

Kwaliteitsindicatoren Farmacie

Openbare apotheken meting over 2022



KNMP

Alexanderstraat 11

2514 JL Den Haag

T 070 37 37 373

E kwaliteit@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
	Apotheekkenmerken	8
0	Kwaliteitsmanagement	
0.1	Aanwezigheid gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem	12
1	Astma	
1.1	Samenwerking met lokale en regionale ketenpartners	13
1.2	Transparant zorgaanbod apotheek bij nieuwe patiënten	16
1.3	Duidelijke informatie etiketteksten bij de aanvalsinhalatiemedicatie	17
1.4	Informatie over longaanval	19
1.5	Patiëntbegeleiding bij inhalatie-instructie	21
1.6	Inhalator keuze voor de individuele patiënt	23
1.7	Uitwerkingen preferentiebeleid bij astma	24
1.8	Beschikbaarheid nieuwe voorzetkamers	26
1.9	Astmapatiënten zonder stootkuren	28
1.10	Geen overgebruik van luchtwegverwijders	30
1.11	Therapiestart astma met ICS bij SABA	31
2	Indicatorenset GDV	
2.1	Start GDV-dossier	33
2.2	Wijzigingen in de GDV-rol	37
2.3	Medicatiebewaking	41
3	Diabetes	
3.1	Kennis apotheekteam omtrent diabetes	45
3.2	Vaardigheden apotheekteam bij consultvoering diabetes	49
3.3	Samenwerking met lokale ketenpartners	56

Inleiding

Apothekers en hun teams werken dagelijks aan het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze dient inzichtelijk gemaakt te worden, bijvoorbeeld via het meten van zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren, door patiëntervaringsonderzoeken, met etalageplus informatie (bijvoorbeeld over de openingstijden of (extra) services van de apotheek) en via certificering. Deze indicatorenengids beschrijft de zorginhoudelijke indicatoren, die de KNMP jaarlijks landelijk uitvraagt.

Professionele standaard

Sinds 2007 vindt jaarlijks een landelijke indicatorenvraag plaats. In deze jaren hebben openbaar apothekers de kwaliteit van hun zorg continu verbeterd, mede door het opstellen van richtlijnen voor de beroepsgroep. Deze richtlijnen vormen de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg voor de openbare farmacie. De Professionele Standaard definieert wat de maatschappij van openbaar apothekers aan goede farmaceutische zorg kan verwachten. Bij een aantal richtlijnen uit de standaard zijn afgelopen jaren indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijnen te bevorderen. In deze landelijke uitvraag zijn drie KNMP- richtlijnen vanuit de Professionele Standaard opgenomen. Het gaat om de richtlijnen: Astma, Geïndividualiseerde Distributievormen (GDV) en Diabetes. Apothekers ontvangen na afloop van de uitvraag 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, ook ten opzichte van de andere apotheken.

Indicatorensets

De indicatoren in deze gids zijn jaarlijks in te vullen door alle openbare apotheken in Nederland. 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 apotheekhoudende huisartsen.

Daarnaast is er met een werkgroep van apothekers werkzaam in instellingsapotheken een indicatorenset gemaakt met specifieke aspecten voor apotheken die farmaceutische zorg voor in totaal meer dan 200 personen leveren aan instellingen.

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

Toelichting op de ontwikkeling van deze set voor openbare apotheken

De indicatorensets zijn ontwikkeld door de KNMP-werkgroepen kwaliteitsindicatoren Astma, GDV en Diabetes.

Deze werkgroepen bestonden uit openbaar, poliklinisch en ziekenhuisapothekers, werkzaam in de praktijk, en uit deskundigen vanuit de richtlijnontwikkeling en methodologie. Aan de werkgroep diabetes heeft tevens een lid van de Diabetes Vereniging Nederland deelgenomen. Het WSO-bestuur heeft deze indicatorensets vastgesteld voor de landelijke uitvraag in 2023 over 2022.

Voor de **KNMP-richtlijn astma** heeft de werkgroep de resultaten van de vorige uitvraag de indicatoren kritisch herzien. Hierbij is ook gelet op in de enquête gemaakte opmerkingen van apothekers. Indien nodig zijn indicatoren doorontwikkeld of vervangen. Tevens is rekening gehouden met de ambitie om vragen over beschikbare structuren te vervangen door procesindicatoren.

De meting van de procesindicatoren wordt voorberekend door de KNMP/SFK webrapportage KISS indien apothekers hieraan deelnemen.

Voor de **KNMP-richtlijnen GDV en Diabetes**, hebben de werkgroepen dit jaar een andere aanpak gehanteerd. In plaats van het meten van betekenisvolle – maar toch op zich zelf staande – aspecten hebben deze werkgroepen ervoor gekozen om de groei in de implementatie van de aanbevelingen uit de gerelateerde KNMP-richtlijnen te meten. Hiervoor hebben de werkgroepen eerst de kernaanbevelingen uit de richtlijnen thematisch geclusterd en vervolgens elk gekozen voor drie thema's binnen de richtlijn aanbevelingen.

Voor de KNMP-richtlijn GDV zijn dit 'Start van het GDV-dossier', 'Wijzigingen in de GDV-rol' en 'Medicatiebewaking'.

Voor de KNMP-richtlijn Diabetes zijn de thema's 'Kennis apotheekteam rondom diabetes', 'Consultvoering' en 'Samenwerking met lokale ketenpartners' gekozen.

Bij elk thema zijn relevante aandachtspunten benoemt. De mate van implementatie wordt gemeten in verschillende fases:

- A Het zich ervan bewust zijn dat dit aandachtspunt van belang is voor werkzaam, geïndividualiseerd, veilig, tijdig en doelmatig geneesmiddelgebruik door de patiënt.
- B Het actief in de praktijk toepassen van het aandachtspunt, doordat bijvoorbeeld afspraken, procedures of formulieren zijn opgesteld, die structureel door de betrokken teamleden worden toegepast.
- C Het structureel kritisch intern evalueren van de aandachtspunten binnen het certificeringscyclus.

Vervolgens wordt algemeen gevraagd naar:

- D Het nemen van verbetermaatregelen als reactie op interne evaluaties, meldingen of klachten (in principe onderdeel een certificering).

Tenslotte wordt bij elk thema een indicator gemeten als E uitkomst van een aan dit thema gerelateerd zorgproces.

Bij elk aandachtspunt dient de apotheker een inschatting te maken over de fase waarin het aandachtspunt in de apotheek is geïmplementeerd. Hierbij gelden de volgende principes of aannames:

- Voor elk aandachtspunt geldt een voorwaardelijke volgorde: zo kan C pas uitgevoerd worden als A en B gerealiseerd zijn.
- D kan alleen uitgevoerd worden voor de aandachtspunten die fase C hebben bereikt.
- Naar verwachting zijn de scores op E hoger naarmate meer aandachtspunten beter geïmplementeerd zijn.

De werkgroepleden zijn van mening dat deze kwaliteitsmeting apotheketeams kan ondersteunen bij de implementatie van de richtlijn aanbevelingen. Een vervolgmeting in een volgend jaar kan de groei in implementatie voor het apotheketeam zichtbaar maken.

Beschikbaar komen van resultaten

Kwaliteitsinformatie is in eerste instantie voor de apotheker zelf bedoeld om inzicht te krijgen in de eigen ontwikkeling ten aanzien van implementatie van de richtlijn aanbevelingen in de apotheek. Dit is met name het geval voor de nieuwe indicatorensets bij de richtlijnen GDV en Diabetes. Het is dan ook niet de bedoeling om de scores op deze indicatoren openbaar te maken voor het vergelijken van de kwaliteit van zorg tussen apothekers. Dit geldt tevens bij een aantal aspecten van de richtlijn Astma.

De werkgroepen van de KNMP hebben per indicator vooraf bekeken of deze geschikt is voor opname in het Openbaar Data Bestand, ODB. Bij elke indicator staat vermeld of deze geschikt is voor opname in het ODB of niet. Redenen om indicatoren niet op te nemen in het ODB zijn bijvoorbeeld dat de scores slechts beperkt door de apotheker te beïnvloeden zijn, dat de indicator voor het eerst wordt uitgevraagd en daarom niet bekend is of de meting betrouwbaar is of dat de indicator vooral dient als interne informatie bij de implementatie voor de organisatorische ontwikkeling.

Indicatoren, die vooraf wel geschikt worden geacht voor het ODB worden na de uitvraag geëvalueerd voor de validiteit en betrouwbaarheid van de vermelde scores. Het ODB wordt vastgesteld door het bestuur van de Wetenschappelijke Sectie Openbare Farmacie. Daarnaast evalueren de werkgroepen na de uitvraag alle indicatoren en nemen zij de uitkomsten ervan mee voor de ontwikkeling van nieuwe indicatorensets voor een volgende uitvraag.

Met een machtiging bij de uitvraag kunnen apothekers hun volledige gegevens delen met de inspectie gezondheidszorg en jeugd, IGJ.

KNMP/SFK webrapportages

Apotheken die deelnemen aan de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) kunnen de indicator-scores die de SFK in samenwerking met de KNMP berekent in de webrapportage 'KNMP Indicatoren Sets, KISS' laten inladen in de online enquête. Als een apotheek ook deelneemt aan een cluster van apotheken met hetzelfde patiënten-bestand, dan kan de apothekers ervoor kiezen om de scores van clustergegevens aan te leveren.

Routingvraag vooraf

De antwoorden op deze vraag bepalen de aantal sets, die van toepassing zijn.

Openbaar apothekers, apothekeres in het ziekenhuis of apotheek-houdende huisartsen, die ook nog functies als instellings- of dienstapotheek vervullen, dienen deze sets ook in te vullen.

Welke functies vervult uw apotheek / praktijk?

- 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 in totaal meer dan 200 personen; voor openbaar apothekers of apothekers in het ziekenhuis geldt aanvullend dat zij deze zorg declareren bij een zorginstelling (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 leveranciers (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)

Apotheekkenmerken

Doelstelling kenmerken

Deze kenmerken gaan vooraf aan de uitvraag van de Kwaliteitsindicatoren Farmacie over het jaar 2022. Zij leveren inzichten voor het bepalen van de validiteit en betrouwbaarheid van uw antwoorden op de kwaliteitsindicatoren. Zij maken geen deel uit van de set Kwaliteitsindicatoren Farmacie voor publicatie.

1 Worden er in uw apotheek geneesmiddelen bereid voor eigen patiënten?

- Ja
- Nee

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 Hoeveel bereidingen, die worden ingenomen, bereidt u jaarlijks?

