8	Speciale activiteiten voor diabetespatiënten	54

2.9	Extra alertheid op hyperglycemische klachten bij insulinegebruikers met systemische corticosteroiden	56
2.10	Diabetespatiënten met start van niet-selectieve bètablokkers waarbij actie is genomen	58

3 GEÏNDIVIDUALISEERDE DISTRIBUTIEVORMEN

3.00	Ter hand stellen van geneesmiddelen aan patiënten met ordeningsproblemen	60
3.01	Type patiënten met GDV-leveringen	61
3.1	GDV-leveringen door een betrouwbare leverancier	63
3.2	Samenwerking met de thuiszorg voor patiënten die GDV ontvangen	65
3.3	Voorkomen van risico's bij handmatige aanpassingen van GDV	67
3.4	Borgen van medicatiebewaking bij GDV-patiënten	68
3.5	GDV-patiënten met bisfosfonaten en met bekende nierfunctiewaarden	69
3.6	Medicatieoverdracht van GDV-patiënten	71

0 KWALITEITSMANAGEMENT

INDICATOR 0.1

Kwaliteitsdomein

Toepassingsgebied

Risico

Indicator

Aanwezigheid gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem

Kwaliteitsmanagement

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

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

A. Beschikt de apotheek per 31 december 2020 over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (bijv. HKZ of ISO)?

- Ja
 Nee

B. Wat is het nummer van het HKZ-certificaat?

C. Door wie is dit extern getoetst?

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

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Medicatie

Maagbescherming bij TAR of coxib

Medicatieveiligheid

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2020

Trombocytenaggregatieremmers (TAR) en coxibs kunnen, zeker bij risico-patiënten, zorgen voor maagperforaties, -bloedingen en -ulceraties.

Maagbescherming verkleint het risico op deze complicaties.

Ligt het percentage gebruikers van trombocytenaggregatieremmers of coxibs met risico op maagschade en gelijktijdig gebruik van adequate maagbescherming boven of gelijk aan de ondergrens van 79%?

Ja

Nee

Uw score voor deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert.

Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

ASA of coxib

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

Overige middelen met risico op bloedingen: Niet-selectieve NSAID's (zonder coxibs) en 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)

TAR zonder ASA of DOAC's:

B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), bB01AC25 (cangrelor) PRK 124575, B01AE07 (dabigatran), B01AF (Directe remmers van factor Xa)

Vitamine K-antagonisten:

B01AA

Medicatie (vervolg)**Corticosteroïden:**

A07EA06 corticosteroïden met lokale werking en H02AB zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559

SSRI's en gerelateerde middelen:

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

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

Gebruiker Vitamine**K-antagonisten**

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

**Standaard-
gebruiksperiode**

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 'glucocorticosteroïden' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, zijn standaard 5 dagen als gebruiksperiode aangehouden. Voor de overige 'comedicatie' houden wij standaard 30 dagen als gebruiksperiode aan. Indien bij 'maagprotectie' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, is standaard 3 dagen als gebruiksperiode aangehouden.

**Gecorrigeerde
gebruiksperiode**

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

Gelijktijdig gebruik

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

**Patiënten met risico op
maagschade**

1. Patiënten vanaf 81 jaar
2. Patiënten vanaf 71 en tot en met 80 jaar en 'gebruik' van tenminste één 'overig middel met risico op bloedingen'
3. Patiënten vanaf 61 en tot en met 70 jaar met 'gelijktijdig gebruik' van tenminste twee 'overige middelen met risico op bloedingen' en 'TAR' of coxib.

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 vanaf 61 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' of 'coxib' voor tenminste 3 dagen

Resultaat

B / A is boven of gelijk aan de ondergrens van 79%

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. Deze ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Deze indicator kan voor het behalen van de vastgestelde ondergrens worden gebruikt voor vergelijkingen tussen apotheken, die tenminste 30 patiënten in de noemer hebben.

Onderbouwing

Zie het HARM Wrestling rapport (2009) www.knmp.nl/harm

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 1.2

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Medicatie

Aflevering

Gebruiker

Gecorrigeerde gebruiksperiode

Foliumzuur bij methotrexaat

Medicatieveiligheid

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2020

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

Ligt het percentage patiënten met foliumzuur of folinezuur boven 2.2 DDD per dag bij methotrexaatgebruik voor reumatische of dermatologische aandoeningen boven of gelijk aan de ondergrens van 90%?

- Ja
 Nee

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

Methotrexaat bij reumatische of dermatologische aandoeningen:

L04AX03, L01BA01 (MTX oraal) op basis van een dosering ≤ 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'.

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

**Standaard
gebruiksperiode**

Indien bij 'foliumzuur' of 'folinezuur' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, wordt standaard een gebruiksperiode van 30 dagen aangehouden.

Gelijktijdig gebruik

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

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

Resultaat

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%. Deze indicator kan voor het behalen van de vastgestelde ondergrens worden gebruikt voor vergelijkingen tussen apotheken, die tenminste 20 patiënten in de noemer hebben.

Onderbouwing

KNMP Kennisbank: Landelijke set MFB 15 'Foliumzuur bij methotrexaat'

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 1.3

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Medicatie

Aflevering

Gebruiker

Standaard- gebruiksperiode

Gecorrigeerde gebruiksperiode

Trombocytenaggregatieremmers bij nitraten

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2020

Angina pectoris patiënten dienen preventief met trombocytenaggregatieremmers (TAR) behandeld te worden.

Ligt het percentage patiënten met gelijktijdig gebruik van nitraten en een antitromboticum boven of gelijk aan de ondergrens van 90%?

- Ja
 Nee

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

Nitraten:

C01DA

Antitrombotica:

B01AA04 of B01AA07 (Vitamine K-antagonisten) of B01AC04, B01AC06, B01AC07, B01AC08, B01AC22, B01AC24, B01AC25, B01AC30 (TAR), of B01AE en B01AF (DOAC) of B01AB (Heparines) of B01AX05 (Fondaparinux)

Aflevering in de rapportageperiode of het hieraan voorafgaande halve jaar

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

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

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

Angina Pectoris

Wij baseren de diagnose angina pectoris bij 'gebruikers' 'nitraten' op 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 een 'antitromboticum' in de rapportageperiode.

Resultaat

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld.

De ondergrens is nooit hoger dan 90%. Deze indicator kan voor het behalen van de vastgestelde ondergrens worden gebruikt voor vergelijkingen tussen apotheken, die tenminste 20 patiënten in de noemer hebben.

Onderbouwing

NHG standaard 'Stabiele angina pectoris'.
KNMP Kennisbank: Landelijke set MFB 07
'Trombocytenaggregatieremmers bij nitraten'

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 1.4

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Geen doorgebruik PPI na stoppen ns-NSAID's

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Indien protonpompremmers (protonpomp inhibitors, PPI's) alleen gestart zijn voor preventie van maagschade bij 'Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs' (NSAID's), kunnen zij na afloop van de therapie met NSAID's ook gestopt worden.

