# VISIE VAN DE HUISARTS OP MFO EN MEDICATIEREVIEW EN DE SAMENWERKING MET DE APOTHEKER

Julie Bossu, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. A. De Sutter

Co-promotoren: Dr. E. Van Leeuwen
Dr. P. Muylaert

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# ABSTRACT

**Context:**

De zorg voor onze patiënten wordt steeds complexer door onder meer de steeds toenemende vergrijzing. Het groeiend aantal ouderen met multimorbiditeit en bijgevolg polyfarmacie zorgt ervoor dat ook het onderwerp van Geneesmiddelen Gebonden Problemen (GGP) aan belang wint. Interdisciplinaire samenwerking met andere gezondheidswerkers in de eerste lijn is nodig. Een belangrijk instrument dat hieraan tegemoet kan komen is het Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO). Het MFO heeft als doel de zorg voor patiënten te verbeteren en de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te bevorderen.

**Doelstelling:**

Het achterhalen van de kennis, visie en verwachtingen van huisartsen, werkzaam in de kring van Merelbeke, over MFO en medicatiereview. Met nadrukkelijke vragen over kennis, visie en verwachtingen hoopten we kostbare informatie te verzamelen over bestaande barrières en eventuele suggesties te verkrijgen om het MFO in de toekomst vlot en efficiënt te laten verlopen.

**Methode:**

Een kwalitatieve exploratieve studie over het concept MFO en medicatiereview werd uitgevoerd in de huisartsenkring van Merelbeke met behulp van semigestructureerde interviews. Via een persoonlijke uitnodigingsmail werd aan de artsen gevraagd tijd te maken voor een 20 minuten durend interview. De antwoorden van de 7 artsen die instemden met deelname aan deze studie werden geanalyseerd met behulp van het programma NVIVO en vergeleken met wat in de (inter)nationale literatuur terug te vinden is over dit onderwerp.

**Resultaten/besluit:**

Alle artsen uit deze studie waren ervan overtuigd dat een betere samenwerking leidt tot een betere zorg voor patiënten. Het MFO als werkingsinstrument wordt als zinvol gepercipieerd maar dient meer gestructureerd te verlopen. Organisatie én vergoeding van bovenaf, lijken hierop een antwoord te bieden. Aangezien tijdsgebrek in beide beroepsgroepen de belangrijkste struikelblok blijft, is efficiëntie en eenduidigheid bij overlegmomenten essentieel. Algemeen kunnen we stellen dat de barrières en voorwaarden gesteld door de artsen in Merelbeke overeenkomen met wat in de literatuur te vinden is.

De precieze betekenis van het begrip ‘medicatienazicht of medicatiereview’ is bij artsen onvoldoende gekend. Er lijkt nog een belangrijke taak weggelegd om dit aan de hand van informatie en opleiding, mogelijk via een MFO, uit de weg te werken.

# DANKWOORD

Ik wil graag een aantal mensen bedanken voor hun hulp en begeleiding.

Dr. Ellen Van Leeuwen voor de enthousiaste feedback, het samen uitwerken van deze masterproef en het kritisch nalezen ervan.

Dr. Peter Muylaert voor het initieel aanbrengen van dit onderwerp en de feedback bij de verdere uitwerking.

Mijn promotor Prof. Dr. An De Sutter voor het advies en het kritisch nalezen van dit werk.

# INHOUDSOPGAVE


1. INTRODUCTIE ..... 3

2. DOELSTELLING: PERCEPTIE ..... 4

3. METHODE ..... 5

**3.1 Literatuur onderzoek ..... 5**

**3.2. Populatie en Rekrutering ..... 6**

**3.3. Verwerking en Analyse ..... 6**

4. LITERATUUR ONDERZOEK ..... 7

**4.1. Inleiding en definities ..... 7**

**4.2 Voorwaarden om tot een medicatienazicht te komen ..... 8**

4.2.1.Tools voor het uitvoeren van een medicatiereview ..... 8

4.2.1.1 Expliciete methoden ..... 9

4.2.1.2 Impliciete methoden ..... 11

4.2.1.3 Combinatie van Expliciete en Impliciete methode ..... 11

4.2.2. Samenwerking tussen artsen en apothekers: bestaande barrières ..... 12

4.2.2.1 Houding van apothekers t.o.v. medicatiereview ..... 12

4.2.2.2.Houding van artsen t.o.v. medicatie-review ..... 13

**4.3. Huidige situatie in België: rol van arts en apotheker ..... 15**

4.3.1.Vergelijking: huidige situatie in Nederland ..... 17

4.3.2.Nut van een MFO/FTO ..... 17

5. RESULTATEN ..... 19

**5.1 Populatiebeschrijving ..... 19**

**5.2 Perceptie van artsen rond de huidige samenwerking met apothekers ..... 19**

**5.3 Het Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) ..... 20**

**5.4. Medicatiereview of Medicatienazicht ..... 23**

6. DISCUSSIE ..... 25

**6.1 Beperkingen van dit onderzoek ..... 28**

7. CONCLUSIE ..... 29

8. LITERATUURLIJST ..... 30

9. BIJLAGEN..... 32

**9.1 Bijlage 1: Uitnodigingsmail ..... 32**

**9.2 Bijlage 2: Geïnformeerde toestemming ..... 33**

**9.3 Bijlage 3: Vragenlijst ..... 34**

**9.4 Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité ..... 35**

**9.5 Bijlage 5: Protocol studie ..... 36**

# 1. Introductie

De zorg voor onze patiënten wordt steeds complexer o.a. wegens de toenemende vergrijzing. Multidisciplinaire samenwerking met andere gezondheidswerkers in de eerste lijn is nodig.

Een belangrijk instrument dat hieraan tegemoet kan komen is het Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO). Het MFO heeft als doel de zorg voor patiënten te verbeteren en de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te bevorderen. Het RIZIV voorziet vanaf 2016 een financiële premie voor lokale MFO projecten. Richtlijnen over de precieze invulling van een MFO zijn er echter niet. Het is dan ook opvallend dat MFO projecten in heel wat regio's nog in hun kinderschoenen staan.

Kritisch evalueren van de voorgeschreven medicatie door artsen en apothekers samen aan de hand van een medicatiereview kan een mogelijke invulling zijn voor zo'n MFO projecten. Zijn artsen echter bekend met deze begrippen? Wat is hun visie hierrond?

Dit Manama project bestaat uit twee luiken.

In het eerste deel werd aan de hand van een literatuuronderzoek nagekeken wat de huidige evidentie is rond medisch farmaceutisch overleg en medicatiereview. Onder welke vorm gebeurt het? Wat zijn de moeilijkheden? Wat zijn de voordelen?

Ook kwalitatief onderzoek over de opinie van artsen in andere landen omtrent MFO en medicatiereview werd bekeken.

In het tweede luik werd aan de hand van semigestructureerde interviews gepeild naar de kennis, visie en verwachtingen van huisartsen, werkzaam in de kring van Merelbeke, over het MFO en medicatiereview.

# 2. Doelstelling: perceptie

Aan de hand van semigestructureerde interviews werd de kennis, visie en verwachtingen van huisartsen, werkzaam in de kring van Merelbeke, over MFO en medicatiereview aangekaart. Met nadrukkelijke vragen over kennis, visie, verwachtingen en eventuele suggesties hoopten we kostbare informatie te verzamelen om het MFO in de toekomst vlot en efficiënt te laten verlopen.

# 3. Methode

Een kwalitatieve exploratieve studie werd uitgevoerd om een beter beeld te krijgen van de kennis, visie en verwachtingen van huisartsen over het concept MFO en medicatiereview. Deze studie werd goedgekeurd door de ethische comité van het Universitair Ziekenhuis Gent. De gegevensverzameling vond plaats van september 2016 en januari 2017.

## 3.1 Literatuur onderzoek

Door nazicht van de literatuur werd gepoogd zicht te krijgen op volgende onderwerpen:

- Medisch farmaceutisch overleg: algemeen, huidige invulling, nieuwe wetgeving.
- Evidence kwaliteitsverbetering door Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO)
- Kennis, visie en verwachtingen van artsen over MFO: België en internationaal.
- Medicatiereview: algemeen, huidige invulling.
- Evidence voor Medicatiereview door de apotheek.
    - Het voorkomen van Potentially Inappropriate Prescribing (PIP) en Adverse Drug Events (ADE)
    - Beschikbare tools
    - Bespreking CheOP$^3$S tool met resultaten
- Visie, perceptie en verwachtingen van artsen bij medicatiereview door apothekers: België en internationaal.

De databanken die gebruikt werden:

Pubmed, the Cochrane Library, databank masterproeven ICHO en artikels rechtstreeks aangebracht door de collega's van de Eenheid Farmaceutische zorg van de faculteit Farmacie van de Universiteit Gent.

De zoektermen die gebruikt werden:

Potentially Inappropriate Prescribing, Medication review, primary care, polypharmacy, GheOP3S tool, community pharmacy, general practitioners' view/perception

Selectie van artikels:
Bij een eerste selectie van artikels werden de titels doorlopen. Wanneer deze interessant leken, werd het abstract gelezen. Een verdere selectie van de verkregen resultaten werd uitgevoerd op basis van de kwaliteit en relevantie van het abstract. Vervolgens werd gezocht naar artikels in het vakgebied van de geselecteerde artikels via het sneeuwbal effect. Bij interessante passages in het artikel werd ook

naar de referenties gekeken om zo ‘related articles’ te vinden. Bij de selectie van de artikels werd gekeken in welk tijdschrift het artikel werd gepubliceerd en naar het type onderzoek.

