



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Kwaliteits-
indicatoren**

2010

Basisset apotheken

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Inleiding | 7 |
| Gebruikershandleiding | 11 |
| Apotheekkenmerken | 13 |
| Overzichtsblad indicatoren | 17 |
| Kwaliteitsindicatoren | 21 |
| Patiëntendossier | 22 |
| 1 Vastleggen actuele geneesmiddelgebruik | 22 |
| Contra-indicaties | 23 |
| 2 Werkafspraken over navragen van contra-indicaties bij de patiënt | 24 |
| 3 Vragen bevestiging voorschrijver van contra-indicaties | 25 |
| 4 Percentage gebruikers bloedglucoseverlagende middelen met een vastgelegde indicatie diabetes, ter bewaking op contra-indicaties | 26 |
| 5 Percentage patiënten > 55 jaar met vastgelegde indicatie hartfalen, ter bewaking op contra-indicaties (vervallen) | 26 |
| 6 Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers | 28 |
| 7 Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen (vervallen) | 30 |
| Intoleranties | 31 |
| 8 Werkafspraken over vragen naar intoleranties bij patiënt | 31 |
| 9 Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline | 32 |

Interacties 34

| | | |
|----|--|----|
| 10 | Vastleggen van de afhandeling van interacties | 34 |
| 11 | Afhandelen interacties cumarines met co-trimoxazol | 35 |
| 12 | Aantal gebruikers van cumarines in combinatie met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal) | 36 |

Ter hand stellen van geneesmiddelen 39

| | | |
|----|--|----|
| 13 | Percentage terhandstellingen waarbij interne controles zijn toegepast voorafgaand aan ter hand stellen | 39 |
| 14 | Aantal dagen dat recepten niet op dag van ter hand stellen zijn gecontroleerd door apotheker | 40 |

Interne-incidentenregistratie 41

| | | |
|----|--|----|
| 15 | Registreren van intern geconstateerde incidenten | 41 |
| 16 | Aantal geregistreerde intern geconstateerde incidenten | 42 |

Begeleiden patiënten 44

| | | |
|----|---|----|
| 17 | Aanbieden inhalatie-instructie bij eerste uitgifte van inhalatie-medicatie (vervallen) | 45 |
| 18 | Percentage patiënten met eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven | 46 |
| 19 | Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid | 50 |
| 20 | Percentage patiënten dat bij vervolgitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid | 52 |
| 21 | Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (> 65 jaar) | 54 |
| 22 | Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte van antidepressiva is voorgelicht over niet direct intreden effect | 56 |
| 23 | Percentage patiënten in de thuissituatie met geïndividualiseerde distributievormen | 60 |
| 24 | Uitvoeren controles op gebruik bloedglucosemeters | 62 |
| 25 | Aantal uitgevoerde medicatiereviews bij patiënten met polyfarmacie | 63 |

Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening 64

| | | |
|----|--|----|
| 26 | Jaartal meest recente onderzoek naar patiëntervaringen | 65 |
| 27 | Aantal geregistreerde klachten van patiënten | 66 |
| 28 | Aantal bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten | 68 |

Apotheekbereiding 70

| | | |
|----|---|----|
| 29 | Beoordelen farmacotherapeutische rationaliteit niet-FNA-preparaten | 71 |
| 30 | Percentage capsules waarbij statistische controle van gewichtsspreiding is uitgevoerd | 72 |
| 31 | Percentage bereidingen waarvan monsters zijn geanalyseerd door een regionaal analyselaboratorium | 73 |
| 32 | Percentage bereiding van systemische preparaten waarbij doseringscontrole is uitgevoerd | 74 |
| 33 | Percentage bereidingen van systemische preparaten waarbij controle op interacties is uitgevoerd (vervallen) | 75 |
| 34 | Vrijgeven van bereidingen door apotheker voorafgaand aan ter hand stellen | 75 |
| 35 | Afspraken bij apotheekbereidingen die in opdracht elders worden bereid | 76 |

Farmacotherapiebeleid 77

| | | |
|----|---|----|
| 36 | Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAID's met gastro-protectie gebruikt | 78 |
| 37 | Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt | 80 |
| 38 | Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia | 82 |
| 39 | Percentage patiënten met inhalatiecorticosteroiden bij overmatig gebruik bronchusverwijders | 84 |
| 40 | Percentage patiënten met metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen | 86 |
| 41 | Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica | 88 |
| 42 | Percentage afleveringen van derde-generatie-chinolonen | 90 |

| | |
|--|-----------|
| Poliklinische apotheken | 92 |
| 43 Betrokkenheid schriftelijke behandelprotocollen farmaceutische zorg in het ziekenhuis | 92 |
| 44 Medicatiebewaking bij verminderde nierfunctie | 93 |
| 45 Percentage patiënten met een actueel en geverifieerd medicatie-overzicht bij klinische opname en bij ontslag uit het ziekenhuis | 94 |
| Bijlagen | 96 |
| 1 Begrippenlijst | 96 |

Inleiding

Kwaliteitsindicatoren

Voor de derde keer presenteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg de basisset kwaliteitsindicatoren apotheken. Voor deze basisset worden gegevens gevraagd over het rapportagejaar 2010.

Voor apotheken zal het meten van kwaliteit met kwaliteitsindicatoren een vast onderdeel worden van kwaliteitszorg. Voor de inspectie is de basisset kwaliteitsindicatoren de komende jaren het belangrijkste instrument voor het gefaseerd toezicht op apotheken. Verantwoording en transparantie over de geleverde kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening staan op de voorgrond. Het ministerie van VWS heeft in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de koepelorganisaties in de farmaceutische zorg, patiëntenorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland een start gemaakt met het project Zichtbare Zorg. Zichtbare Zorg richt zich op transparantie van kwaliteit in alle sectoren van zorg en ondersteunt de Stuurgroep Zichtbare Zorg Farmacie, waarin alle eerder genoemde organisaties zijn vertegenwoordigd. De Stuurgroep is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van indicatorensets voor apotheken, apotheken in instellingen (ziekenhuisapotheken) en apotheekhoudende huisartsen.

De verwachting is dat de indicatoren van Zichtbare Zorg en deze basisset kwaliteitsindicatoren in 2012 zullen samengaan.

De basisset apotheken maakt deel uit van de wettelijke informatieplicht waaraan zorginstellingen dienen te voldoen. Uitgangspunt voor de resultaten van de indicatoren van de basisset 2010 is dat de resultaten ook openbaar gemaakt worden op apotheekniveau. De werkwijze ten aanzien van individuele openbaarmaking wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg nog nader bepaald, waarbij het uitgangspunt is dat alleen gegevens van voldoende kwaliteit openbaar worden. Dit gebeurt in overleg met de KNMP.

Ontwikkeling en verantwoording

Deze basisset is tot stand gekomen in nauwe samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) op basis van samenwerkingsafspraken die daarover in 2007 zijn vastgelegd. Voor de inspectie maken de indicatoren deel uit van het preventieve onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, prioritering van het toezicht kan plaatsvinden. De beroepsorganisatie KNMP hecht er belang aan dat de kwaliteitsindicatoren geschikt zijn voor benchmarking en het borgen en systematisch verbeteren van de kwaliteit van de zorgprocessen in de apotheek.

Ten opzichte van de eerdere rapportagejaren is de methodiek bij een aantal indicatoren verder aangepast en verfijnd. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) heeft uitgebreid geadviseerd over de meetmethoden. De Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie heeft geadviseerd over de opname van drie kwaliteitsindicatoren, specifiek voor poliklinische apotheken. De samenwerking van alle partijen heeft geleid tot een

indicatorenset die op een meer uniforme, gemakkelijke en nauwkeurige manier geregistreerd kan worden. Dat is van groot belang, niet alleen voor de bruikbaarheid en validiteit van de basisset, maar ook voor het draagvlak onder de apothekers.

Basisfilosofie van kwaliteitsindicatoren

De volgende uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de kwaliteitsindicatoren in apotheken:

- *Indicatorytypologie:*
Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorg die ingaan op structuur, processen en uitkomsten van de zorgverlening van de apotheek. In deze set is gekozen voor een combinatie van deze drie typen indicatoren. Proces- en uitkomstindicatoren zijn het meest bruikbaar als indicatoren voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Als geen uitkomst- of procesindicator kon worden geformuleerd maar het onderwerp wel van belang werd geacht, is gekozen voor een structuurindicator.
- *Beoordeling resultaten:*
De uitkomst van een indicator is een maat voor de kwaliteit van de zorg, en/of een maat voor het risico op schade voor patiënten.
Op basis van de gegevens van deze indicatoren is nader onderzoek nodig, voordat daadwerkelijk vastgesteld kan worden of er sprake is van onvoldoende kwaliteit of van een risicovolle situatie. Indicatoren zijn dus een hulpmiddel voor het preventieve toezicht en kunnen een aanvulling geven op informatie uit andere bronnen, zoals thematisch onderzoek en meldingen.
- *Relatieve normering:*
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van kwaliteitsbevordering in de apotheek een doel. De uitkomsten van de indicatoren geven per apotheek aan waar potentieel of zelfs de noodzaak voor verbeteringen ligt. Verder levert het vergelijken van de resultaten van de eigen apotheek met landelijke cijfers aanknopingspunten op voor verbetering.
Voor een betere beoordeling van de indicatorresultaten zijn veertien algemene apotheekkenmerken opgenomen. De IGZ hanteert voor de beoordeling van de gegevens geen absolute normen en deelt daarom ook geen rapportcijfers uit. De resultaten van individuele apotheken worden per indicator afgezet tegen de landelijke cijfers van alle apotheken over dezelfde periode. Significant hogere of lagere uitkomsten in vergelijking met het landelijk resultaat kunnen reden zijn voor een nader onderzoek door de IGZ.
- *Normen en standaarden:*
De indicatoren sluiten inhoudelijk aan bij de Nederlandse Apotheeknorm (NAN 2006) en de bijbehorende Richtlijnen. Per indicator staat weergegeven aan welke NAN-norm de indicator is gerelateerd. De indicatoren over farmacotherapie-beleid zijn afgeleid uit het HARM-rapport^[1] en algemeen aanvaarde standaarden en richtlijnen zoals van het NHG, het CBO en het Farmacotherapeutisch Kompas.

[1] Hospital Admissions Related to Medication, NVZA 2006.

- *Ketenindicatoren:*
Enkele indicatoren die in deze lijst zijn opgenomen, zijn te beschouwen als keten-indicatoren voor de zorg rond het geneesmiddel. De apotheek maakt met de voorschrijver en de patiënt onderdeel uit van deze keten. Bij de interpretatie van de resultaten wordt rekening gehouden met de eigen verantwoordelijkheid van de verschillende deelnemers in deze keten.

De belangrijkste wijzigingen in 2010

- *Apotheekkenmerken:*
Bij de apotheekkenmerken is het kenmerk 1 'eigenaarschap' uitgebreid met een extra optie. Bij kenmerk 13 over de waarneming voor diensten is het nu ook mogelijk om meerdere opties aan te vinken.
- *Indicatoren:*
De aanpassing (verbetering) van indicatoren na 2008 heeft vaak gevolgen voor de vergelijkbaarheid van data tussen verschillende jaren. Dit heeft bij de afwegingen van de projectgroep steeds een rol gespeeld. Mede gezien het voornemen tot openbaarheid van de indicatorgegevens op apotheekniveau is het belang van verbetering van de kwaliteit van de indicator voor de meeste aangepaste indicatoren doorslaggevend geweest. Deze aanpak is vergelijkbaar met die in andere zorgsectoren.
Indicatoren 5 en 7 zijn vervallen omdat uit de analyse bleek dat deze binnen de betreffende kwaliteitsdomeinen geen additionele informatie gaven.
Bij indicator 4 zijn passanten uitgesloten.
Bij indicator 6 wordt voor gebruik van NSAID's door patiënten met waarschijnlijk hartfalen een gebruikperiode van 14 dagen in plaats van 10 dagen aangehouden.
Bij Indicator 11 wordt nu specifiek gevraagd of de huisarts, de patiënt of de apotheek de thrombosedienst hebben geïnformeerd over een geneesmiddelinteractie bij cumarine-gebruik.
Bij indicator 12 a worden gebruikers van anti-HIV-middelen niet meegeteld bij gelijktijdig gebruik van cumarines en co-trimoxazol.
Bij indicator 14 wordt als uiterste grens voor de receptcontrole 24 uur aangehouden.
Bij indicator 15 spreken we over incidenten in plaats van fouten.
Bij indicator 16 wordt het aantal intern geconstateerde incidenten nu bepaald per 1000 receptregels.
Voor de indicatoren 18a, 19, 22a en 40 wordt onder een eerste uitgifte verstaan: 'een ter hand stelling van een geneesmiddel in het rapportagejaar zonder ter hand stelling in de voorafgaande 12 maanden en waarvoor een eerste uitgiftetarief is gedeclareerd.
Bij indicator 40 worden alleen huisartsvoorschriften meegenomen en zijn patiënten geëxcludeerd met een ter hand stelling van insuline of corticosteroiden in het voorafgaande halve jaar.
Indicatoren 43, 44 en 45 zijn nieuw toegevoegd.
- *Administratieve belasting:*
De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) stelt aan alle apotheken in Nederland die hun gegevens regelmatig aanleveren de webrapportage KISS beschikbaar. Om op basis van deze webrapportages betrouwbare uitkomsten te krijgen moet een aaneen-

gesloten historisch bestand zonder softwarewisseling vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010 in de SFK-database aanwezig zijn. Voor apotheken die in de loop van 2009 begonnen zijn, is deze historie niet compleet. Zij moeten de betreffende indicatoren zelf berekenen op basis van AIS-gegevens.

Deze apotheken kunnen hiervoor de selectiecriteria, door de KNMP opgesteld als 'recepten', raadplegen bij de indicatoren in de webrapportage KISS.

Omdat een goede vergelijkbaarheid tussen apotheken van groot belang is, is besloten de selectiecriteria en de meetmethode van de SFK te harmoniseren en bindend te verklaren. De technische criteria en algoritmen worden beschikbaar gesteld tijdens de invoerperiode en zijn opgenomen in dit boekje bij de indicatoren die hiermee gemeten worden. Voordeel voor de apotheker is de grote tijdwinst die met deze werkwijze te behalen is. Als de apotheker ervoor kiest een andere partij dan de SFK de betreffende indicatorberekeningen te laten doen, is dat mogelijk op voorwaarde dat de geharmoniseerde specificaties op de juiste manier gebruikt worden.

De gebruikte definities in de tekst van de kwaliteitsindicatoren sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande en algemeen aanvaarde termen. Een groot deel van de indicatoren is te bepalen uit managementinformatie die de apotheker toch nodig heeft om de kwaliteit van de zorgverlening te sturen en te borgen. In alle gevallen is de gevestigd apotheker eindverantwoordelijk voor het invullen van de gevraagde uitkomsten.

Gebruikershandleiding

Voor wie?

De basisset kwaliteitsindicatoren is voor alle openbare bereidende en niet-bereidende apotheken in Nederland. Daaronder vallen ook de dienstapotheken, poliklinische apotheken, een deel van de GDS^[2]-apotheken, homeopathische en internetapotheken. Het is mogelijk dat voor bepaalde apotheekvormen sommige indicatoren minder relevant zijn. Hiermee wordt in de beoordeling van de gegevens rekening gehouden.