Indicator

Ligt het percentage patiënten dat stopt met PPI, geïnitieerd door niet-selectieve-NSAID gebruik, na stoppen van de niet-selectieve NSAID's boven of gelijk aan de ondergrens van 90%?

- Ja
- Nee

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

Medicatie

Niet-selectieve NSAID's: met overige middelen zonder injecties

M01A (niet-steroïde anti-inflammatoire en anti-reumatische middelen)

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

Maagprotectie (PPI's):

A02BC

Risicomedicatie maag:

NSAID's

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)

Medicatie (vervolg)

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

**Gecorrigeerde
gebruiksperiode**

Van gebruikers de gebruiksperiodes 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 'niet-selectieve NSAID's zonder coxibs'.

**PPI aflevering zonder
risicomedicatie maag**

'Afleveringen van een 'PPI' zonder een 'gecorrigeerde gebruiksperiode' van 'risicomedicatie maag' binnen 10 dagen hiervoor of hierna.

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.

Selecties

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

Resultaat

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%. Deze indicator kan voor het behalen van de vastgestelde ondergrens worden gebruikt voor vergelijkingen tussen apotheken, die tenminste 30 patiënten in de noemer hebben.

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 1.5

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Geen doorgebruik PPI na stoppen TAR

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Indien protonpompremmers (protonpomp inhibitors, PPI's) alleen gestart zijn voor preventie van maagschade bij trombocytenaggregatieremmers (TAR), kunnen zij na afloop van de therapie met TAR's ook gestopt worden.

Indicator

Ligt het percentage patiënten dat stopt met PPI, geïnitieerd door trombocytenaggregatieremmer gebruik, na stoppen van de TAR boven of gelijk aan de ondergrens van 90%?

- Ja
 Nee

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

Medicatie

Risicomedicatie maag

TAR

B01AC06

B01AC08

B01AC30

Maagprotectie (PPI's):

A02BC

Risicomedicatie maag:

NSAID's

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)

Medicatie (vervolg)

Vitamine K-antagonisten:

B01AA

Corticosteroiden:

H02AB

SSRI's en gerelateerde middelen:

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).

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

**Gecorrigeerde
gebruiksperiode**

Binnen de 'gebruikers' de gebruiksperiodes van 'TAR en 'maagprotectie' op niveau van de geneesmiddelgroep corrigeren voor overlappende afleveringen binnen deze groepen.

**PPI geïnitieerd door TAR
gebruik**

'Eerste aflevering' van een 'PPI' met 10 dagen ervoor of erna een 'gecorrigeerde gebruiksperiode' van 'TAR'.

**PPI aflevering zonder
risicomedicatie maag**

'Aflevering' van een 'PPI' zonder een 'gecorrigeerde gebruiksperiode van 'risicomedicatie maag' binnen 10 dagen hiervoor of hierna.

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.

Selecties

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

Resultaat

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld.

De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Deze indicator kan voor het behalen van de vastgestelde ondergrens worden gebruikt voor vergelijkingen tussen apotheken, die tenminste 20 patiënten in de noemer hebben.

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 1.6

Geen hormonale anticonceptie bij vrouwen > 52 jaar

Richtlijn

Medicatiebewaking

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2020

Aanleiding

Voor vrouwen die niet meer in de vruchtbare leeftijd zijn, weegt bij het gebruik van hormonale anticonceptie het risico op bijwerkingen zwaarder dan het eerdere nut van de therapie.

Indicator

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

- Ja
 Nee

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

Medicatie

Orale anticonceptiva:

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 jaar
B Aantal patiënten uit 'A' met geen 'aflevering' van 'orale anticonceptiva' in de rapportageperiode

Resultaat

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%. Deze indicator kan voor het behalen van de vastgestelde ondergrens worden gebruikt voor vergelijkingen tussen apotheken, die tenminste 30 patiënten in de noemer hebben.

Onderbouwing

KNMP Kennisbank: Landelijke set MFB 26 'Hormonale anticonceptie \geq 52 jaar'

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 1.7

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Methotrexaatgebruikers, die gevraagd zijn voor opt-in

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

Vanaf december 2020 terug in het jaar totdat of 10 patiënten voor deze indicator gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Voor een volledig medicatieoverzicht van zijn patiënten dient de apotheker elektronisch gegevens uit te wisselen met andere zorgverleners. Voor een dergelijke 'opt-in' is de toestemming van de patiënt nodig. Op dit moment wordt deze toestemming of afwijzing voor 'opt-in' nog niet structureel vastgelegd. Aan de hand van methotrexaat gebruikers wordt geïnventariseerd in hoeverre de gegevensuitwisseling voor deze patiënten met andere zorgverleners geborgd is, op basis van de door u vastgelegde toestemming of afwijzing hiervoor.

Indicator

Wat is het percentage van 10 patiënten met een aflevering van methotrexaat met vastgelegde informatie m.b.t. toestemming of afwijzing voor 'opt-in'?

Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Medicatie

Methotrexaat: L04AX03, L01BA01

Aflevering

Verstrekking van 'medicatie' in 2020

Selectie

Selectie:

Hiervoor 10 personen met een aflevering van methotrexaat selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan in het jaar totdat of 10 patiënten gevonden zijn of 1 januari 2020.

A 10 (patiënten met een 'aflevering' van 'Medicatie' in 2020)

B Aantal patiënten uit A met vastlegging toestemming of afwijzing voor op-in.

Percentage

B/A

Toelichting

Voor de teller telt dat een opt-in gevraagd is, los ervan of er door de patiënt toestemming verleend is.

Aangezien vastgelegde informatie over het goedkeuring vragen voor opt-in nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen, waarvoor een volledig medicatieoverzicht belangrijk is.

De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere methotrexaat gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

Multidisciplinaire richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, LESA 'Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn'.

Type indicator

Proces

Indicator 1.8

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Medicatie

Eerste uitgifte

DOAC-starters waarvoor de nierfunctie en indicatie bekend is

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek, Apotheekhoudende huisarts

Vanaf december 2020 en terug in het jaar totdat of 10 patiënten voor deze indicator gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

De kans op bloedingen bij Directe Orale AntiCoagulantia (DOAC's) neemt toe bij een verminderde nierfunctie. De gebruikers van DOAC's zijn doorgaans ouder en hebben hierdoor al een verhoogde kans op verminderde nierfunctie. Daarnaast verschilt de behandelduur per indicatie. Bij de start van DOAC's is het daarom belangrijk om de nierfunctie en indicatie te kennen.

A Percentage van 10 patiënten die startten met een DOAC en waarvoor de nierfunctie bekend is.