## 3.2. Populatie en Rekrutering

Voor dit kwalitatief onderzoek werden zoveel mogelijk huisartsen, werkzaam in de kring van Merelbeke, aangeschreven aan de hand van een persoonlijke e-mail. Met diegenen die reageerden werd een afspraak geregeld om het interview te laten doorgaan. Alle deelnemers ondertekende een toestemmingsformulier.

## 3.3. Verwerking en Analyse

Semi-gestructureerde individuele interviews werden geselecteerd als meest geschikte methode om te peilen naar de perceptie en ideeën van huisartsen omtrent de huidige samenwerking met de apothekers uit de buurt. Hoofdvragen werden altijd aangevuld met enkele bijvragen en ruimte voor suggesties voor een optimale interactie. Het interview duurde gemiddeld genomen 20 à 25 minuten per arts.

Voor de interpretatie van de kwalitatieve data verkregen uit deze interviews werd er gebruikt gemaakt van een thematische analyse. Dit gebeurde met hulp van het software programma Nvivo.

# 4. Literatuur onderzoek

## 4.1. Inleiding en definities

De zorg voor onze patiënten wordt steeds complexer door onder meer de steeds toenemende vergrijzing. Het groeiend aantal ouderen met multimorbiditeit en bijgevolg polyfarmacie zorgt ervoor dat ook het onderwerp van Geneesmiddelen Gebonden Problemen (GGP) aan belang wint (1) . Bovendien is geweten dat ouder worden gepaard gaat met veranderingen in farmacokinetiek en farmacodynamiek in het lichaam wat ouderen extra kwetsbaar maakt voor GGP's .

De Word Health Organization (WHO) kent geneesmiddelen gebonden problemen (GGP's) de volgende definitie toe: 'Een GGP bestaat uit een gebeurtenis of situatie die met zekerheid of met grote waarschijnlijkheid gelinkt kan worden aan farmacotherapie en die het verwachte therapeutische resultaat daadwerkelijk of mogelijk kan beïnvloeden' (2).

Deze brede en misschien wat vage definitie toont aan dat GGP's op veel momenten kunnen ontstaan. Niet alleen foutief-, over- en ondergebruik van medicatie maar ook therapieontrouw, interacties tussen geneesmiddelen en ongewenste effecten van geneesmiddelen kunnen aanleiding geven tot GGP's. Dat het belangrijk is GGP's te vermijden, lijkt evident. Zeker als men weet dat de aanwezigheid van GGP's geassocieerd is met meer morbiditeit, mortaliteit, verminderde kwaliteit van leven, meer/langere hospitalisaties en kosten (3). Geneesmiddelen die het vaakst aanleiding geven tot foutief of overgebruik zijn anxiolytica, antidepressiva, niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen en anti-rheumatische producten (1).

Door in te zetten op de optimalisatie van geneesmiddelengebruik kan er zowel op individueel als maatschappelijk vlak veel winst geboekt worden. Zo blijkt uit de literatuur dat een gestructureerd en periodiek nazicht van de medicatie kan zorgen voor een daling van over-, onder- en foutief gebruik van medicatie. Ook de geneesmiddelen kosten en het aantal hospitalisaties zullen dalen wanneer er op systematische basis een medicatiereview of medicatienazicht uitgevoerd wordt (3, 4). Zo toonde het HARM (Hospital Admissions Related to Medication)-onderzoek in Nederland aan dat 5.6% van de acute opnames in het ziekenhuis gerelateerd zijn aan medicatie. Van deze opnames betreft het in 68% van de gevallen ouderen vanaf 65 jaar en bij ongeveer de helft van de opnames gaat het om medicatiefouten die potentieel vermijdbaar zijn (5) .

Uit een cross-sectionele studie in een Brussels ziekenhuis blijkt dat het probleem van de GGP's ook in België een belangrijk aandeel kent. Bij screening van de medicatie van kwetsbare ouderen met behulp van de STOPP/START-criteria (zie verder) bleek dat maar liefst 48% van de ouderen in dat ziekenhuis

een geneesmiddel kreeg dat ongeschikt was voor hen. Daarnaast zag men dat er in 63% van de patiënten een essentieel geneesmiddel ontbrak. Van alle opnames werden er 27% hierdoor veroorzaakt (6).

## 4.2 Voorwaarden om tot een medicatienazicht te komen

### 4.2.1. Tools voor het uitvoeren van een medicatiereview

Essentieel om tot een goed medicatienazicht te komen is enerzijds het bestaan van een goede en betrouwbare methode om GGP's op te sporen en anderzijds een efficiënte en nauwe multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Hierbij speelt de apotheker, als geneesmiddelen specialist met een zicht op het volledige medicatiegebruik en therapie(on)trouw, zeker een belangrijke rol.

Een periodiek nazicht van de medicatie wordt in de Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen als volgt gedefinieerd: 'een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker op basis van een gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie, om zo voor de individuele patiënt tot een optimale farmacotherapie te komen.' Centraal hierbij staan de individuele behoeften en mogelijkheden van de patiënt ten aanzien van zijn geneesmiddelengebruik (7).

Om een medicatiereview door te voeren, moeten er heel wat gegevens voor handen zijn. Enerzijds informatie over de gebruikte medicatie (medicatieoverzicht van de apotheek); anderzijds medische gegevens (medische voorgeschiedenis, (contra)indicaties, intoleranties, meetwaarden) en gegevens van de patiënt (verkregen uit een interview/consult: farmacotherapeutische anamnese).

Klassiek bestaan er twee methoden om een medicatiereview uit te voeren en ongeschikt of foutief voorschrijven te identificeren.

Enerzijds heb je een **expliciete methode** waarbij er met behulp van een consensustechniek lijsten zijn opgesteld door experten op basis van de bestaande literatuur. Met behulp van deze vooropgestelde criteria kan iemand met weinig of geen klinische ervaring een review doorvoeren. Deze vrij snelle methode bestaat echter uit rigide lijsten die geen aandacht geven aan de complexiteit van polypathologie en patiënt gebonden voorkeuren.

Anderzijds bestaat er ook een **impliciete methode** waarbij er algemene vragen gesteld worden zoals het bestaan van een indicatie voor een specifiek geneesmiddel. Deze methode vereist deskundigheid,

vraagt meer tijd maar is meer toegespitst op de individuele patiënt en zijn volledig medicatieschema (8).

Tot slot is het ook mogelijk een combinatie van beide methoden toe te passen (9). Het is echter zeker niet de bedoeling dat bovengenoemde screeningstools het voorschrijfgedrag van de artsen volledig gaan bepalen. Wel kunnen ze gezien worden als een hulpmiddel om artsen alert te maken en te houden omtrent 'inapproriate prescribing'.

#### 4.2.1.1 Expliciete methoden

BEERS-criteria

De BEERS-criteria werden ontwikkeld in 1991 in de USA en kenden verschillende herwerkingen sindsdien. Tot op vandaag blijft het de meest gebruikte expliciete screeningstool. Enerzijds bestaat de lijst uit een groep geneesmiddelen die sowieso beter vermeden worden bij ouderen. Anderzijds een groep geneesmiddelen die bij aanwezigheid van een bepaalde aandoening beter vermeden worden. Tot slot een groep geneesmiddelen die wel gebruikt kunnen worden bij ouderen op voorwaarde dat ze met de nodige voorzichtigheid worden voorgeschreven (8, 10).

STOPP-criteria (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions) en START-criteria (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)

De STOPP-criteria bestaan sinds 2008 en werden door een groep Ierse geriaters ontwikkeld specifiek voor patiënten ≥65 jaar. In 2015 herwerkte een groot aantal Europese deskundigen de criteria met het oog op juistheid en klinische relevantie. Het is een lijst van 80 geneesmiddelen die beter gestopt worden omdat ze vaak aanleiding geven tot bijwerkingen of interacties.

Daarnaast bestaan er ook de START-criteria. Opnieuw een lijst met geneesmiddelen gerangschikt volgens het fysiologisch systeem waarop ze inwerken. Deze keer met het oog op onderbehandeling en bijgevolg geneesmiddelen die ondanks een indicatie (nog) niet gestart werden (8, 10).

PRISCUS-lijst

Deze lijst werd ontwikkeld in 2010 in Duitsland en is gebaseerd op de reeds eerder gepubliceerde expliciete screeningstools (o.a. BEERS-lijst ). De PRISCUS-lijst bestaat uit een opsomming van medicamenten die op hoge leeftijd sowieso beter vermeden worden. Tevens bevat de lijst een luik van

geneesmiddelen die een duidelijke dosisaanpassing vragen wanneer ze gebruikt worden bij ouderen. Aangezien deze tool in Duitsland ontwikkeld werd is ze toegespitst op de medicatie die aldaar beschikbaar is (8, 10).

GheOP³S-tool (Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening-tool)

Deze tool werd ontwikkeld door de Eenheid Farmaceutische zorg van de faculteit Farmacie van de Universiteit Gent en is speciaal toegespitst op de officina-apotheker in België. Een multidisciplinair panel bestaande uit de verschillende betrokken partijen in geriatrische (farmacotherapeutische) zorgverlening (apothekers, geriaters, huisartsen en academisch personeel) stelde een vijfledige structuur op om GGP's met hoge klinische relevantie te detecteren bij ouderen met polyfarmacie (>70 j en > of = 5 chronische GNM) (11).

