

Kwaliteitsindicatoren apotheken

Basisset voor het rapportagejaar 2009

IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg

KNMP Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

Utrecht, december 2009

Voor algemene informatie over indicatoren en een digitale set indicatoren verwijzen wij u naar de websites www.igz.nl en www.knmp.nl.

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Gebruikershandleiding	10
Apotheekkenmerken	12
Overzichtsblad indicatoren	16
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	28
6 Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers	30
7 Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen	32
Intoleranties	34
8 Werkafspraken over vragen naar intoleranties bij patiënt	35
9 Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline	36
Interacties	38
10 Vastleggen van de afhandeling van interacties	38
11 Afhandelen interacties cumarines met co-trimoxazol	39
12 Aantal gebruikers van cumarines in combinatie met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal)	40

Afleveren van geneesmiddelen		42
13	Percentage afleveringen waarbij interne controles zijn toegepast voorafgaand aan afleveren	42
14	Aantal dagen dat recepten niet op dag van afleveren zijn gecontroleerd door apotheker	43
Interne-foutenregistratie		44
15	Registreren van intern geconstateerde fouten	45
16	Aantal geregistreerde intern geconstateerde fouten	46
Begeleiden patiënten		48
17	Aanbieden inhalatie-instructie bij eerste uitgifte van inhalatie-medicatie (vervallen)	49
18	Percentage patiënten met eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven	50
19	Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid	54
20	Percentage patiënten dat bij vervolgitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid	56
21	Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (> 65 jaar)	58
22	Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte van antidepressiva is voorgelicht over niet direct intreden effect	60
23	Percentage patiënten in de thuissituatie met geïndividualiseerde distributievormen	64
24	Uitvoeren controles op gebruik bloedglucosemeters	65
25	Aantal uitgevoerde medicatiereviews bij patiënten met polyfarmacie	66
Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening		67
26	Jaartal meest recente onderzoek naar patiëntervaringen	67
27	Aantal geregistreerde klachten van patiënten	68
28	Aantal bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten	70

Apotheekbereiding	72	
29	Beoordelen farmacotherapeutische rationaliteit niet-FNA-preparaten	73
30	Percentage capsules waarbij statistische controle van gewichtsspreiding is uitgevoerd	74
31	Percentage bereidingen waarvan monsters zijn geanalyseerd door een regionaal analyselaboratorium	75
32	Percentage bereiding van systemische preparaten waarbij doseringscontrole is uitgevoerd	76
33	Percentage bereidingen van systemische preparaten waarbij controle op interacties is uitgevoerd (vervallen)	77
34	Vrijgeven van bereidingen door apotheker voorafgaand aan afleveren	78
35	Afspraken bij apotheekbereidingen die in opdracht elders worden worden bereid	79
Farmacotherapiebeleid	80	
36	Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAIDs met gastroprotectie gebruikt	81
37	Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt	84
38	Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia	86
39	Percentage patiënten met inhalatiecorticosteroiden bij overmatig gebruik bronchusverwijders	89
40	Percentage patiënten met metformine bij eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen	92
41	Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica	94
42	Percentage afleveringen van derde-generatie-chinolonen	96
Bijlagen	99	
1	Begrippenlijst	100
2	De opbouw van een kwaliteitsindicator	103

Inleiding

Kwaliteitsindicatoren

Voor de tweede keer presenteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg de basisset kwaliteitsindicatoren apotheken. Voor deze basisset worden gegevens gevraagd over het rapportagejaar 2009.

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 gefaseerde 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 de komende jaren zullen samengaan.

De resultaten van deze basisset 2009 worden in de tweede helft van 2010 gepubliceerd op www.igz.nl als een rapportage op geaggregeerd niveau. 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 2009 is dat de resultaten voor het eerst 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 het eerste rapportagejaar 2008 is de methodiek aangepast en verfijnd bij veel indicatoren. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) heeft uitgebreid geadviseerd over de meetmethoden. De vijf leveranciers van Apotheek Informatiesystemen (AIS) voor de eerstelijns hebben gebruikgemaakt van de gelegenheid hun visie te geven. De samenwerking van deze 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:

– *Indicatortypologie:*

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 apothekenmerken 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.

– *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 voor-schrijver 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 2009

– *Apotheekkenmerken:*

Bij de apotheekkenmerken is het kenmerk apotheektypering toegevoegd. Het apotheektype is een belangrijk kenmerk voor de interpretatie van afwijkende indicatorwaarden. Het apotheektype werd niet eerder betrouwbaar geregistreerd. De antwoordcategorieën voor het aantal receptregels (oude kenmerk 3) waren te grofmazig voor een goede normering van indicatorwaarden. Deze is daarom ver-vangen door een nieuw volumekenmerk: het aantal patiënten aan wie in het rapportagejaar tenminste éénmaal een receptgeneesmiddel is ter hand gesteld.

– *Indicatoren:*

De aanpassing (verbetering) van indicatoren na 2008 heeft vaak gevolgen voor de vergelijkbaarheid van data tussen 2008 en 2009. Dit heeft bij de afwegingen van de projectgroep steeds een rol gespeeld. Mede gezien het voornemen tot openbaar-heid van de indicatorgegevens op apotheekniveau is het belang van verbetering van de kwaliteit van de indicator voor de meeste aangepaste indicatoren doorslag-gevend geweest. Deze aanpak is vergelijkbaar met die in andere zorgsectoren.

De secties waarin de apotheker aangeeft op welke wijze de indicatorgegevens zijn verkregen, zijn dit jaar in de meeste gevallen vervallen. Deze informatie had ten opzichte van aparte toelichtingen geen toegevoegde waarde.

Indicatoren 17 en 33 zijn vervallen omdat uit de analyse bleek dat deze binnen de betreffende kwaliteitsdomeinen geen additionele informatie gaven.

Enkele indicatoren zijn specifieker gemaakt of voorzien van een subvraag, zie onder andere 18, 26 en 28. Bij veel categoriale indicatoren is het aantal antwoord-categorieën teruggebracht om de interpretatie van de antwoorden te verbeteren.

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

– *Administratieve belasting:*

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) stelt aan alle apotheken in Nederland die hun gegevens regelmatig aanleveren de noodzakelijke webrapportages beschikbaar. Om op basis van de webrapportages betrouwbare uitkomsten te krijgen moet een aaneengesloten historisch bestand zonder softwarewisseling vanaf 1 januari 2008 tot en met 31 december 2009 in de SFK-database aanwezig zijn. Voor apotheken die in de loop van 2008 begonnen zijn, is deze historie niet compleet. Zij moeten de betreffende indicatoren zelf berekenen op basis van AIS-gegevens. Deze apotheken ontvangen hiervoor apart advies van SFK.