B Percentage van 10 patiënten die startten met een DOAC en waarvoor de indicatie bekend is.

Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

DOAC's: B01AE, B01AF

Aflevering van ' medicatie' in de ' rapportageperiode' met een modulair tarief voor 'eerste uitgifte' zonder aflevering hiervan in de voorafgaande 12 maanden

Selecties

Hiervoor 10 personen met een eerste uitgifte van een DOAC selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan in het jaar totdat 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

- A 10 patiënten met een 'Eerste uitgifte' van 'medicatie'
 - B Patiënten uit A met een nierfunctiewaarde beschikbaar: of voorafgaand en niet ouder dan 1 jaar, of binnen 6 maanden na de aflevering.
 - C Patiënten uit A met een indicatie beschikbaar:
-

Percentages

Indicator A B/A

Indicator B C/A

Toelichting

Patiënten, die in de laatste maanden van 2020 zijn gestart met een DOAC, tellen mee voor de teller, als de gevraagde informatie begin 2021 beschikbaar was.

Aangezien vastgelegde informatie over aanvullende patiëntgegevens zoals de nierfunctiewaarde en indicatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen, waarvoor deze gegevens belangrijk zijn. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken. Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere DOAC gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

Richtlijn 'Antitrombotisch beleid' van de Nederlandse internisten vereniging uit 2016.

KNMP Kennisbank. Landelijke set MFB's Nr 31 'goed gebruik DOAC's'.

Type indicator

Proces

Indicator 1.9

Starters met triple (of dubbele) antistolling waarvoor bij de start van het derde of tweede antistollingsmiddel de gebruiksduur is vastgelegd

Richtlijn

Medicatiebewaking

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Vanaf december 2020 en terug in het jaar totdat er of 10 patiënten voor deze indicator gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Aanleiding

De combinatie van verschillende antitrombotica kan rationeel zijn gedurende een beperkte periode. Het is belangrijk om bij deze combinaties altijd de reden en de duur van voorschrijven te controleren, omdat de meerwaarde niet altijd duidelijk is, de bloedingsrisico's aanzienlijk zijn, de combinaties soms op onduidelijke gronden worden voorgeschreven en er sprake kan zijn van verschillende voorschrijvers.

Indicator

Percentage van 10 starters met een derde (of aanvullend ook een tweede) antistollingsmiddel in de 'rapportageperiode' waarvoor bij de start van het derde (of aanvullend tweede) antistollingsmiddel de gebruiksduur is vastgelegd.

Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK werbrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Medicatie

VKA: B01AA03, B01AA04, B01AA07 **of DOAC's:** B01AE, B01AF

TAR: B01AC06, B01AC08, B01AC30

P2Y12-remmers: B01AC04, B01AC22, B01AC24 (excl PRK 130680), B01AC25, PRK 124575

Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode

Eerste uitgifte

Aflevering in de 'rapportageperiode' van 'medicatie' zonder dat in de 12 hieraan voorafgaande maanden een middel uit dezelfde geneesmiddelgroep was afgeleverd met een modulair tarief voor 'eerste uitgifte'.

Gebruiker

Met een gebruiksperiode in de rapportageperiode op basis van afleveringen in 2020. Indien geen gebruiksperiode is ingevoerd wordt standaard een gebruiksperiode van 90 dagen aangehouden.

Gelijktijdig gebruik

Selecties

Met een overlappende onafgebroken gebruikperiode tussen geneesmiddelgroepen voor tenminste 30 dagen in de rapportageperiode.

Selectie:

Hiervoor eerst 10 personen met een uitgifte van triple antistolling van een DOAC selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan per maand totdat of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020. Indien er dan geen 10 patiënten gevonden zijn, deze procedure herhalen voor de dubbele antistolling.

A 10 starters met een derde (of tweede) antistollingsmiddel bij gelijktijdig gebruik van andere geneesmiddelgroepen van antistollingsmiddelen

B Patiënten uit A waarvoor een gebruiksduur is vastgelegd voor de duur van de triple (of dubbele) therapie

Percentage

Toelichting

B/A

Voor deze indicator zijn twee medisch farmaceutische beslisregels (MFB) ontwikkeld: MFB 21 en MFB 22 op de KNMP kennisbank.

Dubbele antistollingstherapie is een combinatie van een combinatie van een oraal anticoagulans (Vitamine K-Antagonist of een Direct Werkend Oraal Anticoagulans) met een trombocytenuitremmer zoals aspirine, clopidogrel, prasugrel of ticagrelor.

Triple-therapie is een combinatie van één oraal anticoagulans (Vitamine K Antagonist of Direct Werkend Oraal Anticoagulans) met twee trombocytenuitremmers zoals aspirine, clopidogrel, prasugrel of ticagrelor.

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. Dit geldt in het bijzonder bij triple-therapie en ook bij dubbele antistolling. Volgens richtlijnen is de maximale duur van triple-therapie 6 maanden.

Toelichting (vervolg)

Aangezien de hier gewenste informatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere hiervoor in aanmerking komende gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) Guidelines, ESC Clinical Practice Guidelines, Chapter 7.2,2017;

European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K Antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation, Chapter 14, 2018 https://www.fnt.nl/media/docs/Combinatie_antitrombotica.pdf

http://www.necf.nl/Regionale_TAR_richtlijn_mei_2018.pdf

KNMP kennisbank. Landelijke set MFB's Nr 21 'Triple-therapie: combinatie van antitrombotica' en Nr. 22 'Dubbel-therapie: combinatie van antitrombotica'

Type indicator

Proces

Indicator 1.10

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Inhalatie instructies tijdens Corona

Medicatiebewaking

Openbare Apotheek

Rapportagejaar

Door de aanvullende maatregelen tijdens corona moest de zorgverlening aangepast worden.

A Geef een inschatting over de omvang van verschillende manieren van de inhalatie- instructies tijdens consulten voor corona (geschat percentage):

Face-to-face: _____ vrije tekst voor percentage

Telefonisch: _____ vrije tekst voor percentage

E-mail: _____ vrije tekst voor percentage

Beeldbellen: _____ vrije tekst voor percentage

Anders: _____ graag optellen tot 100%

B Geef een inschatting over de omvang van verschillende manieren van de inhalatie-instructies tijdens corona (geschat percentage):

Face-to-face: _____ vrije tekst voor percentage

Telefonisch: _____ vrije tekst voor percentage

E-mail: _____ vrije tekst voor percentage

Beeldbellen: _____ vrije tekst voor percentage

Anders: _____ graag optellen tot 100%

C Licht eventuele aanvullende aanpassingen toe.

Toelichting

Deze indicator is bedoeld om een landelijk beeld te krijgen over de aangepaste dienstverlening gedurende de corona maatregelen. Deze indicator is niet bedoeld voor een vergelijking tussen apotheken door externe partijen.