Poliklinische apotheken hoeven indicatoren 21, 22b en 42 niet in te vullen, maar wel de nieuwe indicatoren 43, 44 en 45.

Apotheken die in 2010 nieuw gestart zijn, hoeven geen kwaliteitsindicatoren in te leveren. Apotheken die in 2010 van naam of eigenaar veranderd zijn, verhuisd zijn, gesplitst of gefuseerd, moeten dat wel. Een en ander kan desgewenst worden aangegeven in een van de commentaarvelden van de invoermodule.

Wanneer moeten de gegevens ingevoerd zijn?

De gegevens die gevraagd worden in de basisset kwaliteitsindicatoren apotheken over het rapportagejaar 2010 moeten vóór 1 april 2011 zijn ingevoerd en vrijgegeven.

Hoe gaat u aan de slag?

Iedere apotheek ontvangt een inlogcode en een webadres, waarmee een beveiligde toegang verkregen wordt tot het elektronische invulformulier. Voor eventuele problemen is per mail een helpdesk te raadplegen. Voor onderwerpen die niet per mail kunnen worden afgehandeld kunt u een verzoek doen om te worden teruggebeld. Het invulformulier kan tussen-door gesloten en weer geopend worden, de reeds ingevulde gegevens blijven bewaard. Pas na vrijgifte van de gegevens worden deze zichtbaar voor de inspectie.

Hoe lang ben ik ermee bezig?

Uit de evaluatie van rapportagejaar 2009 blijkt dat apothekers gemiddeld 6 uur met het verzamelen het invoeren van de indicatoren bezig waren. 80% had in totaal minder dan 10 uur nodig. Ook dit jaar vragen wij u om een schatting van de totaal bestede tijd te maken. Let u op dat u hierbij alleen de tijd meerekent die nodig was voor het verzamelen van de gegevens en het invullen ervan. Extra tijd voor bijvoorbeeld teamoverleg en follow-up activiteiten dient u niet mee te tellen.

Geselecteerde kwaliteitsdomeinen

De indicatoren zijn onderverdeeld in verschillende kwaliteitsdomeinen. Per domein wordt een algemene inleiding gegeven op het onderwerp van de indicator of de groep van indica-

[2] GDS: geautomatiseerde distributiesystemen zoals die van Baxter, Tosho, Hyupshin; uitsluitend voor hun directe patiëntenzorg, niet voor hun verpakking-activiteiten.

toren. Een overzicht van de kwaliteitsdomeinen en de indicatoren vindt u op het overzichtsblad vanaf pagina 17.

Opbouw van een indicator

De opbouw van een indicator is in deze basisset geharmoniseerd.

Werken met toelichtingen

Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een *, dan is een toelichting verplicht. Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen op prijs gesteld als dit bijdraagt aan een goede interpretatie. Wij verzoeken u om toelichtingen kort en bondig te formuleren om de verwerking ervan te bespoedigen en om te voorkomen dat u hierover moet worden nagebeld. Toelichtingen worden verder gebruikt om de kwaliteit van de indicator te evalueren. De inspecteur gebruikt de toelichtingen ook bij de voorbereiding van een eventueel inspectiebezoek.

De digitale versie van deze basisset kwaliteitsindicatoren is te downloaden van de website van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: www.igz.nl en van de KNMP: www.knmp.nl.

Apotheekkenmerken

Informatie uit de apothekenmerken 1, 2 en 8 wordt in deze editie van de basisset niet gepubliceerd op apothekerniveau.

1 Bij welke partij(en) ligt het eigenaarschap van uw apotheek?
Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- De gevestigde apotheker
- Een andere (particuliere) apotheker
- Een apothekketen
- Een andere persoon of organisatie
- Anders, namelijk:

2 Indien er een organisatie (mede)eigenaar is van uw apotheek, welke is dat?

- Alliance Apotheek
- Apotheek is niet aangesloten bij een formule
- Escura Apotheek
- Lokale stichting, V.O.F., B.V. of C.V.
- Lloyds Apotheken
- Medsen
- Mediq Apotheek
- Regenboog Apotheek
- SAL Apotheken
- Spanhoff Groep
- Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken (VNA)
- Thio Pharma
- Verenigde Apotheken Limburg (VAL)
- Zorggroep Almere
- Zorgverzekeraar, namelijk:
- Anders, namelijk:

3 Is de apotheek waar u werkzaam bent, aangesloten bij een formule?

- Apotheek is niet aangesloten bij een formule
- Escura apotheek
- Extra apotheek
- Kringapotheek
- Mediq apotheek
- Service apotheek
- Anders, namelijk:

4 Welke bijzondere functies vervult uw apotheek? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Apotheek met unieke leveranties^[3]
- Bereidingsapotheek^[4]
- Grootbereider^[5], aantal apotheken waaraan geleverd wordt
- Dienstapotheek
- GDS/Baxter-apotheek
- Geen bijzondere functie van toepassing
- Internetapotheek^[6]
- Poliklinische apotheek
- Anders, namelijk:

5 Met wie heeft uw apotheek een formeel samenwerkingsverband op zorginhoudelijk terrein? Niet bedoeld zijn hier samenwerkingsverbanden ten behoeve van de diensten of FTO. Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

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

6 Neemt uw apotheek deel aan FTO?

- Ja
- Nee

Zo ja, wat is het niveau van dit FTO conform de classificatie van het IVM? Het FTO-niveau wordt jaarlijks door het IVM gepeild bij een aantal apotheken. U kunt dit niveau ook zelf vaststellen volgens de IVM-criteria, zie daarvoor de website www.medicijngebruik.nl.

[3] Een apotheek met unieke leveranties is een 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.

[4] Een bereidingsapotheek is een apotheek die zelf geneesmiddelen bereidt en ter hand stelt aan patiënten waarvan een patiëntendossier wordt bijgehouden.

[5] Een apotheek die in het rapportagejaar zelf bereide geneesmiddelen heeft geleverd aan één of meer andere apotheken of heeft terhandgesteld aan de patiënten van zulke apotheken.

[6] Een Internetapotheek is een apotheek die geneesmiddelen aanbiedt via Internet en deze terhandstelt zonder direct persoonlijk contact, in een zodanige omvang dat hierdoor tenminste 20% van de receptregels in het rapportagejaar gerealiseerd is.

7 Beschikt de apotheek over een geldig HKZ-certificaat?

- Ja
- Nee

Zo ja, wie is de certificerende instantie?

Certificerende instantie:

- CGD
- DNV
- KEMA
- KIWA
- Lloyd's
- TÜV
- Anders, namelijk:

Valt de apotheek onder een multi-site certificaat?

- Ja
- Nee

8 Staat de gevestigd apotheker ingeschreven in het KNMP-register voor openbare apothekers?

- Ja
- Nee

9 Werden er in uw apotheek gedurende het rapportagejaar 2010 geneesmiddelen bereid?^[7]

- Ja
- Nee

10a Wat is het aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt terhandgesteld? Dit kengetal is inclusief passanten en wordt door SFK berekend. U kunt het halen uit de webrapportage (KISS).

_____ patiënten

10b Specifiek voor poliklinische apotheken, niet voor andere apotheken. Het aantal unieke patiënten aan wie de poliklinische apotheek in het rapportagejaar een receptgeneesmiddel ter hand heeft gesteld.

Dit aantal wordt niet door SFK berekend. U moet het uit uw apotheekstelsel halen.
_____ patiënten

[7] Hier wordt bedoeld bereiding voor eigen patiënten. Voor toediening gereedmaken in de geregistreerde eindverpakking is geen bereiden. Voorbeeld: antibiotica suspensies.

11 Hoeveel apothekers (in fte) zijn werkzaam in de apotheek? Eén fte is een volledige werkweek (38 uur).
 _____ fte's apothekers zijn werkzaam in de apotheek (ook getallen <1 zijn mogelijk om in te voeren)

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

- Aposys (Microbais)
- Mira / Apcos (Euroned)
- FarmaSys (Caresoft)
- PharmaCom (PharmaPartners)
- VidiVici (Verenigde Apotheken Limburg)
- Anders, namelijk:

13 Hoe is de waarneming voor avond-, nacht- en weekenddiensten in deze apotheek geregeld? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- De apotheek is aangesloten bij dienstapotheek
- De apotheek maakt deel uit van een waarneemgroep en voert bij toerbeurt diensten uit
- De apotheek is zelf altijd bereikbaar buiten openingstijden
- De apotheek is buiten openingstijden niet bereikbaar en is niet aangesloten bij een dienstregeling

14 Beschikt de apotheek voor persoonlijke gesprekken/consulten over een uitsluitend daarvoor bestemde en apart ingerichte spreekkamer/overlegkamer?

- Ja
- Nee

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

- Ja
- Nee

Overzichtsblad indicatoren

| Nr. | Titel | Structuur | Proces | Uitkomst | Keten |
|--------------------------|--|-----------|--------|----------|-------|
| Patiëntendossier | | | | | |
| 1 | Vastleggen actuele geneesmiddel-gebruik | x | | | |
| Contra-indicaties | | | | | |
| 2 | Werkafspraken over navragen van contra-indicaties bij de patiënt | x | | | |
| 3 | Vragen bevestiging voorschrijver van contra-indicaties | x | | | |
| 4 | Percentage gebruikers bloedglucose-verlagende middelen met een vastgelegde contra-indicatie diabetes | | x | | |
| 5 | Percentage patiënten > 55 jaar met vastgelegde indicatie hartfalen, ter bewaking op contra-indicatie (vervallen) | | x | | |
| 6 | Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisduretica en RAS-remmers | | | x | x |
| 7 | Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen (vervallen) | | | x | x |
| Intoleranties | | | | | |
| 8 | Werkafspraken over vragen naar intoleranties bij patiënt | x | | | |
| 9 | Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline | x | | | |
| Interacties | | | | | |
| 10 | Vastleggen van de afhandeling van interacties | x | | | |
| 11 | Afhandelen interacties cumarines met co-trimoxazol | x | | | |
| 12 | Aantal gebruikers van cumarines in combinatie met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal) | | | x | x |

| Nr. | Titel | Structuur | Proces | Uitkomst | Keten |
|--|--|-----------|--------|----------|-------|
| Ter hand stellen van geneesmiddelen | | | | | |
| 13 | Percentage terhandstellingen waarbij interne controles zijn toegepast voorafgaand aan ter hand stellen | | x | | |
| 14 | Aantal dagen dat recepten niet op dag van ter hand stellen zijn gecontroleerd door apotheker | | x | | |
| Interne-incidentenregistratie | | | | | |
| 15 | Registreren van intern geconstateerde incidenten | x | | | |
| 16 | Aantal geregistreerde intern geconstateerde incidenten | | x | | |
| Begeleiden patiënten | | | | | |
| 17 | Aanbieden inhalatie-instructie bij eerste uitgifte van inhalatiemedicatie (vervallen) | x | | | |
| 18a | Percentage patiënten met een eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven | | x | | |
| 18b | Percentage gebruikers van inhalatiecorticosteroïden met orofaryngeale antimycotica | | | x | x |
| 19 | Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid | | x | | |
| 20 | Percentage patiënten dat bij vervolgutgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid | | x | | |
| 21 | Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (> 65 jaar) | | | x | x |
| 22a | Percentage patiënten dat er bij eerste uitgifte van antidepressiva mondeling op is gewezen dat het te verwachten effect niet direct intreedt | | x | | |
| 22b | Percentage stoppers binnen 6 maanden | | | x | x |
| 23 | Percentage patiënten in de thuis-situatie met geïndividualiseerde distributievormen | | x | | |

| Nr. | Titel | Structuur | Proces | Uitkomst | Keten |
|--|---|-----------|--------|----------|-------|
| 24 | Uitvoeren controles op gebruik bloed-glucosemeters | x | | | |
| 25 | Aantal uitgevoerde medicatiereviews bij patiënten met polyfarmacie | | x | | |
| Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening | | | | | |
| 26 | Jaartal en methode meest recente onderzoek naar patiëntervaringen of patiënttevredenheid | x | | | |
| 27 | Aantal geregistreerde klachten van patiënten | | x | | |
| 28a | Percentage bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten | | x | | |
| 28b | Nam u in het rapportagejaar deel aan het LAREB-intensieve monitoring programma | | x | | |
| Apotheekbereiding | | | | | |
| 29 | Beoordelen farmacotherapeutische rationaliteit niet-FNA-preparaten | x | | | |
| 30 | Percentage capsules waarbij statistische controle van gewichtsspreiding is uitgevoerd | | x | | |
| 31 | Percentage bereidingen waarvan monsters zijn geanalyseerd door een regionaal analyselaboratorium | | x | | |
| 32 | Percentage bereiding van systemische preparaten waarbij doseringscontrole is uitgevoerd | | x | | |
| 33 | Percentage bereidingen van systemische preparaten waarbij controle op interacties is uitgevoerd (vervallen) | | x | | |
| 34 | Vrijgeven van bereidingen door apotheker voorafgaand aan ter hand stellen | x | | | |
| 35 | Afspraken bij apothekbereidingen die in opdracht elders worden bereid | x | | | |

| Nr. | Titel | Structuur | Proces | Uitkomst | Keten |
|--------------------------------|--|-----------|--------|----------|-------|
| Farmacotherapiebeleid | | | | | |
| 36 | Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAID's met gastroprotectie gebruikt | | | x | x |
| 37 | Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt | | | x | x |
| 38 | Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia | | | x | x |
| 39 | Percentage patiënten met inhalatiecorticosteroiden bij overmatig gebruik bronchusverwijders | | | x | x |
| 40 | Percentage patiënten met metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen | | | x | x |
| 41 | Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica | | | x | x |
| 42 | Percentage terhandstellingen van derdegeneratie-chinolonen | | | x | x |
| Poliklinische apotheken | | | | | |
| 43 | Betrokkenheid schriftelijke behandelprotocollen farmaceutische zorg in het ziekenhuis | | x | | |
| 44 | Medicatiebewaking bij verminderde nierfunctie | | | | |
| 44a | | x | | | |
| 44b | | | x | | |
| 44c | | | | x | x |
| 45 | Percentage patiënten met een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht bij klinische opname en bij ontslag uit het ziekenhuis | | x | | |

Kwaliteitsindicatoren

Patiëntendossier

Patiëntendossier: indicator 1

Sinds de opname van de apotheker in de WGBO (1 juli 2007) is er een wettelijke verplichting om voor elke patiënt waaraan geneesmiddelen worden terhandgesteld een dossier bij te houden. Een dossier omvat naast het recept alle informatie die van belang is in het kader van de behandeling, zoals het actuele geneesmiddelgebruik, contra-indicaties en intoleranties van de patiënt. In NAN richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst, is opgenomen dat apothekers een dossier dienen aan te leggen van de patiënt, ongeacht of de patiënt zich eenmalig tot de apotheek wendt, of daarna vaker een beroep doet op deze apotheek.

1 Vastleggen actuele geneesmiddelgebruik

Onderbouwing

Indicator 1 gaat in op het vastleggen van het actuele geneesmiddelgebruik voor iedere patiënt waarvan dit tot dusverre in de apotheek niet bekend is, inclusief passanten. Het actuele geneesmiddelgebruik is het overzicht van geneesmiddelen die de patiënt op dit moment verondersteld wordt te gebruiken. Het op de hoogte zijn van het actuele geneesmiddelgebruik is een randvoorwaarde voor het uitvoeren van een zorgvuldige medicatiebewaking.