In de vijfdelige structuur van de GheOP³S-tool wordt stilgestaan bij de volgende topics:

-Analyse van de medicatielijst met het oog op potentieel ongeschikte medicatie onafhankelijke van de diagnose.

-Analyse van de medicatielijst met het oog op potentieel ongeschikte medicatie bij een specifieke diagnose.

-Analyse van de medicatielijst met het oog op medicatie die de patiënt nu nog niet krijgt maar beter wel voorgeschreven zou krijgen.

-Analyse van de medicatielijst met het oog op medicatie welke met mekaar interageren.

-Analyse van de medicatielijst met het oog op 'algemene goede zorg voor patiënten'. Meer specifiek zaken die door de officina-apotheker bevraagd kunnen worden (zoals therapietrouw, aanwezigheid van overzichtelijk medicatieschema bij de patiënt thuis, e.a.)

Na overlopen van deze structuur zal met de arts doorgenomen worden welke zaken aangepast dienen te worden.

Bovengenoemde methodes zijn maar enkele van de vele wereldwijd beschikbare tools. Uiteraard dient bij het gebruik van expliciete lijsten tijdig een update te gebeuren zodat de gangbare klinische richtlijnen erin terug te vinden zijn.

#### 4.2.1.2 Impliciete methoden

Net zoals bij de expliciete methoden zijn er in de literatuur tal van impliciete screeningtools te vinden. De Medication Appropriatness Index (MAI) is 1 van de oudere en meest gekende methoden.

MAI (Medication Appropriateness Index)

Bij deze methode, die ontwikkeld werd in de USA in 1992, worden geneesmiddelen aan de hand van 10 vragen gequoteerd. De klemtoon in deze vragen ligt op verschillende aspecten van medicatiegebruik zoals effectiviteit, correcte dosering, therapieduur en indicatie. Na het doornemen van de vragen krijgt ieder geneesmiddel een score tussen 0 en 18. Hoe hoger de totaalscore, hoe minder geschikt het geneesmiddel is. Onderbehandeling en het niet voorschrijven van essentiële medicatie komt in deze methode niet aan bod (8, 10). Deze tekortkoming kan eventueel opgevuld worden door gelijktijdig gebruik te maken van de Assesment of Underutilization (AOU) tool. Ook hier telt; hoe hoger de score, hoe hoger de graad van onderbehandeling (12).

#### 4.2.1.3 Combinatie van Expliciete en Impliciete methode

STRIP-methode (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing)

De STRIP methode werd toegepast in de multidisciplinaire richtlijn “polyfarmacie bij ouderen” uit 2013 en is toegespitst op de Nederlandse situatie (5). In de literatuur valt deze methode onder de groep van de impliciete screeningstools en bestaat uit 5 stappen waarin arts, apotheker en patiënt samenwerken:

1.De farmacotherapeutische anamnese waarbij de apotheker in een gesprek met de patiënt aan de hand van een gestructureerde vragenlijst informatie over het actuele geneesmiddelengebruik in beeld brengt.

2.De farmacotherapeutische analyse waarbij de apotheker de verzamelde gegevens ordent en met behulp van een gestructureerde methode mogelijke GGP’s opspoort.

3. Het overleg tussen apotheker en arts (bij voorkeur mondeling) waarbij eventuele gedetecteerde GGP’s besproken worden. Aanbevelingen worden gesuggereerd en de arts en de apotheker stellen samen een farmacotherapeutisch behandelingsplan op. In deze fase moet ook afgesproken worden wie de voorgestelde acties bespreekt met de patiënt en wie ze doorvoert.

4. De terugkoppeling naar de patiënt waarbij het gewijzigde farmacotherapeutische plan wordt voorgelegd.

5. Follow-up: aan de hand van vooraf opgestelde afspraken tussen arts en apotheker wordt er een controle en evaluatie van het farmacotherapeutisch behandelplan doorgevoerd. De evaluatie met de patiënt moet binnen de 3 maanden plaatsvinden.

Aangezien er in de tweede stap, de farmacotherapeutische analyse, gebruik gemaakt wordt van onder andere de START/STOPP-criteria lijkt indeling van deze methode onder de combinatie van impliciet en expliciet beter gepast.

### 4.2.2. Samenwerking tussen artsen en apothekers: bestaande barrières

Naast een goede screeningstool is ook nauwe multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende zorgverleners essentieel. De eerste ontwikkelaars van de GheOP³S-tool hoopten dat het gebruik van de tool een hulp zou zijn voor de apothekers om in overleg met de (huis)arts te treden. Uit onderzoek van E. Tommelein et al. blijkt echter dat samenwerking en communicatie tussen apothekers en artsen een heikel punt blijft. Het opzet van deze observationele prospectieve studie was het achterhalen van de prevalentie van Potentially Inappropriate Prescribing (PIP) bij ouderen (>70 j EN ≥ 5 chronische medicamenten) in de ambulante praktijk. Bij patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werd met behulp van de GheOP³S-tool een analyse van hun medicatielijst doorgevoerd in de deelnemende officina-apotheek. Bij 99% van de geïncludeerd patiënten werd minsten 1 PIP gevonden, wat het belang van screening naar PIP nogmaals bevestigd. Verrassend echter was dat slechts 39 artsen gecontacteerd werden op een groep van 987 patiënten waarbij minstens 1 potentially inappropriate prescribing-item was aangetoond. Dit lage resultaat wijst erop dat er barrières moeten bestaan die zowel artsen als apothekers ondervinden wanneer het gaat om een intensievere samenwerking (13).

Bij nazicht van de internationale literatuur blijkt dat men, in tegenstelling tot in België, reeds heel wat onderzoek gedaan heeft naar de bestaande barrières die artsen en apothekers ondervinden t.a.v. medicatiereview.

#### 4.2.2.1 Houding van apothekers t.o.v. medicatiereview

In Zwitserland werd aan de hand van vragenlijsten in 2010 gepeild naar de barrières die ambulante apothekers ondervinden ten aanzien van medicatiereview. De meest uitgesproken problemen die naar voor kwamen waren tijdsgebrek, slechte communicatie met de artsen en een gebrek aan zelfvertrouwen om een medicatiereview uit te voeren (14). Allen barrières die ook uit ander onderzoek naar voor kwamen.

Algemeen kan gesteld worden dat de ervaren barrières onderverdeeld kunnen worden in 3 grote categorieën: (moeilijke) interprofessionele relaties, gebrek aan compensatie (in uren, in verloning) en gebrekkige documentatie (onvoldoende toegang tot medische gegevens, onvoldoende kennis rond medicatiereview) (15). Om hierop een antwoord te bieden lijkt een goede werkstructuur met duidelijke regels en taakverdeling tussen artsen en apothekers essentieel. Want ondanks de barrières zien apothekers zeker het nut in van een medicatiereview (16). Ze geloven ook dat de relatie met de patiënt hierdoor zal verbeteren.

Eline Lievens, 5e jaars studente farmacie, onderzocht voor haar thesis aan de hand van semigestructureerde vragenlijsten bij 70 officina-apothekers in Vlaanderen de bestaande barrières voor implementatie van medicatiereview in de apotheek. Een opvallende eerste conclusie bestond eruit dat het begrip 'medicatiereview' in zijn volle betekenis onvoldoende gekend is. Het lijkt essentieel dat ook apothekers over dit concept moeten worden geïnformeerd. Ruim 89% van de ondervraagde apothekers verklaarden dan ook bereid te zijn een korte cursus over medicatienazicht te volgen.

De belangrijkste barrières die aangegeven werden in dit onderzoek, vallen samen met wat ook in de internationale literatuur te lezen staat. Een gebrek aan tijd en verloning zijn de grootste remmingen om een medicatiereview door te voeren in de apotheek. Verder bleek opnieuw een moeilijke communicatie met de arts en een gebrek aan ervaring het uitvoeren van een medicatiereview in de weg te staan.

#### 4.2.2.2.Houding van artsen t.o.v. medicatie-review

Recent verscheen er in de British Medical Journal een meta-analyse naar de barrières die artsen ondervinden t.a.v. het zelf wegwerken van PIP. De gebundelde resultaten van de 21 geïncludeerde studies werden onderverdeeld in 4 thema's.

Eerst en vooral komen er problemen naar voor omtrent het bewustzijn van de arts over zijn voorschrijfgedrag. Uit de studies bleek dat artsen nog te weinig stilstaan bij de gevolgen van hun individueel voorschrijfgedrag. Artsen beseffen dat door hun voorschrijfgedrag als groep winst kan geboekt worden op populatieniveau, ze denken echter nog teveel dat hun individueel voorschrijfgedrag het verschil niet zal maken.

Anderzijds zijn speelt ook de angst voor ongekende of negatieve gevolgen van verandering/afbouw van medicatie bij artsen. Zo denken ze dat door wijzigingen in medicatie negatieve gevolgen kunnen ontstaan zoals: de arts/patiënt relatie komt onder druk te staan, conflicten met collega's, verhoogde werkdruk en verminderde geloofwaardigheid. Ook rechtstreeks negatieve gevolgen voor patiënten

worden gevreesd: ontwenningsverschijnselen en opnieuw ontstaan van symptomen waarvoor medicatie destijds werd voorgeschreven.