Onderbouwing

Zie de KNMP-Handreiking 'consult op afstand'.

<https://www.knmp.nl/downloads/handreiking-consult-op-afstand-v4.pdf>

KNMP-Richtlijn Astma

Type indicator

Proces

Indicator 2.1

Geen glibenclamide bij diabetes > 70 jaar

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2020

Aanleiding

Ernstige hypoglykemie is de belangrijkste bijwerking van SU-derivaten en verwante stoffen. Deze complicatie treedt vooral op bij het langwerkende glibenclamide.

Indicator

Ligt het percentage patiënten ouder dan 70 jaar die sulfonylureum-derivaten gebruiken zonder glibenclamide boven of gelijk aan de ondergrens van 90%?

- Ja
 Nee

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

Medicatie

Glibenclamide:

A10BB01, A10BD02, A10BD04

Sulfonylureum derivaat:

A10BB, A10BD02, A10BD04

Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode

Gebruiker

Met een gebruiksperiode 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 'sulfonylureumderivaat'

B Patiënten uit 'A' zonder 'gebruik' van 'glibenclamide'

Percentage

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%. Deze indicator kan gebruikt worden voor vergelijkingen tussen apotheken met tenminste 20 patiënten in de noemer.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 2.2

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Antilipaemagebruik bij diabetes

Diabetes

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Diabetespatiënten lopen een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen bij niet behandelen van hypercholesterolemie.

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

- Ja
- Nee

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

Medicatie

Antidiabetica (exclusief insulines):

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 gebruikperiodes 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.

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'

Inclusie: mannen tussen 50 en 70 jaar en vrouwen tussen 55 en 70 jaar

A 'Gebruikers' van 'antidiabetica' binnen de rapportageperiode

B Patiënten uit 'A' die 'tegelijkertijd gebruiker' waren van 'antilipaemica'

Percentage

B / A boven of gelijk aan de ondergrens van 68%

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2017. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Bij deze indicator is de bovengrens van de leeftijd verlaagd van 80 jaar (2019) naar 70 jaar (2020). Dit is in overeenstemming met de nieuwe kennisdocumenten omtrent deprescribing van statines. Vanaf 70 jaar kan het namelijk juist wenselijk zijn om statines te staken, afhankelijk van de (risico)groep waarin de patiënt valt.

Deze indicator kan gebruikt worden voor vergelijkingen tussen apotheken met tenminste 20 patiënten in de noemer.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Kennisdocument deprescribing statines https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-11/Eindversie%20Kennisdocument%20Statines_0.pdf

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 2.3

Diabetes type 2 patiënten behandeld met 2 of meer antihypertensiva waaronder een RAAS-remmer

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2020

Aanleiding

Indien patiënten met meerdere antihypertensiva worden behandeld, dient één hiervan uit de groep van remmers van het Renine Angiotensine Aldosteron Systeem (RAAS) te zijn.

Indicator

Ligt voor diabetes type 2 patiënten die met meerdere antihypertensiva worden behandeld, het percentage patiënten dat een RAAS-remmer gebruikt boven of gelijk aan de ondergrens van 81%?

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

Medicatie

Orale bloedglucoseverlagende middelen: A10B (zonder A10BJ, A10BK, A10BX)

Antihypertensiva: C02

Diuretica: C03

Bètablokkers: C07

Calciumantagonisten: C08

RAAS-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 gebruikperiode is ingevuld wordt de gebruikperiode standaard gezet op 30 dagen.

Gecorrigeerde

gebruiksperiode

Voor de 'gebruikers' worden de gebruikperiodes 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 bloeddrukverlagende geneesmiddelgroepen (uit de groep 'antihypertensiva' of 'diuretica' of 'bètablokkers' of 'RAAS-remmers') voor tenminste 10 dagen onafgebroken.

Selecties:

- A 'Tegelijkertijd gebruiker'
B Patiënten uit 'A' met 'gebruik' van een 'RAAS-remmer' voor tenminste 10 dagen onafgebroken.

Percentage

B/A boven of gelijk aan de ondergrens van 81%

Streefwaarde

Richting 100%

Toepassing

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2018. De ondergrens was bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%. Apotheken met tenminste 30 patiënten in de noemer kunnen onderling vergeleken worden voor deze indicator.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 2.4

Diabetes type 2 patiënten met een RAAS-remmer zonder combinatie van een ACE-remmer en ARB

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2020

Aanleiding

Indien een remmer van het Renine Angiotensine Aldosteron Systeem (RAAS) nodig is, dient een combinatie van Angiotensine Converterend Enzym (ACE)-remmer en een AngiotensineReceptorBlokker (ARB) te worden vermeden.

Indicator

Ligt voor diabetes type 2 patiënten die met een RAAS-remmer worden behandeld het percentage patiënten dat hierbij geen combinatie krijgt van ACE en ARB boven of gelijk aan de ondergrens van 90%?

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

Medicatie

Non-insuline bloedglucose verlagende middelen: A10B (zonder A10BJ, A10BK, A10BX)

RAAS-remmers: C09

ACE-remmer: C09A, C09B

ARB: C09C, C09D

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' 'non-insuline bloedglucose verlagende middelen' en twee middelen uit de groep 'antihypertensiva' voor tenminste 10 dagen onafgebroken.

Selecties:

Inclusie: 'gebruiker' non-insuline bloedglucoseverlagende middelen

A 'gebruiker' 'RAAS-remmer'

B Patiënten uit 'A' zonder 'tegelijk gebruik' van een 'ACE-remmer' en 'ARB'

Percentage

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

Toelichting

Voor deze ondergrens geldt dat deze is bepaald aan de hand van de scores van apotheken over 2018. Deze ondergrenzen zijn bepaald als mediaan van alle landelijke scores minus 1,5 keer de standaarddeviatie. Voor elke indicator wordt de ondergrens bepaald nadat de indicator een aantal keren was uitgevraagd. De als haalbare score bepaalde ondergrens wordt dan ook in de volgende jaren aangehouden en niet meer bijgesteld. De ondergrens is nooit hoger dan 90%.

Apotheken met tenminste 30 patiënten in de noemer kunnen onderling vergeleken worden voor deze indicator.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces (met een ondergrens)

Indicator 2.5

Bij de apotheek bekende actuele nierfunctiewaarde bij starters met metformine

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Vanaf december 2020 terug in het jaar totdat er of 10 patiënten voor deze indicator gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Aanleiding

Het doel van deze indicator is om in kaart te brengen of en in welke mate 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.

Hier is specifiek voor bekendheid van de nierfunctiewaarde bij start met metformine gekozen. Dit omdat voor volwassenen met een verminderde nierfunctie de dosering metformine afhankelijk is van de creatinineklaring.