- Minder dan 15 bereidingen
- 15 bereidingen of meer

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, aantal machines, merk, type en locatie
 - 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.
- 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:
-
8. Hoeveel apothekers en apothekersassistenten (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 apothekersassistenten (36 uur)
9. Welk AIS (Apotheek Informatiesysteem) wordt gebruikt in deze apotheek?
- CGM Apotheek / Mira
 - FarmaSys (Caresoft)
 - PharmaCom (PharmaPartners)
 - VidiVici (Verenigde Apotheken Limburg)
 - Apro (Promedico)
 - Anders:
-
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:
-

- Nee, niet bij een keten of formule aangesloten

12 Hoe ervaart u de samenwerking met andere zorgverleners in uw regio?

- Goed
- Matig
- Slecht

13 Is uw apotheek aangesloten bij een regionale apothekersorganisatie?

- Ja
- Nee, door naar indicatoren

14 Heeft de regionale apothekersorganisatie meerwaarde voor uw apotheek (gehad)?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

15 Is er sprake van kennisdeling tussen de apotheken die lid zijn van uw regionale apothekersorganisatie?

- Ja
- Nee

16 Is uw apotheek actief betrokken bij een regionale apothekersorganisatie (bijvoorbeeld door deelname in een commissie, of de apotheker is voorzitter, secretaris of penningmeester van de regionale apothekersorganisatie)?

- Ja
- Nee

17 Ervaart u de totstandkoming van samenwerking in uw regionale apothekersorganisatie als soepel?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

18 Welke digitale diensten biedt uw apotheek aan uw patiënten aan?

A Online communicatie tussen zorgverlener en patiënt via

- Beeldbellen
- E-consult
- Chatfunctie

B Uitwisseling van medisch / medicijn dossier van zorg verlener naar patiënt (bijvoorbeeld patiëntportaal of platform)

- Ja
- Nee

C Zorg op afstand met tele begeleiding of monitoring

- Ja
- Nee

D Voor het online regelen van praktische zaken zoals online afspraak of medicatie bestelling)

- Ja
- Nee

0 Kwaliteitsmanagement

Indicator 0.1

Hoofdstuk

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Openbare Data Bestand (ODB) Indicator A komt in aanmerking voor het Openbaar Data Bestand (ODB).

Indicator A

Aanwezigheid gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem

Kwaliteitsmanagement

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2022

Beschikte de apotheek per 31 december 2022 over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (bijvoorbeeld HKZ of ISO)?

- Ja
- Nee, door naar volgende indicator

Indicator B

Zo ja, wat is het nummer van het certificaat?

Indicator C

Zo ja, door welke instelling is het certificaat verstrekt?

- Dekra
- KIWA
- LRQA
- Tüv
- Anders:

Toelichting

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 en 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. Bij een 'hybride' dienstapothek, waar bijvoorbeeld de openbare apotheek over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem beschikt, dient binnen dit systeem expliciet aandacht aan de zorgfunctie van de dienstapothek te worden besteed.

Type indicator

Structuur

1 Astma

Indicator 1.1	Samenwerking met lokale en regionale ketenpartners
Richtlijn	Astma
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts
Rapportageperiode	Kalenderjaar 2022
Aanleiding	Goede samenwerkingsafspraken met de andere partners in de keten dragen bij aan verbetering in de (keten)zorg voor patiënten met astma.
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt niet in aanmerking voor het ODB.
Indicator A	Heeft u samenwerkingsafspraken (mondeling of schriftelijk) ten aanzien van de zorg voor astmapatiënten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indicator B	Met welke partijen in de keten heeft uw apotheek deze samenwerkingsafspraken? <input type="checkbox"/> Huisarts (lokaal) <input type="checkbox"/> Huisartsencoöperaties (regionaal) <input type="checkbox"/> Apotheker (lokaal) <input type="checkbox"/> Apotheekcoöperaties <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner <input type="checkbox"/> Longarts <input type="checkbox"/> Longverpleegkundige <input type="checkbox"/> Specialist Ouderengeneeskunde <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Diëtist <input type="checkbox"/> Wijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> Wijkcoördinator <input type="checkbox"/> Logopedist <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Tandarts <input type="checkbox"/> Anders:

- C Voor welke zorgtaken heeft u afspraken gemaakt met de ketenpartners waarmee u samenwerkt?
- Inhalatie instructie
 - Jaargesprek inhalatietechniek
 - Communicatie naar de patiënt op contactmoment (voorlichting, informatievoorziening)
 - Monitoren farmacotherapeutische problemen bij medicatiebewaking zoals interacties, contra-indicaties
 - Medicatieoptimalisatie: keuze en geschiktheid inhalatoren
 - Medicatieoptimalisatie: overgebruik SABA
 - Medicatieoptimalisatie: ondergebruik onderhoudsmedicatie
 - Algemene farmacotherapeutische afspraken rondom behandeling, inhalatoren (zoals in een FTO)
 - Uitwisseling van gegevens m.b.t. astma zoals diagnose
 - Patiëntenbegeleiding bij het afbouwen van medicatie (zoals inhalatiecorticosteroïden)
 - Patiëntenbegeleiding ten aanzien van een longaanval (voorbeelden: hoe te handelen bij een longaanval, wanneer contact opnemen met arts/apotheker, hoe longaanval kan worden voorkomen)
 - Periodieke evaluatie van het ketenzorgprogramma
 - Bij orale antimycotica spoeltechniek doornemen
 - Leefstijlinterventies (zoals vermijden prikkels, samenwerking/verwijzing naar ergotherapeut, logopedist, diëtist)
- D Heeft u in de regio samenwerkingsafspraken gemaakt ten aanzien van het longformulier?
- Ja
 - Nee

Toelichting	<p>De KNMP-richtlijn astma geeft aanbevelingen voor de samenwerking met ketenpartners. Deze indicator richt zich op het inventariseren van de bestaande samenwerkingsverbanden. De apotheker maakt inhoudelijke en organisatorische samenwerkingsafspraken met lokale/regionale zorgverleners, al dan niet binnen ketenzorgprogramma's, zoals andere apothekers, huisartsen, praktijkondersteuners, longartsen, longverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, (kinder) fysiotherapeuten en diëtisten. Dit draagt positief bij aan de kwaliteit van zorg met heldere afspraken over wie wat doet. Ook bevordert dit de continuïteit van zorg voor de individuele patiënt. De vragen bij deze indicator zijn hier inventariserend gesteld, de scores hierop zijn niet geschikt om apotheken onderling te vergelijken. Derhalve komt deze indicator niet in aanmerking voor het ODB.</p>
Onderbouwing	<ul style="list-style-type: none"> • KNMP-Richtlijn Astma (hoofdstuk 4.2) • Landelijke Eerste Lijn Samenwerkingsafspraken organisatie van zorg bij chronische medicatie • LAN Zorgstandaard Astma: http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-astma • LAN Zorgpad COPD: http://www.longalliantie.nl/zorgpad/ • Longalliantie: Rapport Goed gebruik Inhalatiemedicatie bij astma en COPD http://www.longalliantie.nl/files/6615/1851/8145/Rapport_Goed_Gebruik_Inhalatiemedicatie_2018_definitief.pdf
Type indicator	Structuur

Indicator 1.2

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Transparant zorgaanbod apotheek bij nieuwe patiënten

Astma

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2022

Passende zorg bij astma betekent dat het farmaceutische zorgaanbod aansluit bij de individuele zorgvragen van de astmapatiënt. Hiervoor is het belangrijk dat de patiënt op de hoogte is van het zorgaanbod van de apotheker/apotheekteam. Aan het begin van de therapie dient bij de patiënt duidelijkheid te bestaan over wat deze tijdens de farmacotherapeutische behandeling van de apotheker/apotheekteam kan verwachten. Anders bestaat het risico dat de patiënt te lang met vragen en onduidelijkheden blijft rondlopen waardoor mogelijk de medicatie niet goed gebruikt wordt.

Openbare Data Bestand (ODB) Deze indicator wordt dit jaar voor het eerst uitgevraagd en komt niet in aanmerking voor het ODB.

Indicator

Wordt er bij patiënten met inhalatiemedicatie bij astma structureel benoemd voor welke farmaceutische zorg de patiënt bij het apothekerteam terecht kan?

- Ja, met de patiënt wordt expliciet besproken waarvoor hij/zij bij de apotheek terecht kan zoals (zie toelichting).
- Nee, het zorgaanbod wordt niet structureel expliciet met patiënten besproken.

Toelichting

Regelmatig zijn patiënten niet op de hoogte van het zorgaanbod van de apotheek. Dit bleek ook uit het patiëntenperspectiefonderzoek (enquête en focusgroepbijeenkomsten) onder astmapatiënten ten behoeve van de KNMP-richtlijn astma. Een eerste en/of tweede begeleidingsgesprek zijn belangrijke momenten om de patiënt te informeren voor welke astmazorg de patiënt bij de apotheek terecht kan. Op deze manier weet de patiënt de apotheek te vinden bij (nieuwe) vragen en knelpunten rondom de ziekte en medicatie en weet hij wat hij kan verwachten van de apotheek ten aanzien van de farmacotherapeutische behandeling (bijvoorbeeld controle inhalatietechniek).

Voorbeelden van het zorgaanbod zijn:

- Kennis over de aandoening astma
- Kennis over astmamedicatie (werking, gebruik inhalatiemedicatie, mogelijke contra-indicaties en wisselwerkingen)
- Inhalatieinstructie bij een eerste ter hand stelling
- Inhalatieinstructie ter controle inhalatietechniek (medicatieoptimalisatie)
- Het bespreken van knelpunten ten aanzien van medicatie (bijwerkingen, zorgen over medicatiegebruik etc)
- Leefstijlgerelateerde vragen (stoppen met roken, bewegen, prikkels vermijden)
- Informatie ten aanzien van een longaanval (signalering, afhandeling)
- Informatie over astma(medicatie) en zwangerschap/kinderwens
- Informatie over servicemogelijkheden ten aanzien van astmazorg (zoals ehealth-programma's, jaarlijkse inhalatiecheck etc)

Onderbouwing
Type indicator

KNMP-richtlijn Astma (Addendum Patiëntenperspectiefonderzoek)
Structuur

Indicator 1.3

Duidelijke informatie etiketteksten bij de aanvalsinhalatie- medicatie

Richtlijn	Astma
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek
Rapportageperiode	Kalenderjaar 2022
Aanleiding	De informatie, die de apotheeksystemen voor etiketteksten genereren, dient specifiek te zijn voor de inname momenten in plaats van een vermelding van 'zo nodig'.
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt niet in aanmerking voor het ODB.
Indicator	Heeft u geborgd dat de etiketteksten bij aanvalsinhalatiemedicatie in plaats van 'zo nodig' de vermelding 'bij benauwdheid' of 'bij benauwd zijn' hebben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Toelichting	Heldere informatie op etiketteksten bevordert goed gebruik van inhalatiemedicatie door de patiënt. Daarbij komt dat onder longpatiënten mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid veel voorkomt (https://www.pharos.nl/factsheets/copd-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/). Deze indicator wordt dit jaar voor het eerst uitgevraagd en heeft als doel om meer bewustwording te creëren over het belang duidelijke gebruiksinstructies. Daarom komt deze indicator dit jaar niet in aanmerking voor het ODB.
Type indicator	Structuur

Indicator 1.4

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Openbare Data Bestand (ODB)

Indicator A

Indicator B

Informatie over longaanval

Astma

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2022

Een goed geïnformeerde patiënt weet hoe te handelen bij een longaanval (zelfmanagement). Dit leidt tot betere zorg en voorkomt onnodige (ziekenhuis)opnames.