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

Apotheken die in 2009 nieuw gestart zijn, hoeven geen kwaliteitsindicatoren in te leveren. Apotheken die in 2009 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 2009 moeten vóór 1 april 2010 zijn ingevoerd en vrijgegeven.

Hoe gaat u aan de slag?

Iedere apotheek heeft als naslagwerk de papieren editie van de basisset ontvangen. Daarnaast ontvangt iedere apotheek 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 tussendoor 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?

In het eerste rapportagejaar werden apothekers ook gevraagd aan te geven hoeveel tijd zij per indicator besteedden aan het verzamelen en invullen van de antwoorden. Hiermee kon een schatting van de administratieve belasting worden gemaakt. Dit jaar volstaat een schatting van de totale bestede tijd. 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.

[2] GDS: geautomatiseerde distributiesystemen zoals die van Baxter, Tosho, Hyupshin.

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 indicatoren. Een overzicht van de kwaliteitsdomeinen en de indicatoren vindt u op het overzichtsblad vanaf pagina 16.

Opbouw van een indicator

De opbouw van een indicator is in deze basisset geharmoniseerd. U kunt de opbouw terugvinden in bijlage 2.

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 apothekniveau.

1 Bij welke partij(en) ligt het eigenaarschap van uw apotheek?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- De gevestigde apotheker
- Een andere (particuliere) apotheker
- Een apotheekketen
- Een andere persoon of organisatie

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]
- Dienstapotheek
- GDS/Baxter apotheek
- Geen bijzondere functie van toepassing
- Internetapotheek^[5]
- 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 DGV?

Het FTO-niveau wordt jaarlijks door DGV gepeild bij een aantal apotheken. U kunt dit niveau ook zelf vaststellen volgens de DGV criteria, zie daarvoor de website

www.medicijngebruik.nl.

[3] In deze basisset is een apotheek met unieke leveranties 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] In deze basisset is een bereidingsapotheek een apotheek die zelf geneesmiddelen bereidt en terhandstelt en in het rapportagejaar zelf bereide geneesmiddelen heeft afgeleverd aan meer dan één andere apotheek.

[5] In deze basisset is een Internetapotheek 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 Worden er in uw apotheek geneesmiddelen bereid^[6]?

- Ja
 Nee

10 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 web-rapportage (KISS).

_____ patiënten

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

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

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?

- 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/overlegruimte?

- Ja
- Nee

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

- Ja
- Nee

Overzichtsblad indicatoren

Nr.	Titel	Structuur	Proces	Uitkomst	Keten
Patiëntendossier					
1	Vastleggen actuele genees- middelgebruik	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 bloed- glucoseverlagende middelen met een vastgelegde contra- indicatie diabetes		x		
5	Percentage patiënten > 55 jaar met vastgelegde indicatie hart- falen, ter bewaking op contra- indicatie		x		
6	Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers			x	x
7	Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen			x	x
Intoleranties					
8	Werkafspraken over vragen naar intoleranties bij patiënt	x			
9	Percentage patiënten met vast- gelegde intolerantie penicilline	x			
Interacties					
10	Vastleggen van de afhandeling van interacties	x			
11	Afhandelen interacties cumarines met co-trimoxazol	x			

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Structuur</i>	<i>Proces</i>	<i>Uitkomst</i>	<i>Keten</i>
12	Aantal gebruikers van cumarines in combinatie met co-trimoxazol of miconazol (oraal, vaginaal)			x	x
Afleveren van geneesmiddelen					
13	Percentage afleveringen waarbij interne controles zijn toegepast voorafgaand aan afleveren		x		
14	Aantal dagen dat recepten niet op dag van afleveren zijn gecontroleerd door apotheker		x		
Interne-foutenregistratie					
15	Registreren van intern geconstateerde fouten	x			
16	Aantal geregistreerde intern geconstateerde fouten		x		
Begeleiden patiënten					
17	Aanbieden inhalatie-instructie bij eerste uitgifte van inhalatie-medicatie (vervallen)	x			
18a	Percentage patiënten met een eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven		x		
18b	Percentage gebruikers van inhalatiecorticosteroiden 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 vervolgitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid		x		

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Structuur</i>	<i>Proces</i>	<i>Uitkomst</i>	<i>Keten</i>
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		
24	Uitvoeren controles op gebruik bloedglucosemeters	x			
25	Aantal uitgevoerde medicatie-reviews bij patiënten met poly-farmacie		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		

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Structuur</i>	<i>Proces</i>	<i>Uitkomst</i>	<i>Keten</i>
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 afleveren	x			
35	Afspraken bij apotheekbereidingen die in opdracht elders worden bereid	x			
Farmacotherapiebeleid					
36	Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAID's met gastro-protectie 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 afleveringen van derde-generatie-chinolonen			x	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 afgeleverd 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 aflevering 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 afleveren 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 geneesmiddel gebruik 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.

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) 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 apotheek informatiesysteem 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 apotheek informatiesysteem.

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

Noemer: aantal gebruikers van orale antidiabetica en/of insuline.

Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS)

Percentage (Teller/Noemer*100%):

%

Bij de berekening van deze indicator mogen passanten en patiënten die in de loop van het rapportagejaar zijn verhuisd of overleden niet worden uitgesloten. Per patiënt kan de indicatie diabetes slechts één keer geteld worden. In deze indicator wordt geen onderscheid gemaakt tussen afgeleide of bevestigde contra-indicatie.

Toelichting:

Medicatie	Diabetes_1: A10A. Diabetes_2: A10B.
Gebruiker	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Veld AIS	AIS1: Contra-indicatie diabetes is bevestigd door vraag aan de voorschrijver.
Selecties	A: Alle gebruikers van diabetes_2 of die een aflevering van diabetes_1 hadden in en/of in het aan het rapportagejaar voorafgaande 4 maanden. B: Alle patiënten uit A met tenminste een keer als record AIS1.
Teller	B: Uit apotheekinformatiesysteem.
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

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

Onderbouwing

Indicator 5 gaat in op het vastleggen van de contra-indicatie hartfalen. Hartfalen is een belangrijke contra-indicatie voor verschillende geneesmiddelen. Omdat hartfalen minder eenvoudig direct uit het geneesmiddelgebruik kan worden afgeleid, is het voor deze contra-indicatie van belang om deze ook door de voorschrijver te laten bevestigen. Hartfalen komt vooral voor bij ouderen. Het percentage patiënten (> 55 jaar) waarbij de contra-indicatie hartfalen is vastgelegd is een indicatie voor de inspanningen die de apotheek verricht om deze belangrijke patientengroep 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 patiënten ouder dan 55 jaar waarbij een contra-indicatie hartfalen is vastgelegd in de apotheek.