Indicator

Het percentage van 10 starters met metformine in het rapportagejaar waarvoor u beschikte over een nierfunctiewaarde (tussen een jaar voor en een half jaar na start van metformine).

Voor een beschikbare nierfunctie binnen 6 maanden na de start kan eventueel ook informatie uit 2021 (t/m de uitvraag) betrokken worden. Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Medicatie

Metformine: A10BA02

Eerste uitgifte

Aflevering van 'medicatie' in de 'rapportageperiode' met een modulair tarief voor een eerste uitgifte, zonder aflevering in de hieraan voorafgaande 12 maanden

Selectie**Selectie:**

Hiervoor 10 personen met een eerste uitgifte van metformine selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan in het jaar totdat of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

- A Noemer: 10 personen met een 'Eerste Uitgifte' van metformine
- B Teller: alle patiënten uit de noemer met informatie beschikbaar in de apotheek over een recente nierfunctiewaarde (tussen een jaar voor en een half jaar na start van metformine)

Percentage

B/A

Toelichting

Aangezien de hier gewenste informatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere hiervoor in aanmerking komende gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar 2020 in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces

Indicator 2.6

Bij de apotheek bekende actuele nierfunctie- en kaliumwaarden voor diabetespatiënten startend met RAAS-remmers

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Vanaf december 2020 terug in het jaar totdat of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Aanleiding

Het doel van deze indicator is om in kaart te brengen of en in welke mate 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.

Hier is specifiek gekozen voor bekendheid van de nierfunctie bij start met remmers van het Renine-Angiotensine Aldosteron Systeem (RAAS). Dit omdat voor diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie de dosering van de RAAS-remmer afhankelijk is van de creatinineklaring en omdat de RAAS-remmer invloed heeft op de nierfunctie en de kaliumconcentratie.

Indicator

- a) A Noemer: Voor hoeveel procent van 10 diabetespatiënten die in het rapportagejaar
- B Teller: startten met een RAAS-remmer, beschikte u over een nierfunctiewaarde tussen een jaar voor en een half jaar na de start?
- b) A Noemer: Voor hoeveel procent van 10 diabetespatiënten die in het rapportagejaar
- B Teller: startten met een RAAS-remmer, beschikte u over een kaliumwaarde tussen een jaar voor en een half jaar na de start?

Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Medicatie

Non-insuline bloedglucoseverlagende middelen: A10B (zonder A10BJ, A10BK, A10BX)

Eerste uitgifte

RAAS remmer: C09

Aflevering in de rapportageperiode zonder aflevering in de hieraan voorafgaande 12 maanden met een modulair tarief voor een eerste uitgifte

Selectie

Hiervoor 10 'gebruikers' van 'non-insuline bloedglucoseverlagende middelen' met een eerste uitgifte van een RAAS-remmer selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan in het jaar totdat of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

- a) A 10 personen met een 'Eerste uitgifte' van een RAAS-remmer in het rapportagejaar
 - B alle patiënten uit de noemer met informatie beschikbaar in de apotheek over een recente nierfunctiewaarde (tussen een jaar voor en een half jaar na de start)

- b) A alle personen met een 'Eerste uitgifte' van een RAAS-remmer in het rapportagejaar
 - B alle patiënten uit de noemer met informatie beschikbaar in de apotheek over een recente kaliumwaarde (tussen een jaar voor en een half jaar na de start)

Percentages

B/A

Toelichting

Aangezien de hier gewenste informatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit de resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere starters met een RAAS-remmer in 2020 na. U vindt een overzicht van alle hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar 2020 in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces

Indicator 2.7

Aanvullende farmaceutische zorg bij start met metformine, sulfonyl- ureumderivaten of insuline

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare apotheek

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2020

Aanleiding

Bij begin van de therapie van een diabetespatiënt dient er duidelijkheid te bestaan over wat deze van zijn apotheek kan verwachten. Tijdige informatie voorkomt dat de patiënt te lang met vragen en onduidelijkheden blijft rondlopen. Dit helpt de patiënt om zijn medicatie en hulpmiddelen optimaal te gebruiken.

Indicator

- A Geeft u bij een uitgifte van metformine aan personen met een verminderde nierfunctie advies over hoe te handelen bij koorts, braken of hitte?
- Ja (bijna) altijd
 - Ja vaak
 - Ja soms
 - Nee
- B Geeft u bij een eerste of tweede uitgifte van sulfonylureumderivaten of insuline aanvullende adviezen over hoe een hypoglykemie te voorkomen is c.q. hoe ermee om te gaan?
- Ja (bijna) altijd
 - Ja vaak
 - Ja soms
 - Nee

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 zijn diabetes en om de risico's in de farmacotherapie te verminderen.

Doel (vervolg)

Het is belangrijk dat de informatie die de apotheker bij deze onderwerpen geeft, lokaal is afgestemd met de huisartsen, praktijkondersteuners en andere betrokken zorgverleners in de keten. Zodat de patiënt bij al zijn zorgverleners afgestemde en/of dezelfde informatie ontvangt.

Toelichting

Deze indicator wordt nu uitgevraagd als structuurindicator omtrent het algemene beleid ten aanzien van deze informatieverstrekking in uw apotheek.

In de toekomst zullen informatiematerialen beschikbaar komen vanuit de KNMP, die u hierin ondersteunen. Deze informatie zal opgesteld worden volgens de KNMP-Richtlijn 'Consultvoering'. Ook zullen MFB's beschikbaar komen die uw zorgverlening en het vastleggen ervan tijdens het proces faciliteren. Hiermee zal deze indicator in de toekomst als procesindicator op patiëntniveau gemeten en uitgevraagd kunnen worden. Daarnaast zal in de toekomst de patiëntervaring met dit consult gemeten worden.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes en KNMP-Richtlijn Consultvoering

Type indicator

Proces

Indicator 2.8

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Speciale activiteiten voor diabetespatiënten

Diabetes

Openbare apotheek

Kalenderjaar 2020

Deze indicator richt zich op activiteiten door de apotheek voor de diabetespatiënt tijdens de chronische fase van zijn behandeling.

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.

Indicator

A Hoe vaak heeft u in de rapportageperiode een controle uitgevoerd van een bloedglucosemeter, op het functioneren van de meter of op het gebruik door de patiënt?

_____ (getal tussen 0 en 1000)

Toelichting:

B Hoe vaak heeft u in de rapportageperiode de injectietechniek met een injectiepen (insuline en/of GLP-1) bij een patiënt gecontroleerd?

_____ (getal tussen 0 en 1000)

Toelichting:

Toelichting

Ad A Ook al worden bloedglucosemeters steeds minder door openbare apotheken geleverd, toch kunnen patiënten behoefte hebben aan informatie door het apotheekteam bij het gebruik. De laagdrempelige toegankelijkheid van het apotheekteam in deze wordt door diabetespatiënten zeer op prijs gesteld.