Twijfelen aan het eigen kunnen (zowel op vlak van kennis als skills) en de mogelijkheid om verandering door te voeren is een thema dat eveneens terugkomt in dit onderzoek. Zeker wanneer het complexe medicatieschemata betreft van multimorbiede oudere patiënten met polypathologie.

Als vierde en laatste punt zien artsen problemen in de haalbaarheid, het geloof dat verandering mogelijk is, onafhankelijk van eigen kunnen. Een thema dat bepaald wordt door externe factoren zoals wet- en regelgeving, moeilijke acceptatie door patiënten/weerstand van patiënten voor verandering, tekort aan tijd en middelen, culturele factoren…(17)

Wat de mening van artsen betreft over de functie/taak van apothekers binnen de context van medicatiereview werd in 2009 er in Nieuw-Zeeland onderzocht. Bij deze kwalitatieve studie werd stilgestaan bij het takenpakket van apothekers in de ambulante praktijk. Hieruit bleek dat artsen de apothekers duidelijk een technische rol toeschrijven en veel minder een plaats geven in functies zoals medicatienazicht. Barrières zowel voor artsen als apothekers die naar voor komen uit dit onderzoek zijn: een gebrek aan mandaat van de apotheker voor meer klinische taken en een gebrek aan effectiviteit door het ontbreken aan kennis en vaardigheden op dit vlak (18).

In 2011 volgde er in Nieuw-Zeeland de General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) studie. Deze RCT had de volgende design: 76 ambulante apothekers, die vooraf een 2,5 dag durende opleiding in medicatienazicht volgden, werden aangeschreven met de vraag deel te willen nemen aan de studie. Hiervoor dienden zij huisartsen in de buurt te contacteren om mee samen te werken tijden de GPPC-studie. Vervolgens waren het de huisartsen die patiënten uit hun praktijk includeerden die ouder waren dan 65j EN 5 of meer dagelijkse medicamenten namen. De geïncludeerde patiënten werden vervolgens gerandomiseerd in de interventiegroep dan wel de controle groep. De interventiegroep kreeg een medicatiereview uitgevoerd door de apotheker op regelmatige tijdstippen (3m, 6m en 12m). De controle groep kreeg ‘standaard zorg’ over dezelfde periode met 1 medicatienazicht na 6 maanden door de apotheker. De primaire eindpunten waren kwaliteit van leven aan de hand van de SF-36 vragenlijst en de Medication Appropriatness Index. De kwaliteit van leven en meer in het bijzonder ‘het emotioneel welbevinden’ nam zowel statistisch als klinisch relevant toe in de interventiegroep. Dit was niet het geval in de controlegroep. De MAI steeg in beide groepen na 6 maanden maar alleen op een statistisch significante wijze in de interventiegroep. Verdere controle na 12 maanden gaf echter geen blijvende verbetering van de MAI bij de interventiegroep.

Opvallend was echter dat slechts 39% van de 44 apothekers die besloten deel te nemen aan de studie uiteindelijk de medicatiereview op de afgesproken tijdstippen doorvoerden. Aangehaalde oorzaken

voor dit hoog 'drop-out' percentage bestonden opnieuw uit: tekort aan tijd, tekort aan personeel, gevoel van onjuist klimaat voor deze studie in de werkomgeving en problemen in de samenwerking met de artsen (19).

Ook in Canada werd gepeild naar de opinie en ervaringen van artsen én apothekers rond onderlinge samenwerking. Uit kwalitatief onderzoek in 2013 bleek dat beide partijen het er roerend over eens zijn dat onderlinge nauwe samenwerking de gezondheid van de patiënt ten goede komt. De voornaamste barrières die een goede samenwerking in de weg staan, bleken in eerste plaats voor de hand liggende zaken: een gebrek aan tijd en verloning. Het meest uitgesproken verschil in mening tussen beide groepen was dat de apothekers wel openstaan voor nieuwe taken zoals het management van GGP's aan de hand van medicatienazicht, terwijl artsen liever bijstand willen door apothekers op vlak van patiënt counseling. De artsen uit deze studie zien een nauwere samenwerking wel zitten maar vinden dat meer klinische taken zoals medicatienazicht de apotheker niet toebehoren (16).

## 4.3. Huidige situatie in België: rol van arts en apotheker

Kritische medicatiebeoordeling met de nadruk op rationeel voorschrijven is de taak van iedere arts. In samenwerking met de apotheker is een efficiënte aanpak van het medicatiebeheer essentieel. Onder *rationeel voorschrijven* verstaat men aandacht hebben voor een behandeling die geschikt, veilig, haalbaar en betaalbaar is.

De rol van artsen is duidelijk en bestaat eruit toegewijde en bekwame verzorging te verstrekken, inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen, in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen.

De rol van de apotheker in het rationeel gebruik van geneesmiddelen is lange tijd minder duidelijk geweest. Van de apotheker wordt tot op vandaag vooral verwacht dat hij instaat voor de kwaliteit en de verstrekking van de geneesmiddelen. Reeds in 2006 echter werd er een wijziging in KB78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen doorgevoerd: "De farmaceutische handelingen in de uitoefening van de functie van de apotheker in zake de verstrekking van farmaceutische zorg omvatten de verantwoordelijke aflevering van voorgeschreven geneesmiddelen of van geneesmiddelen die zonder voorschrift kunnen afgeleverd worden, met het oog op, in overleg met andere zorgverstrekkers en de patiënt, het bereiken van algemene gezondheidsdoelstellingen zoals het voorkomen, het identificeren, en het oplossen van problemen verbonden aan het geneesmiddelengebruik. De farmaceutische zorg is erop gericht om op een continue wijze het gebruik

van geneesmiddelen te verbeteren en de levenskwaliteit van de patiënt te bewaren of te verbeteren." Met deze aanpassing krijgt de apotheker duidelijk een eigen functie binnen het concept van rationeel gebruik van geneesmiddelen waarbij overleg en samenwerking een belangrijke rol inneemt (20).

Een manier waarop dit overleg/deze samenwerking zou kunnen gebeuren, is aan de hand van een Medisch Farmaceutisch Overleg. Volgens de definitie heeft een MFO tot doel de therapeutische kwaliteit van de patiëntenzorg te optimaliseren en kan het bijgevolg bijdragen tot een rationeel geneesmiddelenbeleid. Het bevordert bovendien de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij het verzorgingsproces van de patiënt (21).

Op 3 april 2015 verscheen het koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het Medisch Farmaceutisch Overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Dit besluit voorziet RIZIV financiering zowel voor het uitschrijven van kwaliteitsbevorderende programma's als voor de organisatie van een lokaal MFO (lokaal project).

Om van RIZIV financiering te kunnen genieten dient het MFO immers georganiseerd te worden op basis van een goedgekeurd kwaliteitsbevorderend programma. Een kwaliteitsbevorderend programma heeft als doel de kwaliteit van het voorschrijven, het afleveren en/of het gebruik van farmaceutische producten te verbeteren en moet eerst door het CEG (comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen) goedgekeurd te worden. Zo'n kwaliteitsbevorderend programma bevat de volledige theoretische achtergrond, het verloop en de richtlijnen om het MFO te organiseren en te evalueren.

Op dit ogenblik zijn er slechts een 7tal kwaliteits-bevorderende programma's goedgekeurd zoals: "Focus op enkele vaak voorkomende interacties in de klinische praktijk; hoe het risico voor de patiënt inperken?" en "Een interdisciplinaire aanpak van polymedicatie bij ouderen'

Het budget voor de organisatie van een MFO op basis van een goedgekeurd kwaliteitsbevorderend programma bedraagt 2500 euro per sessie en wordt als volgt uitbetaald:

-50% binnen de maand na goedkeuring van het project door het CEG

-25% na indiening van het verslag van de vergadering.

-25% na indiening van het evaluatieverslag dat een effect aantoont van de initieel geformuleerde aanbeveling (22).

### 4.3.1.Vergelijking: huidige situatie in Nederland

Ondanks deze financiële stimulans vanuit het RIZIV blijven MFO vergaderingen op vele locaties in België nog in hun kinderschoenen staan. Dit staat in contrast met de situatie in Nederland. Daar is men al 25 jaar bezig met farmacotherapieoverleg (FTO) onder de vorm van vergaderingen tussen artsen en apothekers. De invulling die aan het FTO gegeven wordt, varieert van informatie-uitwisseling tot het maken van bindende afspraken omtrent het voorschrijfgedrag van artsen (23). Niet minder dan 95% van de Nederlandse artsen en apothekers is vandaag aangesloten bij een FTO-groep die een 5tal keer per jaar samenkomt. Dit is mede dankzij de werking van het Instituut voor Verantwoord Medicijnengebruik. Deze stichting heeft als missie te zorgen voor een goed, veilig, en betaalbaar medicijnengebruik in Nederland en wordt gefinancierd door de overheid, de zorgverzekeraars en koepelorganisaties van artsen en apothekers. Door het ter beschikking stellen van materialen en handleidingen, tracht het Instituut voor Verantwoord Medicijnengebruik het FTO in goede banen te sturen (24).