Gerelateerde NAN-norm

1.2 Aanleggen van patiëntendossiers in de apotheek (Richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst).

Indicator

Wordt voor iedere patiënt (inclusief passanten) het actuele geneesmiddelgebruik vastgelegd in het dossier, voordat de eerste terhandstelling plaatsvindt? Deze vraag is van toepassing op patiënten waarvan het actuele geneesmiddelgebruik onbekend is.

ja, altijd of bijna altijd
 nee

Toelichting:

Contra-indicaties

Contra-indicaties: indicatoren 2 tot en met 7

Indicatoren 2 tot en met 7 gaan in op het navragen en vastleggen van informatie die nodig is voor het verantwoord ter hand stellen van geneesmiddelen. Contra-indicaties van een patiënt zijn een belangrijk onderdeel van deze informatie, omdat contra-indicaties invloed kunnen hebben op de effectiviteit of veiligheid van het gebruik van geneesmiddelen.

Er is een onderscheid te maken in afgeleide contra-indicaties (op basis van informatie uit het geneesmiddelgebruik), contra-indicaties op basis van meldingen van patiënten en contra-indicaties die door een voorschrijver of behandelend arts bevestigd zijn. Voor de continuïteit van de farmaceutische zorgverlening is het belangrijk dat informatie over contra-indicaties ook wordt vastgelegd, bijvoorbeeld als onderdeel van een patiëntendossier.

2 Werkafspraken over navragen van contra-indicaties bij de patiënt

Onderbouwing

Indicator 2 gaat in op het navragen van contra-indicaties bij patiënten. Dit zou moeten gebeuren voor iedere patiënt die medicatie ophaalt in de apotheek. In deze indicator wordt specifiek gevraagd naar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar mogelijke contra-indicaties bij iedere patiënt die tot dusverre onbekend is in de apotheek. Het op de hoogte zijn van mogelijke contra-indicaties is een randvoorwaarde voor het uitvoeren van een zorgvuldige medicatiebewaking.

Gerelateerde NAN-normen

- 1.2 Aanleggen van patiëntendossiers in de apotheek (Richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst).
- 2.5.1 Continuïteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.

Indicator

Is er in de apotheek een vastgelegde werkafpraak dat voor iedere patiënt zonder patiëntendossier (inclusief passanten) mogelijke contra-indicaties worden nagevraagd? ja nee

Toelichting:

3 Vragen bevestiging voorschrijver van contra-indicaties

Onderbouwing

Indicator 3 gaat in op het vragen van een bevestiging van afgeleide of mogelijke contra-indicaties aan de voorschrijver. Een door de voorschrijver bevestigde contra-indicatie is betrouwbaarder dan een contra-indicatie die uitsluitend is afgeleid uit het geneesmiddelgebruik of is ingevoerd op basis van een melding van een patiënt. Het vragen van bevestiging van contra-indicaties aan de voorschrijver is een indicator voor de zorgvuldigheid van de apotheker in het nagaan of vermoedens van contra-indicaties terecht zijn. Sommige geneesmiddelen worden uitsluitend gebruikt bij één bepaalde ziekte zoals schildkliermiddelen. Insuline echter kan gebruikt worden bij diabetes type 1, diabetes type 2 of zwangerschapsdiabetes.

Gerelateerde NAN-normen

- 1.2 Aanleggen van patiëntendossiers in de apotheek (Richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst).
- 2.5.1 Continuïteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.

Indicator

Worden mogelijke contra-indicaties van patiënten (inclusief passanten) van medicatie die voor meer dan een aandoening gebruikt kunnen worden ter bevestiging voorgelegd aan de voorschrijver? ja, altijd of bijna altijd ja, niet altijd maar in > 50% van de situaties ja, maar in < 50% van de situaties nee, (bijna) nooit

Toelichting:

4 Percentage gebruikers bloedglucoseverlagende middelen met een vastgelegde indicatie diabetes, ter bewaking op contra-indicaties

Onderbouwing

Indicator 4 gaat in op het vastleggen van de contra-indicatie diabetes. Diabetes is hier gekozen als voorbeeld van een contra-indicatie, omdat dit een belangrijke en steeds vaker optredende aandoening is. De contra-indicatie diabetes (type I of II) kan worden afgeleid uit het gebruik van orale antidiabetica en/of insuline. Het percentage gebruikers van orale antidiabetica en/of insuline waarbij een contra-indicatie diabetes is vastgelegd in het apotheekinformatiesysteem is een indicatie voor de zorgvuldigheid van de apotheek om deze belangrijke patiëntengroep in kaart te brengen.

Gerelateerde NAN-normen

- 1.2 Aanleggen van patiëntendossiers in de apotheek (Richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst).
2.5.1 Continuïteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.

Indicator

Percentage gebruikers van orale antidiabetica en/of insuline waarbij een contra-indicatie diabetes is vastgelegd in het apotheekinformatiesysteem.

Teller: aantal gebruikers van orale antidiabetica en/of insuline waarbij de contra-indicatie diabetes is vastgelegd in het apotheekinformatiesysteem.

Noemer: aantal gebruikers van orale antidiabetica en/of insuline.
De uitkomst voor de noemer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS)

Percentage: $\text{Teller/Noemer} \times 100\%$.

%

Toelichting:

5 Percentage patiënten > 55 jaar met vastgelegde indicatie hartfalen, ter bewaking op contra-indicaties

Deze indicator is in 2010 vervallen.

| | |
|--------------------------------|--|
| Titel | Percentage gebruikers bloedglucoseverlagende middelen met een vastgelegde indicatie diabetes, ter bewaking op contra-indicaties. |
| Domein | Contra-indicaties. |
| Medicatie | Diabetes A10A of A10B. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in het rapportagejaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Voor de 'gebruikers' van 'diabetes_2' de gebruikperiodes corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Vastgelegde indicatie diabetes | Vastgelegde en door de voorschrijver bevestigde indicatie diabetes. |
| Selecties | A: Patiënten met tenminste een 'terhandstelling' van 'diabetes' in het rapportagejaar. B: Alle patiënten uit A met een 'vastgelegde indicatie diabetes'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A \times 100$ |
| Streefwaarde | Richting 100%. |
| Passant | Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen. |

6 Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers

Onderbouwing

Indicator 6 gaat in op het ter hand stellen van geneesmiddelen ondanks een mogelijke contra-indicatie. In deze indicator wordt gevraagd naar het ter hand stellen van NSAID's bij het gebruik van lisdiuretica en RAS-remmers. De combinatie van het gebruik van lisdiuretica en RAS-remmers is een aanwijzing voor de aanwezigheid van hartfalen en/of verminderde nierfunctie. Het gebruik van NSAID's is relatief gecontraïndiceerd voor patiënten met hartfalen en/of een verminderde nierfunctie, omdat deze combinatie aanleiding kan geven tot acuut nierfalen en verergering van hartfalen. In sommige gevallen zal deze combinatie van geneesmiddelen bewust zijn terhandgesteld. In dat geval dient wel te worden vastgelegd in hoeverre hierover is overlegd met de voorschrijver (bijvoorbeeld navragen nierfunctie) en welke communicatie met de patiënt heeft plaatsgevonden (bijvoorbeeld patiënt adviseren bij vermindering urineproductie of oedeem contact op te nemen met voorschrijver).

Gerelateerde NAN-norm

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

Indicator

Percentage patiënten met terhandstellingen van NSAID's in combinatie met lisdiuretica en RAS-remmers.

Teller: het aantal patiënten dat tenminste éénmaal in het rapportagejaar gelijktijdig NSAID's, lisdiuretica en RAS-remmers gebruikt.

Noemer: het aantal patiënten dat tenminste éénmaal in het rapportagejaar gelijktijdig lisdiuretica en RAS-remmers gebruikt.

Percentage: $\text{Teller/Noemer} \times 100\%$.

%

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers.

Toelichting:

| | |
|------------------------------|--|
| Titel | Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers. |
| Domein | Contra-indicaties. |
| Medicatie | Lisdiuretica: C03CA |
| RAS-remmer: | C09 |
| NSAID: | M01A |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gecorrigeerde gebruikperiode | Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van 'lisdiuretica' (op ATC 4 niveau), 'RAS-remmer' (op ATC 2 niveau) en 'NSAID' (op ATC3 niveau) corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Tegelijkertijd gebruiker | Overlap van de 'gecorrigeerde gebruikperiode' van de medicatiegroepen voor tenminste 14 dagen in het rapportagejaar. |
| Hartfalen | 'Tegelijkertijd' gebruiker van 'lisdiuretica' en 'RAS-remmer' in het rapportagejaar. |
| Selecties | A: 'Gebruikers' met 'hartfalen'. B: Patiënten uit 'A' en 'tegelijkertijd gebruiker' van 'lisdiuretica' en 'RAS-remmer' en 'NSAID' in het rapportagejaar. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A \times 100$ |
| Streefwaarde | Richting 0%. |

7 **Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen**

Deze indicator is in 2010 vervallen.

Intoleranties

Intoleranties: indicatoren 8 en 9

Indicatoren 8 en 9 gaan in op intoleranties. Het bewaken op intoleranties van een patiënt bevordert het veilige gebruik van geneesmiddelen. Het is daarom belangrijk om naast informatie over contra-indicaties en geneesmiddelgebruik ook informatie vast te leggen over intoleranties. Intoleranties kunnen zowel een medisch objectieveerbare overgevoeligheid betreffen als een minder goed objectieveerbare melding van een patiënt die een middel niet goed verdraagt. In de apotheek worden intoleranties vaak gemeld door patiënten en zijn deze niet altijd medisch objectiveerbaar. Desondanks is het van belang deze meldingen goed vast te leggen ten behoeve van de medicatiebewaking

8 **Werkafspraken over vragen naar intoleranties bij patiënt**

Onderbouwing

Indicator 8 gaat in op het vragen naar intoleranties bij de patiënt. Dit dient in ieder geval te gebeuren voor de patiënt zonder patiëntendossier in de apotheek. In deze indicator wordt gevraagd naar vastgelegde werkafspraken hierover in de apotheek.

Gerelateerde NAN-normen

- 1.2 Aanleggen van patiëntendossiers in de apotheek (NAN richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst).
- 2.5.1 Continuïteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.

Indicator

Zijn er in de apotheek vastgelegde werkafspraken over het vragen naar intoleranties aan iedere patiënt zonder patiëntendossier (inclusief passanten)?

ja nee

Toelichting:

9 Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline

Onderbouwing

Indicator 9 gaat in op het percentage patiënten waarbij een intolerantie voor penicilline in het apotheek informatie systeem is vastgelegd. Meldingen van intoleranties kunnen afkomstig zijn van patiënten en/of voorschrijvers. Hoewel het bekend is dat dergelijke meldingen niet altijd relevant zijn, geeft het percentage vastgelegde intoleranties toch een indruk in hoeverre de apotheek probeert op dit onderdeel te bewaken. Uiteindelijk is het belangrijk welke afhandeling de apotheek kiest na het constateren van een intolerantie voor een voorgeschreven geneesmiddel. Een percentage van 0 toont aan dat een apotheek deze relevante informatie nooit vastlegt. Een percentage boven de 10% wijst erop dat het vastleggen niet specifiek genoeg gebeurt.

Gerelateerde NAN-normen

- 1.2 Aanleggen van patiëntendossiers in de apotheek (NAN richtlijn 1, Behandelingsovereenkomst).
- 2.5.1 Continuïteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.

Indicator

Percentage patiënten waarbij een intolerantie voor penicilline is vastgelegd in het apotheek informatiesysteem.

Teller: aantal patiënten in het apotheek informatiesysteem met minimaal 1 aflevering in het rapportagejaar, waarbij een intolerantie voor penicilline is vastgelegd in het apotheek informatiesysteem.

Noemer: aantal patiënten in het apotheek informatiesysteem met minimaal 1 aflevering in het rapportagejaar. De uitkomst van de noemer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: $\text{Teller/Noemer} * 100\%$.

%

Toelichting:

| | |
|---|--|
| Titel | Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline. |
| Domein | Intoleranties. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Aantal actieve patiënten rapportagejaar | Aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt terhandgesteld. |
| Registratie | Intolerantie voor penicilline. |
| Selecties | A: 'aantal actieve patiënten rapportagejaar'. B: Patiënten uit 'A' met registratie van intolerantie voor penicilline. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$ |
| Streefwaarde | N.v.t. |

Interacties

Indicatoren 10 tot en met 12 gaan in op het afhandelen van ongewenste interacties tussen geneesmiddelen, de afstemming over de gekozen afhandeling met andere zorgverleners of de patiënt en het vastleggen hiervan in het apotheek informatiesysteem. Dit is onderdeel van het medicatiebewakingssysteem in de apotheek en is belangrijk voor het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van het geneesmiddelgebruik.

10 Vastleggen van de afhandeling van interacties

Onderbouwing

Indicator 10 vraagt naar het vastleggen van informatie over de afhandeling van interacties in de apotheek. Bij het afhandelen van interacties is het van belang om hierover informatie vast te leggen in het apotheek informatiesysteem, zodat dit nagezocht kan worden ten bate van de medicatiebewaking. In elk geval dient informatie opgenomen te worden over de reden voor de gekozen afhandeling en de uitkomst van een eventueel overleg met een andere zorgverlener of met de patiënt. Aangezien deze informatie eenvoudig toegankelijk moet zijn tijdens de receptverwerking, gaat de voorkeur uit naar een elektronische vorm van vastlegging. In deze indicator wordt het scannen van handmatig op het recept vastgelegde informatie uitgesloten.

Gerelateerde NAN-norm

2.5.1 Continuïteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.

Indicator

Worden ondernomen acties naar aanleiding van het vaststellen van een interactie elektronisch vastgelegd? (exclusief scannen van recepten)

- ja, altijd of bijna altijd
 nee

Toelichting:

11 Afhandelen interacties cumarines met co-trimoxazol

Onderbouwing

Indicator 11 vraagt naar het afhandelen van interacties met cumarines. Behandeling met co-trimoxazol brengt een stabiele en veilige instelling met cumarines in gevaar, met als gevolg een verhoogd risico op ernstige bloedingen. Desondanks komt deze interactie met enige regelmaat voor. Er wordt hier gevraagd naar de afhandeling van deze interactie richting de trombosedienst.

Bij deze interactie is in eerste instantie overleg over een alternatief geneesmiddel met de voorschrijver gewenst. In deze indicator wordt uitgegaan van de situatie waar na overleg met voorschrijver is vastgesteld dat een alternatief geneesmiddel voor cotrimoxazol niet mogelijk is. Wanneer het betreffende geneesmiddel toch wordt terhandgesteld is goede afstemming met de trombosedienst van belang.

Gerelateerde NAN-norm

3.1 Controle door een apotheker van de gevolgde procedure bij het terhandstellen van geneesmiddelen.

Indicator

Indien co-trimoxazol aan een cumarine gebruiker wordt terhandgesteld, wie informeert de trombosedienst hierover?