Ad B In deze vraag gaat het om voorlichting over het juiste gebruik door de patiënt. Controle op het juist functioneren van de pennen is niet nodig in de praktijk. Hierbij gaat het om alle injectiepen met bloedglucose verlagende middelen, niet alleen insuline.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes en NDF-Zorgstandaard Diabetes

Type indicator

Proces

Indicator 2.9

Extra alertheid op hyperglycemische klachten bij insulinegebruikers met systemische corticosteroiden

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare apotheek

Rapportageperiode

Vanaf december 2020 terug in het jaar totdat er of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Aanleiding

Gebruik van systemische glucocorticosteroiden kan de bloedsuikerwaarde laten stijgen. Diabetespatiënten met hyperglycemische klachten of een infectie dienen daarom hun bloedsuikerwaarden extra te (laten) controleren.

Indicator

Hoeveel procent van 10 insulinegebruikers die tevens systemische glucocorticosteroiden gebruiken, heeft een advies gekregen om de bloedsuikerspiegel bij hyperglycemische klachten of een infectie aanvullend te (laten) controleren?

Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Medicatie

Insuline: A10A

Glucocorticosteroiden: H02AB

Diabetes patiënt

Gebruiker van 'insuline' op basis van 2 afleveringen in de rapportageperiode.

Gebruiker glucocorticosteroiden

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

Gecorrigeerde gebruikperiode

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

Standaard gebruikperiode

Indien geen daggebruik is vermeld, een standaard gebruikperiode aannemen van 30 dagen.

Gelijktijdig gebruik

Overlappende 'gecorrigeerde gebruikperiodes' van 'orale bloedglucose verlagende middelen' en 'glucocorticosteroiden' voor tenminste 3 dagen.

Selecties

Hiervoor 10 insulinegebruikers met systemisch corticosteroïdgebruik selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan in het jaar totdat of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

- A 10 patiënten met 'gelijktijdig gebruik' van 'insuline' en 'systemische glucocorticosteroïden'
- B Patiënten uit A dat een advies heeft gehad om de bloedsuikerspiegel bij hyperglycemische klachten of een infectie aanvullend te (laten) controleren

Resultaat

B/A

Toelichting

Insulinegebruikers die systemische glucocorticosteroïden krijgen, dienen geadviseerd te worden om altijd contact op te nemen met de zorgverlener die de insuline-instelling regelt en om extra bloedsuikers te controleren.

Aangezien de hier gewenste informatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere hiervoor in aanmerking komende gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar 2020 in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces

Indicator 2.10

Diabetespatiënten met start van niet-selectieve bètablokkers waarbij actie is genomen

Richtlijn

Diabetes

Toepassingsgebied

Openbare apotheek

Rapportageperiode

Vanaf december 2020 terug in het jaar totdat of 10 patiënten voor deze indicator gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Aanleiding

Het gebruik van niet-selectieve bètablokkers bij diabetes wordt ontraden in verband met de maskering van de adrenerge hypoglykemiesignalen en een vertraagd herstel vanuit de hypoglykemie. Er dient met de voorschrijver gekeken te worden naar mogelijke alternatieven.

Indicator

Bij hoeveel procent van 10 diabetespatiënten met start van niet-selectieve bètablokkers is actie genomen (zoals voorstel geschikt alternatief, overleg voorschrijver).

Voor aan het einde van 2020 geselecteerde patiënten kan eventueel ook nog een actie in 2021 meegeteld worden.

Uw score **voor de noemer** van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.

Medicatie

Niet selectieve bètablokkers:

C07AA03 (pindolol), C07AA05 (propranolol), C07AA07 (sotalol)

Diabetesmedicatie: A10

Eerste uitgifte

Aflevering van 'medicatie' in de 'rapportageperiode' met een modulair tarief voor een eerste uitgifte, zonder aflevering in de hieraan voorafgaande 12 maanden.

Gebruiker

Met een gebruikperiode van 'medicatie' voor 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 gebruikperiodes op groepsniveau van de geneesmiddelen corrigeren voor overlappende afleveringen.

Standaard gebruiksperiode

Indien geen daggebruik bekend is, ga uit van een standaard gebruikperiode van 30 dagen.

Gelijktijdig gebruik

Overlappende 'gecorrigeerde gebruikperiodes' van 'diabetesmedicatie' en 'bètablokkers' voor tenminste 3 dagen

Selecties

Hiervoor 10 personen met een eerste uitgifte van 'niet-selectieve bètablokkers' selecteren in december 2020. Indien er in deze maand niet voldoende patiënten werden gevonden, teruggaan in het jaar totdat of 10 patiënten gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

- A. 10 gebruikers van diabetes medicatie en 'een 'eerste uitgifte' (of 'gelijktijdig gebruik') van 'niet-selectieve bètablokkers' in het rapportagejaar
 - B Aantal patiënten uit A waarvoor aantoonbaar actie is genomen voor een alternatief
-

Resultaat

B/A

Toelichting

Aangezien de hier gewenste informatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere hiervoor in aanmerking komende gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar 2020 in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Diabetes

Type indicator

Proces

3 GEÏNDIVIDUALISEERDE DISTRIBUTIEVORMEN

Routevraag 3.00

Ter hand stellen van geneesmiddelen aan patiënten met ordeningsproblemen

Richtlijn

Geïndividualiseerde distributievorm

Toepassingsgebied

Openbare Apotheek

Rapportageperiode

Kalenderjaar 2020

Aanleiding

Inzicht verkrijgen in de door de apotheek gebruikte mogelijkheden voor ondersteuning van patiënten met ordeningsproblemen. Antwoorden worden gebruikt voor de 'routing' naar vervolgvragen rondom ter hand stellen in GDV vanuit de apotheek.

Indicator

Hoe heeft u de zorg geregeld ter ondersteuning van uw patiënten met een ordeningsprobleem?

(Meer opties mogelijk)

- Herhaalservice
- Innameschema
- Weekdoos
- GDV in eigen productie
- GDV binnen maatschap
- GDV via externe leveranciers

Bij een vinkje van een van de 3 antwoordopties met 'GDV': Routing naar volgende indicatoren binnen dit hoofdstuk – anders klaar

Toelichting

Wanneer de patiënt niet in staat is om zijn medicijnen op de juiste wijze te gebruiken, ondersteunt de apotheker de patiënt hierbij. Daar zijn verschillende mogelijkheden voor. Eén daarvan is de terhandstelling van de geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV). Hiermee is de patiënt beter in staat het juiste geneesmiddel op het juiste tijdstip en in de juiste frequentie te gebruiken.