In mei 2016 verscheen er in Nederland een rapport over de huidige samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Op basis van een literatuuronderzoek, een online survey en een interview bij enkele huisartsen en apothekers werd een stand van zaken opgesteld. Globaal genomen komt naar voor dat apothekers en huisartsen al veel samenwerken en in het algemeen hierover tevreden zijn. Toch is er een verschil van mening tussen beide groepen wat de verdeling van het takenpakket betreft. Huisartsen vinden dat het informeren van patiënten over geneesmiddelen en het vragen naar ervaringen bij het gebruik van geneesmiddelen een gemeenschappelijke taak van artsen en apothekers. Apothekers daarentegen vinden dat dit onderdeel volledig binnen hun domein valt. Ook blijkt dat de interprofessionele communicatie in de praktijk nog niet altijd optimaal verloopt. Dit zorgt ervoor dat het nodige vertrouwen en respect voor elkaars expertise niet altijd aanwezig is (25).

### 4.3.2.Nut van een MFO/FTO

De vraag blijft of gestructureerd overleg tussen artsen en apothekers onder de vorm van een MFO of FTO werkelijk bijdraagt tot betere farmacotherapeutische zorg. Florentinus et al. slaagden er in elk geval in reeds in 2007 aan te tonen dat farmacotherapeutisch overleg een positieve invloed kan hebben op het voorschrijfgedrag van artsen. Uit dit observationeel onderzoek bleek de huisartsen die deelnamen aan een multidisciplinair overleg minder geneigd zijn om nieuwe geneesmiddelen voor te schrijven. Dit was enerzijds te wijten aan de afspraken die gemaakt werden tijdens het overleg.

Anderzijds lijkt het waarschijnlijk dat artsen die deelnemen aan een overleg kritischer worden ten opzichte van de farmaceutische industrie (26).

Er dient echter opgemerkt te worden dat het voorschrijfgedrag van artsen door vele factoren beïnvloed wordt. Bijgevolg is het evalueren van een MFO louter op basis van het voorschrijfgedrag van artsen of geneesmiddelengebruik bij patiënten te beperkt. Beter zou het zijn wanneer de werkzaamheid van een MFO gemeten kan worden op basis van harde eindpunten zoals mortaliteit en morbiditeit. Er zijn echter niet veel onderzoeken met positieve uitkomsten op klinische eindpunten. Bovendien zijn dergelijke onderzoeken moeilijk met elkaar te vergelijken door grote verschillen in populatie, gekozen uitkomst en het opzet van de interventies. Daarnaast zijn er nauwelijks onderzoeken waarbij naast de eigen arts en apotheker ook de patiënt berokken wordt. Hierdoor wordt er compleet voorbij gegaan aan de individuele behoefte van de patiënt. De interventie is bovendien complex van aard en wordt uitgevoerd in zeer wisselende praktijksituaties, waarbij er vele verstorende factoren aanwezig kunnen zijn. Tot slot zijn de bestaande onderzoeken vaak uitgevoerd in een kleine groep waardoor ze te weinig power hebben om een effect aan te kunnen tonen op klinische eindpunten (7, 27, 28).

In België voorziet het RIZIV een mogelijkheid om het effect van het MFO in beeld te brengen aan de hand van de Farmanetgegevens. Door deze te raadplegen worden het aantal voorgeschreven en afgeleverde geneesmiddelen (bv: antibiotica, PPI, NSAID's,…) in beeld gebracht. Deze Farmanetgegevens kunnen zowel voor de volledige groep (betrokken regio of LOK-groep) als per individuele zorgverlener worden aangevraagd. Door de cijfers van de betrokken regio of LOK-groep voor en na het MFO op te vragen kan het effect van het MFO worden aangetoond (22). Opnieuw dient echter opgemerkt te worden dat deze gegevens geen bewijs leveren op harde klinische uitkomstmaten.

# 5. Resultaten

## 5.1 Populatiebeschrijving

In totaal werden er 17 artsen van de huisartsenkring Merelbeke uitgenodigd via mail om deel te nemen aan het interview. De participatiegraad bedroeg 41% aangezien slecht 7 van de 17 artsen instemden met een gesprek. Van de 10 artsen die niet reageerden op de persoonlijke uitnodigingsmail, verklaarde 1 ervan geen tijd te hebben. De anderen gaven geen reden. De groep artsen bij wie een interview werd afgenomen bestond uit 2 mannen en 5 vrouwen. De artsenpopulatie wordt verder beschreven in tabel 1.

*Tabel 1: geïnterviewde artsenpopulatie*

| | Gelacht | Groeps/duo/ Solopraktijk | Aantal jaren huisarts | Geschat aantal GMD's in de praktijk | Percentage patiënten ≥ 5 dagelijkse medicamenten | Medisch programma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Arts 1 | V | Groeps | 10 j | 2000 | 30% | CareConnect |
| Arts 2 | V | Groeps | 5j | 2200 | 30% | Windoc |
| Arts 3 | M | Groeps | 4j | 4000 | 30% | HealthOne |
| Arts 4 | M | Solo (sinds 1j nieuwe collega) | 14j | 2000 | 20% | CareConnect |
| Arts 5 | V | Duo | 6j | 1000 | 35% | CareConnect |
| Arts 6 | V | Duo | 12j | 1500 | 25% | CareConnect |
| Arts 7 | V | Duo | 6j | 1800 | 20% | Careconnect |

## 5.2 Perceptie van artsen rond de huidige samenwerking met apothekers

**Hoe verloopt de huidige samenwerking met apothekers in uw buurt?**

Zes van de 7 geïnterviewde artsen verklaarde tevreden te zijn met de huidige samenwerking. Toch vertelden ze allemaal dat er momenteel nauwelijks gestructureerd overleg is. De samenwerking gebeurt op indicatie, bij problemen.

Quote (A4): *"De samenwerking loopt goed. Als er onduidelijkheden zijn over het voorschrift bellen de apothekers. Ik heb zelf ook al apothekers opgebeld i.v.m. medicatieschema's."*

Quote (A6): *"Ik vind de samenwerking zeer goed. De apotheek hier dichtstbij belt ons geregeld op en wij bellen haar. Het gebeurt ook dat ik langsga en dan spreken we mekaar aan 'Zeg, weet je dit of dat…'. We geven mekaar constant dingen door."*

Een arts kon niet zeggen of ze tevreden was met de samenwerking. Volgens haar ontbrak het momenteel aan echte 'samenwerking'.

Quote (A1): *"Goh, je kan het niet echt een SAMEN-werking noemen. Ieder doet zijn taak en bij problemen word ik opgebeld"*

Alle artsen verklaarden vooral telefonisch contact te houden met de apothekers in de buurt. Deze manier van interactie vindt men goed en efficiënt.

**Wat zou u willen veranderen om beter te kunnen samenwerken in de toekomst?**

Ondanks het feit dat de artsen over het algemeen tevreden waren met de huidige samenwerking, werden er toch enkele verbeterpunten opgenoemd. Drie van de 7 geïnterviewde artsen verklaarden dat meer gestructureerd overleg met duidelijke afspraken nuttig zou zijn. De andere 4 artsen konden niet meteen suggesties geven om de samenwerking te verbeteren.

Quote (A6): *"Voor mij zou het eigenlijk een beetje gestructureerder mogen verlopen. Duidelijke afspraken, dat is belangrijk. Bindende afspraken, is misschien niet het juiste woord."*

Twee artsen waren ook van mening dat de apothekers wat meer initiatief mochten nemen. Zowel het commerciële belang in de apotheek als de gebrekkige communicatie door schroom werden aangehaald als mogelijke oorzaken hiervoor.

Quote (A7): *"Ik vind wel dat apothekers wat meer mogen terugkoppelen. Zoals die patiënt is 80+ en neemt statines; is dat wel nodig? Helaas doen ze dit te weinig want ze blijven commerçanten."*

Quote (A3): *"Apothekers mogen ook wat meer uit hun kot komen. Ze mogen eigenlijk wat 'minder respect' hebben voor artsen. Ik vind dat ze altijd mogen bellen met feedback maar sommigen hebben daar schroom voor."*

## 5.3 Het Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO)

In de huisartsenkring van Merelbeke kent men 1x per jaar een Medisch Farmaceutisch overleg dat plaatsvindt in de vergaderzaal waar ook de LOK-vergaderingen doorgaan. Alle geïnterviewde artsen hadden reeds 1 of meerdere malen deelgenomen aan zo'n MFO.

**Wat vindt u van de praktische kant van de zaak? Hoe vaak en waar dient een MFO door te gaan?**

Zes van de 7 artsen waren van mening dat organisatie op 'neutraal terrein' de beste locatie is voor een MFO. Een arts ziet het MFO als een uitgelezen kans om de apotheek beter te leren kennen.

Quote (A2): "*Puur praktisch qua locatie zou ik een MFO bij de apotheker laten doorgaan zodat we als artsen een beetje meer zich krijgen op hoe en wat ze daar doen. Want eigenlijk kan dat kei interessant zijn. Het gaat er om ook dat je mekaars werk beter begrijpt en daardoor ook beter apprecieert. Dat komt de samenwerking ten goede."*

Een frequentie van 1x per jaar wordt door alle artsen als voldoende beschouwd. Twee artsen zouden een meer frequente samenkomst wel nuttig vinden maar achten dat praktisch niet haalbaar.