- De patiënt
 De huisarts
 De apotheek
 Geen actie vanuit de apotheek

Toelichting:

12 **Aantal gebruikers van cumarines in combinatie met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal)**

Onderbouwing

Indicator 12 gaat in op de mate waarin geneesmiddelen met een ongewenste interactie worden terhandgesteld. Gevraagd wordt naar het ter hand stellen van de combinatie van cumarines met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal). Deze combinaties brengen een stabiele en veilige instelling met cumarines in gevaar met een verhoogd risico op ernstige bloedingen. Desondanks komen deze interacties met enige regelmaat voor. Wanneer deze combinatie van geneesmiddelen wel wordt terhandgesteld is het van belang dat de apotheek vastlegt wat hier de reden van is en welk overleg met andere zorgverleners trombosedienst heeft plaatsgevonden. De combinatie met miconazol is niet acceptabel aangezien er alternatieven zijn met de gewenste werking en minder invloed op het effect van de cumarines. Bij co-trimoxazol kan het voor HIV-patiënten moeilijk zijn om een alternatief te vinden. Daarom worden bij de SFK-berekening patiënten op deze combinatie die ook anti-HIV middelen gebruiken, niet meegeteld.

Gerelateerde NAN-norm

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

Indicator

a Aantal gebruikers van cumarines, waarbij minstens eenmaal in het rapportagejaar gelijktijdig gebruik van co-trimoxazol is gesignaleerd.

b Aantal gebruikers van cumarines, waarbij minstens eenmaal in het rapportagejaar gelijktijdig gebruik van miconazol(oraal, vaginaal) is gesignaleerd.

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Aantal gebruikers van cumarines in combinatie met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal).

Toelichting:

a Aantal gebruikers van cumarines waarvoor tenminste een keer in het rapportagejaar tegelijk gebruik met co-trimoxazol is gesignaleerd

| | |
|-----------------------------------|--|
| Titel | Aantal gebruikers van coumarines in combinatie met co-trimoxazol. |
| Domein | Interacties. |
| Medicatie | Vitamine K antagonisten: B01AA07 (Acenocoumarol) of B01AA04 (Fenprocoumon). Co-trimoxazol: J01EE01 Antivirale middelen voor systemisch gebruik: J05. |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gebruiker vitamine K antagonisten | Met een gebruikperiode van minimaal 10 dagen in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 6 maanden. Indien bij ' Vitamine k antagonisten' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 180 dagen als gebruikperiode aan. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 5 niveau voor 'co-trimoxazol' en op geneesmiddel-groepsniveau voor 'vitamin K antagonisten') corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Tegelijkertijd gebruiker | Overlap van 'gecorrigeerde gebruikperiode' van 'gebruiker vitamine K. antagonisten' en 'gebruiker' van 'co-trimoxazol' voor tenminste 10 dagen onafgebroken in het rapportagejaar. |
| Selecties | Exclusie: gebruikers antivirale middelen voor systemisch gebruik. A: 'Tegelijkertijd gebruiker' van 'vitamine K antagonisten' en 'co-trimoxazol' in het rapportagejaar. |
| Aantal | A |
| Streefwaarde | Richting o |

b Aantal gebruikers van cumarinen waarvoor tenminste een keer in het rapportagejaar tegelijk gebruik met miconazol (oraal of vaginaal) is gesignaleerd

| | |
|-----------------------------------|--|
| Titel | Aantal gebruikers van coumarines in combinatie met miconazol (oraal, vaginaal). |
| Domein | Interacties. |
| Medicatie | Vitamine K antagonisten: B01AA07 (Acenocoumarol) of B01AA04 (Fenprocoumon). Miconazol: A01AB09, A07AC01, G01AF04, J02AB01. |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gebruiker vitamine K antagonisten | Met een gebruikperiode van minimaal 10 dagen in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 6 maanden. Indien bij ' Vitamine k antagonisten' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 180 dagen als gebruikperiode aan. |

| | |
|-------------------------------|---|
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 5 niveau voor 'miconazol' en op geneesmiddelgroepsniveau voor 'vitamine K antagonisten') corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Tegelijkertijd gebruiker | Overlap van 'gecorrigeerde gebruiksperiode' van 'gebruiker vitamine K antagonisten' en 'gebruiker' van 'miconazol' voor tenminste 10 dagen onafgebroken in het rapportagejaar. |
| Selecties | A: 'Tegelijkertijd gebruiker' van 'vitamine K antagonisten' en 'miconazol' in het rapportagejaar. |
| Aantal | A |
| Streefwaarde | Richting o. |

Ter hand stellen van geneesmiddelen

Ter hand stellen van geneesmiddelen: indicatoren 13 en 14

Indicator 13 en 14 gaan in op de controle op het ter hand stellen van het juiste geneesmiddel aan de juiste patiënt in de apotheek. Een goed systeem van interne controle voorafgaand aan het ter hand stellen van geneesmiddelen kan het aantal verkeerde terhandstellingen beperken. Voor het tijdig constateren van fouten is de controle van recepten door een apotheker op dag van ter hand stellen van de geneesmiddelen van belang. De apotheker dient bij geconstateerde gebreken in de farmaceutische zorg- en dienstverlening zo snel mogelijk te kunnen ingrijpen.

13 Percentage terhandstellingen waarbij interne controles zijn toegepast voorafgaand aan ter hand stellen

Onderbouwing

Indicator 13 gaat in op de interne controles die in de apotheek zijn toegepast voorafgaand aan het ter hand stellen van een geneesmiddel. Een goed systeem van interne controle is noodzakelijk. Er zijn verschillende manieren om een sluitende controle te krijgen. Deze indicator vraagt naar 2 van de manieren om een controle uit te voeren.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.1.1 Medicatiebewaking.
- 2.3.2 Controles op terhandstelling van geneesmiddelen.
- 3.1 Controle door een apotheker van de gevolgde procedure bij het ter hand stellen van geneesmiddelen.
- 5.5 Structuur, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het apotheekteam.

Indicator

Percentage terhandstellingen tijdens reguliere openingstijden waarbij onderstaande interne controles zijn toegepast voorafgaand aan het ter hand stellen van het geneesmiddel:

- Percentage terhandstellingen waarbij minimaal twee personen betrokken zijn voorafgaand aan het ter hand stellen.
- Percentage terhandstellingen waarbij de barcodes op verpakking van geneesmiddelen zijn gescand.

Toelichting:

14 Aantal dagen dat recepten niet op dag van ter hand stellen zijn gecontroleerd door apotheker

Onderbouwing

Indicator 14 vraagt naar de controle van de recepten door een apotheker. Het achteraf controleren van terhandgestelde recepten is een belangrijk onderdeel bij het opsporen van fouten bij het ter hand stellen van geneesmiddelen. Het tijdig uitvoeren van deze controle is een indicatie voor de inspanningen van de apotheek voor het ter hand stellen van het juiste middel, in de juiste dosering en aan de juiste patiënt en het opsporen van contra-indicaties, intoleranties en interacties.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.
- 3.1 Controle door een apotheker van de gevolgde procedure bij het ter hand stellen van geneesmiddelen.

Indicator

Aantal dagen dat recepten in het rapportagejaar niet op de dag van terhandstelling en uiterlijk binnen 24 uur na terhandstelling zijn gecontroleerd door een apotheker.

Toelichting:

Registratie van incidenten

Incidentenregister, indicatoren 15 en 16

Het melden, registreren en evalueren van incidenten binnen de apotheek kan belangrijke aanknopingspunten opleveren voor het verbeteren van werkwijzen en interne controles. Een incidentenregister maakt een systematische beoordeling van de basisoorzaken van de geconstateerde afwijkingen mogelijk. Een incident is iedere onbedoelde gebeurtenis die geleid heeft of had kunnen leiden tot schade bij de patiënt. Het gaat hierbij om door geconstateerde afwijkingen voordat het geneesmiddel aan de patiënt is overhandigd en die nog niet door de patiënt of een andere zorgverlener zijn opgemerkt. Het omgaan met klachten komt aan de orde in een andere indicator.

15 Registreren van incidenten

Onderbouwing

Indicator 15 vraagt naar de aanwezigheid van een procedure voor het registreren van incidenten die door medewerkers van de apotheek zijn geconstateerd en waarvan de patiënt nog niets heeft gemerkt. Uiteindelijk is het van belang dat incidenten werkelijk worden geregistreerd, geanalyseerd en waar mogelijk aanleiding geven tot verbeteringen in procedures en controles.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.3.2 Controle van overeenkomst tussen voorschrift en geneesmiddel.
- 3.1 Controle door apotheker van gevolgde procedure bij ter hand stellen van geneesmiddelen.
- 3.4 Aanpassen van de farmaceutische zorgverlening bij gebreken of veranderde zorgbehoefte.
- 4.6 Nemen van maatregelen bij verdenkingen of constatering van terhandstelling of diensten van onvoldoende kwaliteit.

Indicator

Worden voor het borgen en continu verbeteren van de interne processen incidenten gemeten die door apotheek-medewerkers (intern) worden geconstateerd? ja nee

Toelichting:

Onderbouwing

Indicator 16 vraagt het percentage geregistreerde incidenten dat intern is geconstateerd. Een hoger aantal geregistreerde incidenten betekent niet automatisch dat in de apotheek meer fouten worden gemaakt in vergelijking met andere apotheken. Het kan betekenen dat incidenten beter worden opgespoord en vastgelegd.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.3.2 Controle van overeenkomst tussen voorschrift en geneesmiddel.
- 3.1 Controle door apotheker van gevolgde procedure bij ter hand stellen van geneesmiddelen.
- 4.6 Openbaar maken van de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid.
- 4.7 Melden aan de IGZ van gebeurtenissen die tot overlijden of ernstige schade voor patiënten hebben geleid.

Indicator

Aantal intern geconstateerde en geregistreerde incidenten.

Teller: het aantal door apotheekmedewerkers incidenten in het rapportagejaar.

Noemer: aantal receptregels van patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt terhandgesteld.
Het resultaat voor de noemer getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Toelichting:

In de toelichting vragen wij u om kort te vermelden op welke wijze de registratie plaatsvindt en hoe dit leidt tot verbeteringen in het zorgproces.

| | |
|---|--|
| Titel | Aantal geregistreerde intern geconstateerde incidenten. |
| Domein | Interne incidentenregistratie. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Aantal verstrekkingen in het rapportagejaar | Aantal terhandstellingen van receptgeneesmiddelen (UR) in het rapportagejaar. |
| Registratie | Intern incident. |
| Selecties | A: 'aantal verstrekkingen van UR geneesmiddelen in het rapportagejaar' B: 'aantal geregistreerde interne incidenten'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $(B / A) * 100$ |
| Streefwaarde | N.v.t. |

Begeleiden patiënten

Begeleiden patiënten: indicatoren 17 tot en met 25

De indicatoren 17 tot en met 25 vragen naar het begeleiden van patiënten, door middel van ondersteuning van het juist gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Dit is een indicatie voor de aandacht en inspanningen van de apotheek voor het bevorderen van effectief en veilig gebruik van geneesmiddelen door patiënten. Gevraagd wordt naar het geven van instructies over inhalatoren en bloedglucosemeters, het geven van mondelinge voorlichting bij eerste en vervolgitgifte, het ondersteunen van het juist gebruik van geneesmiddelen door middel van individuele distributievormen en het verrichten van medicatiereviews voor patiënten met polyfarmacie.

17

Aanbieden inhalatie-instructie bij eerste uitgifte van inhalatiemedicatie

Deze indicator is in 2009 vervallen.

18 Percentage patiënten met eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven

Onderbouwing

Indicator 18 gaat in op het percentage patiënten met een eerste uitgifte van inhalatiemedicatie aan wie een instructie is gegeven in de apotheek. Voor het effectief en veilig gebruik van inhalatiemedicatie is een inhalatie-instructie van belang. Voor de continuïteit van zorg is het van belang om informatie over gegeven instructies in de apotheek vast te leggen. Onder een eerste uitgifte van inhalatiemedicatie wordt in deze indicator verstaan: 'een terhandstelling van inhalatiemedicatie in het rapportagejaar zonder een terhandstelling hiervan in de voorafgaande 12 maanden waarvoor een eerste uitgifte tarief in rekening is gebracht.

Gerelateerde NAN-norm

2.4.1 Geven van informatie en instructie voor het gebruik van het geneesmiddel

Indicator

18a Percentage patiënten met een eerste uitgifte van inhalatiemedicatie in het rapportagejaar, aan wie een inhalatie-instructie is gegeven.

Teller: aantal patiënten met een eerste uitgifte van inhalatiemedicatie in het rapportagejaar, aan wie een inhalatie-instructie is gegeven.

Noemer: aantal patiënten met een terhandstelling van inhalatiemedicatie in het rapportagejaar zonder een aflevering hiervan in de voorafgaande 12 maanden waarvoor een eerste uitgifte tarief is gedeclareerd. Het resultaat voor de noemer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|----------------------------|---|
| Titel | Percentage patiënten met een eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven. |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Medicatie | Inhalatiemedicatie: R03A of R03B. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Eerste uitgifte | 'Terhandstelling' in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een 'terhandstelling' is geweest op ATC 4 niveau. |
| Eerste uitgifte met tarief | 'Eerste uitgifte' in het rapportagejaar waarvoor een eerste uitgifte tarief is gedeclareerd. |
| Registratie | Registratie waaruit blijkt dat inhalatie-instructie conform de afspraak is gegeven. |
| Selecties | A: Patiënten met 'eerste uitgifte met tarief' van 'inhalatiemedicatie' in het rapportagejaar. B: Patiënten uit 'A' met registratie van inhalatie instructie gegeven. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A *100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

Indicator

18b Percentage gebruikers van inhalatiecorticosteroiden met orofaryngeale antimycotica.
Deze gegevens vindt u in de SFK-web-rapportage (KISS).

Teller: aantal patiënten met een orofaryngeaal antimycoticum nadat inhalatiecorticosteroid is gebruikt.

Noemer: aantal patiënten die inhalatiecorticosteroiden gebruiken.

Percentage: $\text{Teller/Noemer} * 100$.

%

Toelichting:

| | |
|-----------------|---|
| Titel | Percentage gebruikers inhalatiecorticosteroiden met orofaryngeale antimycotica. |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Medicatie | ICS: R03AK06, R03AK07, R03BA. Antimycotica: A07AA07, A07AA02, A01AB04, A07AC01. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Overgang | Eerst terhandstelling van een geneesmiddel(groep) en pas vervolgens terhandstelling van een ander geneesmiddel(groep). De overgang moet binnen 90 dagen hebben plaats gevonden. |
| Selecties | A: Patiënten 'ICS' in het rapportagejaar. B: Patiënten uit 'A' met een 'overgang' van een 'terhandstelling' van 'ICS' naar een 'terhandstelling' van 'antimycotica'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$ |
| Streefwaarde | Richting 0%. |

19 Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid

Onderbouwing

Indicator 19 gaat in op de voorlichting die in de apotheek wordt gegeven over geneesmiddelen om het effectief en veilig gebruik van het middel te bevorderen en voorlichting te geven over werking en mogelijke bijwerkingen. Deze indicator gaat in op de voorlichting bij benzodiazepinen. Risico's verbonden met gebruik van benzodiazepinen zijn onder andere valrisico, de beïnvloeding van het reactievermogen en de rijvaardigheid, en het risico van afhankelijkheid. Deze indicator vraagt naar de mondelinge voorlichting over de beïnvloeding van het reactievermogen en de rijvaardigheid bij een eerste uitgifte van benzodiazepinen. Onder een eerste uitgifte van benzodiazepines wordt in deze indicator verstaan: 'een terhandstelling van benzodiazepines in het rapportagejaar zonder een terhandstelling hiervan in de voorafgaande 12 maanden waarvoor een eerste uitgifte tarief in rekening is gebracht.