Bij de adviezen die de apotheker geeft sluit de apotheker aan bij de autonomie en mate van zelfredzaamheid van de patiënt.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde Distributievorm

Type indicator

Routevraag

Kenmerk 3.01

Richtlijn

Toepassingsgebied

Aanleiding

Indicator

Rapportageperiode

Indicator

Type patiënten met GDV-leveringen

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

De organisatie en inhoud van de farmaceutische zorg voor patiënten met GDV hangt af van hun woon- en verzorgingssituatie.

Percentages GDV-patiënten uitgesplitst naar hun woon- en verzorgingssituatie.

Kalenderjaar 2020

A Het percentage GDV-patiënten dat zelfstandig woont (eventueel met mantelzorg) en zonder professionele ondersteuning bij het medicatiegebruik

Noemer: het aantal GDV-patiënten in de rapportageperiode (deze noemer is gelijk voor A, B en C)

Teller: het aantal patiënten uit de noemer dat zelfstandig woont en geen professionele ondersteuning ontvangt bij het medicatiegebruik

B Het percentage GDV-patiënten dat thuiszorg heeft die de medicatie verzorgt

Noemer: het aantal GDV-patiënten in de rapportageperiode (deze noemer is gelijk voor A, B en C)

Teller: het aantal patiënten uit de noemer dat thuiszorg heeft die de medicatie verzorgt

C Het percentage GDV-patiënten dat in een instelling woont.

Noemer: het aantal GDV-patiënten in de rapportageperiode (deze noemer is gelijk voor A, B en C)

Teller: het aantal patiënten uit de noemer dat in een instelling woont

Toelichting

GDV is bedoeld voor patiënten met orderingsproblemen of ter ondersteuning van professioneel verzorgden die de verantwoordelijkheid rondom de toediening van de medicatie hebben overgenomen. De aanwezigheid of afwezigheid van een professioneel verzorgende heeft invloed op de organisatie en inhoud van de farmaceutische zorg van de apotheker. Enkele voorbeelden hiervan zijn de evaluatie eerste terhandstelling, jaarevaluatie GDV en het doorvoeren van acute wijzigingen in de GDV. Bij dit kenmerk wordt gevraagd naar het aantal patiënten voor de verschillende woon- en verzorgingsvormen. Het is belangrijk de GDV-patiënten hiervoor in beeld te hebben, om de farmaceutische patiëntenzorg hierop af te kunnen stemmen.

Tips voor het in kaart brengen zijn:

- een goede intake van GDV-patiënten met duidelijke vastlegging in het Apotheek Informatie Systeem (AIS)
- distributiegroepen ingedeeld per type patiënt
- thuiszorg vastgelegd in het AIS i.v.m. toedienlijsten.

Het moment van de overstap op elektronische Toedien Registratie (eTDR) is een goed moment dit te inventariseren. Voor iedere patiënt die geïncorporeerd wordt in een eTDR is immers een toestemmingsformulier benodigd.

Type indicator

Kenmerk

Indicator 3.1

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

GDV-leveringen door een betrouwbare leverancier

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Het veilig en betrouwbaar leveren van GDV door een externe leverancier vergt dat deze leverancier voldoet aan de kwaliteitsaspecten volgens de geldende normen.

A Welke instantie heeft uw GDS-leverancier volgens de norm voor Geautomatiseerde geneesmiddeldistributiesystemen (GDS) getoetst?

IGJ

Anders:

B Wat was het kalenderjaar van de laatste toetsing van uw GDS-leverancier door de toetsende instantie bij A?

Toelichting

Bij het leveren van GDV door een GDS-leverancier is de apotheker als opdrachtgever verantwoordelijk voor het selecteren van een betrouwbare leverancier. Dit is vergelijkbaar met de leveranciersbeoordeling bij het uitbesteden van bereidingen.

Zo dient ook de beoordeling van een GDS-leverancier aantoonbaar plaats te vinden. De leverancier moet o.a. getoetst worden op het volgen van de KNMP GDS-norm 2011. Dit dient in het rapport van de toetsende instelling vermeld te worden. Daarnaast is het voor de apotheker belangrijk te weten welke fouten reducerende stappen de leverancier uitvoert en op welke manier.

Toelichting (vervolg)

Voor een beoordeling van de GDS-leverancier kan de apotheker zelf een audit uitvoeren en eigen ervaringen (zoals fouten, levertijden enz.) na het aangaan van een contract periodiek evalueren. Ook kan de apotheker gebruik maken van rapporten van derden. Dit kunnen audits zijn of toetsingen door IGJ.

IGJ toetst of voldaan wordt aan de belangrijkste onderdelen van de GDS-norm, maar ook derden (b.v. certificerende organisaties) kunnen toetsen of voldaan wordt aan de KNMP GDS-norm. IGJ toetst steekproefsgewijs. Het resultaat van de toetsing is een momentopname. Daarnaast zijn niet alle GDS-leveranciers getoetst door IGJ. Sinds 1 juli 2019 worden inspectierapporten van bezochte GDS-leveranciers openbaar gemaakt op www.igj.nl. Als het rapport niet op de IGJ-website staat kan de apotheker bij de GDS-leverancier vragen naar het laatste inspectierapport en dit beoordelen.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde distributievorm
Norm voor geautomatiseerd geneesmiddeldistributiesysteem (GDS-norm) <https://www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/knmp-richtlijnen-praktijkvoering/knmp-richtlijn-voor-geautomatiseerd-geneesmiddeldistributiesysteem-gds-september-2011>.

Type indicator

Structuur

Indicator 3.2

Richtlijn

Toepassingsgebied

Aanleiding

Rapportageperiode

Indicator

Samenwerking met de thuiszorg voor patiënten die GDV ontvangen

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

Goede samenwerkingsafspraken tussen de apotheek en de thuiszorgorganisatie zijn een voorwaarde voor veilig gebruik van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV).

Kalenderjaar 2020

- A Heeft de apotheek afspraken met de thuiszorgorganisatie over de bereikbaarheid van de thuiszorgorganisatie – zodat desgewenst contact gelegd kan worden voor overleg over de medicatie van een GDV-patiënt?
- Ja, met alle thuiszorgorganisaties
 - Ja, met een aantal thuiszorgorganisaties
 - Nee, maar hier wordt aan gewerkt
 - Nee
- B Heeft u een getekende overeenkomst met de thuiszorgorganisaties waarin ook zorginhoudelijke afspraken zijn gemaakt?
- Ja, met alle thuiszorgorganisaties
 - Ja, met een aantal thuiszorgorganisaties
 - Nee, maar hier wordt aan gewerkt
 - Nee
- C Gebruikt u in samenwerking met de thuiszorg elektronische toedienlijsten?
- Ja, met alle thuiszorgorganisaties
 - Ja, met een aantal thuiszorgorganisaties
 - Nee, maar hier wordt aan gewerkt
 - Nee

Toelichting

Een deel van de zelfstandig wonende patiënten krijgt zijn medicatie aangereikt door een professioneel verzorgende van de thuiszorg. Voor een goede samenwerking moet de apotheker weten welke patiënten door welke thuiszorgorganisaties worden begeleid.