Tot slot haalde één arts aan dat ook de omvang van de groep niet te groot mag zijn. Quote (A4): *"Om een goed MFO te organiseren mag de groep ook niet te groot zijn. Als je alle artsen en alle apothekers in de buurt samen zet, zijn dat veel mensen. Kleinere groepen zijn beter."*

**Wat dient volgens u besproken te worden op een MFO?**

Alle artsen vonden de tot nu toe georganiseerde MFO projecten zinvol. Het format waarbij de theoretische achtergrond over bepaalde problemen/medicatieklasses opgefrist wordt aan de hand van casuïstiek, vindt men goed.

Onderwerpen die nog niet aan bod kwamen maar herhaaldelijk vermeld worden als nuttig zijn:

-Benzodiazepine gebruik en misbruik.

Quote (A2): "*Problemen zoals medicatieverslaving, zeker benzo-gebruik kan je alleen aanpakken als je in groep werkt. Een MFO hierover zou zeker zinvol zijn."*

Quote (A5): *"Benzo-gebruik en patiënten die shoppen zowel in zorg als qua medicatie. Dat moet zeker besproken worden."*

-OTC medicatie

Quote (A1): *"De apotheker heeft essentiële informatie over wat de patiënt nu exact allemaal inneemt. Zo bleek laatst dat een van onze patiënten maandelijks keiveel OTC medicatie gaat kopen in de apotheek. Deze patiënt is zeker niet de enige. Dit onderwerp zou interessant zijn om in een MFO aan te kaarten."*

**Ziet u voordelen in een MFO? Welke zijn die?**

Het jaarlijkse MFO wordt door alle artsen als zeer interessant bestempeld. Ze beamen allemaal dat ze door een MFO de apothekers beter leren kennen. Door een betere samenwerking, verbetert ook de zorg voor de patiënten. Tegelijk is het een moment om bij te blijven.

Quote (A5): *"sowieso is overleggen goed. Dat is met al die multidisciplinaire dingen zo. Als je mensen persoonlijk leert kennen, ga je sneller bellen. Als je weet hoe iemand eruit ziet, is de drempel om contact te nemen sowieso lager.*

Quote (A7): *"Het belangrijkste is eigenlijk gewoon om elkaar beter te leren kennen. De zorg voor patiënten verbetert, je leert altijd iets bij en er vloeien meestal goede initiatieven uit voort."*

Quote (A4): *"Het is gewoon leerrijk. Eerlijk gezegd zijn dat de meest interessante bijeenkomsten van het hele jaar. Ik leer meer uit een MFO dan uit een LOK".*

Quote (A3): *"Ik werkte vroeger in een andere buurt. Daar was de dichtstbijzijnde apotheek eigenlijk naast de deur. Toch hoorden we mekaar niet. Hier in Merelbeke is die traditie veel sterker. We bellen sneller en het grootste verschil zit hem in het feit dat we mekaar al gezien hebben. Dankzij het MFO."*

**Wat zijn de voorwaarden voor een goed MFO?**

Alle artsen haalden spontaan aan dat structuur en eenduidigheid de voorwaarden zijn om een MFO vlot te laten verlopen. Hieruit vloeit voort dat een goede voorbereiding en communicatie vooraf essentieel is.

Quote (A3): *"Ik vind dat een MFO echt concreet moet zijn. Vooraf moet duidelijk zijn welke onderwerpen er behandeld zullen worden en achteraf moet je er dan ook iets uit geleerd hebben."*

Quote (A6): *"Voor mij zou dat eigenlijk een beetje gestructureerder mogen verlopen. Maar goed dat ligt misschien aan de mix van apothekers en huisartsen. En dat huisartsen misschien niet de beste luisteraars zijn. Of de beste vergaderaars…."*

Quote (A1): *"Zolang het geen vergadering is 'om te vergaderen'. Want daar heeft niemand iets aan. Structuur en eenduidigheid is essentieel."*

Om een goede en gestructureerde benadering van een MFO mogelijk te maken haalden 2 van de 7 artsen aan dat de organisatie van bovenaf moet geregeld worden. Een door de overheid vastgelegd

stramien over het verloop van zo'n MFO werd als zeer waardevol gepercipieerd. Vanuit deze gedachte komt ook de overtuiging dat er een vergoeding of ten minste accreditering moet bestaan voor een MFO.

Quote (A1): *"Efficiëntie is belangrijk. Zo'n vergadering kan alleen efficiënt verlopen als er een duidelijk doel is. Daarom is organisatie van bovenaf belangrijk. En accreditering, dat moet er ook zijn."*

Quote (A2): *"Het moet van bovenaf 'opgelegd worden', anders zal het nooit gebeuren. En we moeten een vergoeding krijgen voor onze tijd."*

## 5.4. Medicatiereview of Medicatienazicht

**Wat verstaat uw onder medicatiereview? Kent u het begrip? Kan u uitleggen waaruit het bestaat?**
Opvallend is dat slechts 1 van de 7 geïnterviewde artsen een antwoord had op deze vraag. Alle anderen moesten toegeven dat ze niet konden zeggen wat een medicatiereview precies inhield.

Quote (A3): *"Als je mij vraagt wat medicatiereview is dan denk ik aan de START-STOPP criteria. Kijken welke medicatie interageert. Kijken of essentiële medicatie ontbreekt. Het gaat niet alleen om dingen afschaffen. Het gaat over kwaliteit niet over kwantiteit."*

Quote (A5): *"Ik geef eerlijk toe dat ik eigenlijk niet goed weet wat de definitie medicatiereview precies betekent. Leg het mij eens uit."*

**Zou een medicatiereview een zinvolle invulling zijn van een MFO?**
Bij de vraag of een medicatiereview kan gebeuren tijdens een MFO zijn alle geïnterviewden sceptisch. Volgens de artsen gaat dat teveel tijd en voorbereiding vragen. Geen enkele arts ziet het haalbaar om het concept medicatiereview door te voeren tijdens een MFO.

Quote (A3): *"Dat kan toch niet voor al uw patiënten? Ik denk dat een MFO daar geen plaats voor is. Of hoogstens voor een paar patiënten. Maar dan is het jammer dat je de rest niet kan bekijken. Zo'n dingen moeten gestructureerd gebeuren. In Nederland zitten apotheek en arts vaak in 1 gebouw. Dat is veel beter. Ik denk trouwens dat we in de toekomst geen medicatie meer gaan voorschrijven maar meteen een medicatieschema."*

Quote (A1): *"Ik denk dat een MFO met verschillende artsen en apothekers beter theoretisch gehouden wordt omdat elk medicatieschema anders is. Al die mensen die 5 à 6 medicamenten nemen…..meestal komt dat toch neer op medicamenten van dezelfde klasses. Daar kan je dan bij stil staan tijdens een MFO. Maar het schema zelf is te individueel."*

Bovendien haalden 2 artsen aan dat het concreet overlopen van individuele medicatieschema's per arts tijdens een MFO geen goed idee is omwille van de boodschap die dat brengt naar de groep. Alsof artsen, voor de ogen van hun collega's, op de vingers getikt worden over hun beleid.

Quote (A2): *"Bovendien, als je dat in groep concreet zou bespreken, wordt je als arts precies een beetje op de vingers getikt. Ik als jonge arts vindt dat eigenlijk al moeilijk, laat staan oudere collega's….Want de apotheker gaat toch gene commentaar gaan geven op uw beleid als arts!"*

**Welke barrières/remmingen ziet u voor de implementatie van systematische medicatiereviews in de praktijk?**

Opnieuw zijn alle artsen het erover eens dat de belangrijkste belemmerende factor tijdsgebrek is. Allen geven ze aan dat, zeker in de winterperiode, de drukte in de praktijk te groot is om systematische medicatienazichten in te voeren.

Quote (A7): *"Tijd. Al is dat wat seizoensgebonden. In de winter heb je daar geen tijd voor, in de zomer zou dat eigenlijk wel kunnen….als dan niemand op reis is natuurlijk."*

Een arts haalt wel aan dat de factor tijdsgebrek minder zal meespelen met verloop van tijd. Eens de structuur van een periodiek medicatienazicht geïmplementeerd is in de praktijk, zal dat minder tijd vragen.

Een bijkomende barrière bij medicatiereview is communicatie. Vier van de 7 artsen halen spontaan aan dat communicatie erg belangrijk is en vaak wat tekort schiet.

Quote (A7): *"Communicatie, dat zal het probleem blijven. De ene durft niet te zeggen tegen de andere waar het op staat. Misschien door een soort overdreven respect voor mekaar?"*

Quote (A6): *"De volgorde van communicatie is zeer belangrijk bij zo'n medicatiereview. De apotheker kan eerst samen met de patiënt oplijsten hoe het medicatieschema eruit ziet. Dan zitten arts en apotheker samen. Communicatie terug naar de patiënt gebeurt pas daarna. Dat is essentieel. Dan geef je de boodschap 'wij, arts en apotheker hebben samen geconcludeerd dat….'. Heel belangrijk dat het niet in andere volgorde gebeurd."*

Quote (A1): *"Veel andere artsen zullen weerstand vertonen tegen dit concept. Naast het feit dat het belastend is, lijkt het ook alsof je op je vingers getikt wordt."*

# 6. Discussie

De huidige samenwerking tussen artsen en apothekers in de kring van Merelbeke wordt door de ondervraagde artsen als goed gepercipieerd. Uit de antwoorden op de vragen blijkt dat, door de reeds 20 jaar bestaande traditie van 1 MFO per jaar, artsen en apothekers mekaar reeds vrij goed kennen. Dat een goede samenwerking gestoeld is op een goede kennis van elkaar en elkaars werk lijkt door deze bevinding bevestigd. Helaas ontbreekt in heel wat artsenkringen in Vlaanderen vaak nog de cultuur van overleg. Pas wanneer de verschillende partijen mekaar kennen en wederzijds vertrouwen, kan er laagdrempelig overleg gepleegd worden. Toch blijkt uit de resultaten van de studie dat ook in de kring van Merelbeke de interactie tussen de beide beroepsgroepen vooral op indicatie en ongestructureerd verloopt. Een hiaat dat, zo vonden de geïnterviewde artsen, kan opgevuld worden door een MFO.