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt in deze vorm niet in aanmerking voor het ODB.

Krijgen astmapatiënten bij de terhandstelling van inhalatie medicatie in de apotheek expliciet informatie over de verschijnselen van een longaanval?

- Ja, alleen bij de start van de medicatie (eerste begeleidingsgesprek).
- Ja, alleen bij een vervolgitgifte van de medicatie (tweede of vervolg begeleidingsgesprek).
- Ja, zowel bij de start als bij een vervolg begeleidingsgesprek.
- Ja, volgens het persoonlijk astma-actieplan
- Nee, dit gebeurt elders volgens afspraak, door naar volgende indicator.
- Nee, door naar volgende indicator.

Wat stemt u (volgens ketenafspraken) af met de patiënt over een longaanval?

- Of de patiënt weet wat een longaanval is en hoe deze te herkennen
- Of de patiënt weet hoe hij moet handelen bij een longaanval
- Of de patiënt weet wanneer contact op te nemen met de arts
- Of de patiënt weet hoe het risico op een longaanval te verkleinen

Toelichting	<p>Een longaanval bij een astmapatiënt kan het gevolg zijn van suboptimaal gebruik van de voorgeschreven medicatie, waardoor de onderliggende ziekte niet optimaal behandeld wordt. Als de patiënt het belang van het juiste gebruik kent en weet hoe hij kan bijsturen als de behandeling toch te kort schiet, kan een longaanval mogelijk voorkomen worden. Voorlichting hierover is dan ook essentieel, zowel bij de start van astma medicatie als in het vervolgtraject. De apotheker kan de patiënt hierin begeleiden. Deze begeleiding kan variëren in intensiteit van bijvoorbeeld een kort gesprek met de patiënt, doorverwijzen of het opstellen van een nieuw behandelplan. Dit is ook afhankelijk van de gemaakte ketenafspraken.</p> <p>Ad B: Het risico op een longaanval kan verkleind worden door bijvoorbeeld specifieke prikkels of (mee)roken te vermijden of door onderhoudsmedicatie (beter) te gebruiken.</p>
Onderbouwing	KNMP-richtlijn Astma, Persoonlijk Astma Actieplan zie https://nederland-davos.nl/persoonlijk-astma-actie-plan/
Type indicator	Structuur

Indicator 1.5

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Openbare Data Bestand (ODB)

Indicator A

Indicator B

Patiëntbegeleiding bij inhalatie-instructie

Astma

Openbare Apotheek

Kalenderjaar 2022

Goede begeleiding van de patiënt ten aanzien van inhalatiemedicatie is essentieel voor het goed gebruik van medicatie. Op deze manier kunnen eventuele knelpunten tijdig worden gesignaleerd en opgepakt. Hierbij hebben alle betrokken zorgverleners een rol.

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt niet in aanmerking voor het ODB.

Welke afspraken heeft u met de huisarts/POH ten aanzien van de inhalatieinstructie?

- Informeren van de patiënt over het belang van (hernieuwde) inhalatieinstructie.
- Informeren van de patiënt over inhalatieinstructie in de apotheek (verwachtingsmanagement).
- Rolverdeling ten aanzien van inhalatieinstructie (wie doet wat, wie doet wanneer een inhalatiecheck).
- Afspraken over de uitvoering van inhalatieinstructie volgens uniforme protocollen.
- Gezamenlijke scholing apothekersassistenten en huisartsassistenten voor inhalatieinstructie.

Op welke momenten checkt u of een (hernieuwde) inhalatieinstructie nodig is?

- Bij een eerste begeleidingsgesprek astma
- Bij een tweede begeleidingsgesprek astma
- Bij een vervolg begeleidingsgesprek astma
- Bij signalering van suboptimaal gebruik (over- of ondergebruik, exacerbaties)
- Bij signalering van knelpunten van de patiënt ten aanzien van het gebruik
- Bij risico-situaties zoals bij ontslag uit het ziekenhuis
- Bij een jaarlijkse inhalatie instructie
- Op een ander moment (graag uw toelichting)

Indicator C	<p>Welke stap/stappen van het 5-stappenplan past u toe bij het geven van een inhalatieinstructie bij een eerste begeleidingsgesprek?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Voordoen: de zorgverlener doet het voor <input type="checkbox"/> Uitleggen: de zorgverlener legt alle afzonderlijke stappen uit <input type="checkbox"/> Benoemen: de patiënt benoemt de stappen terwijl de zorgverlener ze uitvoert <input type="checkbox"/> Zelf doen: de patiënt doet de totale inhalatie met alle afzonderlijke stappen zelf voor <input type="checkbox"/> Feedback: de patiënt krijgt feedback op de uitvoering van de zorgverlener
Indicator D	<p>Gebruikt u structureel een hulpmiddel (zoals de incheckdial) om te kijken of de inhalator passend is voor de patiënt bij een inhalatieinstructie en/of controle van de inhalatietechniek?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Toelichting	<p>Voor patiëntenbegeleiding adviseert de KNMP-richtlijn om afspraken met de ketenpartners te maken.</p> <p>Met onderlinge afspraken wordt geborgd dat elke patiënt de nodige voorlichting ontvangt en dat de voorlichtingen van de ketenpartners op elkaar aansluiten. Verder dient duidelijk voor de patiënt te zijn van welke zorgverlener hij welke (herhaling van) begeleiding/instructie mag verwachten. Met onderlinge afspraken wordt daarnaast geborgd dat eventuele (nieuwe) problemen ten aanzien van inhalatiemedicatie tijdig worden gesignaleerd en gecommuniceerd naar elkaar. Dit draagt bij aan veilige en optimale farmaceutische zorg voor de patiënt. De apotheker kan een belangrijke bijdrage leveren aan het zelfmanagement van de patiënt door zich gesprekstechnieken eigen te maken die de apotheker helpt om op voet van gelijkwaardigheid met de patiënt te communiceren ter bevordering van het zelfmanagement.</p> <p>Ad D: Met een hulpmiddel zoals de incheckdial kan gemeten worden of de patiënt niet te hard of te zacht inhaleert.</p> <p>Deze vragen bij deze indicator zijn hier inventariserend gesteld, de scores hierop zijn niet geschikt om apotheken onderling te vergelijken. Derhalve komt deze indicator nu niet in aanmerking voor het ODB.</p>
Onderbouwing	<p>KNMP-richtlijn Astma, KNMP-richtlijn Consultvoering, LAN Zorgpad inhalatiemedicatie</p>
Type indicator	<p>Structuur</p>

Indicator 1.6

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Openbare Data Bestand (ODB)

Indicator A

Indicator B

Toelichting

Onderbouwing

Type indicator

Inhalator keuze voor de individuele patiënt

Astma

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2022

In het Longformularium staat de uniformiteit van inhalatoren voorop bij de keuze van een inhalator voor een patiënt. Aangezien de manier van inhaleren per type inhalator verschilt, is bij gebruik van meerdere typen inhalatoren naast elkaar de kans op foutief gebruik groter. Uitgangspunt is dat de keuze passend is bij de patiënt.

Deze indicator komt in aanmerking voor het ODB.

Heeft u beleid om een passende inhalator bij de individuele astmapatiënt te kiezen?

Ja

Nee

Indien de patiënt meerdere inhalatoren gebruikt, is uw beleid dan om naar uniformiteit te streven van de inhalatortypes?

Ja

Nee

Het gewenste beleid is om bij gebruik van meerdere inhalatoren te sturen op de uniformiteit van het device. In de praktijk kan dit beleid mogelijk niet worden uitgevoerd door onder andere het preferentiebeleid. Hierdoor moet een patiënt verschillende typen inhalatoren naast elkaar gebruiken. Met vraag B bij deze indicator (en de volgende indicator) wordt inzicht verkregen in het algemene beleid van de apotheken ten aanzien van de keuze van inhalatoren. Dit staat los van de uitvoerbaarheid in de praktijk.

KNMP-Richtlijn Astma

Structuur

Indicator 1.7

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Openbare Data Bestand (ODB)

Indicator

Toelichting

Uitwerkingen preferentiebeleid bij astma

Astma

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2022

Het preferentiebeleid kan een beleid van de apotheker gericht op de optimale inhalator keuze bij de individuele patiënt belemmeren. Dit kan gevolgen hebben voor het gebruik van de inhalator door de patiënt en de zorgverlening van de apotheker.

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt niet in aanmerking voor het ODB.

Welke problemen signaleert u in de praktijk als gevolg van het preferentiebeleid?

- Belemmeringen ten aanzien van een keuze voor uniforme devices
- Belemmeringen ten aanzien van de keuze voor een passende inhalator bij de patiënt
- Gevolgen voor het inhalator gebruik van de patiënt (inhalatietechniek)
- Therapieontrouw bij de patiënt met inhalatiemedicatie
- Toename longaanvallen bij de patiënt
- Belemmeringen in de samenwerking van de apotheker met zorgverleners
- Belemmeringen in de behandelrelatie van de apotheker met de patiënt
- Anders

Deze indicator heeft als doel om meer inzicht te krijgen in de knelpunten in de implementatie van de farmaceutische zorg bij astma als gevolg van het preferentiebeleid. Dit inzicht kan gebruikt worden in gesprekken met stakeholders ten behoeve van een passende oplossing. Deze indicator wordt dit jaar voor het eerst uitgevraagd en heeft als doel om meer bewustwording te creëren over de gevolgen van het preferentiebeleid. Daarom komt deze indicator dit jaar nog niet in aanmerking voor het ODB.

Toelichting antwoordoptie 'belemmeringen ten aanzien van uniformiteit': beleid van de apotheek is uniformiteit, echter niet/moelijk uitvoerbaar vanwege het preferentiebeleid.

Toelichting antwoordoptie 'knelpunten ten aanzien van het gebruik':
het switchen van devices op grond van preferentiebeleid kan leiden tot
knelpunten bij de patiënt ten aanzien van het gebruik zoals verkeerd
inhaleren (door bijvoorbeeld verschil in interne weerstand) of verkeerd
gebruiken (zo verschilt bijvoorbeeld het wel of niet schudden van een
device per inhalator).

Type indicator

structuur

Indicator 1.8

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Beschikbaarheid nieuwe voorzetkamers

Astma

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2022

Dosis-aerosolen dienen met een voorzetkamer afgeleverd te worden. Het beleid is om deze hulpmiddelen elk jaar te vervangen. Het informeren van de patiënt over het gebruik, onderhoud als ook de jaarlijkse vervanging van de voorzetkamer is onderdeel van farmaceutische astmazorg.

Openbare Data Bestand (ODB) Deze indicator komt in aanmerking voor het ODB.