Teller: aantal patiënten dat in het rapportagejaar 56 jaar of ouder wordt (geboortejaar 1953 of eerder) met minimaal 1 aflevering in het rapportagejaar waarbij de contra-indicatie hartfalen is vastgelegd in het apotheek informatiesysteem.

Noemer: Aantal patiënten dat in het rapportagejaar 56 jaar of ouder wordt (geboortejaar 1953 of eerder) met minimaal 1 aflevering in het rapportagejaar. Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Bij de berekening van deze indicator mogen passanten en patiënten die in de loop van het rapportagejaar zijn verhuisd of overleden niet worden uitgesloten. Per patiënt kan de indicatie diabetes slechts één keer geteld worden. In deze indicator wordt geen onderscheid gemaakt tussen afgeleide of bevestigde contra-indicatie.

Toelichting:

Actuele 55 plussers	Aantal patiënten >55 jaar (geboortjaar 1953 of eerder) met minimaal een aflevering in het rapportagejaar.
Aflevering	Aflevering in de rapportagem maand.
Veld AIS	AIS1: Contra-indicatie hartfalen is bevestigd door vraag aan de voorschrijver.
Selecties	A: Actuele 55-plussers. B: Alle patiënten uit A met tenminste een keer als record AIS1.
Teller	B: Uit apotheekinformatiesysteem.
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

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

Onderbouwing

Indicator 6 gaat in op het afleveren van geneesmiddelen ondanks een mogelijke contra-indicatie. In deze indicator wordt gevraagd naar het afleveren 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 afgeleverd. 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-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

Indicator

Percentage patiënten met afleveringen voor 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 (C03CA) en RAS-remmers gebruikt.

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

%

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

Toelichting:

Medicatie	Lisdiuretica: C03CA. RAS-remmer: C09. NSAID: M01A.
Gebruiker	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gecorrigeerde gebruikperiode	Binnen de gebruikers de gebruikperioden van lisdiuretica (op ATC 4 niveau), RAS-remmer (op ATC 2 niveau) en NSAID (op ATC3 niveau) corrigeren voor overlappende afleveringen.
Tegelijkertijd gebruiker	Overlap van de gecorrigeerde gebruikperiode van de medicatiegroepen binnen deze indicator voor tenminste 10 dagen in het rapportagejaar.
Hartfalen	Aanwijzing hiervoor door tegelijkertijd gebruiker van lisdiuretica en RAS-remmer voor tenminste 1 keer in het rapportagejaar.
Selecties	A: Gebruikers met hartfalen. B: Patiënten uit A en tegelijkertijd gebruiker van lisdiuretica en RAS-remmer en NSAID, tenminste 1 keer gesignaleerd in het rapportagejaar.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 0%.

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

Onderbouwing

Indicator 7 gaat in op het afleveren van geneesmiddelen ondanks een (afgeleide) contra-indicatie. In deze indicator wordt gevraagd naar het voorkomen van mogelijke cardiovasculaire aandoeningen bij gebruikers van COX-2 remmers. Het gebruik van nitraten, laag gedoseerd acetylsalicylzuur of anticoagulantia of het gebruik van een combinatie van geneesmiddelen die wijst op hartfalen geeft een sterke aanwijzing dat er bij de patiënt sprake is van een ischemische hartziekte. COX-2 remmers zijn absoluut gecontraïndiceerd bij patiënten met ischemische hartziekten en hartfalen. Ook bij kortdurend gebruik levert dit voor deze patiënten risico's op.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

Indicator

Percentage patiënten met afleveringen COX-2 remmers waarbij uit het geneesmiddelengebruik cardiovasculaire aandoeningen zijn af te leiden.

Teller: het aantal patiënten dat tenminste éénmaal in het rapportagejaar COX-2 remmers gebruikt en gelijktijdig tevens een antithromboticum, nitraat of een combinatie van lisdiuretica en RAS-remmers gebruikt.

Noemer: het aantal patiënten dat tenminste éénmaal in het rapportagejaar COX-2 remmers gebruikt.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

*Maakt u voor deze indicator gebruik van de SFK-webrapportage (KISS):
Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen.*

Toelichting:

Medicatie	COXibs: M01AH. Antithrombotica: B01. Nitraten: C01DA. Lisdiuretica: C03CA. RAS-remmers: C09.
Gebruiker	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gebruiker vitamine K antagonisten	Bepaal het gebruik van Vitamine K antagonisten op basis van afleveringen Vitamine K antagonisten in het aan het rapportagejaar voorafgaande halve jaar. Indien bij Vitamine k antagonisten geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 180 dagen als gebruikperiode aan.
Gecorrigeerde gebruikperiode	Binnen de gebruikers de gebruikperioden van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 4 niveau voor COXibs en nitraten, op ATC 2 niveau voor antithrombotica en RAS-remmers, op ATC 5 niveau voor lisdiuretica) corrigeren voor overlappende afleveringen.
Tegelijkertijd	Overlap van gecorrigeerde gebruikperioden van lisdiuretica en gebruikperiode RAS-remmers binnen deze indicator op ATC-4 niveau voor tenminste 20 dagen in het rapportagejaar.
Hartfalen	Aanwijzing hiervoor door tegelijkertijd gebruiker van lisdiuretica en RAS-remmer voor tenminste 1 keer in het rapportagejaar.
Angina pectoris	Wij schatten deze diagnose door tenminste 2 afleveringen voor een patiënt binnen 365 dagen en hiervan is tenminste 1 aflevering nitraten voor een patiënt gesignaleerd in het rapportagejaar.
Myocardinfarct, TIA of stroke	Gebruiker van antithrombotica.
Gebruiker	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Selecties	A: Gebruiker van COXibs voor tenminste 1 keer in het rapportagejaar. B: Patiënten uit A en tegelijkertijd gebruiker COXibs met Hartfalen en/of Angina pectoris en/of Myocardinfarct, TIA of stroke.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 0%.

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 objectiveerbare overgevoeligheid betreffen als een minder goed objectiveerbare 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.

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.
Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

Medicatie	Penicillines: J01C.
Aflevering	Aflevering 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.
AIS record	AIS: Intolerantie voor penicilline is vastgelegd.
Selecties	A: aantal actieve patiënten rapportagejaar. B: Aantal patiënten uit A waarvan in AIS penicilline-intolerantie is vastgelegd.
Teller	B: Uit apotheekinformatiesysteem.
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	N.v.t.

Opmaken van de patiëntselecties

Geef in de patiëntselectie alle patiënten weer die voor de noemer zijn gevonden.

Sorteer deze oplopend op patiëntnummer.

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 veilig instelling met coumarines 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 co-trimoxazol niet mogelijk is. Wanneer het betreffende geneesmiddel toch wordt afgeleverd is goede afstemming met de trombosedienst van belang.