Alle ondervraagde artsen uit deze studie namen reeds deel aan een MFO en beschouwen deze bijeenkomsten als zeer nuttig. Toch zou een meer gestructureerd verloop, gereguleerd van bovenaf, het MFO beter en efficiënter maken. Naast een vorm van kennismaking hopen de artsen in een MFO ook tot vaste en eenduidige afspraken te komen. Mogelijk interessante MFO-topics die aangehaald werden, waren benzodiazepinegebruik en OTC medicatie.

De barrières die de geïnterviewde artsen ondervinden t.a.v. bijeenkomsten zoals een MFO zijn weinig verrassend. Tijdsgebrek, zeker tijdens een drukke winterperiode, is de belangrijkste factor die een meer frequent MFO in de weg staat. Bovendien vindt men dat er een adequate vergoeding moet voorzien worden. Tot slot halen de artsen aan dat de communicatie met de apothekers niet altijd vlot verloopt. Waarbij artsen te snel het gevoel hebben op de vingers getikt te worden en apothekers een soort schroom ondervinden om de artsen aan te spreken.

Globaal genomen kan gesteld worden dat de bevindingen/barrières die naar voor komen uit de interviews die afgenomen werden in Merelbeke niet verschillen van deze die in de (inter)nationale literatuur terug te vinden zijn. Reden te meer om oplossingen te bedenken die tegemoet kunnen komen aan deze barrières.

Heel eenvoudig en misschien voor de hand liggend lijkt het feit dat een MFO beter georganiseerd kan worden in een vrij rustige periode zoals de zomer(vakantie). Op dat moment is het een pak rustiger in de huisartspraktijk en is er meer tijd voor dergelijke initiatieven.

Dat er een financiële vergoeding moet staan tegenover de geïnvesteerde tijd en moeite van zowel arts als apotheker, lijkt evident. Het veranderende zorglandschap waarbij beleidsmatig meer en meer gekozen wordt voor een forfaitaire vergoeding, kan hieraan tegemoet komen. Binnen het Globaal Medisch Dossier (GMD) kan er zeker een luik voorzien worden voor een kritische periodieke evaluatie van de medicatielijst met een daaraan gekoppeld forfait.

Een volgende opmerkelijke bevinding uit deze studie is dat het concept medicatienazicht of medicatiereview onvoldoende gekend is in deze groep artsen. Een systematisch, gestructureerd nazicht van een medicatieschema per patiënt gebeurt vandaag de dag nog niet. Dit staat in schel contrast met het feit dat farmaceutische zorg tot het takenpakket van iedere arts behoort. Zo is terug te vinden in de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen dat het aanbevolen is voor elke huisarts om een systematische kritische evaluatie van de medicatielijst door te voeren minsten jaarlijks en bij voorkeur ook bij sleutelmomenten ( bvb. een ziekenhuisopname) bij ouderen die 5 of meer geneesmiddelen innemen en minstens 1 risicofactor vertonen (zoals verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw en niet zelfstandig wonen). Over de vorm waarop zo'n medicatiebeoordeling dient te verlopen, is er in de internationale literatuur echter geen consensus terug te vinden.

Bij de vraag of een medicatiereview kan gebeuren tijdens een MFO reageren alle ondervraagde artsen sceptisch. Ze zien dergelijke aanpak als te tijdrovend en te moeilijk organiseerbaar in groep. Anderzijds lijkt een MFO wel de ideale omgeving om artsen en apothekers bekend te maken met begrippen zoals medicatienazicht. Eens de kennis op dit vlak gegroeid is, kan het MFO de ideale omgeving zijn om veel voorkomende geneesmiddelen gebonden problemen, aangeleverd vanuit casussen uit de praktijk, te bespreken in groep.

Daarnaast lijkt het evident dat artsen, die te kampen hebben met tijdsgebrek, zich laten bijstaan door apothekers voor het doorvoeren van een periodiek medicatienazicht bij hun patiënten. Als hoog geschoolde geneesmiddelenspecialisten moeten apothekers nauwer betrokken worden in farmaceutische zorg. Vandaag de dag wordt distributie van medicatie nog teveel gezien als de hoofdtaak van de apotheker. Het kritisch evalueren van medicatieschemata met behulp van screeningstools is een vaardigheid waar ook in de opleiding farmacie meer en meer moet op worden ingezet.

Onvermijdelijk is echter dat apothekers ook minder relevante GGP's of interacties zullen aanleveren. Het blijft immers zo dat alleen artsen in staat zijn de klinisch relevante interacties/problemen te detecteren. Het hoofddoel van een medicatienazicht blijft dan ook het optimaliseren van de farmaceutische zorg voor patiënten en niet per definitie het verminderen van het aantal geneesmiddelen dat ingenomen wordt. Bovendien dient opgemerkt te worden dat interventies die polyfarmacie willen terugdringen voorlopig nog maar beperkt effect op mortaliteit en morbiditeit hebben aangetoond.

Uit de interviews blijkt duidelijk dat de rol van de apotheker bij een medicatiereview volgens de artsen staat of valt met de communicatie. Alvorens er gecommuniceerd wordt naar de patiënt, dient er een overlegmoment tussen arts en apotheker plaats te vinden. Wanneer een apotheker, zonder voorafgaand overleg, communiceert naar de patiënt, vinden artsen dat hun gezag ondermijnd wordt ten nadele van hun relatie met de patiënt.

Tot slot kan opgemerkt worden dat een intensievere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in de eerste lijn, onder meer via een MFO, perfect past binnen de opkomende paradigmashift van een probleem- en ziektegerichte zorg naar een meer doelgerichte zorg. Door de vooruitgang in de geneeskunde en de groeiende groep ouderen met polypathologie moeten we er immers op beducht zijn dat een gezondheidszorgsysteem louter bestaande uit ziektespecifieke aanbevelingen, onaangepast is aan de noden van de patiënt als individu. Overleg op verschillende niveaus, zowel op microniveau met de patiënt en zijn of haar zorgverleners als op mesoniveau tussen de verschillende zorgverleners (genre MFO), is daarom broodnodig.

## 6.1 Beperkingen van dit onderzoek

Er moet worden op gewezen dat het gebrek aan respons reeds een zeker vorm van bias met zich brengt. De artsen die wel bereid waren deel te nemen aan deze studie, zijn mogelijks diegenen binnen de kring die reeds een positieve houding hebben t.a.v. samenwerking met de apothekers.

# 7. Conclusie

Dat een intensievere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners uit de eerste lijn nodig is, staat als een paal boven water. Zo beaamden alle artsen uit deze studie dat een betere samenwerking leidt tot een betere zorg voor patiënten.

Het MFO als werkingsinstrument wordt als zinvol gepercipieerd maar dient meer gestructureerd te verlopen. Organisatie én vergoeding van bovenaf, lijken hierop een antwoord. Aangezien tijdsgebrek in beide beroepsgroepen de belangrijkste struikelblok blijft, is efficiëntie en eenduidigheid bij overlegmomenten essentieel.

De precieze betekenis van het begrip 'medicatienazicht' of 'medicatiereview' is bij artsen onvoldoende gekend. Er lijkt nog een belangrijke taak weggelegd om dit aan de hand van informatie en opleiding, mogelijk via een MFO, uit de weg te werken.