Indicator

Percentage patiënten met een aflevering van een voorzetkamer binnen de afgelopen 18 maanden binnen alle gebruikers van dosis-aerosolen.

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

Astma-aerosolen:

GPK: 2046, 83704, 114502, 118516, 13072, 9075, 91154, 87416, 87254, 92134, 103284, 112801, 112828, 112836, 10162, 53147, 73393, 113476, 113484, 44148, 44156, 92541, 92568, 92576, 123609, 123617, 92126, 66087, 65838, 128171, 140066, 140074, 140082

Uitgesloten (autohalers):

PRK: 53007, 73393, 73423, 80241, 86878, 112909, 121061

Astma-voorzetkamer:

PRK: 47708, 47716, 37257, 77593, 77585, 77607, 77577, 24341, 20664, 79677, 39098, 39101, 39128

HPK: 447633, 535710, 583006, 598208, 598216, 702404, 709972, 753181, 771945, 771953, 795844, 797782, 803014, 803022, 803030, 830658, 1008323, 1028545, 1088491, 1088513, 1455982, 1734350, 1734369, 1734377, 1734385, 1768816, 1839217, 1909576, 1909592, 1915177, 1915185, 1915193, 1915207, 2085747, 2085755, 2085763, 2085771, 2085798, 2085801, 2085828, 2085836, 2085844, 2085852, 2087189, 2110946, 2110954, 2119005, 2222035, 2230828, 2304295, 2305992, 2306018, 2307227, 2307235, 2377241, 2377276, 2377292, 2377314, 2377357, 2377373, 2516926, 2516950, 2518503, 2518767, 2527758, 2527774, 2527804, 2527812, 2528061, 2528088, 2528096, 2528118, 2528126, 2528134, 2528142, 2528150, 2551004, 2551012, 2551020, 2551039, 2555182, 2555204, 2555212, 2555220, 2578115,

2578123, 2578158, 2578182, 2652072, 2652080, 2652099, 2682974, 2703904, 2710250, 2717735, 2717751, 2717786, 2717808, 2718162, 2718170, 2718197, 2733765, 2805081, 2805111, 2805146, 2805154, 2805162, 2805170, 2805189, 2848287

Aflevering	Aflevering van 'astma-aerosolen' 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 Patiënten met een 'aflevering' van 'astma-aerosolen' zonder 'autohalers' in de rapportageperiode. B Patiënten uit 'A' met een 'aflevering' van een 'astma-voorzetkamer' 18 maanden ervoor of 2 weken na een aflevering van een 'astma-aerosol' zonder 'autohaler'.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	B / A
Streefwaarde	Richting 100%
Type indicator	Proces
Toelichting	Deze herziene indicator heeft als doel om inzicht te krijgen in het beleid ten aanzien van de vervanging van voorzetkamers. Voor de veiligheid en hygiëne wordt er aanbevolen om eens per jaar de voorzetkamer bij dosisaerosolen te vervangen. Patiënten geven aan tenminste 1 keer per jaar hun voorzetkamer te willen wisselen, dat ze deze niet goed meer schoon krijgen. Een hygienische en goed werkende voorzetkamer is van essentieel belang om een optimale werking van de inhalatiemedicatie per aerosol te kunnen waarborgen. Dit is ook de reden dat zorgverzekeraars minimaal 1 voorzetkamer per jaar vergoeden. Sommige patiënten geven aan dat zij hier niet van op de hoogte te zijn. Het is daarom van belang dat het apotheketeam patiënten hierover informeert en op tijdige vervanging van een voorzetkamer toe ziet.

Indicator 1.9

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Aanleiding

Astmapatiënten zonder stootkuren

Astma

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2022

Bij een stootkuur in een jaar lijkt de ziekte niet goed onder controle. Een evaluatie van de medicatie en het gebruik ervan met de patiënt is dan nodig.

Openbare Data Bestand (ODB) Deze indicator komt in aanmerking voor het ODB.

Indicator

Percentage patiënten zonder stootkuren binnen gebruikers van inhalatiemedicatie.

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.

Openbare Data Bestand (ODB) Deze indicator komt in aanmerking voor het ODB.

Medicatie

Inhalatiemedicatie: R03 zonder R03BX

- Pred_stoot: H02AB06, H02AB07
- Reuma: M02
- Jicht: M04
- Maag darm lever indicaties: A07EC (meslazine en verwante verbindingen), L04AX01 (azathioprine), L04AX03 (methotrexaat), L04AD01 (Ciclosporine), L04AB (Tumrnecrosefactor alfa antagonisten)

Aflevering

Aflevering in de rapportageperiode

Gebruiker

Met een gebruiksperiode van minimaal 1 dag in de rapportageperiode op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 3 maanden.

Gecorrigeerde gebruiksperiode

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

Standaard gebruiksperiode

Indien bij 'Inhalatiemedicatie' geen daggebruik is vastgelegd, houden wij standaard 90 dagen als gebruiksperiode aan.

Stootkuur

'Aflevering' van 'Pred_stoot' ≥ 20 mg en voor tussen de 5 en 14 dagen.

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	18-40 jaar Exclusie: Passanten of patiënten met een aflevering van 'reuma' of 'jicht' of 'maag-, darm-, leverindicaties'. A Patiënten met 'gebruik' van 'inhalatiemedicatie' op basis van een 'gecorrigeerde gebruikperiode'. B Patiënten uit 'A' zonder 'afleveringen van 'pred_stoot', waarbij sprake is van 'gebruik' van inhalatiemedicatie' binnen 30 dagen ervoor of erna.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	B / A
Streefwaarde	Richting 100%
Type indicator	Proces

Indicator 1.10

Richtlijn	Astma
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek
Rapportageperiode	Kalenderjaar 2022
Aanleiding	Overgebruik SABA is een signaal voor ongecontroleerde astma en een suboptimale farmacotherapie.
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator komt niet in aanmerking voor het ODB.
Indicator	Percentage SABA gebruikers met ≥ 2 SABA afleveringen per jaar 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	SABA: R03AC02 (Salbutamol), R03AC03 (Terbutaline),
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt niet in aanmerking voor het ODB.
Aflevering	Aflevering in de rapportageperiode
Standaard gebruiksperiode	Indien bij 'SABA' geen daggebruik is vastgelegd, houden wij standaard 90 dagen als gebruiksperiode aan
Overgebruik	≥ 2 afleveringen van SABA
Selecties	6-40 jaar
Noemer	A Teminste 1 'aflevering' van 'SABA'
Teller	B Patiënten uit A zonder 'overgebruik'
Percentage	B / A
Streefwaarde	Richting 100%
Type indicator	Proces
Onderbouwing	Aangezien SFK niet beschikt over de reden van voorschrijven, selecteren wij hier astmapatiënten op basis van de leeftijd: <ul style="list-style-type: none">• Vanaf 6 jaar kan bij kinderen de diagnose astma gesteld worden. Volgens de NHG-Standaard 'Astma bij Kinderen' wijst een gebruik van luchtwegverwijders meer dan twee keer per week op onvoldoende astmacontrole.• COPD komt meestal vanaf 40 jaar voor.
Toelichting	Overgebruik met aanvalsmediatie wordt ontraden aangezien deze alleen de symptomen bestrijden en niet de ontsteking tegen gaan. Frequente benauwdheid dient daarom met inhalatiecorticosteroiden als onderhoudsmedicatie behandeld te worden. Indien dan nog steeds benauwdheid optreedt, is het goed om het gebruik van de onderhoudsmedicatie met de patiënt te evalueren (therapietrouw, inhalatietechniek, etc).

Indicator 1.11

Richtlijn	Astma
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek
Rapportageperiode	Kalenderjaar 2022
Aanleiding	Het astmabeleid is gewijzigd en SABA wordt niet langer meer als monotherapie aanbevolen.
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator komt niet in aanmerking voor het ODB.
Indicator	Het percentage astmapatiënten dat niet start met SABA monotherapie. 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.
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de eigen ontwikkeling en komt niet in aanmerking voor het ODB.
Medicatie	R03AC02 Salbutamol, R03AC03 Terbutaline Kort werkende sympathicomimetica (SABA) mono R03AK13 SABA combi met glucocorticosteroiden R03 Middelen bij astma/COPD R03BA R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK09, R03AK10, R03AK11, R03AK12, R03AK13, R03AK14 glucocorticosteroiden
Aflevering	Aflevering in de rapportageperiode
Eerste uitgifte	Aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep is geweest. Tevens was bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
Gelijktijdige aflevering	Aflevering binnen 5 dagen van een middel uit de ene geneesmiddelgroep voor en na aflevering van een middel uit de andere geneesmiddelgroep.
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 Leeftijd: 18-40 jaar
Noemer	A Patiënten met een 'eerste uitgifte' van 'SABA mono' of combi binnen de hele groep 'R03'.
Teller	B Patiënten uit A' met een 'gelijktijdige aflevering' van 'SABA' met 'glucocorticosteroiden' of SABA combi.
Percentage	B / A
Streefwaarde	Richting 100%

Therapiestart astma met ICS bij SABA

Type indicator

Proces

Toelichting

Deze herziene indicator heeft als doel om inzicht te krijgen in hoeverre het herziene astmabeleid (geen start met SABA monotherapie) wordt gevolgd. Hierbij zijn de scores op deze indicator vooral afhankelijk van het voorschrijfbeleid. Deze indicator zal derhalve niet opgenomen worden in het ODB.

2 Indicatorenset GDV

Indicator 2.1

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Openbare Data Bestand (ODB)

Aanleiding

Start GDV-dossier

Geïndividualiseerde distributievormen, GDV

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts

Kalenderjaar 2022

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de ontwikkeling van het apotheekteam en komt daarom niet in aanmerking voor het ODB.

Het apotheekteam verleent goede farmaceutische zorg bij de start van de GDV als:

- A **Men zich bewust is** van de relevantie van een aandachtspunt voor de te verlenen zorg.
- B Vervolgens het aandachtspunt C **toegepast wordt in de praktijk**.
- C Tenslotte de praktische uitvoering **structureel geëvalueerd wordt met een interne audit**.

Zie voor uitleg bij de afzonderlijke aandachtspunten de toelichting hieronder.

Vink aan wat in het algemeen voor de betrokken teamleden van toepassing is bij het thema 'Start GDV-dossier'.

Hierbij geldt een vaste volgorde, dus bijvoorbeeld C kan pas aangevinkt worden als A en B zijn aangevinkt.