Gerelateerde NAN-norm

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

Indicator

Welke acties worden in de apotheek ondernomen indien een patiënt die cumarines gebruikt, co-trimoxazol krijgt voorgeschreven en er, na overleg met voorschrijver, is vastgesteld dat een alternatief geneesmiddel niet mogelijk is?

- De trombosedienst wordt door een medewerker van de apotheek op de hoogte gebracht van het gebruik van het geneesmiddel
- De patiënt wordt geadviseerd om aan de trombosedienst door te geven dat hij het geneesmiddel gebruikt
- 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 afgeleverd. Gevraagd wordt naar het afleveren 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 afgeleverd is het van belang dat de apotheek vastlegt wat hier de reden van is en welk overleg met andere zorgverleners en trombosedienst heeft plaatsgevonden.

Gerelateerde NAN-normen

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 signaleerd.

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

*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 cumarinen voor die tenminste een keer in het rapportagejaar tegelijk gebruik met co-trimoxazol is gesignaleerd

Medicatie	Vitamine K antagonisten: B01AA07 (Acenocoumarol) of B01AA04 (Fenprocoumon). Co-trimoxazol: J01EE01.
Gebruiker	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gebruiker vitamine K antagonisten	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen 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 gebruikperiode	Binnen de gebruikers de gebruikperioden van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 5 niveau voor co-trimoxazol en op ATC 4-niveau voor antithrombotica) corrigeren voor overlappende afleveringen.
Tegelijkertijd gebruiker	Overlap van gecorrigeerde gebruikperiode van gebruiker vitamine K antagonisten en gebruiker van co-trimoxazol voor tenminste 10 dagen in het rapportagejaar.
Selecties	A: Tegelijkertijd gebruiker van vitamine K antagonisten en co-trimoxazol voor tenminste 1 keer in het rapportagejaar.
Aantal	A
Streefwaarde	Richting 0.

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

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 afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gebruiker vitamine K antagonisten	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen 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 gebruikperiode	Binnen de gebruikers de gebruikperioden van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 5 niveau voor miconazol en op ATC 4-niveau voor antithrombotica) corrigeren voor overlappende afleveringen.
Tegelijkertijd gebruiker	Overlap van gecorrigeerde gebruikperiode van gebruiker vitamine K antagonisten en gebruiker van miconazol voor tenminste 10 dagen in het rapportagejaar.
Selecties	A: Tegelijkertijd gebruiker van vitamine K antagonisten en miconazol voor tenminste 1 keer in het rapportagejaar.
Aantal	A
Streefwaarde	Richting 0.

Afleveren van geneesmiddelen

Afleveren van geneesmiddelen: indicatoren 13 en 14

Indicator 13 en 14 gaan in op de controle op het afleveren van het juiste geneesmiddel aan de juiste patiënt in de apotheek. Een goed systeem van interne controle voorafgaand aan het afleveren van geneesmiddelen kan het aantal verkeerde afleveringen beperken. Voor het tijdig constateren van fouten is de controle van recepten door een apotheker op dag van afleveren 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 afleveringen waarbij interne controles zijn toegepast voorafgaand aan afleveren

Onderbouwing

Indicator 13 gaat in op de interne controles die in de apotheek zijn toegepast voorafgaand aan het afleveren 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 aflevering van geneesmiddelen.
- 3.1 Controle door een apotheker van de gevolgde procedure bij het afleveren van geneesmiddelen.
- 5.5 Structuur, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het apotheketeam.

Indicator

Percentage afleveringen tijdens reguliere openingstijden waarbij onderstaande interne controles zijn toegepast voorafgaand aan het afleveren van het geneesmiddel:

- | | |
|--|---|
| – Percentage afleveringen waarbij minimaal twee personen betrokken zijn voorafgaand aan het afleveren. | % |
| – Percentage afleveringen waarbij de barcodes op verpakking van geneesmiddelen zijn gescand. | % |

Toelichting:

14 Aantal dagen dat recepten niet op dag van afleveren zijn gecontroleerd door apotheker

Onderbouwing

Indicator 14 vraagt naar de controle van de recepten door een apotheker. Het achteraf controleren van afgeleverde recepten is een belangrijk onderdeel bij het opsporen van fouten bij het afleveren van geneesmiddelen. Het tijdig uitvoeren van deze controle is een indicatie voor de inspanningen van de apotheek voor het afleveren van het juiste middel, in de juiste dosering en aan de juiste patiënt en het opsporen van contra-indicaties, intoleranties en interacties. Specifiek wordt in deze indicator gevraagd naar het aantal dagen per jaar dat de recepten **niet** op de dag van afleveren worden gecontroleerd door een apotheker.

Gerelateerde NAN-normen

2.2.1 en 2.2.2 Medicatiebewaking.

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

Indicator

Aantal dagen dat recepten in het rapportagejaar **niet** op de dag van afleveren zijn gecontroleerd door een apotheker.

De NAN 2006 hanteert als uiterste grens voor receptcontrole 24 uur. Deze indicator gaat een stap verder door als grens dezelfde werkdag te hanteren.

Toelichting:

Interne-foutenregistratie

Interne foutenregistratie: indicatoren 15 en 16

Het melden, registreren en beheersen van fouten binnen de apotheek kan belangrijke aanknopingspunten opleveren voor het verbeteren van werkwijzen en interne controles. De foutenregistratie is een onderdeel van de aandacht voor en zorgvuldigheid van de afhandeling van afwijkingen van gemaakte afspraken over de zorg- en dienstverlening. Het gaat hier dus om door medewerkers of apothekers geconstateerde fouten binnen de apotheek.

Het omgaan met signalen en klachten van patiënten valt onder het begrip klacht conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)^[7] en wordt aan de orde gesteld in een andere indicator.

[7] http://wetten.overheid.nl/zoeken_op/regeling_type_wetten+AMVB+ministeries/

15 Registreren van intern geconstateerde fouten

Onderbouwing

Indicator 15 vraagt naar de aanwezigheid van een procedure voor het registreren van fouten die door medewerkers van de apotheek zijn geconstateerd en waarvan de patiënt nog niets heeft gemerkt. Uiteindelijk is het van belang dat fouten 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 afleveren van geneesmiddelen.
- 3.4 Aanpassen van de farmaceutische zorgverlening bij gebreken of veranderde zorgbehoefte.
- 4.6 Nemen van maatregelen bij verdenkingen of constatering van aflevering of diensten van onvoldoende kwaliteit.

Indicator

Worden fouten die door apotheekmedewerkers (intern) worden geconstateerd, systematisch geregistreerd door de apotheek?