# 8. Literatuurlijst


1. Tommelein E, Mehuys E, Petrovic M, Somers A, Colin P, Boussery K. Potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older people across Europe: a systematic literature review. Eur J Clin Pharmacol. 2015;71(12):1415-27.
2. WHO.
3. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. Clin Pharmacol Ther. 2011;89(6):845-54.
4. Verrue C, Mehuys E, Boussery K, Adriaens E, Remon JP, Petrovic M. A pharmacist-conducted medication review in nursing home residents: impact on the appropriateness of prescribing. Acta Clin Belg. 2012;67(6):423-9.
5. Riv. VMLAMAWNM. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Huisarts & Wetenchap. 2013;56(8):4-15.
6. Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, Losseau C, Speybroeck N, Boland B. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. Drugs Aging. 2012;29(10):829-37.
7. Genootschap NH, Geriatrie dNVvK, specialisten dOvM. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. 2012.
8. N H. Explicit and implicit checklists and possible tools supporting the esecution of a medication review. 2015.
9. Somers A, Mallet L, van der Cammen T, Robays H, Petrovic M. Applicability of an adapted medication appropriateness index for detection of drug-related problems in geriatric inpatients. Am J Geriatr Pharmacother. 2012;10(2):101-9.
10. Kaufmann CP, Tremp R, Hersberger KE, Lampert ML. Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. Eur J Clin Pharmacol. 2014;70(1):1-11.
11. Tommelein E, Petrovic M, Somers A, Mehuys E, van der Cammen T, Boussery K. Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP(3)S) tool. J Public Health (Oxf). 2015.
12. Vermeulen Windsant-van den Tweel AM, Verduijn MM, Derijks HJ, van Marum RJ. [Detection of inappropriate medication use in the elderly; will the STOPP and START criteria become the new Dutch standards?]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156(40):A5076.
13. E. Tommelein EM, I. Van Tongelen, M. Petrovic, A. Somers, P. Colin, S. Demarche, T. Van Hees, T. Christiaens, K. Boussery. Community pharmacists' evaluation of potentially inappropriate prescribing in older community-dwelling patients with polypharmacy: observational research based on the GheOP3S-tool. 2016.
14. Niquille A, Lattmann C, Bugnon O. Medication reviews led by community pharmacists in Switzerland: a qualitative survey to evaluate barriers and facilitators. Pharm Pract (Granada). 2010;8(1):35-42.
15. Lounsbery JL, Green CG, Bennett MS, Pedersen CA. Evaluation of pharmacists' barriers to the implementation of medication therapy management services. J Am Pharm Assoc (2003). 2009;49(1):51-8.
16. Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. Can Pharm J (Ott). 2013;146(4):218-26.
17. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ Open. 2014;4(12):e006544.
18. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. Res Social Adm Pharm. 2009;5(4):347-62.

19. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. Int J Pharm Pract. 2011;19(2):94-105.
20. Foulon V. Kennis én overleg: noodzakelijke voorwaarden voor rationeel gebruik van geneesmiddelen. 2007.
21. RIZIV. http://www.inami.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg.
22. Gild KKO-Va. MFO en kwaliteitsbevorderende programma's. collegazetje. 2016.
23. M. Meuleplas DNivvm. DGV rapport: Relatie tussen FTO-niveau en score op voorschrijfindicatoren. 2008.
24. Medicijngebruik IvV. www.medicijngebruik.nl.
25. A VDLBMdBDvdBSF-S. Samenwerking tusse nhuisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. In: NIVEL, editor. 05/2016.
26. Florentinus SR, van Hulten R, Kloth ME, Heerdink ER, Griens AM, Leufkens HG, et al. The effect of pharmacotherapy audit meetings on early new drug prescribing by general practitioners. Ann Pharmacother. 2007;41(2):319-24.
27. minerva. Deprescribing: haalbaarheid en effect op gezondheid. 2017;16(3):65-8.
28. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2016;82(3):583-623.

# 9. Bijlagen

## 9.1 Bijlage 1: Uitnodigingsmail

Beste huisarts,

Ik ben Julie Bossu, Huisarts in Opleiding in praktijk De Rotonde in Merelbeke. In verband met mijn Manama Thesis had ik u graag het volgende gevraagd.

De zorg voor onze patiënten wordt steeds complexer o.a. wegens de toenemende vergrijzing. Multidisciplinaire samenwerking met andere gezondheidswerkers in de eerste lijn is nodig.
Een belangrijk instrument dat hieraan tegemoet kan komen is het Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO). Het MFO heeft als doel de zorg voor patiënten te verbeteren en de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te bevorderen. Het RIZIV voorziet vanaf 2016 een financiële premie voor lokale MFO projecten.

Als onderwerp van mijn Manama-thesis koos ik ervoor de samenwerking tussen huisarts en apotheker onder de loep te nemen. Meer in het bijzonder zou ik graag uw visie op de veranderingen in het huidig takenpakket van de apotheker ondervragen. Daarnaast zou ik ook graag peilen naar uw visie, perceptie en verwachtingen van het Medische Farmacologisch Overleg (MFO) en medicatiereview en de rol van de apotheker in dit overleg.

Als u instemt om mee te werken aan mijn onderzoeksproject, maak ik graag een afspraak met u om een vragenlijst te overlopen. Dit interview zal hooguit 30 minuten in beslag nemen. Ik hoop dankzij dit project een beter zicht te krijgen op wat artsen verwachten van de samenwerking met apothekers.

U kan me via reply op deze mail laten weten of u mijn voorstel ziet zitten. Zo ja, spreken we een datum af.

Alvast bedankt!
Mvg
Julie Bossu

## 9.2 Bijlage 2: Geïnformeerde toestemming

Geïnformeerde toestemming Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument. Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon te praten. Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen. Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt. Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake. Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid. Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België. Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

*Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer*

Arts-onderzoeker Ik, ondergetekende Julie Bossu, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt. Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden. Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

*Naam, Voornaam, Datum en handtekening & Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de vertegenwoordiger van de arts-onderzoeker van de arts-onderzoeker*

## 9.3 Bijlage 3: Vragenlijst

1. Geslacht: M V
2. Hoe lang oefent u het beroep van arts al uit?

   < 5 jaar

   5-10 jaar

   10-20 jaar

   20 jaar

3. Hoe groot schat u uw praktijk in? Aantal GMD's?

   Hoe groot schat u het percentage patiënten dat > 5 medicamenten neemt ? (0-100%)

4. Welke medische software gebruikt u? Is er een luik in het pakket dat u gebruikt om een medicatieoverzicht te houden?/hoe houdt u een overzicht over de medicatie?
5. Wat vindt u van de huidige samenwerking met de apothekers in uw buurt? Kan u beschrijven hoe deze verloopt?
6. Hoe zou u in de toekomst graag samenwerken? Wat zou u willen veranderen om beter te kunnen samenwerken?
7. Hebt u al eens deelgenomen aan een MFO (medisch farmaceutisch overleg)? Hoe verliep dit?
8. Wat verwacht u van een MFO? Welke medische problemen/welke patiënten wenst u te bespreken in een MFO?
9. Wat zijn de voorwaarden volgens u voor een goed verloop van een MFO? Hebt u bedenkingen bij de functie/de haalbaarheid van een MFO (zowel praktisch als inhoudelijk)?
10. Hoe & waar zou u willen dat een MFO plaatsvindt?
11. Welke voordelen ziet u in een MFO?
12. Welke barrières/beperkingen ziet u van een MFO?
13. Hebt u suggesties om het MFO meer toegankelijk/efficiënter/nuttiger te maken?
14. Wat verstaat u onder medicatiereview door de apotheker?

    Gebeurt dit momenteel als onderdeel van een MFO?

    Hebt u afspraken met de apothekers in uw buurt over hoe dit best verloopt?

## 9.4 Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek*

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

**COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK**

**Voorzitter:**
Prof. Dr. D. Matthys
**Secretaris:**
Prof. Dr. J. Decruyenaere

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2016/0375 | 30-mrt-16 | Zie "CC" |

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Visie van de huisarts over de rol van de apotheker bij MFO en medicatiereview. (MaNaMa Julie Bossu)

**Belgisch Registratienummer: B670201628178**

* Protocol
* Informatieformulier
  - uitnodigingsmail voor huisartsen
* Interviewguide
  - Vragen aan de huisartsen
* Antwoord onderzoekers via mail Dr. Julie Bossu dd. 22/03/2016 op opmerkingen EC dd. 16/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie) dd. 22/03/2016
* Toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. via mail dd. 22/03/2016)

**Advies werd gevraagd door:**
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**

**ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/03/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/03/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.**

**A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 24/03/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/03/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016**

**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016**

## 9.5 Bijlage 5: Protocol studie

PROTOCOL ONDERZOEK MANAMA-THESIS:

"VISIE van de huisarts op MFO en medicatiereview en samenwerking met de apotheker"

->Een kwalitatief onderzoek naar de verwachtingen van artsen omtrent MFO en medicatiereview door de apotheker.

1) Uitvoeren van een literatuurstudie omtrent:
   - Medisch farmaceutisch overleg: algemeen, huidige invulling, nieuwe wetgeving.
   - Evidence kwaliteitsverbetering door Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO)
   - Visie, perceptie en verwachtingen van artsen bij MFO: België en internationaal.
   - Medicatiereview: algemeen, huidige invulling.
   - Evidence voor Medicatiereview door de apotheek.
     - Het voorkomen van Potentially Inappropriate Prescribing (PIP) en Adverse Drug Events (ADE)
     - Beschikbare tools
     - Bespreking CheOP3S tool met resultaten
   - Visie, perceptie en verwachtingen van artsen bij medicatiereview door apothekers: België en internationaal.
2) Uitvoeren van een kwalitatief onderzoek naar de perceptie van huisartsen omtrent medicatiereview door de apotheker in de gemeente Merelbeke
   a. aanschrijven van huisartsen werkzaam in de kring Merelbeke via mail met enerzijds info over dit onderzoek en anderzijds de vraag of ze eraan wensen deel te nemen (cfr bijgevoegde uitnodigingsmail)
   b. afspraak voor een interview plannen
   c. voorafgaand aan de effectieve vragenlijst invullen van Informed Consent bij de deelnemende artsen
   d. afnemen van vooraf opgestelde vragenlijst die peilt naar de huidige samenwerking tussen arts en apotheker en de visie van de arts omtrent MFO en medicatiereview (cfr bijgevoegde vragenlijst)
   c. na collectie volgt analyse van de data met als doel een beter zicht krijgen op de verwachtingen van artsen omtrent de rol van de apotheker bij MFO en medicatiereview