2.1	Aandachtspunten	A-C	A Bewust zijn van het belang	B Toepassen in de praktijk	C Structureel intern evalueren
2.1.1	Criteria /indicaties voor het starten van een GDV-rol bij een patiënt worden getoetst.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2	LSP-toestemming is beschikbaar bij de start van een GDV-rol.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.3	De woon- en verzorgingssituatie van de patiënt is bekend en vastgelegd.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.4	De actuele medicatie wordt bij patiënt en voorschrijver geverifieerd en vastgelegd (inclusief zelfzorgmiddelen en middelen buiten de GDV-rol).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1.5 | Een toedienlijst wordt beschikbaar gesteld indien nodig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.6 | Een mondelijke en schriftelijke instructie voor gebruik van de GDV-rol wordt gegeven. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.7 | Mondelijke en schriftelijke instructie voor gebruik GDV tijdens vakantie of ziekenhuisopname wordt gegeven. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.8 | Informatie over wijzigingen in de GDV-rol wordt verstrekt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.9 | Afspraken worden met de voor-
schrijver gemaakt over ontvangen van geldige voorschriften . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.10 | Overtollige thuisvoorraad wordt bij start van de GDV-rol opgehaald bij de patiënt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.11 | Een tussentijdse evaluatie wordt 2 tot 4 weken na start van de GDV-rol uitgevoerd met de patiënt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Toelichting
- 2.1.1 Voor de start van een GDV-rol moet duidelijk zijn of een patiënt aan de criteria hiervoor voldoet. Kennis over de indicaties voor een GDV-rol heeft het apotheketeam nodig om zelf te herkennen dat een patiënt een rol nodig heeft of om aanvragen hiertoe van patiënten, huisartsen, thuiszorg enz. te beoordelen.
 - 2.1.2 Toestemming voor uitwisseling van informatie via het landelijk schakelpunt (LSP) dient aan GDV-patiënten gevraagd te worden en bij start van de rol beschikbaar te zijn.
 - 2.1.3 De door het apotheketeam te leveren farmaceutische zorg wordt afgestemd op de woon- en verzorgingssituatie van de patiënt die
 - A zelfstandig woont (eventueel met mantelzorg), zonder verdere professionele ondersteuning voor het medicatiegebruik, of;
 - B zelfstandig woont en thuiszorg heeft die de medicatie verzorgt, of;
 - C in een zorginstelling woont.
 - 2.1.5 Dit richt zich op het beschikbaar stellen van toedienlijsten aan de professionele verzorgers van de GDV-patiënt.
 - 2.1.6 Dit betreft informatie over het praktische gebruik van de GDV-rol.

- 2.1.10 De start van een GDV markeert de overgang van een situatie met onbepaalde/ onbekende thuisvoorraden medicatie bij de patiënt naar gelimiteerde hoeveelheden medicijnen in de medicatierol. Deze transitie vraagt een strakke regie van de apotheek om te voorkomen dat de nieuwe GDV-patiënt zijn thuisvoorraden behoudt en tegelijkertijd dezelfde medicatie voortaan in een medicatierol krijgt. Het risico op (onbedoeld) dubbel medicatiegebruik moet beperkt worden.
- 2.1.11 Dit punt vraagt naar een tussentijdse evaluatie met de patiënt na 2 tot 4 weken GDV-gebruik. Deze evaluatie richt zich op a) mogelijk ervaren bijwerkingen, ontstaan omdat na inzet van GDV een hogere mate van therapietrouw ontstaat als ook op b) in hoeverre de de GDV-rol het ordeningsprobleem naar tevredenheid heeft opgelost.

D Structureel verbeterpunten opstellen

- 2.1.12 Het apotheekteam stelt structureel verbeterpunten mbt de start GDV-dossier op, naar aanleiding van de resultaten uit de evaluaties, patiëntervaringen (PREM-vragenlijsten) of klachten:
- Ja
 - Nee
- Onderbouwing KNMP-Richtlijn 'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm' (GDV)
- Type indicator Groeiladder

E Uitkomst van zorgprocessen

- 2.1.13 LSP-abonnement geactiveerd voor kwetsbare patiënten
- Richtlijn Geïndividualiseerde distributievormen, GDV
- Toepassingsgebied Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts
- Rapportageperiode Kalenderjaar 2022
- Aanleiding Patiënten met GDV zijn kwetsbare patiënten. Voor hen is het wenselijk dat met een LSP-abonnement afleveringen door een andere apotheek en andere nieuwe informatie zo snel mogelijk bekend zijn in de eigen apotheek van de patiënt. Daarom dient toestemming hiervoor gevraagd en het LSP abonnement geactiveerd te worden.
- Indicator Percentage patiënten met GDV waarvoor de apotheek een LSP-abonnement geactiveerd heeft:
- A alle GDV-patiënten binnen het Apotheek Informatie Systeem (AIS)
 - B alle patiënten uit A waarvoor een LSP-abonnement geactiveerd is

Selectie	Selecteer uit het AIS alle patiënten met GDV. Bepaal voor deze patiënten of het LSP abonnement aanstaat.
Resultaat	B/A
Toelichting	Indien dit niet exact te achterhalen is, dient een schatting te worden gemaakt. Dan graag in de vrije tekst van de enquête als opmerking vermelden welke belemmeringen ervaren werden om deze informatie gemakkelijk uit de systemen te halen.
Onderbouwing	Het LSP-abonnement is een proactief signaal naar de apotheek voor beschikbaarheid van nieuwe gegevens voor het verrichten van een handeling voor de patiënt. Voor patiënten die in risicogroepen vallen conform de richtlijn medicatiebewaking is het wenselijk om geïnformeerd te worden bij een wijziging. Zo kan er zo nodig actie door de apotheek op worden ondernomen. Het advies is om voor de patiënten in risicogroepen het LSP-abonnement aan te zetten. Fact sheet Actualiteitscontrole en LSP Signaal (https://www.aorta-lsp.nl).
Type indicator	Proces

Indicator 2.2

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Openbare Data Bestand (ODB)

Aanleiding

Wijzigingen in de GDV-rol

Geïndividualiseerde distributievormen, GDV

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts (behalve 2.2.7)

Kalenderjaar 2022

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de ontwikkeling van het apotheekteam en komt daarom niet in aanmerking voor het ODB.

Het apotheekteam verleent goede farmaceutische zorg bij wijzigingen in de GDV-rol door:

- A Zich **bewust te zijn** van de risico's bij wijzigen.
- B Het **praktisch toepassen** van deze gewenste zorg in de praktijk.
- C Het **intern evalueren van** de zorgverlening voor verdere verbetering.

Zie voor uitleg bij de afzonderlijke aandachtspunten de toelichting hieronder.

Vink aan wat in het algemeen voor de betrokken teamleden van toepassing is bij het thema 'Wijzigingen in de GDV-rol'.

Hierbij geldt een vaste volgorde, dus C kan pas aangevinkt worden als A en B zijn aangevinkt.

2.2 Aandachtspunten	A-C	A Bewust zijn van het belang	B Toepassen in de praktijk	C Structureel intern evalueren
2.2.1 Beheersmaatregelen zijn beschikbaar voor ondervangen van risico's rondom het wijzigen in de GDV-rol.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Risico's worden ingeschat en gewogen afhankelijk van de individuele patiënt, diens acute situatie en de medicatie.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3 Een interne werkwijze (procedure) bij het uitvoeren van wijzigingen in een bestaande GDV-rol is beschikbaar.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.4 Afspraken worden gemaakt met ketenpartners .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.5 De patiënt en betrokken zorgverleners worden geïnformeerd omtrent wijzigingen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Structureel verbeterpunten opstellen

2.2.6 Het apotheekeam stelt structureel verbeterpunten op bij de wijziging in GDV, naar aanleiding van de resultaten uit patiëntervaringen (PREM-vragenlijsten) of klachten.

Ja

Nee

Toelichting

- 2.2.1 Bij het ondervangen van risico's zijn afspraken nodig over de werkwijze die binnen het team en in overleg met de voorschrijvers gehanteerd wordt.
- 2.2.2 Een inschatting van risico's bij een acute wijziging bepaalt de uiteindelijke keuze van het handelen voor a) het wijzigen van de bestaande rol, b) het vervangen van de rol of c) wachten met de wijziging tot verstrekken van een nieuwe rol.
- 2.2.3 Er dient een procedure beschikbaar te zijn voor het wijzigen van een bestaande rol met de nodige controles.
- 2.2.4 Periodieke bijeenkomsten met ketenpartners vinden plaats om de gemaakte afspraken te evalueren. Afspraken gaan over wanneer een wijziging wordt doorgevoerd (beperken van acute wijzigingen waarbij een rol per direct moet worden aangepast), een voorkeur om wijzigingen pas met een nieuwe rol in te laten gaan en hoe informatie over wijzigingen wordt gedeeld (altijd schriftelijk).
- 2.2.5 Afhankelijk van de woon- en verzorgingssituatie van de patiënt dienen geïnformeerd te worden: de patiënt, de mantelzorger, thuiszorg of instelling.

Onderbouwing

KNMP-Richtlijn 'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm' (GDV)

Type indicator

Groeiladder

E Uitkomst van zorgprocessen

2.2.7 Tweede controle bij stoppen van geneesmiddel in de GDV-rol voor

Richtlijn	'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm' (GDV)
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek
Rapportageperiode	Kalenderjaar 2022 (voor alle gevonden patiënten tot maximaal 10)
Aanleiding	Bij het stoppen van chronische medicatie in de GDV-rol dient aantoonbaar een tweede controle uitgevoerd te zijn door een apotheker of een apothekersassistente.
Indicator	<p>Bij hoeveel procent van 10 geselecteerde GDV-patiënten die tijdens de rapportageperiode gestopt zijn met een middel in chronisch gebruik, is aantoonbaar een tweede controle uitgevoerd door een apotheker of apothekersassistente?</p> <p>Uw score voor de noemer van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK webrapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren' indien u gegevens aan SFK aanlevert. Uw score kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.</p>
Geneesmiddelen	<p>Chronische medicatie</p> <p>A10B Bloedglucose verlagende middelen excl insuline</p> <p>C03 Diuretica,</p> <p>C07 Bètablokkers</p> <p>C08 Calciumantagonisten</p> <p>C09 RAS remmers</p> <p>C10 Antilipaemica</p> <p>Alle medicatie: A, B,C, D, G, H, J, L, M, N, P, R, S</p>
Aflevering	Aflevering in de rapportageperiode
Vervolg weekuitgifte	Aflevering op basis van de modulaire tariefcodes: 4, 5, 6, 16, 17, 18, 28, 29, 30, 40, 41, 42, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 67, 68, 69, 73, 74, 75, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 91, 92, 93
Gebruik als GDV-patiënt	Met minimaal 4 'afleveringen' van 'vervolg-weekuitgifte' voor 'een geneesmiddelgroep van 'chronische medicatie' in de eerste 6 maanden van de rapportageperiode.
Stoppen	Geen aflevering van een eerder als GDV-patiënt gebruikte geneesmiddelgroep uit chronische medicatie in de laatste maand van de rapportageperiode.