- ja, altijd of bijna altijd
- ja, niet altijd maar in > 50% van de situaties
- ja, in < 50% van de situaties
- nee, (bijna) nooit

Toelichting:

16 Aantal geregistreeerde intern geconstateerde fouten

Onderbouwing

Indicator 16 vraagt het aantal geregistreeerde fouten dat intern is geconstateerd. Een hoger aantal geregistreeerde fouten betekent vaak niet dat in de apotheek meer fouten worden gemaakt in vergelijking met andere apotheken, maar dat fouten beter worden opgespoord en vastgelegd en dat er in de apotheek dus meer aandacht is voor patiëntveiligheidsaspecten.

Gerelateerde NAN-normen

- 2.3.2 Controle van overeenkomst tussen voorschrift en geneesmiddel.
- 3.1 Controle door apotheker van gevolgde procedure bij afleveren 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 geregistreeerde fouten.

Teller: het aantal door apotheekmedewerkers (intern) geconstateerde fouten in het rapportagejaar.

Noemer: aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel (UR) hebt terhandgesteld. Dit 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.

Aflevering	Aflevering 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.
Selecties	A: aantal actieve patiënten rapportagejaar B: aantal in de administratie vastgelegde interne fouten.
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 aflevering van inhalatiemedicatie aan een patiënt, waaraan in de voorafgaande 12 maanden geen inhalatiemedicatie is afgeleverd'.

Gerelateerde NAN-norm

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

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 eerste uitgifte van inhalatiemedicatie in het rapportagejaar. Dit cijfer vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

Medicatie	Inhalatiemedicatie: R03A of R03B.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Eerste uitgifte	Aflevering in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering is geweest op ATC 3 niveau.
Selecties	A: Patiënten met eerste uitgifte van inhalatiemedicatie in het rapportagejaar. B: Aantal patiënten uit A waarbij 'het geven van inhalatie-instructie' is vastgelegd in het AIS.
Teller	B: Uit apotheekinformatiesysteem.
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

18b Percentage gebruikers van inhalatiecortico-steroïden met orofaryngeale antimycotica. Deze gegevens vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).	
Teller: aantal patiënten met een orofaryngeaal antimycoticum nadat inhalatiecorticosteroid is gebruikt.	
Noemer: aantal patiënten die inhalatiecortico-steroïden gebruiken.	
Percentage: $\text{Teller/Noemer} * 100$.	%
Toelichting:	

Medicatie	ICS: R03AK06, R03AK07, R03BA. Antimycotica: A07AA07, A07AA02, A01AB04, A07AC01.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Overgang	Eerst aflevering van een geneesmiddel(groep) en pas vervolgens aflevering van een ander geneesmiddel(groep) zonder dat die in de zes maanden daarvoor was gebruikt. Tussen aflevering van ICS en van antimycotium liggen maximaal 90 dagen.
Selecties	A: Patiënten ICS in het rapportagejaar. B: Patiënten uit A met een overgang van een aflevering van antimycotica na een aflevering van ICS.
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 wordt in deze indicator verstaan: 'een aflevering van een geneesmiddel aan een patiënt, aan wie in de voorafgaande 12 maanden hetzelfde geneesmiddel niet is afgeleverd'.

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.
Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

Medicatie	Benzodiazepinen: N05BA (Benzodiazepinederivaten) of N05CD (Benzodiazepinederivaten) of N05CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen).
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Eerste uitgifte	Aflevering in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering is geweest op ATC 4 niveau.
Selecties	A: Patiënten met eerste uitgifte van benzodiazepinen in het rapportagejaar. B: Aantal patiënten uit A waarbij 'het geven van voorlichting over beïnvloeding van het reactievermogen en de rijvaardigheid' is vastgelegd in het AIS.
Teller	B: Uit apotheekinformatiesysteem.
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

20 Percentage patiënten dat bij vervolgitgite 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 vervolgitgite 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. Onder een vervolgitgite wordt in deze indicator verstaan 'een aflevering van een geneesmiddel aan een patiënt aan wie dit geneesmiddel in de voorafgaande 12 maanden al éénmaal of vaker is afgeleverd'.

Gerelateerde NAN-normen

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

Indicator

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

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

Noemer: aantal patiënten dat met een vervolgitgite van benzodiazepinen.
Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

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

%

Toelichting:

Medicatie	Benzodiazepinen: N05CD (Benzodiazepinederivaten) of N05BA (Benzodiazepinederivaten) of N05CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen).
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Vervolgiftige	Aflevering in het rapportagejaar waarbij tenminste 1 aflevering op ATC 4 niveau in de voorafgaande 4 maanden is geweest.
Selecties	A: Patiënten met vervolgiftige van benzodiazepinen in het rapportagejaar. B: Aantal patiënten waarbij 'het geven van voorlichting over het risico van afhankelijkheid' is vastgelegd in het AIS.
Teller	B: Uit apotheekinformatiesysteem.
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 afgeleverd 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. Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

Toelichting:

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 afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Periode overgebruik	Met een gebruikperiode die in totaal 90 en meer ddd omvatte tijdens het rapportagejaar, mede op basis van afleveringen 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 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 wordt in deze indicator verstaan: 'een aflevering van een geneesmiddel aan een patiënt, aan wie in de voorafgaande 12 maanden hetzelfde geneesmiddel niet is afgeleverd'.

Gerelateerde NAN-norm

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

Indicator

22a Percentage patiënten dat er bij eerste uitgifte van antidepressiva mondeling op is geweest dat het te verwachten effect niet direct intreedt.

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

Dit getal wordt door SFK berekend.

Noemer: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva in het rapportagejaar.

Dit getal vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

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

%

Toelichting:

- a Percentage patiënten dat er bij eerste uitgifte van antidepressiva mondeling op is gewezen dat het te verwachten effect niet direct intreedt

Medicatie	Antidepressiva: – Selectieve serotonine-heropnameremmers N06AB. – Mirtazapine N06AX11. – Venlafaxine N06AX16.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Eerste uitgifte	Aflevering in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering is geweest..
Selecties	A: Patiënten met eerste uitgifte van antidepressiva in het rapportagejaar. B: Aantal patiënten uit A waarbij 'het geven van voorlichting over het niet direct intreden van het effect' is vastgelegd in het AIS.
Teller	B – Uit apotheekinformatiesysteem.
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

22b Percentage stoppers binnen 6 maanden.

Deze indicator vindt u in de SFK-webrapportage (KISS).

Teller: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva tussen 1 januari 2009 en 30 juni 2009, dat binnen 6 maanden gestopt is.

Noemer: aantal patiënten met een eerste uitgifte antidepressiva tussen 1 juli 2008 en 30 juni 2009.