Aangezien de geneesmiddelen door de professioneel verzorgende van de thuiszorgorganisatie aan de patiënt in zorg worden aangereikt, dient een formele samenwerkingsovereenkomst te worden afgesloten. Hierin dienen afspraken opgenomen te worden over de bereikbaarheid van de thuiszorgorganisatie voor overleg over de medicatie van de GDV-patiënt (periodiek en bij concrete aanleidingen). Daarnaast dienen papieren of digitale aftekenlijsten beschikbaar gesteld te worden.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde distributievorm 3.1 en 4.2

Type indicator

Structuur

Indicator 3.3

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Voorkomen van risico's bij handmatige aanpassingen van GDV

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Het tussentijds handmatig wijzigen in een rol is een risicovol proces. Een aantal maatregelen kan de kans op fouten verminderen.

- A Zijn er afspraken met de voorschrijvers om tussentijdse wijzigingen zoveel mogelijk te voorkomen?
- Ja, met (bijna) alle lokale voorschrijvers
 - Ja, met een aantal lokale voorschrijvers
 - Nee, maar hier wordt aan gewerkt
 - Nee
- B Is er een werkprotocol voor het apotheketeam voor het tussentijds handmatig wijzigen van een GDV?
- Ja
 - Nee
- C Worden tussentijdse handmatige aanpassingen in een bestaande GDV gecontroleerd door een collega uit het apotheketeam?
- Ja, altijd
 - Ja, meestal
 - Ja, soms
 - Nee

Toelichting

Het handmatig toevoegen of verwijderen van geneesmiddelen in een GDV vergroot de kans op fouten en is vanuit dat oogpunt ongewenst. 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.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde distributievorm 2.3.2

Type indicator

Structuur

Indicator 3.4

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Toelichting

Onderbouwing

Type indicator

Borgen van medicatiebewaking bij GDV-patiënten

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Patiënten die GDV gebruiken zijn multimorbide en bijzonder kwetsbaar. Het is daarom belangrijk dat de medicatiebewaking goed en tijdig wordt uitgevoerd. Dit dient geborgd te worden met bijvoorbeeld een werkprotocol of vastgelegde werkafspraken.

Zijn er afspraken vastgelegd over:

- A het omgaan met nieuwe medicatiebewakingssignalen bij GDV-patiënten?
- Ja
- Nee
- B hoe vaak repeterende signalen bekeken worden?
- Ja
- Nee
- C hoe de bewaking wordt uitgevoerd bij nieuw gemeten labwaarden?
- Ja
- Nee

Ad B De specifieke frequentie hangt af van type signaal. Belangrijk is dat de apotheker een bewuste keuze heeft gemaakt bij het afhandelen van bepaalde signalen.

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde distributievorm 4.1.3

Structuur

Indicator 3.5

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

GDV-patiënten met bisfosfonaten en met bekende nierfunctiewaarden

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

Vanaf december 2020 terug in het jaar totdat of 10 patiënten voor deze indicator gevonden zijn of tot 1 januari 2020.

Voor een goede medicatiebewaking bij bisfosfonaten is informatie over de nierfunctie nodig. Bij een te lage nierfunctiewaarde dient actie genomen te worden.

A Het percentage binnen een steekproef van 10 GDV-patiënten die bisfosfonaten gebruiken, waarbij de nierfunctie bekend is.

B Het percentage GDV-patiënten binnen de teller bij A, waarvoor de creatinineklaring onder 30ml/min is gedaald en actie genomen is.

Uw score voor de **noemer** van indicator A vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren', indien u gegevens aan SFK aanlevert.

Indien er geen patiënten in de noemer zijn (0 of missing) de vervolgvraag tonen:

C Wat had u ondernomen bij een gebruiker van bisfosfonaten en een creatinine klaring <30 ml/min?

Medicatie

Gebruiker

GDV-gebruiker

Bisfosfonaten: M05BA, M05BB

Met een gebruiksperiode van tenminste 1 dag in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar.

Gebruiker met een verstrekking van 'medicatie' met de modulaire tariefcode voor GDV.

Selecties

- A I Noemer: 10 'GDV-gebruikers' van 'Bisfosfonaten'
II Teller: Patiënten uit de noemer met een bekende nierfunctie binnen 1 jaar voor de laatste aflevering van 'bisfosfonaten'.
- B I Noemer: GDV patiënten uit de teller van A met een nierfunctiewaarde < 30ml/min.
II Teller: Patiënten uit de noemer waarbij actie is genomen.

Toelichting

Aangezien de hier gewenste informatie nog niet geautomatiseerd uit de systemen kan worden gehaald, wordt u hier verzocht om dit handmatig bij een steekproef van patiënten te achterhalen. De hiermee behaalde percentages dienen voor intern gebruik en zijn niet geschikt voor vergelijkingen tussen apotheken.

Mocht u uit resultaten van deze steekproef concluderen dat uw zorg voor deze geneesmiddelgebruikers nog niet naar wens is geregeld, loop dan ook alle andere hiervoor in aanmerking komende gebruikers in 2020 voor deze aspecten na. U vindt een overzicht van de hiervoor in aanmerking komende patiënten van het rapportagejaar 2020 in de KNMP/SFK webrapportage KISS-Kwaliteitsindicatoren.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde distributievorm

Type indicator

Proces

Indicator 3.6

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Indicator

Toelichting

Onderbouwing

Type indicator

Medicatieoverdracht van GDV-patiënten

Geïndividualiseerde distributievorm

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2020

Als GDV-patiënten wisselen van apotheek moet de informatie proactief overgedragen worden van de bronapotheek naar de volgende apotheek waar de medicatie verstrekt wordt.

Is er beleid om de medicatie van GDV-patiënten proactief naar andere apotheken over te dragen, zodat een continu medicatiegebruik van de GDV-patiënten geborgd is?

- Ja
- Nee

Een dergelijke overdracht naar een andere apotheek kan nodig zijn bij verhuizen of bij een opname in het ziekenhuis.

In de praktijk blijkt dat GDV-patiënten regelmatig bij een volgende apotheek verschijnen als de laatste rol al op is. Voor de continuïteit van de medicatie is een proactieve, 'warme' overdracht tussen apotheken wenselijk.

Binnen het VIPP-programma voor betere informatieoverdracht worden vanuit de ICT op termijn structuren geïmplementeerd, die deze overdracht faciliteren.

KNMP-Richtlijn Geïndividualiseerde distributievorm

Multidisciplinaire Richtlijn Medicatieoverdracht in de Keten

Structuur



KNMP

Alexanderstraat 11
2514 JL Den Haag

T 070 373 73 73

F 070 310 65 30

www.knmp.nl