Selectie	<p>Exclusie: GDV-patiënten die in de laatste maand van de rapportageperiode gestopt zijn met alle medicatie.</p> <p>A 10 Patiënten met 'gebruik als GDV-patiënt' van een geneesmiddelgroep uit 'chronische medicatie' waarvan deze binnen de laatste maand van de rapportage periode is gestopt.</p> <p>B Patiënten uit A waarvoor aantoonbaar een tweede controle door een apotheker of en apothekersassistente is uitgevoerd.</p> <p>Een patiëntenoverzicht voor de noemer A is voor u beschikbaar in de KNMP/SFK webrapportage KISS indien u gegevens hiervoor hebt aangeleverd.</p> <p>Indien er minder dan 10 patiënten voor uw apotheek zijn gevonden, dan alleen deze personen nalopen en dat aantal in de noemer van deze indicator vermelden.</p>
Resultaat	B/A
Toelichting	<p>Apothekers hebben een signalerende functie naar voorschrijvers en patiënten en hun verzorgenden om tijdig na te gaan welke therapie nog zinvol dan wel overbodig is. Voor GDV-gebruikers bestaat veel meer dan bij andere patiënten het risico dat het medicijn eindeloos door gebruikt wordt tot het mis gaat. Hier is de patiënt immers minder goed in staat om het eigen medicijngebruik te kunnen overzien.</p> <p>Het stoppen van medicatie in de rol is foutgevoelig en een risicovol proces. Daarom is een tweede controle nodig en is een werkprocedure 'stoppen van medicatie' van groot belang.</p> <p>Hier is voor deze indicator een selectie gemaakt van chronische medicatie in de GDV-rol; deze medicatielijst is niet uitputtend voor alle chronische medicatie.</p>
Onderbouwing	KNMP-Richtlijn 'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm' (GDV)
Type indicator	Proces

Indicator 2.3

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Openbare Data Bestand (ODB)

Aanleiding

Medicatiebewaking

Geïndividualiseerde distributievormen, GDV

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts (behalve 2.3.8)

Kalenderjaar 2022

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de ontwikkeling van het apotheekteam en komt daarom niet in aanmerking voor het ODB.

Het apotheekteam verleent goede farmaceutische zorg door verantwoorde medicatiebewaking bij GDV door:

- A Zich **bewust te zijn** van de risico's bij medicatiebewaking.
- B Het **praktisch toepassen** van deze zorg in de praktijk.
- C Het **intern evalueren** van de zorgverlening voor verdere verbetering.

Hierbij wordt geborgd dat interacties, contra- indicaties, over-/onderdosering, allergieën, nierfunctie en andere laboratoriumuitslagen tijdig gesignaleerd, afgehandeld en vastgelegd worden, met aandacht voor maatregelen om signaalmoeheid te voorkomen.

Zie voor uitleg bij de afzonderlijke aandachtspunten de toelichting hieronder.

Vink aan wat in het algemeen voor de betrokken teamleden van toepassing is bij de medicatiebewaking bij GDV.

Hierbij geldt een vaste volgorde, dus C kan pas aangevinkt worden als A en B zijn aangevinkt.

2.3 Aandachtspunten	A-C	A Bewust zijn van het belang	B Toepassen in de praktijk	C Structureel intern evalueren
2.3.1 Er is een sluitende medicatiebewaking op de geneesmiddelen in en buiten de GDV-rol.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Er is een interne werkwijze (procedure) beschikbaar voor het uitvoeren van medicatiebewaking bij GDV.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Er zijn maatregelen genomen om signaalmoeheid te voorkomen .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.3.4 | Er wordt aandacht besteed aan het beoordelen van signalen bij een eerste uitgifte of wijziging uiterlijk op de dag van uitgifte van de GDV-rol. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3.5 | Signalen vanuit het de LSP-abonnement worden dagelijks verwerkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3.6 | Er is een aantoonbare controle van repeterende signalen door de apotheker. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D Structureel verbeterpunten opstellen

- | | |
|----------------|--|
| 2.3.7 | Het apotheekeam stelt structureel verbeterpunten bij de medicatiebewaking GDV op naar aanleiding van de resultaten uit patiëntervaringen (PREM-vragenlijsten) of klachten.
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee |
| Toelichting | <p>2.3.1 Medicatiebewaking vindt ook plaats voor GDV-patiënten; zowel medicatie in als buiten de medicatierol.</p> <p>2.3.2 Taken en verantwoordelijkheden bij de medicatiebewaking van de rol dienen gedefinieerd te zijn in een procedure. Deze is bekend bij de apotheker, de GDV-assistent(en) en overige teamleden.</p> <p>2.3.3 Als mogelijke maatregel om signaalmoetheid te voor komen kunnen signalen onderdrukt worden. Het is de verantwoordelijkheid van de apotheker om risico's door gepaste (onderdrukte) signalering in kaart te hebben en problemen te voorkomen.</p> <p>2.3.5 Dagelijkse verwerking heeft betrekking op werkdagen.</p> <p>2.3.6 De door de apotheker gecontroleerde signalen zijn gemakkelijk terug te vinden.</p> |
| Onderbouwing | KNMP-Richtlijn 'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm' (GDV) |
| Type indicator | Groeiladder |

E Uitkomst van zorgprocessen

2.3.8	Medicatiebewaking bij GDV-patiënten met rivaroxaban of apixaban
Richtlijn	'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm' (GDV)
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek
Rapportageperiode	2022 (voor een maximum aantal van 5 patiënten)
Aanleiding	Voor GDV-patiënten met Directe Orale Anticoagulantia dient informatie beschikbaar te zijn over de indicatie en de nierfunctie.
Indicator	<p>A Percentage GDV-patiënten met rivaroxaban of apixaban waarbij een recente nierfunctiewaarde bekend is.</p> <p>B Percentage GDV-patiënten met rivaroxaban of apixaban en een verminderde nierfunctie waarbij een genomen actie is vastgelegd.</p> <p>C Percentage GDV-patiënten met rivaroxaban of apixaban waarbij de indicatie bekend is.</p> <p>Uw score voor de noemer van deze indicatoren 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.</p>
Medicatie	Rivaroxaban: B01AF01
Apixaban	B01AF02
Aflevering	Aflevering in de rapportageperiode
Vervolg weekuitgifte	Aflevering op basis van de modulaire tariefcodes 4, 5, 6, 16, 17, 18, 28, 29, 30, 40, 41, 42, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 67, 68, 69, 73, 74, 75, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 91, 92, 93
GDV-patiënt	Met minimaal 4 'afleveringen' van 'vervolg-weekuitgifte' in de laatste 6 maanden van de rapportageperiode.
Selecties	<p>Inclusie: GDV-patiënten</p> <p>Noemer bij alle indicatoren.</p> <p>Hiervoor 5 patiënten met een 'aflevering' van 'rivaroxaban' of 'apixaban' nalopen. Indien niet voldoende patiënten gevonden worden, alleen deze personen nalopen en het totale aantal in de noemer van deze indicator vermelden.</p>

	<p>A Teller: patiënten uit de noemer met een bekende recente nierfunctiewaarde.</p> <p>B Teller: patiënten uit de noemer met een verslechterde nierfunctie waarbij actie nodig was en de genomen actie is vastgelegd.</p> <p>C Teller: patiënten uit de noemer waarbij de indicatie bekend is.</p>
Percentages	Tellers A, B of C / noemer
Toelichting	<p>Een recente nierfunctiewaarde is een waarde die korter dan 13 maanden geleden is bepaald.</p> <p>Een verminderde nierfunctie is een waarde onder 50 ml/min.</p> <p>Deze indicator wordt specifiek bij patiënten met GDV gemeten om te toetsen of hier de medicatiebewaking net zo goed uitgevoerd is als bij patiënten zonder GDV.</p> <p>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 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.</p>
Type indicator	Proces

1 Diabetes

Indicator 3.1

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Openbare Data Bestand (ODB)

Aanleiding

Kennis apotheketeam omtrent diabetes

Diabetes

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts (behalve 3.1.14)

Kalenderjaar 2022

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de ontwikkeling van het apotheketeam en komt niet in aanmerking voor het ODB.

Het apotheketeam houdt de kennis op peil voor diabeteszorg met:

- A Zich **bewust zijn** van het aandachtspunt als relevant voor de te verlenen zorg.
- B Vervolgens dient de kennis bij het aandachtspunt met B **praktisch toegepast** te worden in de praktijk in consulten met de patiënten of overleg met andere zorgverleners.
- C Tenslotte wordt de praktische uitvoering van de aandachtspunten met C **structureel met interne audits geëvalueerd**.

Zie specifieke uitleg bij de aandachtspunten hieronder in de toelichting.

Aanvinken wat in het algemeen voor de leden van het apotheketeam van toepassing is die betrokken zijn bij farmaceutische zorg bij diabetes.

Hierbij geldt een voorwaardelijke volgorde, dus C kan pas aangevinkt worden als A en B zijn aangevinkt.

3.1 Aandachtspunten	A-C	A Bewust zijn van het belang	B Toepassen in de praktijk	C Structureel intern evalueren
3.1.1 Er is kennis bij het apotheketeam omtrent de aandoening diabetes (type 1 en 2) met oorzaken en beloop.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.2 Er is kennis bij het apotheketeam over de bepaalde risicogroepen met diabetes voor geneesmiddel-behandeling, werking, bijwerking en toepassing.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1.3 | De nieuwe positie in richtlijnen van SGLT-2 remmers en GLP-1 agonisten bij bepaalde DM2 patiënten groepen is bekend bij het apotheekteam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.4 | Er is kennis bij het apotheekteam over co-morbiditeit met invloed op de bloedglucose regulatie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.5 | Er is kennis bij het apotheekteam over aanpassen van de diabetes behandeling aan acute situaties met risico op dehydratie . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.6 | Er is kennis over het belang van zelfmanagement afhankelijk van factoren bij de individuele patiënt die hierop van invloed zijn. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.7 | Er is kennis bij het apotheekteam over gecontra-indiceerde middelen bij diabetes (type 1 en 2). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.8 | Er is kennis over het belang van labwaarden bij geneesmiddelkeuze en dosering. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.9 | Er is kennis bij het apotheekteam over het gebruik van pensystemen voor injectie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.10 | Er is kennis bij het apotheekteam over de bio equivalentie van insulines voor onderlinge uitwisselbaarheid. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.11 | Er is kennis voor de nodige aanvullende zorg voor kwetsbare doelgroepen of tijdens vastenperiodes (Ramadan). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.12 | Er is kennis bij het apotheekteam over het aanbod van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Onder apotheekteam worden verstaan de apotheker en alle teamleden die farmaceutische zorg verlenen aan diabetes type 2 patiënten. Hierbij kan de zorg binnen het team ook zo georganiseerd zijn dat bepaalde kennisgebieden binnen een team door gespecialiseerde collega's worden behandeld.
- 3.1.1 en 3.1.2 Er dient kennis te zijn over alle verschillende types van diabetes, dus diabetes mellitus type 1 en 2 en de verschillende subtypes, met de verschillen in ziekte en behandeling. De KNMP-richtlijn diabetes richt zich vooral op diabetes mellitus type 2.
- 3.1.4 Deze vraag richt zich op kennis van co-morbiditeit met invloed op de bloedglucose regulatie zoals een afwijkende functie van de schildklier.
- 3.1.5 Acute situaties met een risico op dehydratie zijn bijvoorbeeld braken of hitte. Daarnaast kan ook een hypoglykemie bijvoorbeeld een andere vorm van een acute situatie zijn.
- 3.1.6 Het vermogen van een individuele patiënt voor zelf management hangt onder andere af van diens gezondheidsvaardigheden of van de leefomstandigheden met bijvoorbeeld een mantelzorger.
- 3.1.7 Een voorbeeld voor gecontra-indiceerde middelen bij diabetes zijn niet-selectieve bètablokkers. Verder zijn SGLT-2 remmers gecontra-indiceerd bij DM1 maar niet DM2.
- 3.1.8 Voor een goede behandeling van diabetes zijn lab-waarden nodig zoals de HbA1c waarde of lipidenwaarden. Ook is kennis over de actuele nierfunctie nodig voor de juiste keuze van verschillende de verschillende diabetes middelen.
- 3.1.10 Met onderlinge uitwisselbaarheid van insuline wordt bedoeld de bio-equivalentie tussen langwerkende of tussen maaltijden insuline.
- 3.1.11 Dit richt zich op aandacht en zorg van het apotheekteam voor personen die bijzonder kwetsbaar zijn voor diabetes en voor diabetes patiënten tijdens vasten periodes.
- 3.1.12 Leefstijlbegeleiding is een wezenlijk onderdeel van de behandeling van type 2 diabetes. Het is mooi als de apotheek ook de patiënt kan wijzen op de mogelijkheid van de ondersteuning in leefstijl middels een GLI-programma. Hiervoor is het goed als de apotheek op de hoogte is van het lokale aanbod, bijvoorbeeld digitaal.