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

%

Toelichting:

b Percentage stoppers binnen 6 maanden (voor de eerste helft van het rapportagejaar)

Medicatie	Antidepressiva: – Selectieve serotonine-heropnameremmers N06AB. – Mirtazapine N06AX11. – Venlafaxine N06AX16.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar
Eerste uitgifte	Aflevering in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering is geweest.
Gebruiker	Met een gebruiksperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gecorrigeerde gebruiksperiode	Binnen de gebruikers de gebruiksperiodes van de medicatiegroepen bij deze indicator (op ATC 3 niveau) corrigeren voor overlappende afleveringen.
Selecties	A: Patiënten met eerste uitgifte van antidepressiva in de eerste helft van het rapportagejaar. B: Patiënten uit A waarbij de gecorrigeerde gebruiksperiode 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.

23 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 afleveren 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.

Gerelateerde NAN-norm

2.3.4 Afleveren van geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen.

Indicator

Percentage patiënten boven de 65 jaar in de thuissituatie, aan wie geneesmiddelen worden afgeleverd in een geïndividualiseerde distributievorm.

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

Noemer: aantal patiënten boven de 65 jaar in de thuissituatie met minimaal 1 aflevering in het rapportagejaar.

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

%

Toelichting:

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 apotheek-informatiesysteem.

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.

Gerelateerde NAN-norm

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

Indicator

In welk jaar heeft u het meest recent een onderzoek uitgevoerd naar patiëntervaringen of patiënttevredenheid?

26a Jaar:

26b Welke methode was daarbij gebruikt?

- CQ apotheken
 ACB
 Een andere methode, namelijk:

Toelichting:

27 Aantal geregistreeerde klachten van patiënten

Onderbouwing

Indicator 27 gaat in op het gebruiken van klachten van patiënten voor het verbeteren van de zorgverlening. Klachten zijn een belangrijke bron van aanwijzingen voor verbeteringen in de zorgverlening. Een groter aantal klachten betekent vaak niet dat de apotheek slechter presteert, maar is in de meeste gevallen een indicatie voor systematische aandacht voor klachten van patiënten. Voor de definitie van een klacht wordt verwezen naar de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, zie ook inleiding indicator 15.

Gerelateerde NAN-norm

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

Indicator

Percentage geregistreeerde klachten van patiënten in het rapportagejaar

Teller: aantal geregistreeerde klachten in het rapportagejaar

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

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

%

Toelichting:

Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Actuele patiënten rapportagejaar	Aantal patiënten aan wie u vanuit uwapotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel)UR hebt ter hand gesteld.
Selecties	A: Actuele patiënten rapportagejaar. B: Aantal patiënten uit A waarbij een klacht is vastgelegd in uw administratie.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

28 Aantal 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. Dit getal vindt u in de SFK webrapportage (KISS).	
Percentage: Teller/Noemer * 100.	%
28b Nam u in het rapportagejaar deel aan het LAREB intensieve monitoring programma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Toelichting:	

Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Actuele patiënten rapportagejaar	Aantal patiënten aan wie u vanuit uw apotheek in het rapportagejaar tenminste eenmaal een receptgeneesmiddel) UR hebt ter hand gesteld.
Selecties	A: Actuele patiënten rapportagejaar. B: Aantal keren dat in het rapportagejaar een bijwerking is gemeld aan het LAREB.
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 apotheekbereidingen. Fouten bij apotheekbereidingen 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 farmacotherapeutische rationaliteit niet-FNA-preparaten

Onderbouwing

Indicator 29 vraagt naar de beoordeling van de farmacotherapeutische rationaliteit van apotheekbereidingen door een apotheker. Door de voorschrijver verzochte apotheekbereidingen kunnen farmacotherapeutisch obsoleet of minder gewenst zijn. Beoordelen door een apotheker van deze aspecten 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 met name van belang voor niet-FNA-preparaten. Ook als apotheekbereidingen in opdracht van uw apotheek elders worden bereid, dient deze beoordeling plaats te vinden.

Deze indicator vraagt naar apotheekbereidingen die in uw apotheek zijn bereid en bereidingen die in uw opdracht elders zijn bereid.

Gerelateerde NAN-normen

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 zijn in het rapportagejaar uitgevoerd?

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

Teller: aantal bereidingen in uw apotheek voor capsules 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: $\text{Teller/Noemer} * 100$.

%

Het antwoord op deze indicator is bepaald op basis van:

- Gegevens uit het AIS
- Handmatige telling op basis van bereidingsformulieren systeem

Toelichting:

31 Percentage 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 kwaliteitssysteem 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

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

%

Toelichting:

32 Percentage bereiding van systemische preparaten waarbij doseringscontrole is uitgevoerd

Onderbouwing

Indicator 32 gaat in op de medicatiebewaking bij apotheekbereidingen. Deze indicator vraagt naar de doseringscontrole op werkzame bestanddelen bij bereidingen van systemische preparaten (oraal, rectaal) voor kinderen tot en met zes jaar.

Deze indicator vraagt naar apotheekbereidingen die in uw apotheek zijn bereid en 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

Percentage bereidingen van systemische preparaten (oraal, rectaal) voor kinderen tot en met zes jaar, waarbij in uw apotheek een doseringscontrole is uitgevoerd op werkzame bestanddelen.

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

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

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

%

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 afleveren

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 afleveren is een onderdeel van een systeem van controles op het afleveren van het juiste geneesmiddel in de juiste dosering. Deze vrijgifte moet plaatsvinden vóór het afleveren 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 handstellen aan de patiënt door een apotheker vrijgegeven?

ja, altijd of bijna altijd

nee

Toelichting:

35 Afspraken bij apotheekbereidingen die in opdracht elders worden bereid

Onderbouwing

Indicator 35 gaat in op de aard van de afspraken die zijn gemaakt bij uitbesteding van bereidingen met een bereidende apotheek indien een (deel van) de bereidingen niet in de eigen apotheek plaatsvinden. In het geval van uitbesteden dient een apotheker er zich van te vergewissen dat bereidingen op een verantwoorde wijze plaatsvinden. Deze indicator vraagt naar de afspraken die hierover zijn vastgelegd. Gevraagd wordt naar afspraken over de statistische controle van gewichtspreding bij capsules, het laten analyseren van monsters van bereidingen door een regionaal analyse laboratorium en vrijgifte door een apotheker voorafgaand aan afleveren van bereidingen. Deze vrijgifte kan plaatsvinden voor het afleveren aan de patiënt in geval van ad-hoc bereidingen, maar kan in geval van voorraadbereidingen ook langer voorafgaand aan het afleveren plaatsvinden.

Deze indicator vraagt uitsluitend naar apotheekbereidingen die in uw opdracht elders worden bereid.

Gerelateerde NAN-normen

2.6.1 Beleid over bereidingen.

2.6.3 Waarborgen van de bereidingstechnische en product kwaliteit.

8.1 Betrekken van goederen en diensten van leveranciers.

Indicator

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

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Uitvoeren van statistische controle van gewichtspreding 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:

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 afgeleverd.