Gerelateerde NAN-norm

2.4.1 Geven van informatie en instructie voor het gebruik van het geneesmiddel.

Indicator

Percentage patiënten met een eerste uitgifte van benzodiazepinen die mondeling is geweest op de beïnvloeding van het reactievermogen en de rijvaardigheid.

Teller: aantal patiënten dat in het rapportagejaar een eerste uitgifte van benzodiazepinen heeft gekregen en dat mondeling is geweest op de beïnvloeding van het reactievermogen en de rijvaardigheid.

Noemer: aantal patiënten dat in het rapportagejaar een eerste uitgifte van benzodiazepinen heeft gekregen. De uitkomst van de noemer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|----------------------------|---|
| Titel | Percentage patiënten dat bij een eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid. |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Medicatie | Benzodiazepinen: No5BA (Benzodiazepinederivaten) of No5CD (Benzodiazepinederivaten) of No5CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen). |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar |
| Eerste uitgifte | 'Terhandstelling' in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een 'terhandstelling' is geweest van 'benzodiazepines'. |
| Eerste uitgifte met tarief | 'Eerste uitgifte' in het rapportagejaar waarvoor een eerste uitgifte tarief is gedeclareerd. |
| Registratie | Registratie waaruit blijkt dat met de patient over het risico is gesproken. |
| Selecties | A: Patiënten met 'eerste uitgifte met tarief' van 'benzodiazepinen' in het rapportagejaar. B: Patiënten uit 'A' met 'registratie'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A *100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

20 Percentage patiënten dat bij vervolgitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid

Onderbouwing

Indicator 20 gaat in op de voorlichting die in de apotheek wordt gegeven over geneesmiddelen om het effectief en veilig gebruik van het middel te bevorderen en voorlichting te geven over werking en mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar de mondelinge voorlichting over het risico van afhankelijkheid bij een vervolgitgifte van benzodiazepinen. Voor de preventie van chronisch gebruik van benzodiazepinen is gerichte voorlichting over risico's van chronisch gebruik en begeleiding van patiënten die benzodiazepinen gebruiken van belang.

Gerelateerde NAN-norm

2.4.1 Geven van informatie en instructie voor het gebruik van het geneesmiddel.

Indicator

Percentage patiënten dat bij een vervolgitgifte van benzodiazepinen mondeling is gewezen op het risico van afhankelijkheid.

Teller: aantal patiënten met een vervolgitgifte van benzodiazepinen dat mondeling is gewezen op het risico van afhankelijkheid.

Noemer: aantal patiënten dat met een vervolgitgifte van benzodiazepinen. De uitkomst van de noemer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|---------------------------|---|
| Titel | Percentage patiënten dat bij vervolgitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid. |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Medicatie | Benzodiazepinen: No5CD (Benzodiazepinederivaten) of No5BA (Benzodiazepinederivaten) of No5CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen). |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Vervolgitgifte met tarief | 'Terhandstelling' in het rapportagejaar waarbij tevens tenminste 1 'terhandstelling' op niveau van de geneesmiddelgroep in de voorafgaande 4 maanden is geweest met een hiervoor in rekening gebracht tarief. |
| Registratie | Registratie waaruit blijkt dat met de patient over dit risico is gesproken |
| Selecties | A: Patiënten met 'vervolgitgifte' met tarief' van 'benzodiazepinen' in het rapportagejaar. B: Patiënten uit 'A' met 'registratie'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A *100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

21 Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (> 65 jaar)

Onderbouwing

Indicator 21 gaat in op het percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen. Chronisch gebruik is in deze indicator gedefinieerd als meer dan 90 doses benzodiazepinen in het rapportagejaar. Deze indicator vraagt specifiek naar dit percentage voor de groep patiënten ouder dan 65 jaar. Risico's verbonden met het chronisch gebruik van benzodiazepinen bij ouderen zijn valrisico's, beïnvloeding van reactievermogen en de rijvaardigheid en afhankelijkheid. Deze indicator wordt beschouwd als een ketenindicator voor de zorg rond het geneesmiddel. De apotheek maakt deel uit van deze keten.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.
- 2.4.1 Geven van informatie en instructie voor het gebruik van het geneesmiddel.

Indicator

Percentage gebruikers van benzodiazepinen >65 jaar, aan wie meer dan 90 doses benzodiazepinen is terhandgesteld in het rapportagejaar.

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (> 65 jaar).

Teller: aantal patiënten > 65 jaar, die in het rapportagejaar meer dan 90 doses benzodiazepinen gebruiken.

Noemer: aantal patiënten > 65 jaar, die in het rapportagejaar een benzodiazepine gebruiken.

Percentage: Teller/Noemer * 100. %

Toelichting:

| | |
|-------------------------------|--|
| Titel | Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (>65 jaar). |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Medicatie | Benzodiazepinen: N05BA (Benzodiazepinederivaten) of N05CD (Benzodiazepinederivaten) of N05CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen). |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes binnen de groep van 'benzodiazepinen' corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Periode overgebruik | Met een gebruikperiode die in totaal 90 ddd en meer omvatte tijdens het rapportagejaar, mede op basis van terhandstellingen in de aan het rapportagejaar voorafgaande 4 maanden. |
| Selecties | A: 'Gebruikers' van 'benzodiazepinen' boven 65 jaar. B: 'Gebruikers' uit 'A' met tenminste 1 'periode overgebruik' van 'benzodiazepinen' in het rapportagejaar. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A * 100 |
| Streefwaarde | Richting 0%. |

22 Percentage patiënten dat bij een eerste uitgifte van antidepressiva is voorgelicht over niet direct intreden effect

Onderbouwing

Indicator 22 gaat in op de voorlichting die in de apotheek wordt gegeven over geneesmiddelen om het effectief en veilig gebruik van het middel te bevorderen en voorlichting te geven over werking en mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar de mondelinge voorlichting bij de eerste uitgifte van antidepressiva over de verwachte duur tot het optreden van een therapeutisch effect. Veel patiënten stoppen na eerste uitgifte van een antidepressivum. Dit hangt samen met het feit dat antidepressiva bij eerste gebruik vooral bijwerkingen geven en het gewenste positieve effect pas na langere tijd optreedt. Onder een eerste uitgifte antidepressiva wordt in deze indicator verstaan: 'een terhandstelling van antidepressiva in het rapportagejaar zonder een terhandstelling hiervan in de voorafgaande 12 maanden waarvoor een eerste uitgifte tarief in rekening is gebracht.

Gerelateerde NAN-norm

2.4.1 Geven van informatie en instructie voor het gebruik van het geneesmiddel.

Indicator

22a Percentage patiënten dat bij een eerste uitgifte van antidepressiva mondeling erop is gewezen dat het te verwachten effect niet direct intreedt.

Teller: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva in het rapportagejaar, dat er mondeling op gewezen is dat het te verwachten effect niet direct intreedt.

Noemer: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva in het rapportagejaar waarvoor een eerste uitgifte is gedeclareerd.
Het resultaat voor de noemer getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|----------------------------|--|
| Titel | Percentage patiënten dat bij een eerste uitgifte antidepressiva is voorgelicht over niet direct intreden effect. |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Medicatie | Antidepressiva: Selectieve serotonine-heropnameremmers No6AB Mirtazapine No6AX11 Venlafaxine No6AX16 |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar |
| Eerste uitgifte | 'Terhandstelling' in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een 'terhandstelling' is geweest van antidepressiva. |
| Eerste uitgifte met tarief | 'Eerste uitgifte' in het rapportagejaar waarvoor een eerste uitgifte tarief is gedeclareerd. |
| Registratie | Registratie over voorlichting over het niet direct intreden van het effect gegeven. |
| Selecties | A: Patiënten met 'eerste uitgifte met tarief' van 'antidepressiva' in het rapportagejaar B: Patiënten uit 'A' met 'registratie' |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A *100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

Indicator

22b Percentage stoppers binnen 6 maanden.
Deze indicator vindt u in de SFK-web-rapportage (KISS).

Teller: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva tussen 1 januari 2010 en 30 juni 2010, dat binnen 6 maanden gestopt is.

Noemer: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva tussen 1 juli 2010 en 30 juni 2010.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|-------------------------------|--|
| Titel | Percentage stoppers binnen 6 maanden (voor de eerste helft van het rapportagejaar). |
| Medicatie | Antidepressiva: – Selectieve serotonine-heropnameremmers No6AB. – Mirtazapine No6AX11. – Venlafaxine No6AX16. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Eerste uitgifte | Terhandstelling in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een terhandstelling is geweest. |
| Eerste uitgifte met tarief | Eerste uitgifte in het rapportagejaar waarvoor een eerste uitgifte tarief is gedeclareerd. |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de gebruikers de gebruikperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 3 niveau) corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Selecties | A: Patiënten met 'Eerste uitgifte met tarief' van 'antidepressiva' in de eerste helft van het rapportagejaar. B: Patiënten uit A waarbij de gecorrigeerde gebruikperiode korter is dan 6 maanden. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$. |
| Streefwaarde | Richting 0%. |
| Passant | Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen. |

Percentage patiënten in de thuissituatie met geïndividualiseerde distributievormen

Onderbouwing

Indicator 23 gaat in op de patiëntgerichtheid van de zorg en de aandacht en ondernomen inspanningen in het bevorderen van juist gebruik van een geneesmiddel bij specifieke patiëntengroepen. Deze indicator vraagt naar het ter hand stellen van geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen, die patiënten kunnen helpen om het juiste geneesmiddel op het juiste tijdstip in te nemen. Dit is voor bepaalde patiëntengroepen extra belangrijk, zoals voor ouderen en psychiatrische patiënten. Onder geïndividualiseerde distributievormen worden zowel 'Baxter' medicatie als individueel uitgevulde weekdozen verstaan.

Deze indicator vraagt specifiek naar de groep patiënten boven de 65 jaar, in een zelfstandige of ondersteunde woonsituatie. Patiënten in verpleeghuizen en patiënten met een verpleeghuisindicatie in een verzorgingshuis worden uitgesloten.

De SFK kan aan de hand van een declaratiekenmerk van de verstrekkingen de patiënten in kaart brengen waarbij volgens een verpleeghuissystematiek gedeclareerd wordt. Dit zijn de mensen die in een verpleeghuis verblijven of in een verzorgingshuis met een verpleeghuisindicatie. Deze kunnen bij het bepalen van de noemer worden uitgesloten. Daarmee wordt de noemer beperkt tot de patiënten die zelfstandig wonen of in een ondersteunende woonsituatie (verzorgingshuis).

Gerelateerde NAN-norm

2.3.4 Ter hand stellen van geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen.

Indicator

Percentage patiënten boven de 65 jaar in de thuissituatie, aan wie geneesmiddelen worden terhandgesteld in een geïndividualiseerde distributievorm. 'Patiënten in de thuissituatie' zijn hier de patiënten die in het rapportagejaar geen terhandstellingen voor een verpleeghuis hadden.

Teller: aantal patiënten boven de 65 jaar in de thuissituatie met minimaal 1 terhandstelling in het rapportagejaar, aan wie geneesmiddelen worden terhandgesteld in een geïndividualiseerde distributievorm.

Noemer: aantal patiënten boven de 65 jaar in de thuissituatie met minimaal 1 terhandstelling in het rapportagejaar. Het resultaat van de noemer vindt u in de SFK web-rapportage KISS.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|-------------------------------------|--|
| Titel | Percentage patiënten in de thuissituatie met geïndividualiseerde distributievormen. |
| Domein | Begeleiden patiënten. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Actuele patiënten meetjaar | Aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het meetjaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt ter hand gesteld. |
| Orale toedieningsvormen | Orale toedieningsvorm (toedieningsweg = g). |
| Verpleeghuisindicatie | Patiënten die gedurende het rapportagejaar tenminste 1 terhandstelling hebben gehad in een verpleeghuis (uzovi code 9998). |
| Geïndividualiseerde distributievorm | Patiënten met een geïndividualiseerde distributievorm. |
| Selecties | A: 'Actuele patiënten' boven 65 jaar met tenminste een 'terhandstelling' van een 'orale toedieningsvorm' en zonder 'verpleeghuisindicatie' in het meetjaar. B: Patiënten uit 'A' met 'geïndividualiseerde distributievorm'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A * 100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

24 Uitvoeren controles op gebruik bloedglucosemeters

Onderbouwing

Indicator 24 gaat in op de aandacht die er in de apotheek is voor aandoeninggerichte zorg en het effectief en veilig gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Gevraagd wordt naar de controle van het gebruik van bloedglucosemeters die uitgevoerd wordt voor diabetes patiënten. Het controleren van bloedglucosemeters kan bijdragen aan een optimale zelfmonitoring door diabetes patiënten.

Gerelateerde NAN-norm

2.4.1 Geven van informatie en instructie voor het gebruik van het geneesmiddel.

Indicator

Wordt in uw apotheek de controle van het gebruik bloedglucosemeters uitgevoerd voor diabetespatiënten? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ja, wij hebben in het rapportagejaar een bloedglucosemeter controledag of -dagen georganiseerd
- ja, wij hebben in het rapportagejaar bij _____ (aantal) patiënten de werking en/of het gebruik van de bloedglucosemeter beoordeeld.
- nee

Toelichting:

25 Aantal uitgevoerde medicatiereviews bij patiënten met polyfarmacie

Onderbouwing

Indicator 25 gaat in op de patiëntgerichtheid van de zorg en het bevorderen van juist gebruik van geneesmiddelen door patiënten. Extra aandacht voor patiënten met polyfarmacie door middel van een medicatiereview kan hier een onderdeel van zijn. Deze indicator vraagt naar het aantal medicatie reviews dat is uitgevoerd voor patiënten met polyfarmacie, hier gedefinieerd als het gelijktijdig gebruik van meer dan 5 chronische geneesmiddelen.

Onder medicatiereview wordt in deze indicator verstaan een systematische analyse van de gehele medicatiehistorie van een patiënt die met de (huis)arts en met de patiënt zelf wordt besproken. In het geval van bespreken met een (huis)arts worden bij de beoordeling van de medicatie alle klinische gegevens van de patiënt betrokken, terwijl bij de beoordeling met de patiënt de gebruikservaring en het welbevinden centraal staat.

Indicator

25a Aantal medicatiereviews dat is besproken met de (huis)arts bij patiënten met polyfarmacie (>5 chronische geneesmiddelen).

25b Aantal medicatiereviews dat is besproken met de patiënt bij patiënten met polyfarmacie (>5 chronische geneesmiddelen).

U wordt verzocht het aantal te bepalen op basis van gegevens uit het apotheekinformatiesysteem.

Toelichting:

Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening

Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening: indicatoren 26 tot en met 28

Deze groep indicatoren gaat in op het betrekken van de ervaringen van patiënten van de apotheek bij de zorgverlening. De apotheek dient periodiek de farmaceutische zorg- en dienstverlening van de apotheek door patiënten te laten beoordelen en waar nodig aan te passen. Klachten van patiënten kunnen daarnaast aanwijzingen voor verbeteringen opleveren. Het registreren van meldingen van bijwerkingen van geneesmiddelen door patiënten is van belang voor de veiligheid van de individuele patiënt en de veiligheid van medicatie op populatie niveau.

26

Jaartal en methode meest recente onderzoek naar patiëntervaringen of patiënttevredenheid

Onderbouwing

Indicator 26 gaat in op het betrekken van patiëntervaringen in de zorgverlening door middel van patiëntervaringenonderzoek. Door het periodiek meten van patiëntervaringen kan worden nagegaan of de zorg voldoende aansluit bij de behoefte van de patiënt, of er zich knelpunten voordoen en hoe interventies of verbeteractiviteiten in de apotheek zijn ervaren. Deze indicator vraagt naar het laatste jaar waarin een dergelijk onderzoek is uitgevoerd in de apotheek en naar de methode die gebruikt is. Hierbij wordt expliciet gevraagd naar twee gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten voor patiëntervaringen, het kwaliteitsprogramma 'Apotheken door Clienten bekeken' (ACB) dat door de NPCF in samenwerking met de KNMP is ontwikkeld en de CQ Index farmacie.

Gerelateerde NAN-norm

3.4 Beoordelen van de farmaceutische zorg- en dienstverlening door patiënten.

Indicator

26a Jaar:

26b Welke methode was daarbij gebruikt?

- CQ apotheken
- ACB
- Een andere methode, namelijk:

Toelichting:

27 Percentage geregistreerde klachten

Onderbouwing

Indicator 27 gaat in op het gebruiken van klachten voor het verbeteren van de zorgverlening. Klachten zijn een belangrijke bron van informatie voor verbeteringen in de zorgverlening. Een groter aantal klachten betekent niet automatisch dat de apotheek slechter presteert, maar is in veel gevallen een indicatie voor systematische aandacht voor klachten. Als een klacht wordt beschouwd elke gemotiveerde uiting van ontevredenheid over de zorg, een dienst of een medisch product van de apotheek. Klachten kunnen komen van patiënten maar ook van andere afnemers van zorg, diensten of medische producten, zoals andere apotheken en artsen.

Gerelateerde NAN-norm

3.4 Aanpassen van de farmaceutische zorgverlening bij gebreken of veranderde zorgbehoefte.

Indicator

Percentage geregistreerde klachten in het rapportagejaar

Teller: aantal geregistreerde klachten in het rapportagejaar

Noemer: aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt terhandgesteld. De uitkomst van de noemer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

| | |
|----------------------------|--|
| Titel | Percentage geregistreerde klachten van patiënten. |
| Domein | Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Actuele patiënten meetjaar | Aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het meetjaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt ter hand gesteld. |
| Registratie | Registratie van een klacht. |
| Selecties | A: 'Actuele patiënten meetjaar'. B: Aantal klachten in het rapportagejaar. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A * 100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

28 Percentage bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten

Onderbouwing

Indicator 28 gaat in op de rol die de apotheek speelt in farmacovigilantie. Gevraagd wordt naar het aantal bij LAREB (Nederlands Bijwerkingen Centrum) gemelde bijwerkingen. Het melden van bijwerkingen van geneesmiddelen door patiënten is van belang voor de veiligheid van de individuele patiënt en de veiligheid van medicatie op populatie niveau. De Geneesmiddelenwet (art. 76 en 78) heeft het melden van bijwerkingen voor apothekers wettelijk verplicht. Het aantal meldingen aan LAREB is afhankelijk van het aantal door patiënten gerapporteerde bijwerkingen, maar geeft ook een indruk van de activiteiten van de apotheker op dit gebied.

Gerelateerde NAN-norm

3.2 Oplossen van knelpunten in geval van bijwerkingen.

Indicator

28a Percentage bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten in het rapportagejaar.

Teller: aantal geregistreerde gemelde bijwerkingen bij het LAREB in het rapportagejaar.

Noemer: Aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt terhandgesteld. Het resultaat van de noemer vindt u in de SFK webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

28b Nam u in het rapportagejaar deel aan het LAREB intensieve monitoring programma?

ja

nee

Toelichting:

| | |
|----------------------------|--|
| Titel | Percentage bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten. |
| Domein | Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Actuele patiënten meetjaar | Aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het meetjaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt ter hand gesteld. |
| Registratie | Registratie van aan LAREB gemelde bijwerking'. |
| Selecties | A: 'Actuele patiënten meetjaar. B: Patiënten uit 'A' met een 'registratie.' |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A *100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

Apotheekbereiding

Apotheekbereiding: indicatoren 29 tot en met 35

Deze indicatoren gaan in op het borgen van verantwoorde zorg bij apothekbereidingen. Calamiteiten met apothekbereidingen komen niet frequent voor maar hebben relatief vaak ernstige gevolgen voor de patiënt. Bereiding worden vaak uitbesteed aan anderen. Indien bereidingen (deels) worden uitbesteed dient een apotheek zich ervan te vergewissen op welke wijze deze plaatsvindt in de bereidende apotheek. In de volgende indicatoren wordt u gevraagd om indicatoren 29 tot en met 34 te beantwoorden als u in de eigen apotheek bereidt, en indicator 29 en 32 tot en met 35 als u de bereidingen (deels) uitbesteedt.

29

Beoordelen farmacotherapeutisch ontwerp van niet-FNA-preparaten

Onderbouwing

Indicator 29 vraagt naar de beoordeling van de farmacotherapeutische ontwerp van apothekbereidingen door een apotheker. Door de voorschrijver verzochte apothekbereidingen kunnen soms farmacotherapeutisch obsoleet of minder gewenst zijn. De apotheek waar de patiënt het recept voor een apothekbereiding aanbiedt, beoordeelt het farmacotherapeutisch ontwerp van de apothekbereiding. Indien nodig past de apotheker het voorschrift aan in overleg met de voorschrijver. Deze beoordeling door een apotheker voorafgaand aan de bereiding is van belang omdat dit niet geregistreerde geneesmiddelen zijn, waarvan de effectiviteit en veiligheid niet beoordeeld zijn door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Dit is vooral belangrijk voor niet-gestandaardiseerde bereidingen. Om praktische redenen zijn dat in deze indicator alle niet-FNA-preparaten. Deze indicator heeft betrekking op zowel apothekbereidingen die in uw apotheek zijn bereid als de bereidingen die in uw opdracht elders zijn bereid.

Gerelateerde NAN-norm

2.6.1, 2.6.2 en 2.6.3

Apotheekbereiding.

Indicator

29a Beoordeelt een apotheker van uw apotheek, indien er een recept voor een niet-FNA-bereiding wordt aangeboden ten behoeve van een eerste uitgifte, voorafgaand aan die bereiding de farmacotherapeutische rationaliteit?

ja, altijd of bijna altijd
 nee

Toelichting:

29b Zo ja, hoeveel beoordelingen van niet-FNA-bereidingen zijn in het rapportagejaar bij eerste uitgifte schriftelijk vastgelegd?

_____ (aantal)

Toelichting:

30 Percentage capsules waarbij statistische controle van gewichtsspreiding is uitgevoerd

Onderbouwing

Indicator 30 gaat in op statistische controles van gewichtsspreiding bij de bereiding van capsules (zowel voorraad als ad-hoc) in de eigen apotheek. Het beleid om statistische controle van gewichtsspreiding van capsules uit te voeren is onderdeel van een systeem van interne controles op bereidingen om fouten te voorkomen.

Deze indicator vraagt uitsluitend naar bereidingen voor capsules die in uw eigen apotheek zijn bereid.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.6.1 Beleid over bereidingen.
2.6.3 Waarborgen van de bereidingstechnische en product kwaliteit.

Indicator

Percentage van bereidingen voor capsules in uw apotheek, zowel voorraad als ad hoc, waarbij statistische controle van gewichtsspreiding is uitgevoerd.

Teller: aantal capsulesbereidingen in uw apotheek in het rapportagejaar, zowel voorraad als ad-hoc, waarbij statistische controle van gewichtsspreiding is uitgevoerd.

Noemer: aantal bereidingen in uw apotheek voor capsules in het rapportagejaar, zowel voorraad als ad-hoc,

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Het antwoord op deze indicator is bepaald op basis van:

- Gegevens uit het AIS
 Handmatige telling op basis van bereidingsformulieren

Toelichting:

31 Aantal bereidingen waarvan monsters zijn geanalyseerd door een regionaal analyselaboratorium

Onderbouwing

Indicator 31 gaat in op het insturen van bereidingen, zowel voorraad als ad hoc, naar een regionaal analyse laboratorium (RAL). Het beleid om monsters van bereidingen door een RAL te laten analyseren is onderdeel van een systeem van interne controles op bereidingen om fouten te voorkomen.

Deze indicator vraagt uitsluitend naar apotheekbereidingen die in uw eigen apotheek zijn bereid.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.6.1 Beleid over bereidingen.
2.6.3 Waarborgen van de bereidingstechnische en product kwaliteit.

Indicator

31a Beschikt u over een werkinstructie om bereidingen op te sturen naar een RAL? ja nee

31b Percentage bereidingen in uw apotheek in het rapportagejaar, zowel voorraad als ad hoc, waarvan monsters zijn opgestuurd naar een RAL.

Teller: aantal bereidingen in uw apotheek in het rapportagejaar, zowel voorraad als ad hoc, waarvan monsters zijn opgestuurd naar een RAL.

Noemer: aantal bereidingen in uw apotheek in het rapportagejaar, zowel voorraad als ad hoc.

Percentage: Teller/Noemer * 100

%

Toelichting:

32 Percentage bereidingen van systemische preparaten voor kinderen tot en met zes jaar met een vastgelegde doseringscontrole

Onderbouwing

Indicator 32 gaat in op de medicatiebewaking bij apotheekbereidingen. Deze indicator vraagt naar de doseringscontrole op werkzame bestanddelen bij bereidingen van systemische preparaten voor kinderen tot en met zes jaar. Uitgesloten zijn zalven of cremes. Deze indicator heeft zowel betrekking op apotheekbereidingen die in uw apotheek zijn bereid als op bereidingen die in uw opdracht elders zijn bereid.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.6.1 Beleid over bereidingen.
2.6.3 Waarborgen van de bereidingstechnische en product kwaliteit.

Indicator

32a Beschikt u over een protocol voor doseringscontrole op werkzame bestanddelen bij bereidingen van systemische preparaten voor kinderen tot en met zes jaar?

32b Wat is het percentage systemische preparaten voor kinderen tot en met zes jaar waarbij in uw apotheek een doseringscontrole op werkzame bestanddelen is vastgelegd?

Teller: het aantal apotheekbereidingen voor kinderen die in het rapportagejaar niet ouder waren dan zes jaar en waarbij de doseringscontrole is vastgelegd.

Noemer: het aantal apotheekbereidingen voor kinderen die in het rapportagejaar niet ouder waren dan zes jaar.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

33 Percentage bereidingen van systemische preparaten waarbij controle op interacties is uitgevoerd

Deze indicator is in 2009 vervallen.

34 Vrijgeven van bereidingen door apotheker voorafgaand aan ter hand stellen

Onderbouwing

Indicator 34 vraagt naar vrijgifte van bereidingen, zowel voorraad als ad-hoc, door een apotheker. Vrijgifte door een apotheker van bereidingen voorafgaand aan het ter hand stellen is een onderdeel van een systeem van controles op het ter hand stellen van het juiste geneesmiddel in de juiste dosering. Deze vrijgifte moet plaatsvinden vóór het ter hand stellen aan de patiënt.

Deze indicator vraagt uitsluitend naar apotheekbereidingen die in uw eigen apotheek zijn bereid.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.6.1 Beleid over bereidingen.
2.6.3 Waarborgen van de bereidingstechnische en product kwaliteit.

Indicator

Worden bereidingen, zowel voorraad als ad hoc, die in uw eigen apotheek zijn bereid, voorafgaand aan het ter hand stellen aan de patiënt door een apotheker vrijgegeven?

- ja, altijd of bijna altijd
 nee

Toelichting:

Onderbouwing

Indicator 35 vraagt naar de aard van de afspraken met een bereidende apotheek die zijn vastgelegd bij uitbesteding van de eigen bereidingen. In het geval van uitbesteden dient een apotheker er zich van te vergewissen dat de bereidingen elders op een verantwoorde wijze plaatsvinden.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.6.1 Beleid over bereidingen.
- 2.6.2 Beoordeling farmacotherapeutisch ontwerp
- 2.6.3 Waarborgen van de bereidingstechnische en product kwaliteit.
- 8.1 Betrekken van goederen en diensten van leveranciers.

Indicator

35a Deze indicator vraagt uitsluitend naar apothekerbereidingen die in uw opdracht door een niet grootbereidende apotheek worden bereid en die vanuit uw apotheek terhandgesteld worden.

Over welke van de volgende aspecten zijn afspraken vastgelegd tussen uw apotheek en de apotheek waar de bereidingen plaatsvinden? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Uitvoeren van statistische controle van gewichts spreiding bij de bereiding van capsules
- Monsters van bereidingen die geanalyseerd dienen te worden door een regionaal analyselaboratorium (RAL)
- Vrijgeven van bereidingen door een apotheker voorafgaand aan het terhandstellen

Toelichting:

35b Koopt u apothekerbereidingen in bij een grootbereidende apotheek voor terhandstelling aan uw patienten?

- ja nee

Zo ja, bij welke grootbereider?

35c Heeft u geverifieerd of de grootbereider voldoet aan de vereisten van de IGZ-circulaire Grootchalig bereiden (2007-02-IGZ)?

- ja nee

Toelichting:

Farmacotherapiebeleid

Indicatoren 36 tot en met 42 gaan in op het farmacotherapiebeleid in de apotheek

Deze indicatoren worden beschouwd als ketenindicatoren voor de zorg rond het geneesmiddel. De apotheek maakt deel uit van deze keten. Deze groep indicatoren geven een indicatie van de inspanningen van de apotheek op farmacotherapie beleid, zowel binnen het FTO als naar aanleiding van het geneesmiddelgebruik van individuele patiënten. Het behoort tot de taak van de apotheker om patiënten en (huis) artsen zo nodig te wijzen op gewenste combinaties van geneesmiddelen, geneesmiddelen die de voorkeur hebben of geneesmiddelen waarvan het gewenst is dat zij in beperkte mate worden terhandgesteld. Indicatoren 36, 37 en 38 gaan in op het ter hand stellen van een gewenste combinatie van geneesmiddelen, in verband met mogelijke bijwerkingen of complicaties. Indicatoren 39 en 40 gaan in op het gebruik van eerste keus geneesmiddelen volgens huidige standaarden. Indicatoren 41 en 42 gaan daarentegen juist in op het beperkt ter hand stellen van geneesmiddelen die geen eerste keuze zijn.

36 Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAIDs met gastro-protectie gebruikt

Onderbouwing

Indicator 36 gaat in op het ter hand stellen van een gewenste combinatie van geneesmiddelen in verband het voorkomen van mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar het toepassen van gastroprotectie bij gebruik van klassieke NSAIDs bij patiënten ouder dan 70 jaar. Gastrointestinale bloedingen behoren tot de ernstigste bijwerkingen van NSAIDs. Jaarlijks komen minstens 3000 mensen in het ziekenhuis terecht ten gevolge van een maagbloeding door NSAIDs. NSAIDs staan in de top 3 van geneesmiddelen die bijdragen aan geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.

Leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor het optreden van maagulcera bij gebruik van NSAIDs. De CBO consensus stelt dat alle patiënten >70 die klassieke NSAIDs gebruiken gastroprotectie moeten krijgen. Het gelijktijdig gebruik van gastroprotectie bij NSAIDs halveert de kans op een gastrointestinale bloeding. Onder gastroprotectie wordt in deze consensus verstaan het gelijktijdig gebruik van een protonpompremmer of misoprostol in adequate dosering of hoge doseringen H₂ antagonist (2 maal de DDD).

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

Percentage patiënten >70 jaar met afleveringen voor klassieke NSAIDs tezamen met gastroprotectie.

Teller: het aantal patiënten > 70 jaar met tenminste een terhandstelling in het rapportagejaar van klassieke NSAIDs en hierbij gebruik van gastroprotectie.

Noemer: Het aantal patiënten > 70 jaar met tenminste een terhandstelling in het rapportagejaar van klassieke NSAIDs.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): percentage patiënten > 70 dat klassieke NSAIDs met gastroprotectie gebruikt.

Toelichting:

| | |
|-------------------------------|---|
| Titel | Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAID's met gastroprotectie gebruikt. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | NSAIDs zonder COXibs: Mo1A (Niet-steroïde anti-inflammatoire en anti-reumatische middelen) zonder Mo1AH (Coxibs), allemaal zonder de farmaceutische vorm 'injecties'. Maagprotectie: Ao2BBo1 (Misoprostol) of Ao2BC (Protonpompremmers) of Mo1AB55 (Diclofenac met misoprostol) of Ao2BA (H ₂ -antagonisten). |
| Gebruiker 3 dagen | Met een gebruikperiode van tenminste 3 dagen onafgebroken in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Handverkoop | Geen WMG middel. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de 'gebruikers 3 dagen' de gebruikperioden van 'NSAIDs zonder COXibs' en 'maagprotectie' corrigeren binnen de geneesmiddelgroepen voor overlappende terhandstellingen binnen deze groepen. |
| Gelijktijdig gebruik | Overlappende gebruikperioden van 'NSAIDs zonder COXibs' en 'maagprotectie' voor tenminste 3 dagen onafgebroken. |
| Selecties | Exclusie: NSAIDs in de handverkoop. A: Patiënten boven de 70 jaar als 'gebruiker 3 dagen' van 'NSAIDs zonder COXibs'. B: Patiënten uit 'A' die tenminste 1 keer in het rapportagejaar 'gelijktijdig gebruik' hadden van 'maagprotectie'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$ |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

37 Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt

Onderbouwing

Indicator 37 gaat in op het ter hand stellen van een gewenste combinatie van geneesmiddelen. Deze indicator vraagt naar het gelijktijdig gebruik van nitraat en antithromboticum. Nitraatgebruikers hebben in de meeste gevallen een ischemische hartziekte waarbij – tenzij er contra indicaties zijn – acetylsalicylzuur of een ander antithromboticum (dipyridamol, clopidogrel, acenocoumarol of fenprocoumon) geïndiceerd is. Hoewel er altijd patiënten zijn die geen antithrombotica verdragen, is het percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithrombotica gebruikt toch een indicatie voor de inspanningen van de apotheek zowel binnen het FTO als naar aanleiding van individuele patiënten.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en oraal antithromboticum gebruikt

Teller: het aantal patiënten dat gedurende een of meerdere maanden van het rapportagejaar gelijktijdig een nitraat en een oraal antithromboticum gebruikt.

Noemer: het aantal patiënten dat gedurende een of meerdere maanden van het rapportagejaar een nitraat gebruikt.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt.

Toelichting:

| | |
|------------------------------------|--|
| Titel | Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antihromboticum gebruikt. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | Nitraten: Co1DA. Antithrombotica: Vitamine K antagonisten: B01AA04 of B01AA07 of TAR: B01AC04 of B01AC06 of B01AC07 of B01AC08 of B01AC30. |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gebruikers vitamine K antagonisten | Bepaal het gebruik van 'Vitamine K antagonisten' op basis van terhandstellingen 'Vitamine K antagonisten' in het rapportagejaar en het hieraan voorafgaande halve jaar. Indien bij ' Vitamine k antagonisten' geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 90 dagen als gebruikperiode aan. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Angina Pectoris | Wij schatten de diagnose angina pectoris door tenminste 2 terhandstellingen van 'nitraten' aan één patiënt binnen 365 dagen waarvan tenminste 1 terhandstelling 'nitraten' voor een patiënt gesignaleerd in het rapportagejaar. |
| Selecties | A: Patiënten met 'angina pectoris'. B: Patiënten uit 'A' die tenminste 1 keer in het rapportagejaar ook 'gebruikers van 'TAR' of 'gebruikers vitamine K antagonisten' zijn. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A * 100 |
| Streefwaarde | Richting 100%. |

Onderbouwing

Indicator 38 gaat in op het ter hand stellen van een gewenste combinatie van geneesmiddelen in verband met het voorkomen van mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar het beschikbaar zijn van laxantia bij gebruik van sterke opioïden. Er is consensus dat bij gebruik van opioïden in meer dan 90% van de gevallen binnen enkele dagen obstipatie optreedt. Dit is niet alleen hinderlijk maar kan leiden tot ernstige complicaties zoals colonobstructie. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat slechts de helft van de opioïden gebruikers preventief laxantia krijgt. Bij een deel van de patiënten zal er een terechte reden zijn om geen laxantia voor te schrijven (bijvoorbeeld bij bestaande diarree).

Niet alle laxantia zijn geschikt voor gebruik in combinatie met laxantia. Aangezien Opioïden gebruikers vaak onvoldoende vochtinname hebben kunnen zij beter geen volumevergroterende middelen gebruiken. Paraffine wordt als laxemiddel afgeraden. Wanneer de patient een (micro)klysma gebruikt is dit een aanwijzing dat er al obstipatie is opgetreden. In deze search worden als geschikte laxantia daarom alleen de osmotisch werkende laxantia, de contactlaxantia en magnesiumzouten meegenomen.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

Percentage patiënten met sterke opioïden waarbij gelijktijdig gebruik van een laxans, niet zijnde een volumevergroter, is vastgesteld.

Teller: het aantal patiënten met gebruik van opioïden in het rapportagejaar en tegelijkertijd gebruik voor tenminste 3 dagen van lactulose, lactitol, magnesiumoxide, natriumpicosulfaat, macrogol of senna/sennosiden.

Noemer: het aantal patiënten in het rapportagejaar met opioïden (No2AA01 t/m No2AA05 en No2AB t/m No2AE).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia.

Toelichting:

| | |
|-------------------------------|--|
| Titel | Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia in het afgelopen kalenderjaar. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | Opioïd: No2AA zonder No2AA59 en/of No2AA79 (Natuurlijke opioïden zonder codeïne) No2AB (Fenylpiperidinederivaten) No2AC (Difenylpropylaminoderivaten) No2AD (Benzomorfanederivaten) No2AG (Opioïden met spasmolytica) No2AE (Oripavinederivaten) Laxans: Ao6A zonder Ao6AC en zonder Ao6AA en zonder Ao6AG (Laxantia zonder volumevergroters) Ao2AAo2 (Magnesiumoxide) Ao2AAo3 (Magnesiumperoxide) Ao2AAo4 (Magnesiumhydroxide) |
| Gebruiker | Met een gebruikperiode van minimaal 3 dagen onafgebroken in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden. |
| Gecorrigeerde gebruiksperiode | Binnen de 'gebruikers' de gebruikperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator corrigeren voor overlappende terhandstellingen. |
| Standaard gebruikperiode | Indien geen gebruikperiode is ingevuld wordt de gebruikperiode voor een opioïd standaard gezet op 14 dagen en voor een laxans op 30 dagen. |
| Gelijktijdig gebruik 3 dagen | Overlappende gebruikperiodes van 'opioïd' en 'laxans' voor tenminste 3 dagen onafgebroken in het rapportagejaar. |
| Selecties | A: Patiënten met 'gebruik' van 'opioïden'. B: Patiënten uit 'A' die tenminste 1 keer in het rapportagejaar 'gelijktijdig gebruik' hadden van een 'laxans'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A |
| Streefwaarde | Richting 100%. |
| Passant | Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. |

39 Percentage patiënten met inhalatiecorticosteroiden bij overmatig gebruik bronchusverwijders

Onderbouwing

Indicator 39 gaat in op het signaleren van overgebruik van bepaalde middelen, zowel op patiëntniveau als op FTO niveau. Deze indicator vraagt naar het bevorderen van het gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij overmatig gebruik van inhalatie sympathicomimetica. De combinatie van overgebruik van sympathicomimetica en ondergebruik van ICS kan tot verslechtering van astma en zelfs astma sterfte lijden. De apotheker kan overmatig gebruik van sympathicomimetica signaleren en het gebruik van ICS bij deze patiënten bevorderen. ICS zijn geïndiceerd wanneer er sprake is van persisterende klachten (minstens 1 keer per week). Als aanwijzing voor het optreden van persisterende klachten vraagt deze indicator naar het gelijktijdig gebruik van ICS bij patiënten die 2 of meer doses sympathicomimetica per dag gebruiken. De search is beperkt tot patiënten vanaf 16 tot en met 45 jaar waarbij substantieel overgebruik van bronchusverwijders waarschijnlijk is. Bij heel jonge kinderen is vaak nog niet duidelijk of er sprake is van astma, bij patiënten ouder dan 45 is er vaker sprake van COPD waarbij ICS niet altijd geïndiceerd zijn.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

Percentage patiënten (tussen 16 en 45 jaar) aan wie 2 of meer doses sympathicomimetica per dag is terhandgesteld in combinatie met minimaal één dosis inhalatiecorticosteroiden.

Teller: aantal patiënten tussen 16 en 45 jaar voor wie overgebruik van sympathicomimetica in het rapportagejaar op basis van meerdere terhandstellingen vastgesteld kon worden met tenminste een terhandstelling van één dosis inhalatiecorticosteroiden.

Noemer: aantal patiënten tussen 16 en 45 jaar voor wie overgebruik van sympathicomimetica in het rapportagejaar op basis van meerdere terhandstellingen vastgesteld kon worden.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage patiënten met inhalatiecorticosteroiden bij overmatig gebruik bronchusverwijders.

Toelichting:

| | |
|---|--|
| Titel | Percentage patiënten met inhalatiecorticosteroiden bij overmatig gebruik bronchusverwijders. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | Bronchusverwijders: R03AC02 t/m R03AC13 Glucocorticoïden: R03BA of R03AK06 t/m R03AK07 |
| Gebruiker astma/copd | Met een gebruikperiode van minimaal 3 dagen in het rapportagejaar op basis van terhandstellingen in dit jaar en/of in het voorafgaande jaar. |
| Patiënt met twee terhandstellingen | Patiënten met maximaal 2 terhandstellingen van 'bronchusverwijders' in het rapportagejaar. |
| Gemiddelde gebruiksfrequentie inhalatie | De gemiddelde gebruiksfrequentie wordt bepaald door de terhandgestelde hoeveelheid in doses van de eerste terhandstelling in het rapportagejaar tot en met de op één na laatste terhandstelling in het rapportagejaar te delen door het aantal dagen tussen de eerste en de laatste terhandstelling. |
| Standaard gebruikperiode | Indien geen gebruikperiode in het apotheek informatie systeem is ingebracht, wordt een standaard gebruikperiode van 30 dagen gehanteerd. |
| Overgebruikers inhalatie | Een 'gemiddelde gebruiksfrequentie inhalatie' van twee en meer doses per dag. |
| Selecties | Exclusie: 'patiënt met twee terhandstellingen'. A: 'Overgebruikers inhalatie' tussen de 16 en 45 jaar van tenminste een middel uit 'bronchusverwijders'. B: Patiënten uit 'A' met 'gebruik' van 'glucocorticoïden' in het rapportagejaar. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | B / A |
| Streefwaarde | Richting 100%. |
| Passant | Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen. |

40 Percentage patiënten met metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen

Onderbouwing

Indicator 40 gaat in op eerste keus geneesmiddelen bij Diabetes Mellitus type 2. Deze indicator vraagt naar het ter hand stellen van metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagend middelen. Dit is een indicatie voor het volgen van de herziene NHG standaard Diabetes Mellitus type 2. In deze standaard wordt aanbevolen – tenzij er contra-indicaties zijn – bij alle patiënten te starten met metformine. Onder een eerste uitgifte metformine wordt in deze indicator verstaan: ‘een terhandstelling van metformine in het rapportagejaar zonder een terhandstelling hiervan in de voorafgaande 12 maanden waarvoor een eerste uitgifte tarief in rekening is gebracht.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.
- 4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

| | |
|---|---|
| Percentage metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucose verlagende middelen. | |
| Teller: aantal patiënten met eerste uitgifte van metformine in het rapportagejaar. | |
| Noemer: Aantal patiënten met eerste uitgifte van een oraal bloedglucose-verlagend middel in het rapportagejaar. | |
| Percentage: Teller/Noemer * 100. | % |

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage patiënten met metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen.

Toelichting:

| | |
|---|---|
| Titel | Percentage patiënten met metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | Insulines: A10A. Orale antidiabetica: A10B (Bloedglucoseverlagende middelen excl. insulines). Metformine: A10BA02. |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar. |
| Eerste uitgifte orale antidiabetica | ‘Terhandstelling’ in het rapportagejaar met een eerste uitgifte tarief zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een ‘terhandstelling’ van een ‘orale antidiabetica’ is geweest. |
| Eerste uitgifte metformine | ‘Terhandstelling’ in het rapportagejaar met een eerste uitgifte tarief en zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een ‘terhandstelling’ van ‘metformine’ is geweest. |
| Eerste uitgifte met tarief | ‘Eerste uitgifte’ in het rapportagejaar waarvoor een eerste uitgifte tarief is gedeclareerd. |
| Huisartsen voorschrift | Van huisartsen afkomstige voorschriften. |
| Geen gebruik van insuline en corticosteroiden | Patiënten zonder terhandstellingen van ‘insulines’ en ‘corticosteroiden’ in het voorafgaande halve jaar en het rapportagejaar. |
| Selecties | Meegenomen worden alleen patiënten met ‘huisartsvoorschriften’ van ‘orale antidiabetica’ en geen ‘gebruik van insuline en ‘corticosteroiden’. A: Patiënten met een ‘eerste uitgifte met tarief’ ‘orale antidiabetica’. B: Patiënten uit ‘A’, met een ‘eerste uitgifte met tarief’ ‘metformine’. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$ |
| Streefwaarde | Richting 100%. |
| Passant | Standaard uitgesloten van deze selecties zijn passanten. Een passant is iemand die in een periode van 2 jaar slechts één voorschrift (ongeacht het geneesmiddel) verstrekt heeft gekregen of eenmalig verschillende voorschriften in maximaal 4 opeenvolgende dagen. |

41 Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica

Onderbouwing

Indicator 41 gaat in op het ter hand stellen van geneesmiddelen, waarvan het gewenst is dat zij slechts in beperkte mate worden terhandgesteld. Gangbare richtlijnen zoals de NHG standaard en het Farmacotherapeutisch Kompas geven aan dat bij slaapstoornissen kortdurend gebruik (maximaal 2 weken) van kortwerkende hypnotica eerste keuze is. Mogelijke risico's bij het gebruik van langwerkende hypnotica zijn valrisico's, beïnvloeding van reactievermogen en de rijvaardigheid en afhankelijkheid. Deze indicator vraagt naar het percentage chronische gebruikers van langwerkende hypnotica, ten opzichte van alle chronische gebruikers van hypnotica. Hierbij wordt specifiek gevraagd naar de hypnotica die op basis van hun lange halfwaardetijd het minst geschikt zijn: flurazepam, flunitrazepam en loprazolam.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

Percentage chronische gebruikers van langwerkende hypnotica binnen het totaal aantal chronische gebruikers van hypnotica in het rapportagejaar.

Teller: Aantal patiënten waaraan >90 DDD van langwerkende hypnotica (flurazepam, flunitrazepam, loprazolam (N05CD11)) is terhandgesteld in het rapportagejaar.

Noemer: Aantal patiënten waaraan >90 DDD hypnotica is terhandgesteld in het rapportagejaar.

Percentage: %

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica.

Toelichting:

| | |
|--|--|
| Titel | Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | Langwerkende hypnotica: N05CD01 (Flurazepam) of N05CD03 (Flunitrazepam) of N05CD11 (Loprazolam) alle hypnotica: N05CD (Benzodiazepinederivaten) of N05CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen) |
| Terhandstelling | Terhandstelling in het rapportagejaar |
| Terhandstelling in totaal meer dan 90 ddds | 'Terhandstelling' aan patiënten in het rapportagejaar waarbij met deze terhandstelling een som van ddds ontstaat die groter is dan 90 ddd, op basis van terhandstellingen in het rapportagejaar. |
| Selecties | A: 'Gebruikers' met een 'terhandstelling van in totaal meer dan 90 ddds' van 'alle hypnotica'. B: 'Gebruikers' met een 'terhandstelling in totaal meer dan 90 ddds' van 'langwerkende hypnotica' in het rapportagejaar. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$ |
| Streefwaarde | Richting 0%. |

42 Percentage terhandstellingen van derde-generatie-chinolonen

Onderbouwing

Indicator 42 gaat in op het beperkt ter hand stellen van geneesmiddelen die geen eerste keuze zijn. Deze indicator vraagt naar het ter hand stellen van derde-generatie-(gefluorideerde-) chinolonen. Derde-generatie-(gefluorideerde-)chinolonen (ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, norfloxacin, ofloxacin) zijn reserve-antibiotica. Deze middelen moeten beperkt worden ingezet. Aangezien fluorchinolonen gecontraïndiceerd zijn bij kinderen <16 jaar, wordt in deze indicator specifiek gevraagd naar het aandeel van fluorchinolonen onder alle door huisartsen gegenereerde antibiotica voorschriften bij patiënten van 16 jaar of ouder.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

4.2 Structurele samenwerking met andere zorgverleners.

Indicator

Percentage terhandstellingen van derde-generatie-chinolonen voorgeschreven door de huisarts, ten opzichte van alle afgeleverde antibiotica voorgeschreven door de huisarts.

Teller: aantal terhandstellingen aan patiënten \geq 16 jaar van derde generatie chinolonen (ciprofloxacin), levofloxacin, moxifloxacin, norfloxacin en ofloxacin in het rapportagejaar op voorschrift van de huisarts.

Noemer: Aantal terhandstellingen aan patiënten \geq 16 jaar van alle antibiotica in het rapportagejaar op voorschrift van de huisarts.

Percentage: %

Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS): Percentage terhandstellingen van derde-generatie-chinolonen.

Toelichting:

| | |
|--------------------------------|--|
| Titel | Percentage terhandstellingen van derde-generatie chinolonen. |
| Domein | Farmacotherapiebeleid. |
| Medicatie | Antibiotica: J01 (Antibacteriële middelen voor systemisch gebruik) 3e generatie chinolonen: J01MA01 (Ofloxacin) J01MA02 (Ciprofloxacin) J01MA06 (Norfloxacin) J01MA12 (Levofloxacin) J01MA14 (Moxifloxacin) |
| Terhandstelling \geq 16 jaar | Tenminste 1 terhandstelling aan patiënten van 16 jaar of ouder in het rapportagejaar. |
| Huisartsen voorschrift | Van huisartsen afkomstige voorschriften. |
| Selecties | Meegenomen worden alleen van huisartsen afkomstige voorschriften. A: Patiënten met een 'terhandstelling \geq 16 jaar' van 'antibiotica'. B: Patiënten uit 'A', met een 'terhandstelling \geq 16 jaar' van '3e generatie chinolonen'. |
| Teller | B |
| Noemer | A |
| Percentage | $B / A * 100$ |
| Streefwaarde | Richting 0%. |

Farmacotherapiebeleid

43 Betrokkenheid schriftelijke behandelprotocollen farmaceutische zorg in het ziekenhuis

Onderbouwing

Het is van belang dat voor voorschrijvers en apothekemedewerkers behandelprotocollen aanwezig zijn van de farmaceutische zorg die er wordt verleend. Met het oog op de naleving van deze protocollen is het wenselijk dat deze schriftelijk zijn vastgelegd en goed toegankelijk zijn voor de betrokken zorgverleners. Ziekenhuispatiënten lopen gezondheidsrisico wanneer farmaceutische zorg binnen het ziekenhuis, de polikliniek en bij opname en ontslag niet wordt uitgevoerd conform vastgestelde behandelprotocollen.

Indicator

De poliklinische apotheek is mede verantwoordelijk voor de **uitvoering** van behandelprotocollen met betrekking tot:

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 43a Oncologisch anti-emetica beleid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| 43b Antibiotica beleid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| 43c Post-operatieve pijnbestrijding | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| 43d Peri-operatieve preventie diep-veneuze trombose en longembolie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |

Toelichting op 43a-d:

44 Medicatiebewaking bij verminderde nierfunctie

Onderbouwing

Het niet aanpassen van doseringen aan verminderde nierfunctie kan een risico op overdosering en/of toxische bijwerkingen geven. Of een risico op onderbehandeling door verminderde werkzaamheid van geneesmiddelen, ten gevolge van het niet aanpassen van de therapie bij verminderde nierfunctie.

Indicator

| | |
|--|---|
| 44a Wordt er in de praktijk een sluitende systematiek toegepast om bekend te zijn met patiënten met een verminderde nierfunctie? | <input type="checkbox"/> ja, altijd of bijna altijd <input type="checkbox"/> nee |
| 44b Hoeveel interventievoorstellen zijn er gedaan aan behandelend artsen met betrekking tot de farmacotherapie van patiënten met een verminderde nierfunctie in het rapportagejaar? | _____ (aantal) interventievoorstellen |
| 44c Welk percentage van de interventievoorstellen met betrekking tot de farmacotherapie van patiënten met verminderde nierfunctie is door de behandelend arts doorgevoerd? | |
| Teller: aantal patiënten met een interventievoorstel met betrekking tot farmacotherapie bij verminderde nierfunctie, waarbij het voorstel door de behandelend arts geheel of in belangrijke mate is doorgevoerd. | |
| Noemer: aantal patiënten met een interventievoorstel met betrekking tot farmacotherapie bij verminderde nierfunctie | |
| Percentage: Teller/Noemer * 100. | % |
| Toelichting op 44 a-c: | |

45 Percentage patiënten met een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht bij klinische opname en bij ontslag uit het ziekenhuis

Onderbouwing

Deze indicator is een operationalisatie van de indicator die de Landelijke Stuurgroep Medicatieoverdracht heeft vastgesteld in oktober 2009. Deze indicator behelst het bij ieder contactmoment beschikbaar zijn van een actueel medicatieoverzicht, dat door iedere hulpverlener bij het patiëntcontact geverifieerd en zo nodig geactualiseerd wordt. Doel: de indicator geeft de zorginstellingen en de zorgverleners inzicht in de mate waarin zij in hun dagelijks handelen daadwerkelijk een actueel medicatieoverzicht ter beschikking hebben, op het moment dat inzicht vereist is. In het kader van de meetbaarheid kiezen we hier voor uitvraag over de maand november.

Indicator 45a

Percentage patiënten, dat electief is opgenomen in het ziekenhuis en waarvoor de verantwoordelijkheid voor een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht bij opname de verantwoordelijkheid is van de poliklinische apotheek, waarbij u bij opname aantoonbaar een actueel medicatieoverzicht heeft opgevraagd bij de openbare apotheek.

Teller: aantal patiënten dat in de maand november van het rapportagejaar electief is opgenomen in het ziekenhuis, waarvoor de poliklinische apotheek verantwoordelijk was voor het verifiëren en actualiseren van het medicatieoverzicht, waarbij u aantoonbaar een actueel medicatieoverzicht heeft opgevraagd bij de openbare apotheek.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat in de maand november van het rapportagejaar electief is opgenomen in het ziekenhuis, en waarvoor de verantwoordelijkheid voor een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht bij opname de verantwoordelijkheid is van de poliklinische apotheek.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Indicator 45b

Percentage patiënten, dat is ontslagen uit het ziekenhuis en waarvoor de verantwoordelijkheid voor een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht bij ontslag de verantwoordelijkheid is van de poliklinische apotheek, waarbij u bij ontslag een actueel medicatieoverzicht heeft verstrekt aan de openbare apotheek.

Teller: aantal patiënten dat in de maand november van het rapportagejaar is ontslagen uit het ziekenhuis, waarvoor de poliklinische apotheek verantwoordelijk was voor het verifiëren en actualiseren van het medicatieoverzicht, waarbij u aantoonbaar een actueel medicatieoverzicht heeft verstrekt aan de openbare apotheek.

Noemer: totaal aantal patiënten dat in de maand november van het rapportagejaar is ontslagen uit het ziekenhuis, en waarvoor de verantwoordelijkheid voor een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht bij ontslag de verantwoordelijkheid is van de poliklinische apotheek.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting op 45 a-b:

Bijlage

Begrippenlijst

Actuele geneesmiddelgebruik

Overzicht van geneesmiddelen die de patiënt verondersteld wordt op dit moment te gebruiken. (NAN)

Apotheek

Met apotheek wordt bedoeld de apotheekorganisatie. Met apotheker wordt bedoeld de persoon van apotheker. (NAN)

ATC

Anatomische Therapeutische Classificatie. (WHO)

Behandelingsovereenkomst

Overeenkomst tussen patiënt en apotheek over de te verlenen farmaceutische zorgen dienstverlening, zoals opgenomen in de WGBO. (Burgerlijk Wetboek Boek 7, Titel 7, Afdeling 5. Artikelen 446 tot en met 468)

Contra-indicatie

Een bijzondere omstandigheid (bijvoorbeeld ziektebeeld, functiestoornis of conditie) waardoor nadelige effecten kunnen optreden bij het gebruik van een bepaald geneesmiddel. (Dit document)

DDD

DDD staat voor Defined Daily Dose en is de door de World Health Organization (WHO) vastgestelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag van een geneesmiddel voor de belangrijkste indicatie bij volwassenen. (WHO)

Farmaceutische zorg- en dienstverlening

Alle activiteiten en handelingen die de leden van het apotheekteam vanuit de organisatie van de openbare apotheek uitvoeren, zoals medicatiebewaking, begeleiding van patiënten, logistiek, preventie, ontwikkeling etc. (NAN)

Farmacotherapeutisch ontwerp

Formulering en controle van de samenstelling van een apotheekbereiding vanuit farmacotherapeutisch oogpunt. Medicatiebewaking, indicatie, formularia of afspraken tussen zorgverleners spelen hierbij een rol. (NAN)

FNA

Het Formularium der Nederlandse Apothekers is een verzameling voorschriften van door de apotheek te bereiden preparaten. Door middel van het formularium kan worden

nagegaan of er een goed onderzocht gestandaardiseerd voorschrift bestaat van een apotheekbereiding. Het FNA geeft behalve een bereidingvoorschrift ook achtergrondinformatie. (NAN)

Geneesmiddelen

Met geneesmiddelen worden bedoeld geneesmiddelen, in de apotheek verkrijgbare medische hulpmiddelen en gezondheidszorgartikelen. (NAN)

Geïndividualiseerde distributievormen

Hulpmiddelen bij het ter hand stellen van geneesmiddelen, waarbij de apotheek overzicht en ordening aanbrengt, waardoor de patiënt zijn geneesmiddelen beter kan beheren en innemen. (NAN)

Incident

Een incident is iedere onbedoelde gebeurtenis die geleid heeft of had kunnen leiden tot schade aan een patiënt

IVM

Instituut voor verantwoord medicijngebruik te Utrecht

INR-waarde

INR staat voor International Normalized Ratio en is een maat voor de stollingstijd van bloed. (WHO)

Interactie

De wisselwerking tussen twee of meer geneesmiddelen met mogelijk nadelige gevolgen voor de gebruiker. (Dit document)

Intolerantie

Overgevoeligheid of niet-verdragen van een geneesmiddel. (Dit document)

Kwaliteitsindicator

Een meetbaar aspect van de zorg met een relatie tot de kwaliteit van deze zorg. Onderscheid wordt gemaakt in indicatoren die ingaan op de structuur, het proces en de uitkomst van de zorg. (Dit document)

Kwaliteitssysteem

Samenhangend geheel van denken, werken, opvattingen, normen, regels, procedures, werkinstructies, formulieren en afspraken die nodig zijn om kwaliteitszorg te kunnen leveren. In de praktijk dient dit tot uiting te komen in houding, gedrag en werkwijze van alle betrokken medewerkers. (NAN)

LAREB

Landelijk bijwerkingen centrum te 's-Hertogenbosch.

Medicatiebewaking

Het signaleren, beoordelen en afhandelen van mogelijke problemen bij het gebruik van geneesmiddelen. (NAN)

Medicatiereview

Een systematische analyse van de gehele medicatiehistorie van een patiënt die met de voorschrijver en met de patiënt zelf wordt besproken. In het geval van bespreken met een voorschrijver worden bij de beoordeling van de medicatie alle klinische gegevens van de patiënt betrokken, terwijl bij de beoordeling met de patiënt de gebruikservaring centraal staat. (Dit document)

NAN

Nederlandse Apotheeknorm. (2006, KNMP)

Passant

Patiënt waarvan een actief dossier in de apotheek ontbreekt.

Patiëntendossier

Gegevensverzameling met alle voor de behandeling van de patiënt beschikbare relevante gegevens, zoals de medicatiegegevens en de aantekeningen die over de medicatie zijn gemaakt door de zorgverlener. (NAN)

Patiëntveiligheid

Een begrip voor de manier waarop in de zorg en de organisatie ervan wordt om gegaan met risico's op onbedoelde en vermijdbare schade. (Gezondheidsraad)

RAL

Regionaal analyse laboratorium, waar geneesmiddelbereidingen worden geanalyseerd.

Terhandstelling

De betekenis van het begrip terhandstelling in deze lijst is gelijk aan de betekenis van het begrip terhandstelling in de Geneesmiddelenwet; Art.1 onder II: ter hand stellen: het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, dan wel aan beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 36, veertiende lid, onder a tot en met d, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, mondhygiënisten of optometristen die geneesmiddelen onder zich hebben ten behoeve van toediening aan hun patiënten. (Geneesmiddelenwet)

Verantwoorde zorg

Zorg van goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. (Kwaliteitswet zorginstellingen)