Tenslotte kan de apotheek een medicatiecheck uitvoeren bij deelnemers van de GLI middels het GLIM protocol, genomineerd voor de KNMP-innovatie prijs afgelopen jaar. Het aanbod kan lokaal zijn of online.

D Ontwikkelplan

3.1.13	Bestaat er een ontwikkelplan voor de leden van het apotheekteam om de gewenste parate kennis op peil te houden en te verbeteren?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nee
Toelichting	In een ontwikkelplan wordt de kennis van de teamleden en organisatie gewaarborgd. Hierbij bepaalt de apotheker hoe dit wordt ingevuld.
Onderbouwing	KNMP-Richtlijn Diabetes
Type indicator	Groeiladder

E Uitkomst van zorgprocessen

3.1.14	Eenvoudige etiketteksten bij metformine
Richtlijn	Diabetes
Toepassingsgebied	Openbare apotheek
Rapportageperiode	2022
Aanleiding	Etiketkasten met 2 of 3 keer daags innemen zijn voor veel mensen niet goed te vertalen naar concrete inname momenten.
Indicator	Bij hoeveel procent van de uitgegeven metformine recepten met meerdere keren gebruik op een dag staat op het etiket het inname moment duidelijk vermeld?
	<input type="checkbox"/> Minder dan 25%
	<input type="checkbox"/> Tussen 25 en 50%
	<input type="checkbox"/> Tussen 51 en 75%
	<input type="checkbox"/> Meer dan 75%
Toelichting	In plaats van '2 keer daags' dient op het etiket te staan 'een of twee tabletten in de ochtend en een of twee tabletten in de avond innemen'.
Onderbouwing	Het Nivel in samenwerking met Stichting Health Base ontwikkelt nieuwe etiketteksten en begrijpelijke etiketteksten. Deze zijn in de proeftuin voor therapietrouw van ZonMw reeds geïmplementeerd.
Type indicator	Proces

Indicator 3.2

Vaardigheden apotheekteam bij consultvoering diabetes

Richtlijn	Diabetes
Toepassingsgebied	Openbare Apotheek
Rapportageperiode	Kalenderjaar 2022
Openbare Data Bestand (ODB)	Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de ontwikkeling van het apotheekteam en komt niet in aanmerking voor het ODB.
Aanleiding	De mate van het implementeren van de aanbevelingen bij de KNMP richtlijn diabetes bij consultvoering worden hier uitgevraagd voor: A Zich bewust te zijn van een aandachtspunt als relevant voor het voegen van consulten. B Vervolgens dient het aandachtspunt met B praktisch toegepast te worden de praktijk. C Tenslotte wordt de praktische uitvoering van de aandachtspunten met C structureel met interne audits geëvalueerd .

Zie specifieke uitleg bij de aandachtspunten hieronder in de toelichting.

Aanvinken wat in het algemeen voor de teamleden van toepassing is die betrokken zijn bij farmaceutische zorg aan diabetes patiënten. Hierbij geldt een voorwaardelijke volgorde, dus C kan pas aangevinkt worden als A en B zijn aangevinkt.

	A Bewust zijn van het belang	B Toepassen in de praktijk	C Structureel intern evalueren
Vorbereiding consultvoering			
3.2.1 Er is een verschil tussen de consulten afhankelijk van de behandelfase . Een consult wordt gevoerd in de initiële behandelfase bij de start van de medicamenteuze behandeling van diabetes type 2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.2 Er wordt een consult gevoerd in de chronische behandelfase van diabetes type 2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.3 De gespreksstappen en technieken bij de consultvoering worden afgestemd op de individuele situatie en behoeften van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.2.4 | Er wordt gestreefd om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënt tijdens de initiële behandelfase. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.5 | Er wordt gestreefd dat de patiënt de ziekte diabetes (type 1 en 2) en behandeling begrijpt en achter de behandeling staat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.6 | De medicamenteuze diabetes behandeling wordt goed in gepast in het dagelijkse leven van de individuele patiënt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.7 | De vaardigheden voor consultvoering bij het apotheketeam worden ontwikkelt en onderhouden.
Voeren eerste consult van de initiële behandelfase van diabetes type 2 (Start met metformine of een SGLT-2 remmer). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.8 | Vragen van de patiënt over medicatie en aandoening worden achterhaald met gepast uitleg en advies. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.9 | De werking van het geneesmiddel op de bloedglucose spiegel wordt toegelicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.10 | De meest voorkomende bijwerkingen worden toegelicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.11 | Toelichting wordt gegeven over de hoogte van de dosering frequentie , en omgaan met een vergeten dosis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.12 | De wijze van inname / toediening van de bloedglucose verlagende medicatie wordt toegelicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.13 | De omstandigheden of klachten worden beschreven voor wanneer het diabetes middel (tijdelijk) gestaakt moet worden of contact moet worden opgenomen met de voorschrijver. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.2.14 Afspraken worden gemaakt voor een telefonisch vervolgconsult . Voeren vervolgconsult van de initiële behandelfase . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.15 Patiënt ervaringen met diabetes geneesmiddelgebruik worden achterhaald. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.16 Verwachtingen van de patiënt worden besproken voor het effect van het bloedglucose verlagende middel op de diabetes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.17 De leefstijl van de patiënt wordt besproken met en advies voor bloedglucose verlaging. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.18 Adviezen worden gegeven voor het herkennen van hyper-/ hypoglykemie, beleid bij koorts en infectieziekten inclusief tijdelijk staken van bepaalde middelen zoals metformine en SGLT-2 remmers. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diabetes jaarcontrole

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.2.19 Er is een jaarlijks evaluatiemoment van de diabetes medicatie samen met de diabetesjaarcontrole door de huisarts (op basis van afspraken). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Specifieke consulten

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.2.20 Inname- en doseeradviezen van bloedglucose verlagende middelen worden besproken bij vasten periodes en eventuele verwijzing naar voorschrijver conform ketenadviezen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.21 Advies wordt gegeven bij reizen voor vaccinaties, voorraad diabetes medicatie, hulpmiddelen, zelfzorgmiddelen en profylaxe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Toelichting

- 3.2.1 De initiële behandel fase vindt plaats in de eerste 3 maanden na de start met diabetes medicatie.
- 3.2.2 De chronische behandel fase sluit aan op de initiële behandel fase en duurt de volgende tijd van behandeling, meestal jaren. Hierin wordt de (niet) medicamenteuze behandeling aangepast aan de mate van bloedglucoseregulatie in relatie tot de individuele behandel doelen.
- 3.2.3 Bij consulten worden de aanbevelingen van de KNMP richtlijn consultvoering toegepast.
- 3.2.4 Een vertrouwensrelatie met de patiënt bevordert dat de patiënt (medicatie gerelateerde) problemen deelt met het apotheketeam en om ondersteuning vraagt.
- 3.2.5 Een patiënt, die de ziekte diabetes en behandeling begrijpt en achter de behandeling staat is beter in staat is om zijn bloedglucose verlagende medicatie goed te gebruiken.
- 3.2.7 Denk bij het ontwikkelen en onderhouden van vaardigheden voor consultvoering bij het apotheketeam aan trainingen, intern feedback en continue aandacht.
- 3.2.8 Gepersonaliseerd advies vergt het achterhalen van de vragen van een patiënt over medicatie en aandoening. Op de zo verkregen informatie en de behoefte van de patiënt wordt het aansluitend uitleg en advies aangepast.
- 3.2.9 Voor de werking van het geneesmiddel op de bloedglucose spiegel wordt toegelicht hoe en wanneer treedt een verlaging ervan intreedt.
- 3.2.10 Voor de meest voorkomende bijwerkingen wordt hun aard toegelicht, de kans van optreden en handelen en of zij wel of niet van voorbijgaande natuur zijn.
- 3.2.14 Uit de praktijk blijkt het efficiënt om meteen bij de eerste uitgifte een telefonisch vervolgconsult te plannen met de patiënt.
- 3.2.15 Een telefonisch vervolgconsult na de start van een diabetes middel vindt plaats na 10-14 dagen en richt zich op de ervaringen van de patiënt met het gebruikte geneesmiddel bij diabetes. Hierbij worden ervaren bijwerkingen, zorgen of belemmeringen met de patiënt besproken.

D Structurele verbeterpunten

3.2.22 Het apotheketeam stelt structureel verbeterpunten bij de consultvoering naar aanleiding van de resultaten uit patiënt ervaringen (PREM-vragenlijsten) of interne audits of klachten.