Indicatoren 36, 37 en 38 gaan in op het afleveren 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 afleveren van geneesmiddelen die geen eerste keuze zijn.

36 Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAIDs met gastroprotectie gebruikt

Onderbouwing

Indicator 36 gaat in op het afleveren van een gewenste combinatie van geneesmiddelen in verband het voorkomen van mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar het toepassen van gastroprotectie bij het 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). Lage doseringen H2 antagonist (1 maal de DDD) worden in deze indicator niet meegenomen.

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 aflevering in het rapportagejaar van klassieke NSAIDs en hierbij gebruik van gastroprotectie (in dubbele DDD).

Noemer: Het aantal patiënten > 70 jaar met tenminste een aflevering 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:

Medicatie	NSAIDs zonder COXibs: M01A (Niet-steroïde anti-inflammatoire en anti-reumatische middelen) zonder M01AH (Coxibs). Maagprotectie: A02BB01 (Misoprostol) of A02BC (Protonpompremmers) of M01AB55 (Diclofenac met misoprostol).
Gebruiker	Met een gebruiksperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gecorrigeerde gebruikperiode	Binnen de gebruikers de gebruiksperiodes van NSAIDs zonder COXibs en maagprotectie (op ATC3 niveau dus) corrigeren voor overlappende afleveringen binnen deze groepen.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Gelijktijdig gebruik	Overlappende gebruiksperiodes van NSAIDs zonder COXibs en maagprotectie voor tenminste 5 dagen.
Selecties	A: Patiënten boven de 70 jaar met een aflevering 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 afleveren 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: $\text{Teller/Noemer} * 100$.

%

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

Toelichting:

Medicatie	Nitraten: C01DA 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 afleveringen in dit jaar en/of in de voorafgaande 4 maanden.
Gebruikers vitamine K antagonisten	Bepaal het gebruik van Vitamine K antagonisten op basis van afleveringen Vitamine K antagonisten in het aan het rapportagejaar voorafgaande halve jaar. Indien bij Vitamine K antagonisten geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 180 dagen als gebruikperiode aan.
Angina Pectoris	Wij schatten de diagnose angina pectoris door tenminste 2 afleveringen voor een patiënt binnen 365 dagen en hiervan is tenminste 1 aflevering 'nitraten' voor een patiënt gesignaleerd in het rapportagejaar.
Selecties	A: Patiënten met angina pectoris. B: Gebruikers uit A en tenminste 1 keer in het rapportagejaar ook gebruikers van TAR of gebruikers vitamine K antagonisten.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

38 Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia

Onderbouwing

Indicator 38 gaat in op het afleveren van een gewenste combinatie van geneesmiddelen in verband het voorkomen van mogelijke bijwerkingen. Deze indicator vraagt naar het gelijktijdig afleveren van laxantia bij sterke opioïden. Er is consensus dat bij gebruik van opioïden in meer dan 90% van de gevallen binnen enkele dagen obstipatie optreedt. Dit is niet alleen hinderlijk maar kan leiden tot ernstige complicaties zoals colonobstructie. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat slechts de helft van de opiaat 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 opiaatgebruikers vaak onvoldoende vochtinname hebben kunnen zij beter geen volumevergroterende middelen gebruiken. Paraffine wordt als laxeermiddel 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 volgende middelen aangemerkt: lactulose, lactitol, magnesiumoxide, bisacodyl, natriumpicosulfaat, macrogol of senna/sennosiden.

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 tenminste een aflevering in het rapportagejaar van opioïden en tegelijken tijd gebruik van (binnen 5 dagen) lactulose, lactitol, magnesiumoxide, natriumpicosulfaat, macrogol of senna/sennosiden.

Noemer: het cumulatief aantal patiënten waaraan gedurende een of meerdere maanden van het rapportagejaar opioïden (N02AA01 t/m N02AA05 en N02AB t/m N02AE) zijn afgeleverd.

Medicatie	<p>Opioïd:</p> <ul style="list-style-type: none"> – N02AA zonder N02AA59 en/of N02AA79 (Natuurlijke opioïden zonder codeïne). – N02AB (Fenylpiperidinederivaten). – N02AC (Difenylpropylaminederivaten). – N02AD (Benzomorfanderivaten). – N02AG (Opioïden met spasmolytica). – N02AE (Oripavinederivaten). <p>Laxans:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A06A zonder A06AC en zonder A06AA en zonder A06AG (Laxantia zonder volumevergroeters). – A02AA02 (Magnesiumoxide). – A02AA03 (Magnesiumperoxide). – A02AA04 (Magnesiumhydroxide).
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Aflevering laxans	Aflevering in het rapportagejaar of in de voorafgaande maand.
Gelijktijdig gebruik	Een aflevering opioïd waaraan de 30 dagen vooraf (ook op basis van afleveringen in de maand voor het rapportagejaar) of in de 3 dagen na deze opioïd aflevering een aflevering laxans was.
Selecties	<p>A: Patiënten met een aflevering van opioïden.</p> <p>B: Patiënten uit A die tenminste 1 keer in het rapportagejaar gelijktijdig gebruik hadden van een laxans.</p>
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.

Percentage: Teller/Noemer * 100.

%

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

Toelichting:

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 sympaticomimetica. De combinatie van overgebruik van sympaticomimetica en ondergebruik van ICS kan tot verslechtering van astma en zelfs astma sterfte lijden. De apotheker kan overmatig gebruik van sympaticomimetica 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 sympaticomimetica 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 sympaticomimetica per dag is afgeleverd in combinatie met minimaal één dosis inhalatiecorticosteroiden.

Teller: aantal patiënten tussen 16 en 45 jaar voor wie overgebruik van sympaticomimetica in het verslagjaar op basis van meerdere afleveringen vastgesteld kon worden met tenminste een aflevering van één dosis inhalatiecorticosteroiden.

Noemer: aantal patiënten tussen 16 en 45 jaar voor wie overgebruik van sympathicomimetica in het verslagjaar op basis van meerdere afleveringen 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 bronchus-
verwijders.*

Toelichting:

Medicatie	Bronchusverwijders: – R03AC02 t/m R03AC13 of – R03AK03 t/m R03AK07. Glucocorticoïden: – R03BA01 t/m R03BA08 of – R03AK06 t/m R03AK07.
Gebruiker astma/copd	Met een gebruikperiode van minimaal 1 dag in het rapportagejaar op basis van afleveringen in dit jaar en/of in het voorafgaande jaar.
Gemiddelde gebruiksfrequentie inhalatie	De gemiddelde gebruiksfrequentie wordt bepaald door de afgeleverde hoeveelheid in doses van de op drie en de op twee na laatste aflevering te delen door het aantal dagen tussen de op drie en de op één na laatste aflevering.
Overgebruikers inhalatie	Onder overgebruik verstaan wij hier een gemiddelde gebruiksfrequentie van twee en meer doses per dag, berekend op basis van afleveragegevens bij gebruikers astma/copd.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Selecties	A: Overgebruikers inhalatie tussen de 16 en 45 jaar van tenminste een middel uit bronchusverwijders. B: Patiënten uit A met tenminste een aflevering van glucocorticoïden in het rapportagejaar.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 100%.