- Ja
- Nee

Toelichting	Lage scores of klachten geven aanleiding om de zorgverlening te verbeteren. Hierbij richten zich de bestaande PREM vragen richten zich op de ervaringen van patiënten bij consulten. Deze vragenlijsten zijn niet ziekte specifiek opgesteld en zeggen daarom iets over de consultvoering in bredere zin dan diabetes.
Onderbouwing	KNMP-Richtlijn Diabetes
Type indicator	Groeiladder

E Uitkomst van zorgprocessen

3.2.23 Percentage diuretica gebruikers > 70 jaar met toelichting uitdroging bij EU metformine.

Richtlijn	Diabetes
Toepassingsgebied	Openbare apotheek
Rapportageperiode	2022 (voor een maximum aantal van 10 patiënten)
Aanleiding	De kernaanbeveling van de KNMP-Richtlijn Diabetes mellitus type 2 bevat het advies risicopatiënten te informeren over het gevaar van uitdroging. Mensen boven de 70 jaar en gebruikers van diuretica lopen de grootste kans op complicaties.
Indicator	Het percentage van 10 diuretica gebruikers van 70 jaar waaraan bij een eerste uitgifte van metformine advies is verstrekt over het risico op uitdrogen? 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
Diuretica	C03
Aflevering	Aflevering in de rapportageperiode of de voorafgaande 3 maanden
Eerste uitgifte	Aflevering 'Metformine' in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep is geweest. Tevens was bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
Gebruiker	Op basis van een 'aflevering'

Standaard gebruiksperiode	Indien geen dag gebruik door de apotheek is ingevuld, worden er standaard 30 dagen aangehouden.
Gecorrigeerde gebruiksperiode	Binnen de 'gebruikers' de gebruiksperioden van de medicatiegroepen bij deze indicator op groepsniveau van de geneesmiddelen corrigeren voor overlappende afleveringen.
Gelijktijdig gebruik diureticum	Met gebruik van een het diureticum in de periode van 10 dagen voor en 10 dagen na de eerste uitgifte van metformine.
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	<p>Exclusie: Passant</p> <p>Inclusie: ouder dan 70 jaar</p> <p>A Patiënten met een 'Eerste uitgifte' van 'metformine' in de 'rapportageperiode' en een 'gelijktijdig gebruik' diureticum' Hiervoor 10 patiënten nalopen in de selectie, startend in december 2022 en terug in de tijd totdat er 10 patiënten gevonden zijn of tot 1.1.2022. Indien er minder dan 10 patiënten gevonden zijn, dan dit aantal aanpassen in de enquête voor de noemer bij deze indicator.</p> <p>B Patiënten uit A die aanvullende informatie hebben ontvangen over het gevaar van uitdrogen.</p>
Resultaat	B/A
Streefwaarde	Richting 100%
Toelichting	<p>Uitdroging kan ook spelen bij verminderde nierfunctie of hartfalen. Aangezien het risico op uitdroging bij 70 plussers het grootst is, is bij deze indicator voor deze groep gekozen.</p> <p>Voor deze indicator vragen wij ter bewustwording voor het geven van deze voorlichting om 10 patiënten handmatig na te lopen aangezien deze informatie nog niet routinematig en uniform gestructureerd wordt vastgelegd in apotheken. De voorlichting aan patiënten kan op verschillende manieren plaatsvinden. Er is bij verschillende instanties informatie of foldermateriaal voor patiënten beschikbaar.</p>

Zie bijvoorbeeld:

- Folder nierstichting
https://nierstichting.nl/documents/310/folder_soms_moet_uw_patient_medijnen_even_overslaan.pdf
- NHG Document Hitte: <https://www.nhg.org/thema/farmacotherapie/medicatiegebruik-en-dreigende-dehydratie-bij-hitte/>

Type indicator

Proces

Indicator 3.3

Richtlijn

Toepassingsgebied

Rapportageperiode

Openbare Data Bestand (ODB)

Aanleiding

Samenwerking met lokale ketenpartners

Diabetes

Openbare Apotheek en Apotheekhoudende huisarts (behalve 3.3.20)

Kalenderjaar 2022

Deze indicator is bedoeld als interne informatie voor de ontwikkeling van het apotheekteam en komt niet in aanmerking voor het ODB.

Voor het implementeren van de aanbevelingen bij de KNMP richtlijn diabetes worden hier de vaardigheden van het apotheekteam uitgevraagd voor de mate waarin deze in de apotheek geïmplementeerd zijn. Hier wordt eerst voor de zorgverleners in de eerste lijn met wie samenwerking rondom de diabetes patiënt belangrijk is of:

- A Er **persoonlijk kennis gemaakt** is.
- B Vervolgens dient het aandachtspunt met B geëvalueerd te worden of er **gestructureerde overleggen met afspraken plaatsvinden**.
- C Tenslotte wordt met C gekeken of de gemaakte afspraken **structureel jaarlijks gemeten en geëvalueerd** worden.

Vervolgens wordt voor aandachtspunten in de samenwerking gevraagd naar A **zich bewust te zijn** van een aandachtspunt als relevant voor de te verlenen zorg. Vervolgens dient het aandachtspunt met B **praktisch toegepast** te worden de praktijk. Tenslotte wordt de praktische uitvoering van de aandachtspunten met C **structureel met interne audits geëvalueerd**.

Zie specifieke uitleg bij de aandachtspunten hieronder in de toelichting.

Aanvinken wat in het algemeen voor de teamleden van toepassing is die betrokken zijn bij farmaceutische zorg aan diabetes patiënten: Hierbij geldt een voorwaardelijke volgorde, dus C kan pas aangevinkt worden als A en B zijn aangevinkt.

Score verder de afstemming met de huisarts indien er verschil is in de samenwerking met meerdere huisartsen voor de samenwerking met de huisarts, met wie het meest intensief wordt samengewerkt.

A-C

A Persoonlijk kennis gemaakt met (= bewust zijn van)	B Gestructureerd (>=1) jaarlijks overleg over diabetes zorg Afspraken ja/ nee	C Structureel jaarlijks meten en evalueren van samenwerking/ afspraken
--	---	--

3.3.1 Samenwerking met Praktijk Ondersteuners Huisarts (POH).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.2 Samenwerking met de Huisartsen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.3 Samenwerking met de Diëtist .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.4 Samenwerking met collega apothekers .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.5 Samenwerking met de Kaderapotheker diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.6 Samenwerking met de Thuiszorg/ wijkverpleging .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.7 Samenwerking met internisten of diabetes verpleegkundige uit de 2 ^e lijn voor complexere patiënten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.8 Samenwerking met gecombineerde leefstijl interventie coaches binnen de gemeente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A Bewust zijn van het belang van	B Toepassen in de praktijk	C Structureel intern evalueren
3.3.9 Er zijn met de huisarts afspraken gemaakt over de begeleiding van de patiënten voor goed geneesmiddelgebruik (therapietrouw).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.10 Er is inhoudelijk met de huisarts afgestemd over informatieverstrekking bij eerste en tweede uitgifte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.11 Er is met de huisarts afgestemd welke geneesmiddelen er bij voorkeur worden gebruikt bij de behandeling van diabetes type 2 op basis van de vigerende richtlijnen en standaarden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.12 Er wordt met de huisarts het actueel geneesmiddelgebruik van de patiënt uitgewisseld (aanleiding opname of ontslag).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.13 Er wordt met de huisarts structureel informatie uitgewisseld over contra-indicaties van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.14 Er wordt met de huisarts structureel informatie uitgewisseld over door de patiënt ervaren bijwerkingen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.15 Er worden structureel met de huisarts medicatiebeoordelingen uitgevoerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.16 Met de huisarts is de begeleiding bij gebruik van pennen voor injectie afgestemd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.17 Met de huisarts is het uitvoeren van een jaarlijkse diabetes controle afgestemd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.18 Het zelfmanagement van de diabetes patiënt wordt in samenwerking met de huisarts bevorderd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D 3.3.19 De apotheker neemt nodige maatregelen om de samenwerking te verbeteren op structurele periodieke basis.

- Ja
- Nee

Toelichting	Voor farmaceutische patiëntenzorg bij diabetes is een goede samenwerking met de Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) en de huisarts randvoorwaardelijk, en de afspraken bij C hebben vooral op deze zorgverleners betrekking. De samenwerking met de overige zorgverleners is verder van belang om de zorgverlening rondom diabetes lokaal goed te organiseren.
Onderbouwing	KNMP-Richtlijn Diabetes
Type indicator	Groeiladder

E Uitkomst van zorgprocessen

3.3.20	Nierfunctie beschikbaar bij eerste uitgifte SGLT-2-remmers
Richtlijn	Diabetes
Toepassingsgebied	Openbare apotheek
Rapportageperiode	2022
Aanleiding	Een SGLT-2-remmer mag niet gestart worden indien de 'estimated glomerular filtration rate' (eGFR)<30 ml/min is. Voorafgaand aan de eerste uitgifte dient derhalve de eGFR gecontroleerd te worden.
Indicator	Het percentage van 10 patiënten met een eerste uitgifte van SGLT-2-remmers, waarvan actuele informatie over de nierfunctie beschikbaar is. Uw score voor de noemer van deze indicator vindt u in de KNMP/SFK web rapportage 'KISS Kwaliteitsindicatoren' indien u gegevens aan SFK aanlevert. Het antwoord kunt u automatisch laten inlezen in deze enquête.
Medicatie	SGLT-2-remmers: A10BK
Eerste uitgifte	Aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep is geweest. Tevens was bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
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.

Beschikbare actuele nierfunctie	Een nierfunctiewaarde is beschikbaar als eGFR. De waarde is actueel indien deze binnen 13 maanden vóór de eerste uitgifte van de SGLT-2-remmer beschikbaar was.
Selecties	Hiervoor 10 personen met een 'eerste uitgifte' van een 'SGLT-2-remmer' nalopen. Indien er minder worden gevonden, dan alleen deze personen nalopen en het aantal in de noemer van deze indicator vermelden. Exclusie: Passant A Patiënten met een 'Eerste uitgifte' van 'SGLT-2-remmer'. B 10 patiënten uit A waarvoor informatie over de actuele nierfunctie beschikbaar was.
Resultaat	B/A
Streefwaarde	Richting 100%
Toelichting	Voor de teller van deze indicator dient u de beschikbaarheid van een actuele nierfunctie waarde uit uw Apotheek Informatie Systeem (AIS) te achterhalen. Deze diende beschikbaar te zijn binnen 13 maanden vóór de eerste afgifte van de SGLT2-remmer.
Onderbouwing	NHG-Standaard Diabetes, herzien nov 2021. Een SGLT-2 remmer mag niet gestart worden indien de eGFR < 30 ml/min is (bron: NHG-Standaard Diabetes, herzien nov 2021). Indien gaandeweg de behandeling met de SGLT-2-remmer de nierfunctie daalt onder de 30 ml/min, kan het gebruik gecontinueerd worden, totdat nierfunctie vervangende behandeling geïndiceerd is. Bij (dreigende) dehydratie en een eGFR < 60 ml/min, kan het tijdelijk staken van SGLT-2-remmers geïndiceerd zijn. Nota bene: een contra-indicatie nierfunctiestoornis op zich is geen reden om een SGLT-2-remmer niet te starten. Sterker nog, dat zal op basis van recente inzichten juist vaak nu de reden zijn voor het gebruik van deze middelen, mits deze niet te laag is bij starten van de SGLT-2-remmer. Met deze indicator willen wij achterhalen of er een recente laboratorium uitslag beschikbaar is bij de start van deze middelen.
Type indicator	Proces

KNMP

Alexanderstraat 11

2514 JL Den Haag

T 070 373 73 73

F 070 310 65 30

www.knmp.nl