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 afleveren 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 wordt in deze indicator verstaan: ‘een aflevering van een geneesmiddel aan een patiënt, aan wie in de voorafgaande 12 maanden geen geneesmiddelen zijn afgeleverd’.

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 bloedglucoseverlagend middel (in het rapportagejaar).

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

%

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

Toelichting:

Medicatie	Orale antidiabetica: A10B (Bloedglucoseverlagende middelen excl. insulines). Metformine: A10BA02.
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Eerste uitgifte	Aflevering in het rapportagejaar zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van een orale antidiabetica is geweest.
Selecties	A: Patiënten met een eerste uitgifte van orale antidiabetica. B: Patiënten uit A, met een eerste uitgifte van 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 afleveren van geneesmiddelen, waarvan het gewenst is dat zij slechts in beperkte mate worden afgeleverd. 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 voor langwerkende hypnotica (flurazepam, flunitrazepam, loprazolam (N05CD11) is afgeleverd in het rapportagejaar.

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

Percentage:

%

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

Toelichting:

Medicatie	<p>Langwerkende hypnotica:</p> <ul style="list-style-type: none"> – N05CD01 (Flurazepam) of – N05CD03 (Flunitrazepam) of – N05CD11 (Loprazolam). <p>Alle hypnotica:</p> <ul style="list-style-type: none"> – N05CD (Benzodiazepinederivaten) of – N05CF (Benzodiazepine-gerelateerde middelen).
Aflevering	Aflevering in het rapportagejaar.
Aflevering aan gebruikers van meer dan 90 ddds	Aflevering aan patiënten met een som van ddds die groter is dan 90, berekend uit de som van ddds van afleveringen gedurende de aan deze aflevering voorafgaande 12 maanden.
Selecties	<p>A: Aflevering aan gebruikers van meer dan 90 ddds van alle hypnotica</p> <p>B: Aflevering aan gebruikers van meer dan 90 ddds van langwerkende hypnotica voor tenminste 1 keer in het rapportagejaar.</p>
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 0%.

42 Percentage afleveringen van derde-generatie-chinolonen

Onderbouwing

Indicator 41 gaat in op het afleveren van geneesmiddelen, waarvan het gewenst is dat zij slechts in beperkte mate worden afgeleverd. 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 afleveringen voor derde-generatie-chinolonen naar aanleiding van voorschriften van huisartsen, ten opzichte van alle afgeleverde antibiotica naar aanleiding van voorschriften van huisartsen.

Teller: aantal afleveringen voor patiënten ≥ 16 jaar voor derde generatie chinolonen (ciprofloxacin), levofloxacin, moxifloxacin, norfloxacin en ofloxacin in het rapportagejaar.

Noemer: Aantal afleveringen voor patiënten ≥ 16 jaar voor alle antibiotica in het rapportagejaar.

Percentage:

%

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

Toelichting:

Medicatie	Antibiotica: – J01 (Antibacteriele middelen voor systemisch gebruik). Derde-generatie-chinolonen: – J01MA01 (Ofloxacin). – J01MA02 (Ciprofloxacin). – J01MA06 (Norfloxacin). – J01MA12 (Levofloxacin). – J01MA14 (Moxifloxacin).
Aflevering >=16 jaar	Tenminste 1 aflevering aan patiënten boven en gelijk 16 jaar in het rapportagejaar.
Selecties	A: Patiënten met een aflevering >=16 jaar van antibiotica. B: Patiënten uit A, met een aflevering >=16 jaar van derde-generatie-chinolonen.
Teller	B
Noemer	A
Percentage	$B / A * 100$.
Streefwaarde	Richting 0%.

Bijlagen

1 Begrippenlijst

Apotheek

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

Actuele geneesmiddelgebruik

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

Aflevering

De betekenis van het begrip aflevering 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)

Behandelingsovereenkomst

Overeenkomst tussen patiënt en apotheek over de te verlenen farmaceutische zorg- en 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)

Eerste uitgifte van een geneesmiddel

Een aflevering van een geneesmiddel (op ATC 5 niveau) aan een patiënt, waaraan in de voorafgaande 12 maanden niet dezelfde werkzame stof is afgeleverd. (WINAp)

Farmaceutische zorg- en dienstverlening

Alle activiteiten en handelingen die de leden van het apotheketeam 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 afleveren van geneesmiddelen, waarbij de apotheek overzicht en ordening aanbrengt, waardoor de patiënt zijn geneesmiddelen beter kan beheren en innemen. (NAN)

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)

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)

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.

Verantwoorde zorg

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

Vervoluitgifte van een geneesmiddelen

Een aflevering van een geneesmiddel aan een patiënt waaraan dezelfde werkzame stof in de voorafgaande 12 maanden al éénmaal of vaker is afgeleverd. (Dit document)

2 De opbouw van een kwaliteitsindicator

Nummer en titel van de indicator

Onderbouwing

De onderbouwing geeft een korte samenvatting van het belang van deze indicator. Verder worden belangrijke begrippen en definities nader uitgelegd.

Gerelateerde NAN-normen

Hier wordt het nummer met een verkorte titel gegeven die verwijst naar de NAN 2006. Waar relevant worden ook NAN richtlijnen aangegeven. U kunt de volledige tekst van de NAN 2006 en de bijbehorende richtlijnen downloaden via www.knmp.nl/download-bestanden/vakinhoud-1/kwaliteitszorg/nan-en-richtlijnen.

Indicator

Deze paragraaf geeft de vraagstelling weer, die hoort bij de indicator. De vragen worden gesteld in het lichter gekleurde gedeelte van de tekst. U wordt geacht deze vragen alle te beantwoorden.

In de gevallen waar om een percentage wordt gevraagd, is een teller en een noemer gevraagd en kan een nadere uitleg gegeven worden. De gegevens hebben betrekking op het rapportagejaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2009, tenzij anders vermeld.

Meetinstructie

Apart tekstvlak waarin gedetailleerde informatie is opgenomen over de selectie van de indicatorgegevens.

Colofon

De Basisset kwaliteitsindicatoren apotheken voor het rapportagejaar 2009 is tot stand gekomen in samenwerking met
KNMP Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie