Ervaringen rond medicatiegebruik na hospitalisatie bij ouderen

Laurens BLONDEEL, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. dr. Paul VAN ROYEN, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: dr. Werner VAN PEER, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Inhoudstafel

Abstract ***3***

1. Introductie ***4***

1.1 Probleemomschrijving 4
1.2 Doel van de studie 4
1.3 Onderzoeksvragen 5

2. Literatuurstudie ***5***

2.1 Zoekfunctie literatuuronderzoek 5
2.2 Vergrijzing van de samenleving 7
2.3 Invloed van polyfarmacie 7
2.4 Opkomst van generieke geneesmiddelen 8
2.5 Drug related problems 8
2.6 De rol van een medicatieschema 9
2.7 Samenwerking tussen de 1e en 2e lijn 9
2.8 Medicatieschema's op Vitalink 10

3. Methode ***11***

3.1 Studie design 11
3.2 Rekrutering van patiënten 11
3.3 Opstellen van de topiclijst 12
3.4 Interviews met patiënten 12
3.5 Verwerking van de data 12

4. Resultaten ***13***

4.1 Deelnemers 13
4.2 Medicatie 13
4.3 Medicatieschema 16
4.4 Vitalink 22

5. Discussie ***24***

5.1 Voorkennis rond medicatie 24
5.2 Gebruik van medicatieschema's 25
5.3 Substitutie 27
5.4 Vitalink 28

6. Beperkingen ***29***

6.1 Rekrutering van patiënten 29
6.2 Medicatieschema's 29
6.3 De kwaliteit van de interviews 29
6.4 Kwalitatieve data-analyse 30

7. Conclusie ***31***

7.1 Voorkennis rond medicatie 31
7.2 Gebruik van medicatieschema's 31
7.3 Substitutie 31
7.4 Vitalink 31

Referenties ***32***

Bijlagen ***33***

Bijlage 1: Goedkeuring ethisch comité **33**

Bijlage 2: Protocol voor interviews **36**

Bijlage 3: Onderzoeksprotocol **37**

Abstract

Context: over het onderwerp medicatie bij ouderen is reeds veel onderzoek gedaan. Uit deze onderzoeken zijn verschillende aanbevelingen opgesteld gericht aan artsen en apothekers. Deze adviezen zijn voornamelijk gericht op het juist voorschrijven van medicatie en het omgaan met polyfarmacie bij oudere patiënten. Over de rol van de patiënten zelf wordt er vooral gekeken naar de therapietrouw. De meningen en ervaringen rond het medicatiegebruik na ontslag uit het ziekenhuis is een onderbelicht thema in de literatuur. Terwijl medicatie gerelateerde heropnames een frequent probleem vormen.

Onderzoeksvragen:

- Wat is de voorkennis van ouderen rond de verschillende soorten medicatie?
- Hoe ervaren ouderen het gebruik van medicatieschema's en wat zouden ze hier graag in verbeterd zien?
- Hoe gaan ouderen om met medicatiesubstitutie en wat kunnen we hierbij verbeteren?
- Hoe staan ouderen tegenover nieuwe ontwikkelingen zoals Vitalink?

Methode: een descriptief kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde individuele interviews. De interviews werden letterlijk uitgeschreven en thematisch geanalyseerd met NVivo.

Resultaten: er werden 9 patiënten geïnterviewd na hun opname in het ziekenhuis. Niemand was op de hoogte van het verschil tussen een generiek en merkproduct. De huisarts of apotheker zouden het meest geschikt zijn om deze uitleg te geven. Bijna iedereen was akkoord met het gebruik van generieke medicatie. Indien prijs geen factor zou spelen, prefereert bijna iedereen toch de merkmedicatie, hoewel hier geen verklaring voor kon worden gegeven.
De medicatieschema's werden voornamelijk gebruikt als naslagwerk bij twijfel of bij het klaarmaken van een pillendoos. Niemand nam het schema mee naar het ziekenhuis bij een opname. Iedereen was content over het gebruik van de schema's. De schema's zouden volgens de patiënten op de volgende punten nog verbeterd kunnen worden: de overzichtelijkheid, de leesbaarheid en de vermelding van substituties.
Substituties werden door de patiënten niet herkend. Een te beperkte uitleg bij ontslag ligt hierbij aan de basis. Om foutief medicatiegebruik te voorkomen, namen alle patiënten na ontslag contact op met de huisarts. Dit is volgens de patiënten een belangrijke taak voor de huisarts.
Het online platform Vitalink was bij iedereen onbekend. De patiënten stonden wel achter het achterliggende idee, maar zagen ook obstakels rond het computergebruik. Ze verwachten dat jongere generaties hier in de toekomst minder problemen mee zullen hebben, waardoor het gebruik van Vitalink in de toekomst zal kunnen toenemen.

Conclusie: de huisarts of apotheker zijn volgens de patiënten het meest geschikt om de uitleg te geven rond generieke en merkproducten. Het gebruik van generieke medicatie stuit niet op weerstand bij ouderen. Het meenemen van medicatieschema's naar het ziekenhuis zou meer gestimuleerd moeten worden. Er is een betere communicatie nodig om patiënten op de hoogte te brengen van medicatiesubstituties. Momenteel is deze uitleg in het ziekenhuis te beperkt, maar wordt dit door patiënten zelf opgevangen door contact op te nemen met de huisarts. Een goede integratie van de verschillende EPD's is noodzakelijk voor het gebruik van Vitalink. Ouderen waarderen het achterliggende idee, maar de beperkte computervaardigheden vormen een groot obstakel.

1. Introductie

Het idee voor deze masterproef is al ontstaan tijdens het stagejaar van de master geneeskunde. Als stagiair viel het mij op dat er bij ontslag aan patiënten een medicatieschema werd meegegeven dat vaak niet overeenkwam met de medicatie bij opname. Bij opname was het meestal de taak van de stagiair om de thuismedicatie van patiënten in te geven in de dossiers, waarna deze werden omgeschakeld naar medicamenten die aanwezig zijn in het ziekenhuis. Bij ontslag werd dit overzicht afgedrukt voor de patiënt, zonder deze terug aan te passen aan de thuismedicatie. Voor ons als arts is deze substitutie begrijpelijk, maar is dit ook zo voor de patiënten?

Tijdens mijn stage geriatrie hadden we minstens een maal per week een opname van een patiënt die minder dan 1 week geleden ontslagen was. De oorzaak van deze opname was vaak het foutief gebruik van de medicatie. Hoe zouden we dit kunnen voorkomen?

Als huisarts in opleiding merkte ik dat veel ouderen na hun ontslag vaak op consultatie kwamen of een huisbezoek aanvroegen. Vragen over hun medicatie waren de voornaamste *reason for encounter*. Ik heb dit onderwerp zelf bekeken vanuit het perspectief van het ziekenhuis en de huisarts, maar het perspectief van de patiënt ontbreekt.

1.1 Probleemomschrijving

Er is al veel onderzoek gedaan rond medicatie bij ouderen. Veel van deze onderzoeken vertrekken vanuit het standpunt van de arts of apotheker, het perspectief van de patiënt zelf is een onderbelicht thema. En dat terwijl dit standpunt juist zo belangrijk is voor het veilig gebruik van de medicatie. In Nederland waren er in 2013 65.000 ziekenhuisopnames wegens geneesmiddel gerelateerde problemen. Vooral patiënten van 65 jaar en ouder komen met dit probleem in het ziekenhuis terecht. De prevalentie van geneesmiddel gerelateerde hospitalisaties is zelfs 10,39% voor deze groep. (1) Medicatie gerelateerde heropnames vallen ook onder deze cijfers. Een ander Nederlands onderzoek heeft gekeken naar het aantal heropnames binnen 30 dagen na ontslag. Hieruit bleek dat 19% van deze heropnames medicatie gerelateerd zijn. 38% van deze opnames zouden potentieel voorkomen kunnen worden. (2) Ook dit onderzoek focust zich op het aandragen van verbeterpunten in het voorschrijfgedrag, medicatiecontroles en de transmurale overdracht van informatie, maar de rol van de patiënt wordt niet aangehaald. Met dit onderzoek hoop ik deze kant van het verhaal te beschrijven.

1.2 Doel van de studie

Het exploreren van de ervaringen en kennis rond medicatiegebruik bij ouderen na een ziekenhuisopname. In dit onderzoek wordt getracht te achterhalen waar patiënten tegenaan lopen bij hun medicatiegebruik en wat de patiënten hiervoor als mogelijke oplossing aandragen. Deze

verbeterpunten kunnen gebruikt worden om de patiënten beter te ondersteunen in hun medicatiegebruik. Er werd gekozen voor een descriptief kwalitatief onderzoek aan de hand van semi-gestructureerde interviews om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen van deze ervaringen.

1.3 Onderzoeksvragen

- Wat is de voorkennis van ouderen rond de verschillende soorten medicatie?
- Hoe ervaren ouderen het gebruik van medicatieschema's en wat zouden ze hier graag in verbeterd zien?
- Hoe gaan ouderen om met medicatiesubstitutie en wat kunnen we hierbij verbeteren?
- Hoe staan ouderen tegenover nieuwe ontwikkelingen zoals Vitalink?

2. Literatuurstudie

2.1 Zoekfunctie literatuuronderzoek

Richtlijnen

Via CEBAM werd er gezocht naar relevante richtlijnen. Er werden 2 Nederlandstalige richtlijnen gevonden rond polyfarmacie van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) en van Farmaka. Geen van beiden is voor dit onderzoek gebruikt, aangezien deze richtlijnen te algemeen over polyfarmacie gingen. Ook de internationale richtlijnen zijn omwille van deze reden niet gebruikt.

Voor de verdere zoektocht werd er getracht om zoveel mogelijk met MeSH termen te werken. Een overzicht van de gebruikte zoektermen staan in tabel 1.

Onderwerp	MeSH term	Overige zoektermen
Ouderen	"Aged"[Mesh], "Aged, 80 and over"[Mesh]	Elderly
Generieke medicatie	"Drugs, Generic"[Mesh]	Generic medication
Merk medicatie	/	Brand drug, brand medication
Medicatie substitutie	"Drug Substitution"[Mesh]	Drug alterations, drug regimen changes
Medicatieschema	/	Medication scheme, medication schedule, medication list
Ontslag uit het ziekenhuis	"Patient Discharge"[Mesh]	Post-discharge
Huisarts	"General Practitioners"[Mesh]	GP
Mening van de patient	/	Opinion, experience, patient view

Tabel 1: overzicht van de zoektermen

Systematic reviews

Via SUMSearch 2 en de Cochrane library werd er gezocht naar relevante systematische reviews. Via SUMSearch 2 werd 1 relevante systematische review gevonden. De overige publicaties waren te specifiek toegespitst op één soort medicatie.

Clinical trials

Hiervoor werd gebruik gemaakt van de zoekmachine PubMed. Er werd gefilterd op Nederlands en Engelstalige artikelen uit de laatste 10 jaar. De laatste zoekfunctie werd uitgevoerd in april 2019. Er werden verschillende combinaties van bovenstaande zoektermen uitgevoerd. Ook hier waren er veel publicaties die te ofwel te algemeen ingaan op polyfarmacie, ofwel te nauw gericht zijn op de inname van een bepaald soort geneesmiddelen. Geen enkel artikel sloot perfect aan bij dit onderzoek, maar 7 publicaties hadden voldoende overlap voor inclusie. Er werd ook 1 artikel aangeleverd via de promotor. Uiteindelijk zijn er 8 artikels weerhouden.

Voorgaande thesissen

Ook werden bestaande thesissen op de website van het ICHO geraadpleegd. Hiervoor werden de zoektermen ‘ouderen’, ‘polyfarmacie’, ‘medicatieschema’ en ‘Vitalink’ gebruikt. De titels van de onderzoeken werd gescreend, waarna er van mogelijks relevante onderzoeken het abstract werd gelezen. Uiteindelijk werden er 6 thesissen gelezen, waarvan er 5 zijn gebruikt als informatiebron voor dit onderzoek.

Digitale bronnen

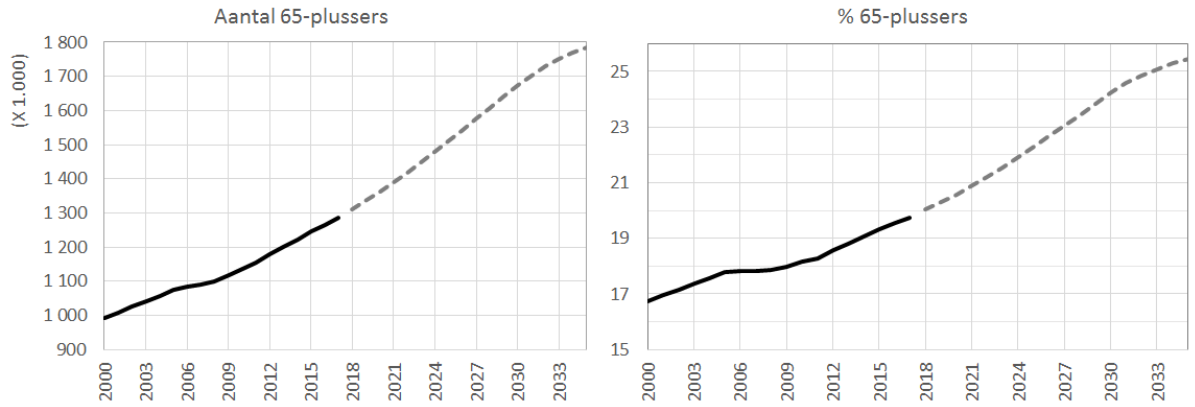
Tot slot werden er digitale bronnen gebruikt voor informatie van de Vlaamse of Federale overheid en het RIZIV. De gebruikte webpagina’s worden vermeld onder de referenties.

Database	**Aantal resultaten**	**Aantal gescreend op basis van titel en abstract**	**Aantal geïncludeerd**
CEBAM	72	4	2
SUMSearch	23	2	1
Cochrane library	8	0	0
PubMed	51	14	8
ICHO	23	6	5

Tabel 2: overzicht van gebruikte bronnen

2.2 Vergrijzing van de samenleving

Op de website van Statistiek Vlaanderen zijn de huidige cijfers van de inwoners van Vlaanderen te vinden. Momenteel is 20% van de inwoners in Vlaanderen 65 jaar of ouder, maar volgens de vooruitzichten zou dit oplopen tot 23% in 2027. Procentueel lijkt dit een beperkte stijging, maar in absolute getallen komt dit neer op 288.000 extra 65+'ers in 10 jaar tijd. Er worden twee verklaringen gegeven voor deze toename. Ten eerste zijn er veel babyboomers die in de komende jaren de leeftijd van 65 zullen passeren. Ten tweede is de gemiddelde levensverwachting ook toegenomen, waardoor meer mensen een hoge leeftijd bereiken. (3)



Figuur 1: Aantal 65-plussers (links) en aandeel 65-plussers (rechts), Vlaams Gewest, waarnemingen 2000-2017 en vooruitzichten 2018-2035

2.3 Invloed van polyfarmacie

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt vaak ook het aantal chronische geneesmiddelen dat een patiënt neemt snel toe. (4) Er wordt gesproken van polyfarmacie indien patiënten 5 of meer medicamenten per dag innemen. Deze term kan ook kwalitatief beschreven worden als de toediening van meer geneesmiddelen dan klinisch geïndiceerd is. (5) Voor deze thesis wordt de kwantitatieve beschrijving van de definitie gebruikt. Uit onderzoek is gebleken dat de therapietrouw van patiënten daalt naarmate er meerdere geneesmiddelen per dag ingenomen moeten worden. Medicatiekennis vormt een belangrijk aspect voor de therapietrouw. (4, 6) Onder medicatiekennis wordt verstaan: de naam, de indicatie, de dosis en het tijdstip van inname. Bijwerkingen vallen niet onder deze definitie en worden apart beschouwd. Een goede uitleg bij het voorschrijven van medicatie is dus essentieel voor de therapietrouw. (7) Uit onderzoek is gebleken dat ouderen over het algemeen goed op de hoogte zijn van hun medicatie. Daarbij wordt wel opgemerkt dat een toename van het aantal medicamenten sterk gepaard gaat met een afname in medicatiekennis. (8, 9)

2.4 Opkomst van generieke geneesmiddelen

De farmaceutische kosten zijn voor een groot deel verantwoordelijk voor de gezondheidszorgkosten in België. De introductie van nieuwe geneesmiddelen op de markt gaat vaak gepaard met een stevige kostprijs. Deze nieuwe geneesmiddelen worden beschermd door een octrooi, waardoor een fabrikant gedurende 25 jaar en 6 maanden het exclusieve recht heeft om dit product uit te brengen. (10) Nadat het octrooi vervallen is, mogen ook andere fabrikanten dit product produceren. In dat geval gaat het om een generiek product. De FOD-economie gebruikt de volgende definitie: '*Een generiek geneesmiddel is identiek aan een oorspronkelijk referentiegeneesmiddel waarvan het octrooi publiek eigendom geworden is. Het moet in principe dezelfde: kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van actieve bestanddelen, dosering per eenheid, galenische vorm, en toedieningswijze als het origineel hebben*.' Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) heeft in België de taak om dit in de gaten te houden. (11) Om het voorschrijven van generieke medicatie te stimuleren is er vanuit het RIZIV een minimumpercentage opgesteld van goedkope geneesmiddelen voor iedere discipline. Voor de algemene geneeskunde is dit percentage vastgesteld op 60%. (12)

2.5 Drug related problems

De term '*drug related problems* (DRP's) wordt gebruikt als overkoepelende term voor contra-indicaties, interacties tussen verschillende producten, bijwerkingen, problemen met het voorschrijven en therapieontrouw. Er is in het verleden al veel onderzoek gedaan naar het voorkomen van DRP's na ontslag uit het ziekenhuis. (13) Er zijn enkele factoren geïdentificeerd die een belangrijke rol spelen. Bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen is de voorschrijver verantwoordelijk om te controleren op mogelijke interacties. Indien er geen juist overzicht van de thuismedicatie aanwezig is, kunnen er toch interacties optreden. Een onderzoek uit 2013 waaraan 340 patiënten deelname vond dat in ongeveer de helft van de gevallen dit soort DRP voorkwamen. (14) Belangrijke factoren voor de patiënten zijn een gebrek rond medicatiekennis en de angst voor bijwerkingen. Beide problemen gaan gepaard met een verminderde therapietrouw waardoor problemen kunnen optreden. (15) Een recenter onderzoek uit 2018 stelde zelfs 745 DRP's vast in de onderzoeksgroep van 152 deelnemers. Een overzicht van de resultaten staan in tabel 3. Educatie en informatie is de grootste oorzaak van medicatiefouten in dit onderzoek, gevolgd door een gebrekkige therapietrouw. (16) Zoals hierboven beschreven hangen therapietrouw en kennis rond medicatie samen. In dit onderzoek werd een betere begeleiding van de patiënt en duidelijke communicatie richting de huisarts genoemd als verbeterpunten.

Geneesmiddelen gerelateerd probleem	Ziekenhuis	Huisbezoek	Totaal
Aantal (N)	122	623	745
Geneesmiddelenkeuze (het voorgeschreven geneesmiddel veroorzaakt bijvoorbeeld een interactie of is gecontra-indiceerd)	32 (26,2)	55 (8,8)	87 (11,7)
Over- of onderdosering (bijvoorbeeld een te hoge dosering voor de indicatie)	2 (1,6)	17 (2,7)	19 (2,6)
Therapietrouw (bijvoorbeeld onbewust een doseermoment overslaan)	12 (9,8)	110 (17,7)	122 (16,4)
Onderbehandeling (bijvoorbeeld preventieve therapie is nagelaten of een indicatie is onbehandeld)	20 (16,4)	56 (9,0)	76 (10,2)
Labmonitoring (een effect of bijwerking wordt niet gemonitord, bijvoorbeeld de nierfunctie)	1 (0,8)	24 (3,9)	25 (3,3)
Educatie en informatie (informatie over bijvoorbeeld de indicatie of de duur van de farmacotherapie)	26 (21,3)	243 (39,0)	269 (36,1)
Niet klinisch (administratief probleem, bijvoorbeeld een onleesbaar recept)	8 (6,6)	73 (11,7)	81 (10,9)
Toxiciteit of bijwerking (symptomen veroorzaakt door het geneesmiddel, zoals een bijwerking of toxiciteit)	21 (17,2)	45 (7,2)	66 (8,9)

Tabel 3: Verschillende soorten geneesmiddelgerelateerde problemen, geïdentificeerd in het kader van HomeCoMe (Home-Based Community Pharma- cist-Led Medication Management) (16)

2.6 De rol van een medicatieschema

Het medicatieschema wordt meestal beschouwd als een overzicht voor patiënten voor de inname van hun medicatie. Dit is voor de patiënt het meest relevante gebruik. Het medicatieschema kan echter ook gebruikt worden als communicatiemiddel tussen de eerste en tweede lijn. Het nadeel hiervan is echter dat de verantwoordelijkheid bij de patiënt ligt. (17) De patiënt moet namelijk het schema zelf meenemen naar het ziekenhuis. Hierdoor geeft het schema geen garanties voor een optimale gegevensoverdracht tussen de 1^{e} en 2^{e} lijn. (18) Een up-to-date overzicht van de medicatie van een patiënt is nog niet beschikbaar voor alle artsen. Het digitale platform Vitalink kan hier in de toekomst een belangrijke rol in spelen.

2.7 Samenwerking tussen de 1^{e} en 2^{e} lijn

Om optimale zorg te kunnen bieden aan patiënten is een goed georganiseerd zorgstelsel nodig. Een van de vereisten hiervoor is een goede samenwerking tussen de verschillende lijnen in de zorg. Helaas blijkt de samenwerking tussen de 1^{e} en 2^{e} lijn nog niet altijd goed te verlopen. De

communicatie tussen de huisartsen en ziekenhuizen verloopt voornamelijk op papier. De huisarts stelt een verwijsbrief op voor de specialist en omgekeerd wordt er een consultatiebrief of ontslagbrief opgesteld. In het huidige systeem kunnen patiënten in België echter ook zonder doorverwijzing naar het ziekenhuis. Ook patiënten die via de spoed worden opgenomen zijn niet in het bezit van een verwijsbrief. In deze situaties wordt er dus geen informatie gedeeld vanuit de 1e lijn. Daarnaast worden niet alle verwijsbrieven voorzien van een medicatieoverzicht. (18) De ontwikkeling van nieuwe systemen zoals de SumEHR's en Vitalink kunnen hier in de toekomst een grotere rol in gaan spelen. (19)

De houding en het beeld van andere artsen is ook niet altijd positief. Zowel de huisartsen als de specialisten ervaren een gebrekkige communicatie en verschillende verwachtingen t.o.v. elkaar. Specialisten zouden te weinig terug naar de huisarts doorverwijzen, de opgestelde verwijsbrieven niet of nauwelijks lezen en de vraagstelling in de brief wordt niet beantwoord. Omgekeerd zouden huisartsen betere verwijsbrieven moeten opstellen, met daarin een duidelijke vraagstelling, een up-to-date medicatieschema en een betere opvolging na ontslag. (18)

Een recente systematische review benadrukt ook de rol van de familie van de patiënt in de overdracht van informatie. De familie zou de medicatie bij opname kunnen controleren en bij ontslag op de hoogte gebracht kunnen worden van de wijzigingen. (20)

2.8 Medicatieschema's op Vitalink

Op de website van Vitalink wordt het platform als volgt beschreven: '*Vitalink is een systeem waarmee huisartsen, thuisverpleegkundigen en apothekers digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. De patiënt geeft daarvoor eerst toestemming. Dankzij Vitalink kunnen de zorgverleners beter samenwerken en hun patiënten de best mogelijke zorg en begeleiding geven*.' (21) Patiënten kunnen via de My Health Viewer een actueel medicatieschema raadplegen, ze kunnen hier geen veranderingen aan maken. Apothekers kunnen in het schema aanduiden als er een product gesubstitueerd is, zodat dit duidelijk wordt gemaakt aan de patiënt en artsen. Als arts kan men het medicatieschema zowel inzien als aanpassen. Tijdens het pilootproject in Turnhout hebben dr. Lambrechts en Van Hijningen hier onderzoek naar gedaan. Het Vitalink kan volgens dit onderzoek bijdragen aan een verhoogde communicatie tussen de hulpverleners en dusdanig fouten voorkomen. Mogelijkse obstakels in toepassing zijn problemen met de software, een toegenomen administratieve last en een beperkte financiële compensatie. (19) Een betere integratie van Vitalink in het elektronisch dossier is daarom noodzakelijk. (22)

3. Methode

3.1 Studie design

Voor dit onderzoek werd er gekozen voor een descriptief kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews. Aangezien de onderzoeksvragen voornamelijk gericht zijn op ervaringen en meningen van ouderen werd er gekozen voor individuele interviews. Deze individuele gesprekken bieden de mogelijkheid om door te vragen op de verschillende onderwerpen, waardoor er meer diepgang in de resultaten zit. Het gebruik van vragenlijsten zou deze diepgang mogelijks verloren gaan.

3.2 Rekrutering van patiënten

Er werd gezocht naar een gevarieerde groep patiënten voor deelname aan dit onderzoek. Er werd getracht om patiënten van verschillende leeftijden, verschillende thuissituaties en verschillende burgerlijke staat te includeren. Er waren drie manieren waarop patiënten werden uitgenodigd voor het onderzoek. Iedere maandag was er op de praktijk een vergadering waarbij de opgenomen/ontslagen patiënten werden besproken Tijdens dit overleg werd er gekeken welke patiënten er mogelijks in aanmerking kwamen voor het onderzoek. Deze patiënten werden telefonisch gecontacteerd door de onderzoeker zelf. Patiënten die bij de onderzoeker op consultatie kwamen, kregen na de consultatie de vraag voor deelname. Ook werden er door de collega artsen in de praktijk patiënten aangedragen tijdens de consultaties. Deze patiënten kregen de uitleg rond het onderzoek telefonisch of op de praktijk.

De volgende inclusiecriteria werden gebruikt:

- Leeftijd ≥65 jaar
- Polyfarmacie, gedefineerd als ≥5 medicamenten per dag
- Geen (verpleegkundige) ondersteuning bij het voorbereiden of innemen van medicatie
- Aanwezigheid van een medicatieschema voor en na opname
- Nederlands of Engelstalige patiënten
- Patiënten zonder cognitief deficit

De volgende gegevens uit het dossier werden van de geselecteerde patiënten bijgehouden:

- Leeftijd
- Geslacht
- Schets van de thuissituatie
- Medicatielijst voor en na opname

Deze gegevens werden versleuteld opgeslagen in een Excel bestand, waarbij de gegevens niet persoonlijk te herleiden waren.

3.3 Opstellen van de topiclijst

In dit onderzoek werd er gewerkt met semigestructureerde interviews. Er werd niet gewerkt met een vaste volgorde van vragen, maar met een vooraf opgestelde topiclijst. Op deze manier was er een overzicht van de vragen en thema's die tijdens het interview overlopen moesten worden. Deze lijst werd opgesteld aan de hand van het voorbereidend literatuuronderzoek. Na de verwerking van de eerste twee interviews is de topiclijst licht gewijzigd. Een aantal vragen zijn opnieuw geformuleerd op basis van de reacties van de deelnemers en er zijn een aantal vragen toegevoegd die tijdens deze eerste interviews naar voren zijn gekomen. De hoofdthema's zijn ongewijzigd gebleven. De gebruikte vragenlijst kan worden geraadpleegd in de bijlage.

3.4 Interviews met patiënten

Nadat goedkeuring was verkregen van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen konden patiënten geïncludeerd worden in het onderzoek. Samen met de patiënt werd er gekeken naar een geschikt moment voor het interivew. De interviews werden afgenomen in de thuissituatie. Er werd ongeveer 60 minuten voorzien voor het interview. Voor de start van het interview kregen patiënten een informatiebrief met uitleg rond het onderzoek met mondelinge toelichting van de onderzoeker. Indien patiënten akkoord waren, werd er gevraagd om een informed consent formulier te ondertekenen. Het interview werd opgenomen op de telefoon van de onderzoeker, die geencrypteerd en beveiligd was met een 6 cijferige PIN code en FaceID.

3.5 Verwerking van de data

De interviews werden letterlijk door de onderzoeker uitgetypt in Microsoft Word. Iedere deelnemer werd gekoppeld aan een letter voor de verdere verwerking. Van ieder interview werd er een volledige transcriptie opgesteld, gevolgd door een gereduceerde variant waarbij informatie die niet relevant was voor het onderzoek werd verwijderd. Deze bestanden werden vervolgens geïmporteerd in Nvivo 12.3.0 voor thematische analyse. Per antwoord van de patiënt werd er door de onderzoeker een code toegewezen. Een tekstfragment kon aan meerdere codes gekoppeld worden. Dit kon eenvoudig via Nvivo gedaan worden door de tekst te selecteren en vervolgens een 'node' toe te kennen. Elk interview werd twee maal gecodeerd. De eerste keer werden er codes opgesteld aan de hand van de vragen en thema's van het onderzoek. De tweede keer werden er ook open codes toegewezen. Deze open codes sloten aan bij het onderwep van het onderzoek, maar maakten geen deel uit van de vooraf opgestelde vragen. Tijdens de laatste interviews zijn er geen nieuwe open codes meer aan bod gekomen en ook op de thematische codes werd een verzadiging van antwoorden bereikt.

4. Resultaten

4.1 Deelnemers

Er werden 9 patiënten geïncludeerd in het onderzoek. Een overzicht van de profielen van de deelnemers staat in onderstaande tabel.

Code	Geslacht	Leeftijd	Sociale situatie	Aantal medicamenten voor opname	Aantal medicamenten na opname	Aantal gesubstitueerde medicamenten
A	Man	78	Alleenstaand	15	16	4
B	Vrouw	65	Alleenstaand	15	12	2
C	Man	74	Alleenstaand	8	9	2
D	Vrouw	85	Alleenstaand	10	10	2
E	Vrouw	97	Alleenstaand	11	14	4
F	Vrouw	74	Getrouwd	6	7	3
G	Man	94	Alleenstaand	7	7	1
H	Man	83	Getrouwd	5	9	2
I	Man	66	Getrouwd	6	6	3

Tabel 4: beschrijving van de deelnemers

Zes geschikte kandidaten zijn na hun verblijf in het ziekenhuis naar een woonzorgcentrum verhuisd. Zij zouden zelfstandig over hun medicatie inname kunnen beschikken, maar in de woonzorgcentra werd deze taak door de verpleging overgenomen.
Een geschikte deelnemer is direct na ontslag verhuisd naar West-Vlaanderen om dichter bij zijn familie te wonen. Een deelnemer is tussen ontslag en het geplande interview overleden. Tot slot is er een interview geannuleerd geweest door de onderzoeker wegens een last-minute agenda wijziging. Een nieuwe afspraak kon niet worden ingepland aangezien de kandidaat voor 3 maanden naar Spanje vertrok.

4.2 Medicatie

Definitie

Allereerst werd er bij de patiënten gepeild naar de voorkennis rond bepaalde definities. Is de term generieke medicatie gekend? Niemand kon het juiste antwoord geven op deze vraag. De meeste patiënten gaven aan dat ze hiervan niet op de hoogte waren, maar een aantal hebben een gok gedaan. Eén patiënt kwam in de juiste richting door aan te geven dat de apotheker haar iets met die naam had aangeboden omdat het goedkoper was: '*Zo gelijk deze, dat was vroeger een ander, maar volgens de apotheker is dit goedkoper. Bedoelt u dat soms?*'

'een lijst van medicijnen veronderstel ik?' D

'zijn dat doosjes die je zo kan afhalen? Zo zonder voorschrift van de dokter?' E

'dat zijn pijnstillers peins ik, gelijk Brufen' F

'dat zijn pillekes in een geel doosje' G

'Den apotheker heeft daar ooit van gesproken, maar ik weet niet meer wat er toen gezegd is geweest' I

De term generieke medicatie is dus niet echt gekend bij de patiënten, maar ook de definitie van merkproducten konden de meeste patiënten niet geven. Twee patiënten maakten de vergelijking met meer alledaagse producten. Deze vergelijking zit in de juiste richting, maar was niet volledig.

'dat is denk ik een medicijn van een groot bedrijf. Ik weet nu niet dewelk he, ik ken die namen niet van die bedrijven. Maar dat zal zoals zijn gelijk in de winkel, nen Jupiler' F

'dat zal gelijk met alles een duurder product zijn? Gelijk met chique merkkleding' I

Ondanks dat de patiënten niet op de hoogte waren van de definities, werd er hen gevraagd wat het verschil was tussen de twee soorten. Enkelen gaven aan dat kostprijs het grootste verschil was. Een patiënt maakte de vergelijking tussen de A merken en huismerken van de supermarkt.

'dat is zo met tandenborstels. Dat merk of dat merk of dat merk, maar je moet het gewoon doen en dan maakt het geen verschil. Uiteindelijk zijn mijn tanden ook proper. Maar je moet het wel 2-3x per dag doen' A

'ik denk dat het zink gerelateerd is' D

'dan moeten dat pillekes zijn die in België gemaakt worden. Die anderen komen van buiten denk ik. Alléja, van Azië ofzo…' E

'is het dan gelijk in de supermarkt? Mijn pintje is een echte Jupiler, maar die koekskes op tafel zijn van de Carrefour zelf, dat scheelt vaak wel wat geld' F

'is dat niet hetzelfde? Of is dan dan de prijs?' G

' een trui is een trui, dus dat zal voor pillekes ook wel zo zijn. Dat zal dan de prijs zijn denk ik' I

De definities waren bij de patiënten van dit onderzoek niet gekend. Maar wie zou er volgens de hen deze uitleg moeten geven? Ze gaven unaniem aan dat de voorschrijvende arts deze uitleg zou moeten geven bij het voorschrijven. Enkele patiënten gaven aan dat dit ook een belangrijke taak zou zijn voor de apotheker.

'ik vind de huisarts en de apotheker. Dat zijn de slimste van de hoop, die moeten mij, een loempe, dat uitleggen, ik krijg het daar wel te verstaan' D

'den apotheker, die gaat uiteindelijk over de medicatie he. Allé, u kunt dat ook als dokter he, maar ik denk dat u daar geen tijd voor hebt' E

'allé u als doktoor, den huisarts. En de artsen in de kliniek. Jullie schrijven dat voor' F

'jullie, allé, de dokters he. Jullie schrijven dat voor. En uiteindelijk zijn jullie mijn huisarts en kennen jullie mij' G

'ik zou echt uitgaan van een, in zo'n geval, de huisarts' H

'dat zou de dokter moeten zijn die het voorschrijft en liever de huisarts, want die kan da beter uitleggen. Int ziekenhuis zijn ze niet zo van de uitleg…' I

<u>Standpunt</u>

Aan de patiënten werd vervolgens de uitleg gegeven rond de definitie van de termen. Na deze uitleg werd hen gevraagd wat hun mening was over het gebruik van generieke medicatie. Alle patiënten gaven aan geen probleem te hebben met het innemen van generieke producten.

'liever goeikoper he, gullie kent mij' C

'dan antwoord ik daarop: als die evengoed werken, dan ben ik akkoord' D

'ik zou dat dan denk ik wel oké vinden' E

'dan zou ik graag de 'genemieke' pillen willen, die pillen kosten allemaal al zo veel' F

'als dat gewoon, ja als dat hetzelfde werkt, dan zou dat wel mogen' G

'ja dat zou mogen ja' H

'dat klinkt voor mij wel ok. Ik weet dat ze in Nederland ook al jaren het meest goedkope product meegeven, dus dat zal dan wel zo'n generiek zijn?' I

De kostprijs werd hier vaak aangehaald als belangrijk argument. Daarom werd de patiënten ook gevraagd wat hun mening zou zijn als er geen prijsverschil zou zijn. Vier patiënten zouden dan liever het merkproduct kiezen. Er kon geen duidelijk argument gegeven worden, buiten dat de term 'merkproduct' een veiliger gevoel gaf. Één patiënt veranderde bij deze vraag van mening door aan te geven toch geen namaakproduct te willen gebruiken.

'ik ben heel trouw aan mijn medicatie, als het goed werkt dan moete da niet veranderen' E

'dan zou ik wel voor het merk gaan. Ook met een klein verschil vind ik dat het wel waard' F

'als het niet te duur is dan liefst toch wel het merk' G

'ik ga nooit iets van een vorm van namaak nemen. Dat doe ik nooit' H

Kennis over hun huidige medicatie

Tot slot werd er gekeken of de patiënten met deze informatie konden achterhalen of ze generieke geneesmiddelen gebruikten. Geen enkele patiënt kon dit juist aanwijzen. Één patiënt bleef volhouden dat geneesmiddelen in gele doosjes gelijk stond aan een generiek.

'nee, da gaat niet gaan. Ik weet wel zo voor wat ik, zo waar de pillekes voor zijn' E

'ik weet niet of ik zo van die goedkope pillen pak. Ik zou het niet erg vinden, maar zou het wel graag willen weten' F

'ja, ik heb zo 1 geel doosje hier staan se' G

'goh, ik weet niet hoe ik dat zou moeten herkennen. Ik denk van wel, maar ik zou u niet kunnen aanwijzen dewelke dat zouden zijn' I

4.3 Medicatieschema

Ervaring

Het gebruik van de schema's wisselde tussen de verschillende patiënten. Geen enkele patiënt gebruikte het schema dagelijks voor de inname van zijn/haar medicatie. Vijf mensen keken enkel naar het schema bij twijfel, 3 keken er wekelijks naar bij het samenstellen van hun pillendoos. De overige patiënt studeerde het schema in en keek er vervolgens niet meer naar om.

'Ik vind dat goed zo'n schema. Als ge dan twijfelt he, dan heb je een schema om te zeggen, kijk ik zit verkeerd, dat mag niet. Ik mag dat niet meer pakken, maar dat. Daar ben ik volledig in mee.' A

'Ja, ik gebruik het, maar ik kijk er niet regelmatig naar. Ik heb daar een doos staan met al mijn medicatie en daar pak ik het uit' C

'Ik gebruik dat elke week. Ik heb zo'n dooske waar ik mijn pillen in steek. Zo elke zondag maak ik dat klaar en dan heb ik altijd dat schema naast mij liggen. Op zich weet ik wel wat en wanneer ik moet pakken, maar toch, voor de zekerheid. Een fout is rap gebeurd en dat kan gevaarlijk zijn he' F

'Hoe ervaar ik dat? Ik gebruik dat nu nie dagelijks he, gewoon als ik niet zeker ben van hoe ik, uh, hoe ik mijn pillekes moet pakken. Maar dat is wel iets goeds he. Als ik twijfel hoef ik jullie niet te bellen en kan ik efkes zelf kijken' G

'Ik ben daar wel tevreden van, het is simpel eigenlijk he, een soort boodschappenlijstje. Ik ken mijn medicatie eigenlijk best goed, dus gebruik het meer als geheugensteuntje. Voor als ik het toch even zou vergeten' I

<u>Verbeterpunten</u>

Aan de patiënten werd gevraagd wat zij belangrijk vonden in een goed medicatieschema. De leesbaarheid was voor de meeste deelnemers het belangrijkste punt. Zes patiënten gaven aan dat de huidige schema's van zowel de huisarts als van het ziekenhuis zijn opgesteld met een te klein lettertype. 7 patiënten hebben een leesbril nodig, 1 patiënt had naast haar bril ook een loep nodig.

'Ja ik zou het toch ger zo groter zien. Das te zien van wat zegt dat. Maar het is nu wel klein..' A

'Dat kan ik wel lezen se…' C

'Maar ik zie dat dus slecht he. Ik heb altijd mijn gerief bij me (pakt haar bril en loep), maar het blijft moeilijk. Het zijn hele kleine letters… Maar zelfs met zo'n grote loep moeten de letters nog groot zijn, anders kan ik het niet lezen se' D

'Zonder bril is da niet te lezen, zo klein. ik zal nie de enige zijn die daar moeite mee heeft. Hoeveel mensen van mijne leeftijd kent u zonder bril?' E

'Lezen gaat niet zo vlot meer als vroeger he. Ik heb een rollator om buiten mee te stappen en een bril om mee te lezen. Ge moet het er maar bij pakken als ge ouder wordt. Maar grotere letters zouden het wel gemakkelijker maken ja' F

'Ik moet wel m'n bril opzetten om het te lezen he, want die letterkes zijn toch wel klein. Of het is de leeftijd' G

De verduidelijking van de posologie op het schema geeft verdeelde meningen. Het schema van de huisartsenpraktijk maakte een onderverdeling in ochtend-middag-avond, de ziekenhuisschema's waren uitgebreider met een hokje per uur.

'Das gelijk. Ik moet gewoon weten wanneer ik mijn pillekes moet pakken' C

'Die ander zegt gewoon op welk deel van de dag ik iets moet nemen, al die uren staan daar maar voor niks. Ik moet m'n vinger gebruiken om t lijntje te volgen. En staan daar zoveel hokskes achter, ik heb schrik dat ik verkeerd kijk' E

'Ja, alles staat erop he. Welk pilleke het is en dan of ik het 's ochtends, 's middags of 's avonds moet pakken. Alleen het voor of na het eten nemen staat er niet goed in' G

'Ik vind het wel makkelijk met deze (HA schema), gewoon met 's ochtends 's middags en 's avonds' H

'Kan dat niet eenvoudiger? Daar staat zoveel informatie op. Wat is dat gezegde ook alweer met de bomen en het bos? Bon, ik zie soms scheef door al die hokskes' I

Patiënten kregen de suggestie van de onderzoeker of het vermelden van de stofnaam op het medicatieschema voor meer duidelijkheid zou zorgen. Alle patiënten vonden dit een goed voorstel, maar enkelen hadden er schrik voor dat het ook voor verwarring zou kunnen zorgen: *'ik heb schrik dat ik daardoor mis zie, al die lastige namen bij elkaar, en ik zo fouten ga maken…' B*

'Ja dat zou ik wel graag hebben. Dat ik een vergelijking kan doen, dat is er niet meer in. Waarom staat dat er niet meer in of moet dat niet meer in?' A

'Eigenlijk wel, want dan wist ik dat het allebei hetzelfde is en goed is' D

'Ja, het gasthuis zou erbij kunnen zetten welk pilleke dat vroeger was, dan weet ik dat. Nu lijkt da precies iets nieuws' G

Als aanvulling op de stofnaam, werd ook gepeild naar de interesse voor het vermelden van de indicatie van de medicatie. Geen enkele patiënt zag hiervan het voordeel in.

'Ja maar, dat weet ik.. Dat weet ik van buiten…' A

'Nee, dat zou niet per se hoeven' B

'Voor wat dat het dient? Nee, da kan ik wel…' D

Substitutie

Na de bespreking over de vorm van het schema, werden er vragen gesteld over de inhoud ervan. Bij alle patiënten was er minimaal 1 product gesubstitueerd. Herkennen de patiënten deze substitutie? Niemand kon duidelijk uitleggen welke medicatie was vervangen bij ontslag. Na verder doorvragen was er slechts 1 patiënt die de link had gelegd door de dosis van de medicatie te vergelijken tussen de oude en nieuwe producten.

'Maar hoe moet ik dat weten? Die namen trekken nie op elkaar…' E

'Deze zijn allemaal hetzelfde gebleven, maar deze staan er niet meer op. Deze is veranderd in deze, maar die ander weet ik niet zeker…' F

'Wacht he, dan moet ik eens zien… Tis dat ik kan spieken met de cijfers, anders zou ik het nie weten se. Stoem he, maar wa wilde met de lastige namen!' G

'Deze zijn allemaal hetzelfde gebleven, maar enkel die onderste ken ik niet. Ik weet nu ook niet of dat iets nieuws is of dat het zo'n vervangproduct is' I

Niemand was hiervan op de hoogte. De oorzaak hiervan ligt bij een gebrekkige uitleg bij ontslag. Volgens de helft van de patiënten is de werkdruk in het ziekenhuis het grootste probleem. Sommige patiënten vonden dan weer dat de verpleegkundigen hierbij een rol zouden kunnen spelen.

'Nee… Ze geven hun ontslag, ze geven papieren mee. Dat vond ik zeer spijtig. Het zijn toch mensen die in hun bureau zitten en die kunnen uitleggen van dat en dat en dat, want die (naam) ken ik niet se. Want als je dan vraagt wat voor pilletje is dat, 'ge moet dat pakken' zeggen ze… A

'Haha, nee, die hebben daar geen tijd voor. Ik zie die specialisten daar nog geen 5 minuten per dag. Toen ik terug naar huis mocht kwam er 's ochtends nog een dokter zeggen dat ik tegen de middag weg mocht en dat hij dan nog wat uitleg zou geven. Maar 'k heb een brief van de verpleegster gekregen en das al' E

'Nee, ik vind dat spijtig om te zeggen, maar daar ben ik echt niet content van. Ze hebben me goed geholpen, maar die zeggen niet veel he. Ca va? En ze staan terug buiten. Ze hebben ook meer

tegen mijn dochter gebabbeld dan met mij toen ik naar huis mocht. Maar ja, ik moet wel zelf voor mijn pillen zorgen he, niet m'n dochter. Dus da mogen ze ook tegen mij zeggen. Ik ben oud, maar niet dom he' F

'Maar ik moest wel nog 3 uur wachten voor ik doorkon he. Ze moeten nog een brief maken voor u. Uiteindelijk kwam er een jonge doktoor die brief brengen. Die zei enkel dat ik die aan de huisarts moest geven' G

'Ja eigenlijk…. Eigenlijk informatie die krijg je niet. Je krijgt wat papier en dat is het. Maar echt informatie en uitleg dat bestaat niet. Dat heb ik tenminste niet gehad' H

'Niemand heeft mij hier iets over gezegd en je komt er thuis pas achter. En dat is wel te laat om er nog achter te vragen he…' I

Twee patiënten uiten hierbij zelfs hun bezorgdheden dat dit tot grote fouten kan leiden.

'Maar ik geloof dat in het ziekenhuis veel missingen gebeuren in zoiet. Ik mag het niet altijd hardop spreken, maar ik denk het. A

'Das ambetant, want ik denk dat er zo best veel fouten gemaakt worden...' I

Aan de patiënten werd uitgelegd waarom bepaalde producten tijdens het verblijf in het ziekenhuis werden veranderd. Nadien werd terug gevraagd wat hun mening was rond deze substitutie. Alle patiënten gaven aan dat ze deze wijzigingen niet waardeerden. De medicatie mocht tijdens de opname wel veranderd worden, maar bij ontslag zou dit terug gewijzigd moeten worden naar de thuismedicatie zoals ze dit gewoon zijn.

'Maar ik heb (daar) wel gezegd dat het lastig is als je telkens veranderd van pillen. Dat je op lange duur niet meer weet wat je slikt. En ze willen allemaal maar bijschrijven en andere wegpakken. Pillen waar je dan goed mee bent willen ze wegpakken en een ander bijzetten. En daar ben ik niet voor. Met de deze ben ik m'n hele leven al goed geweest. Waarom moeten ze het dan veranderen?' A

'Dat doen die nu altijd in de kliniek he.. Ik pak dat papierke van (de huisarts) altijd mee en die maken er een heel ander iets van. Nee, ik vind het ambetant' E

'Neeje, er is al zoveel gerommeld met m'n pillen. Ik ben content met wa ik nu heb en dat zou ik graag zo houden. Ik ben daar gene fan van. Zo verandert er telkens wel iets, ik vind dat verwarrend. Het gaat me niet om de goedkopere medicatie, maar om de verandering. Ik ken m'n medicijnen bij naam en als ge die verandert dan ken ik die niet meer' F

Als vervolg hierop werd gepeild naar de rol van de huisarts bij zulke wijzigingen. Alle patiënten vonden het belangrijk om de huisarts na hospitalisatie te contacteren. De goede arts-patiënt relatie werd hier vaak aangehaald als belangrijke factor. Om fouten bij inname van medicatie te voorkomen vond iedereen het belangrijk om de schema's samen te overlopen. De meerderheid vindt dat dit een standaardtaak van de huisarts zou moeten zijn, waarbij sommigen zich wel afvroegen of dit mogelijk was met de huidige werkdruk.

'Ik doe dat graag, want ik zeg dan ik heb alles bij en (de huisarts) geeft dan een uitleg he. En dat vind ik geweldig, echt waar. Daarvoor zijt ge feitelijk dokter' A

'Maar als ik terug thuis ben, dan bel in naar (de secretaresse) of (de huisarts) wilt passeren, die helpt mij dan. Den huisarts is voor mij heel belangrijk. Ik ben daar zeer content van. Die kan zo van alles en die kan ook luisteren. We kennen elkaar al even, dus die begrijpt mij. Die heeft ook overzicht van al mijn medische, euh, van hoe het met mijn gezondheid is' E

'Dan bel ik naar de praktijk. Meestal komt de dokter dan langs om dit te overlopen. Bij twijfel neemt ze dan een nieuw (medicatieschema) mee. Als ik uit de kliniek kom dan overlopen we samen ook de wijzigingen. De huisarts is voor mij de brug tussen mij en de kliniek. Jullie spreken beide talen, die van ons als patiënt en van de artsen. Allé, zo zie ik dat dan he. Ik ben daar dankbaar voor' F

'Maar daarom heb ik ook een bezoek van u gevraagd, om samen te zien naar de pillekes. Want ik heb bang om iets verkeerd te doen en jullie kennen mijn dossier het best' G

'Dat is jullie taak, dat de huisarts het meer in zijn handen neemt, de leiding neemt zeg maar. De manager van het medicijngebruik' H

'ik zou een bezoek thuis het prettigst vinden, maar dat is waarschijnlijk lastig. Ik was laatst op de praktijk en heel de wachtzaal zat vol. Dus jullie hebben al veel werk. Maar toch, ik overloop het toch graag met mijn huisarts. Maar dat hoeven jullie niet te arrangeren, ik zal zelf wel bellen' I

Tot slot werd er aan de patiënten gevraagd welke verbeterpunten ze graag zouden zien. Het onderwerp communicatie kwam hier terug naar voren. Op één patiënt na gaf iedereen aan meer uitleg te willen bij ontslag. Één patiënten suggereerde meer schriftelijke uitleg als alternatief. Een andere patiënt vond dit een belangrijke taak voor de farmaceutische industrie door met universele namen te werken.

'Wa meer uitleg zou al veel doen. Ge krijgt amper, die zeggen niet veel in de kliniek. Nu moeten die ook nie te veel zeggen, want da onthoud ik niet' E

'Uitleg, uitleg en nog meer uitleg. Of nog beter, schrijf het erbij. Dees wordt vervangen door dees. Voila, dan is het duidelijk voor mij he' F

'Da ze eens de tijd nemen om te babbelen. Die kwamen elke dag zo rap rap de kamer in en voor ik t wist waren ze terug buiten' G

'Ja, dat zal misschien moeilijk zijn, maar dat je eigenlijk dezelfde medicijnen onder 1 code vielen of wat dan ook' H

'Dat klinkt simpel, maar eigenlijk gewoon betere uitleg. Niemand heeft mij hier iets over gezegd en je komt er thuis pas achter. En dat is wel te laat om er nog achter te vragen he…' I

4.4 Vitalink

Voorkennis

De patiënten van dit onderzoek hadden allemaal nog nooit gehoord van Vitalink. Één patiënt dacht dat Vitalink hetzelfde was als de hub waarvoor ze hun *informed consent* hadden afgegeven.

'dat weet ik niet, da ken ik niet…' D

'Vita-, nee dat zegt mij niks. Waar moet ik dat van kennen?' G

'we hebben toestemming gegeven voor in dit geval de huisarts dat ze kunnen inloggen op alle gegevens van andere ziekenhuizen enzovoort, bedoelt u dit?' H

'Vi-ta-link? Nee…' I

Nadien kregen de patiënten uitleg over de rol van Vitalink en hoe ze hier gebruik van konden maken. Twee patiënten gaven aan dat zij interesse hadden om gebruik te maken van dit platform. Van de patiënten die geen interesse hadden, gaven er drie aan dat ze het wel interessant vonden voor jongere generaties. Het gebrek aan werken met een computer werd hierbij aangehaald als voornaamste factor. Een patiënt vroeg zich af of Vitalink de Vlaamse tegenhanger is van het Nederlandse Mijngezondheid.net.

'maar ik heb geen computer, ik had er een, maar heb die buitengegooid. Allé, geen computer maar een tablet. Maar ik heb die buitengegooid…' D

'het idee is goed, maar das gelijk met de banken. Mijn kinderen en kleinzoon doen da ook allemaal via hun telefoon. Zo rap rap, maar das niet voor mij. Ik ben er niet tegen, maar ik ben van een.. andere generatie. Ofja, gewoon oud' E

'ik zou dat nie gebruiken, maar dat komt omdatik daar nie in mee zen. Mijn dochter doet dat ook met haar geld, alles via de computer. Ik doe dat nog via het postkantoor' F

'ik denk voor mensen zoals u wel ja. Jonge mensen die vlot met al die nieuwe apparaten overweg kunnen. Je kan veel met die dingen, maar dat is niet voor mij…' G

'Dat is voor ons geen probleem, ik heb vroeger al snel leren werken met een computer voor mijn werk als secretaresse, dus ik kan daar wel mee overweg. Ik word een dagje ouder, maar ben wel nog met de tijd mee' I

Enkele patiënten gaven daarbij ook aan dat ze verwachten dat het computergebruik niet alleen voor hen, maar voor alle oudere mensen een belemmerende factor zou spelen.

'mijn buurvrouw doet nog veel met de computer, die zou dat wel kunnen. Tegen dat u oud bent zal dat wellicht anders zijn' E

'ik ken niemand die met computers werkt, dus ik denk van wel. Een goei vriendin heeft een iPad, maar die kan daar enkel mee bellen. De rest is zoals ik.' F

'vroeger had niet iedereen een computer en op mijn job was alles met de hand' G

Van alle patiënten was er uiteindelijk maar één die daadwerkelijk van het platform gebruik zou willen maken. De andere patiënten zagen geen voordeel van het onlinesysteem boven het ouderwets telefoneren naar de huisartsenpraktijk.

'maar ik hiervoor nu toch ook gewoon bellen?' C

'daarvoor bel ik nu, ik heb geen computer' E

'maar ja, daar heb ik een telefoon voor…' F

'Ik zou daar niet dagelijks van gebruik maken, maar het lijkt me wel handig ja. Dan kan ik als het nodig is altijd zelf even kijken. Ik vind het niet erg om even naar jullie te bellen, maar als ik het zelf kan oplossen is het natuurlijk beter' I

5. Discussie

Met deze studie werd er getracht inzicht te krijgen in de ideeën en meningen rond medicatiegebruik na hospitalisatie van ouderen in de huisartsenpraktijk Korte Klaren. Er waren 3 grote onderwerpen. Het eerste onderwerp ging voornamelijk over de voorkennis en het gebruik van medicatie. Het tweede en grootste onderwerp omvatte het medicatieschema en medicatiesubstituties na opname. Tot slot was er een derde onderwerp rond Vitalink. Helaas bood het EPD (Daktari) in de praktijk ten tijde van het onderzoek geen ondersteuning voor het uploaden van medicatieschema's. Hierdoor kon er niet naar de ervaringen met Vitalink gevraagd worden, enkel naar de voorkennis en interesse. De resultaten voor elk onderwerp zullen hieronder apart besproken worden.

5.1 Voorkennis rond medicatie

Geen enkele patiënt in dit onderzoek was op de hoogte van de definities van een generiek of merk geneesmiddel. Op één enkele patiënt na hadden ze nog nooit van deze termen gehoord. Deze ene patiënt had de term ooit in een apotheek gehoord, maar is hier toen verder niet op ingegaan. Na de uitleg door de onderzoeker was het verschil voor de patiënten wel duidelijk. Ze gaven hierbij aan dat deze uitleg naar hun mening gegeven zou moeten worden door een arts zodra deze een generiek product voorschrijft. Op de tweede plaats zou dit ook een taak kunnen zijn voor de apotheker, een verpleegkundige werd voor deze taak niet genoemd. Op de vraag of dit beter door de huisarts of de specialist wordt gedaan, had iedereen de voorkeur voor de huisarts. De twee belangrijkste redenen hiervoor zijn de beperkte uitleg die patiënten in het ziekenhuis kregen en de betere arts-patiënt relatie met de huisarts. De patiënten van dit onderzoek waren beduidend positiever over hun huisarts dan over de ziekenhuisspecialisten. Dit beeld kan mogelijks beïnvloed zijn doordat de onderzoeker zelf onderdeel uitmaakte van het huisartsenteam.

Met de nieuwe inzichten rond de definities werd er gepeild naar de mening rond het voorschrijven van generieke medicatie. Direct na de uitleg gaven alle patiënten aan dat ze geen problemen hadden met het voorschrijven van generieke medicatie. Twee patiënten vroegen voor de zekerheid nog eens na of de werking dan wel echt hetzelfde is. De lagere kostprijs voor de medicatie was voor veel patiënten belangrijk. Vooral de alleenstaande patiënten gaven aan dat de farmaceutische kosten soms behoorlijk konden oplopen. Opvallend was dat de helft de voorkeur zou geven aan een merkproduct indien er geen tot weinig prijsverschil was. Een verklaring hiervoor kon niet direct gegeven worden. Na wat bedenktijd gaven drie patiënten aan dat het merkproduct een veiliger gevoel opwekte, maar dat ze wel begrepen dat de werking hetzelfde is.

Vervolgens werd gevraagd of ze graag al hun huidige medicamenten lieten substitueren door een generiek. Vier patiënten zouden dit omwille van financiële redenen graag hebben. Vier anderen hielden het liever bij hun huidige medicatie omdat ze liever niet te veel wijzigingen in hun schema hadden. Één patiënt veranderde compleet van mening door te stellen dat hij absoluut geen vorm van namaak (generiek) wilde nemen. Ook hier kon geen verdere verduidelijking bekomen worden.

Alle patiënten gebruikten een combinatie van merk en generieke producten voor de aanvang van het interview. Er werd aan de patiënten gevraagd of ze de generieke medicamenten konden herkennen. Slechts 1 patiënt wist een generiek product aan te wijzen. Dit was puur toeval, aangezien deze deelnemer op voorhand dacht dat gele doosjes hier iets mee te maken hadden. De overige producten haalde ze er namelijk niet uit. Nadat de generieke producten werden aangewezen door de onderzoeker viel het één patiënt op dat de doosjes van de generieke producten op elkaar trokken. Alle patiënten waren wel volledig op de hoogte van de indicaties voor hun medicamenten. Dit komt overeen met meerdere publicaties waarbij gekeken werd naar de medicatiekennis van ouderen. (6, 9, 17)

5.2 Gebruik van medicatieschema's

Het gebruik van de medicatieschema's varieerde tussen de patiënten. Zes patiënten waren in het bezit van een pillendoosje. Hiermee hoeven ze slechts eenmaal per week hun medicatie klaar te maken. De helft van deze mensen gebruikte het schema wekelijks bij het klaarmaken van de medicatie. De rest gebruikte het meer als geheugensteun bij twijfel. Één patiënt deed zijn best om een nieuw schema volledig van buiten te leren, nadien werd er niet meer naar omgekeken. Niemand nam het schema van de huisarts mee naar het ziekenhuis. Sommigen vonden dit overbodig, omdat ze dachten deze informatie gedeeld wordt tussen de huisarts en het ziekenhuis. De andere patiënten waren dit gewoon vergeten.
Na de ziekenhuisopname waren patiënten in het bezit van twee verschillende soorten schema's. Een voorbeeld van beide indelingen staat hieronder geïllustreerd.

Voorbeeld van het huisartsenschema

Naam	Ochtend	Middag	Avond	Opmerkingen
Product A 30x10mg	1		1	Voor het eten
Product B 98x5mg	1	1	1	

Voorbeeld van een ziekenhuisschema

Thuis-medicatie	Naam	Poso-logie	6:00	7:00	8:00	…	12:00	13:00	…	18:00	19:00	…	22:00
	Product A 30x10mg	2x1/d voor de maaltijd		1						1			
🏠	Product B 98x5mg	3x1/d		1			1				1		

🏠 staat symbool voor de medicatie voor opname, … staat symbool voor de tussenliggende uren

Aan de patiënten werd gevraagd welk van bovenstaande schema's de voorkeur had. Acht kozen voor het schema van de huisarts, één patiënt had geen voorkeur. De voornaamste reden hiervoor was dat ze het bovenste schema overzichtelijker vonden. Dit hangt ook samen met het belangrijkste punt van kritiek op de huidige schema's: de leesbaarheid. 2/3^{e} van de groep vond het gebruikte lettertype te klein, zelfs met gebruik van eventuele hulpmiddelen als een leesbril of loep. Door de letters groter af te drukken, zouden de patiënten een veiliger gevoel hebben omdat de kans op leesfouten kleiner wordt. De vermelding van het tijdstip van inname leverde gemengde resultaten op. De helft koos direct voor het huisartsenschema, omdat ze dit meer overzichtelijk vonden. Deze indeling sloot goed aan op het gebruik van een pillendoos, waardoor dit in de praktijk eenvoudig toe te passen is. 1 patiënt prefereerde het ziekenhuisschema, omdat hij het gevoel had dat dit een volledige schema was. Bij navraag bleek er echter geen belangrijk verschil in inhoud te zijn en stelde hij zijn mening bij met de overige deelnemers. De rest had namelijk geen voorkeur voor een bepaalde vorm van het schema, zo lang de inhoud van het schema maar juist is. Het vermelden van de stofnaam onder de productnamen leek voor alle patiënten in eerste instantie een goede toevoeging. De verschillende namen van merk en generieke medicijnen is de grootste oorzaak van twijfel bij patiënten. Door de stofnaam te vermelden, kan er makkelijker vergeleken worden tussen de schema's. Drie patiënten voegden hieraan toe dat ze wel schrik hadden dat dit toch voor verwarring kon zorgen. Aangezien de naam van generieke producten vaak de stofnaam is met daarachter de vermelding van de fabrikant, vrezen sommigen dat ze hierdoor bepaalde producten dubbel zouden kunnen nemen. Deze patiënten gebruikten allemaal een pillendoos ter ondersteuning. Als alternatief werd voorgesteld dat substituties duidelijker worden vermeld. In het huisartsenschema zouden patiënten dit vermeld willen zien in de kolom opmerkingen. Bij de ziekenhuisschema's zou men dit eronder kunnen noteren. Tot slot werd er vaak gesproken over de vermelding van de indicatie voor de geneesmiddelen. Dit had geen toegevoegde waarde voor de patiënten, aangezien ze hier allemaal van op de hoogte waren. Een goede uitleg over waarom ze een bepaald product moeten nemen is belangrijker dan een kleine vermelding op een schema. Deze

verbeterpunten van de patiënten komen overeen met de aanbevelingen van het onderzoek van Freyer et al. (23) Rond *drug related problems'*. Uit dit onderzoek blijkt dat deze fouten sterk worden verminderd door het vermelden van de stofnaam en een duidelijkere vermelding van de wijzigingen in het schema. De de leesbaarheid wordt in dit onderzoek vermeld.

5.3 Substitutie

Na het bespreken van de vorm van het schema, werd er overgegaan tot de inhoud ervan. Op basis van de verschillende namen kon niemand zeggen welke substituties er hadden plaatsgevonden. Slechts 1 patiënt herkende dit een tijdje door de dosis van het veranderde product te vergelijken. Op basis van overeenstemmende dosissen trok hij de conclusie dat deze hetzelfde moesten zijn. Bij deze patiënt was er ook maar 1 product gewijzigd, waardoor deze vergelijking eenvoudig was. Het spreekt echter voor zich dat dit geen veilige oplossing is! De oorzaak van het probleem ligt in de communicatie bij ontslag. Alle patiënten vermelden dat ze bij ontslag weinig tot geen informatie hebben gekregen. Ze kregen een brief mee voor de huisarts met daarin een nieuw schema, maar deze werd niet verder besproken. Alle patiënten waren zeer content van de behandeling in het ziekenhuis, maar het gebrek aan communicatie werd als frustrerend ervaren. Twee patiënten uitten hun bezorgdheden rond deze gebrekkige communicatie, omdat dit tot levensgevaarlijke fouten kan leiden. Als belangrijkste oorzaak voor de beperkte communicatie wordt de werkdruk in het ziekenhuis aangehaald. Dit sluit aan bij de resultaten van dr. Ensing, waarbij problemen in de categorie 'educatie en informatie' een belangrijke oorzaak zijn van foutief medicatiegebruik. (16) De artsen moeten te veel patiënten tegelijk behandelen en te veel papierwerk invullen volgens de hen. Hoewel ze veel begrip hebben voor deze situatie, moet hier in de nabije toekomst snel iets aan veranderen.

De huisarts werd door de deelnemers van dit onderzoek dan weer geprezen voor de goede communicatie. Iedereen gaf aan dat ze na ontslag probeerde zo snel mogelijk contact op te nemen met hun vaste huisarts om alles te overlopen. Het medicatieschema werd dan overlopen en de verschillen werden dan begrijpelijk uitgelegd. De huisarts werd beschreven als de brug tussen de patiënt en het ziekenhuis en heeft hierbij een belangrijke taak om het overzicht te bewaren. Iedereen vond dat een standaard huisbezoek na hospitalisatie standaard zou moeten zijn, waarbij 2 patiënten vragen stelde bij de haalbaarheid hiervan. Ook hier werd de werkdruk van de arts opgegeven als bedenking. De telefonische bereikbaarheid van de huisarts voor vragen werd door iedereen wel zeer op prijs gesteld.

5.4 Vitalink

Geen enkele patiënt van dit onderzoek had ooit gehoord over Vitalink. Aangezien er nog geen ondersteuning aanwezig was om medicatieschema's te uploaden naar Vitalink, is het begrijpelijk dat dit nog niet met de patiënten was besproken. Nadat de onderzoeker de uitleg had gegeven rond de verschillende functies van het platform werd er gepeild naar de interesse van de patiënten. Iedereen waardeerde de achterliggende gedachte achter het platform. Het merendeel gaf echter aan hier geen gebruik van te zullen maken. Een gebrek aan computervaardigheden werd in alle gevallen aangehaald als verklaring. De jongste patiënten van dit onderzoek stonden wel open om Vitalink te gebruiken. De andere deelnemers gaven aan dat ze wel verwachten dat de jongere generaties hier waarschijnlijk beter mee overweg kunnen. Het grootste voordeel voor de patiënten die Vitalink zouden willen proberen is de grotere zelfstandigheid. Bij twijfel kunnen zij zelf het antwoord opzoeken zonder hiervoor een arts te hoeven raadplegen. De andere patiënten verkiezen telefonisch contact met de praktijk voor vragen over hun medicatieschema. In dit onderzoek werd er enkel gepeild naar de voorkennis en interesse van de deelnemers. Er werden geen publicaties gevonden over dit onderwerp. Er zijn twee thesissen gevonden over Vitalink, maar hierbij werd er vooral gekeken naar de haalbaarheid en het gebruik door hulpverleners. (19, 22) Er is verder onderzoek nodig om het daadwerkelijke gebruik van Vitalink onder ouderen te kunnen bekijken.

6. Beperkingen

6.1 Rekrutering van patiënten

In dit onderzoek werden enkel patiënten geïncludeerd uit de huisartsenpraktijk Korte Klaren in Antwerpen. Zoals af te lezen is in tabel 4 hebben de deelnemers in dit onderzoek een redelijk vergelijkbaar profiel. Hierdoor kunnen de resultaten van dit onderzoek mogelijk specifiek zijn voor deze subgroep en niet doorgetrokken worden naar de algemene ouderenpopulatie.
Bij het opstellen van de in- en exclusiecriteria van dit onderzoek werd getracht om een zo groot mogelijke patiëntenpopulatie te selecteren met oog voor de kwaliteit van het onderzoek. Helaas bleken er bij de uitvoering meerdere praktische moeilijkheden. Het aantal consultaties van de onderzoeker met patiënten uit de doelgroep was zeer beperkt, waardoor er weinig deelnemers konden worden gerekruteerd. De wekelijkse vergaderingen op de praktijk vormden een geschikt moment om deelnemers aan te dragen vanuit collega's, maar dit is nauwelijks ter sprake gekomen. Na het verkrijgen van goedkeuring van het ethisch comité werd besloten om de interviews te starten vanaf de zomermaanden van 2018. Tijdens de zomer zijn er echter nauwelijks hospitalisaties geweest, waardoor de start van de interviews is verschoven naar het najaar. Ook de kwetsbaarheid van de onderzoekspopulatie leverde problemen op.

6.2 Medicatieschema's

Het gebruikte elektronisch patiëntendossier in de praktijk biedt de mogelijkheid om in de linker kolom de chronische medicatie te zetten. Om een medicatieschema aan te maken, moet men echter ook de posologie invullen en vervolgens het scherm uitklappen om het tijdstip van inname in te vullen. Als deze gegevens juist zijn ingevuld, kan men een correct medicatieschema aanmaken in een nieuw contact.
Na een ziekenhuisopname werd er in het dossier van mogelijke deelnemers gekeken of er een pre-hospitalisatie schema aanwezig was. Bij het overgrote deel van de patiënten was dit niet aanwezig in het dossier. Indien er wel een schema aanwezig was, bleek dit vaak voor de thuisverpleging te zijn aangemaakt. Aangezien verpleegkundige ondersteuning bij medicatie inname een exclusiecriterium was, zijn deze patiënten niet opgenomen in het onderzoek. Hierdoor kwamen er minder patiënten in aanmerking voor deelname aan het onderzoek.

6.3 De kwaliteit van de interviews

De onderzoeker had geen ervaring met het afnemen van semigestructureerde interviews voor kwalitatief onderzoek. Hierdoor is het mogelijk dat de interviews niet volledig neutraal zijn uitgevoerd. Er werd getracht om zo weinig mogelijk informatie/meningen te bespreken voor het interview om de deelnemer niet te beïnvloeden. Er werden voornamelijk open vragen gesteld, het

aantal gesloten vragen werd tot een minimum beperkt. Veel deelnemers hadden moeite om een antwoord te formuleren op de vragen en antwoorden vaak beknopt. In een poging om het gesprek open te trekken werden regelmatig ook suggesties gedaan aan de deelnemers. Dit kan mogelijks invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek.

6.4 Kwalitatieve data-analyse

De transcriptie en codering van het interview werden uitgevoerd door de onderzoeker. Er was echter geen ervaring met het uitvoeren van een kwalitatieve dataverwerking. Drie interviews werden ook door de promotor gecodeerd, waarbij er suggesties zijn gedaan voor open coderingen. Meer ervaring met coderen of meerdere onderzoekers die coderen zou mogelijks tot een meer betrouwbare dataverwerking kunnen leiden.

7. Conclusie

7.1 Voorkennis rond medicatie

Hoewel de patiënten in dit onderzoek goed op de hoogte waren van de indicaties van hun medicamenten, was hun voorkennis over substitutie, generieke en merkproducten zeer beperkt. Hier ligt een belangrijke taak voor de artsen en apothekers om een adequate uitleg te voorzien; het gebruik van generieke medicijnen zal in de toekomst immers verder toenemen. De patiënten stonden achter het voorschrijven van generieke medicatie, mits ze voldoende uitleg hierover hebben gekregen.

7.2 Gebruik van medicatieschema's

De meeste patiënten gebruiken het medicatieschema als naslagwerk bij twijfel. Voor de patiënten met een pillendoos werd het schema wekelijks gebruikt voor het klaarzetten van de medicatie. Niemand nam het schema mee naar het ziekenhuis. Dit zou in de toekomst meer aangemoedigd moeten worden. Over het gebruik van het schema zijn de patiënten wel content. Als verbeterpunten zouden ze graag een overzichtelijk schema zien met een zo groot mogelijk lettertype. Wijzigingen in het schema zouden duidelijk moeten worden aangegeven, zodat patiënten deze veranderingen beter kunnen begrijpen.

7.3 Substitutie

Het herkennen van substituties was voor de patiënten een zeer lastige opgave. Een gebrek aan uitleg bij het verlaten van het ziekenhuis is hiervan de oorzaak. Om fouten te voorkomen namen alle patiënten na ontslag contact op met de huisarts om de opname te bespreken. De huisarts was in hun ogen de brug tussen de patiënt en het ziekenhuis. Een goede nazorg bij ontslag is essentieel voor de gezondheid van de patiënt en kan medicatie gerelateerde heropnames voorkomen.

7.4 Vitalink

De patiënten in dit onderzoek hadden nog nooit van Vitalink gehoord. De minderheid gaf aan interesse te hebben in het gebruik van dit online platform. De andere patiënten vonden het achterliggend idee wel goed, maar de beperkte computervaardigheden vormden een te groot obstakel. Ze verwachten wel dat dit in de toekomst minder een probleem zal vormen, aangezien de jongere generaties hier beter mee overweg kunnen. Het gebruik van Vitalink is momenteel nog beperkt, maar zou in de toekomst wel kunnen toenemen.

Referenties

1. Paauw S. Stijging ziekenhuisopnames door medicijnen. Medisch Contact. 2017.
2. Elien B. Uitvlugt dMJAJ, dr. Eva L. Kneepkens, dr. Bart J.F. van den Bemt, prof. dr. Patricia M.L.A. van den Bemt en dr. Fatma Karapinar. Medicatiegerelateerde heropnames binnen 30 dagen na ontslag. Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek. 2018;3.
3. Online beschikbaar via: https://www.statistiekvlaanderen.be/de-vergrijzing-zet-zich-verder.
4. Van Dijk C VT, Schellevis F. Polyfarmacie bij ouderen. Huisarts Wet. 2009;52.
5. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. BMJ Open. 2016;6(3):e010989.
6. Chan FW, Wong FY, So WY, Kung K, Wong CK. How much do elders with chronic conditions know about their medications? BMC Geriatr. 2013;13:59.
7. Petrovic M. Rol van de huisarts in polyfarmacie bij ouderen. Kwaliteitsonderzoek aan de hand van de STOPP/START criteria. Universiteit Gent.MaNaMa thesis.
8. Hartholt KA, Val JJ, Looman CW, Petrovic M, Schakel A, van der Cammen TJ. Better drug knowledge with fewer drugs, both in the young and the old. Acta Clin Belg. 2011;66(5):367-70.
9. Guenette L, Moisan J. Elderly people's knowledge of the purpose of their medicines. Am J Geriatr Pharmacother. 2011;9(1):49-57.
10. Online beschikbaar via: https://economie.fgov.be/nl/themas/intellectuele-eigendom/octrooien/geldigheidsduur-verval-afstand.
11. Online beschikbaar via: https://economie.fgov.be/nl/themas/verkoop/prijsbeleid/gereguleerde-prijzen/geneesmiddelen-voor-menselijk/generieke-geneesmiddelen.
12. Online beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/goedkoop-voorschrijven-20150101.aspx.
13. Caleres G, Bondesson A, Midlov P, Modig S. Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used -a descriptive study. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):770.
14. Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJ, Dekker JM, Hugtenburg JG. Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. Patient Prefer Adherence. 2014;8:155-65.
15. Paulino EI BM, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H; ESCP-SIR Rejkjavik Community Pharmacy Research Group. DRPs identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. Pharm World Sci. 2004;26:8.
16. Ensing R. Terug in de eerste lijn: medicatie na ziekenhuisopname. Huisarts en Wetenschap. november 2018:5.
17. Charlotte VH. Hoe goed kennen huisarts en apotheker het medicatieschema van hun patiënt? Universiteit Gent.MaNaMa thesis.
18. Bruycker Vd. Wat is de impact van een ziekenhuisopname op polyfarmacie bij ouderen? Universiteit Gent.MaNaMa thesis.
19. Tom Lambrechts RvH. Vitalink: een online medicatieschema. Eerste resultaten van een haalbaarheidsonderzoek. Universiteit Antwerpen.MaNaMa thesis.
20. Manias E, Bucknall T, Hughes C, Jorm C, Woodward-Kron R. Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. BMC Geriatr. 2019;19(1):95.
21. Online beschikbaar via: https://www.vitalink.be/wat-is-vitalink.
22. Vansintjan S. Online medicatieschema's: toegevoegde waarde of extra last? Universiteit Gent.MaNaMa thesis.
23. Freyer J, Kasprick L, Sultzer R, Schiek S, Bertsche T. A dual intervention in geriatric patients to prevent drug-related problems and improve discharge management. Int J Clin Pharm. 2018;40(5):1189-98.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. P. Van Royen
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Ervaringen rond medicatiesubstitutie bij ouderen. (manama huisartsgeneeskunde Laurens Blondeel)

datum
12/03/2018

ons kenmerk
18/09/103

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Katelijne Bovée
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 12/03/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dr. Blondeel
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 28/02/2018
  versie 1
- Protocol dd. 28/02/2018
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 28/02/2018
  topiclijs, versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Het verbeterrecht ontbreekt in het ICF: De deelnemer heeft het recht aan de onderzoeksarts te vragen om inzage te verlenen in zijn/haar persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. Gelieve dit nog toe te voegen.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/09/103

datum
12/03/2018

ons kenmerk
18/09/103

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  - o Nooit opgestart
  - o Vroegtijdig stopgezet
  - o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Waarnemend voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. L. Blondeel, NVT, Bij contactpersonen het adres invoeren!!! -

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/09/103

datum
12/03/2018

ons kenmerk
18/09/103

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 12/03/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	-
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
Uitgenodigde Experten			
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 2: Protocol voor interviews

Topiclijst versie 2

Ervaringen rond medicatiegebruik na hospitalisatie bij ouderen

Algemeen

- Kunt u mij vertellen wat een generiek medicijn is?
- Kunt u mij vertellen wat een merk product is?
- Wat is volgens u het verschil tussen een merkproduct en een generiek?
- Heeft uw arts dit ooit al eens met u besproken?
    - Zo ja:
        - Kunt u deze uitleg herhalen?
        - Was dit voor u duidelijk?
    - Zo nee:
        - Wie zou volgens u deze uitleg moeten geven?
- Wat is uw standpunt over het voorschrijven van generische producten?
- Kunt u mij vertellen welke medicijnen die u neemt generiek zijn?
- Weet u van al uw medicatie waarvoor u dit neemt?

Medicatieschema

- Hoe ervaart u het gebruik van deze lijst?
- Krijgt u regelmatig een bijgewerkte lijst?
- Wat doet u met uw medicatieschema als u wordt opgenomen in het ziekenhuis?
- Na uw opname zijn er een aantal geneesmiddelen veranderd, kunt u mij vertellen welke producten dezelfde werking hebben?
- Is dit bij ontslag aan u uitgelegd?
- Wat doet u als u na ontslag twijfelt over welke medicatie u moet innemen?
- Wat gaat u doen met de medicatie die na de opname niet meer hoeft in te nemen?
- Wat doet u met de oude schema's als u een nieuw schema heeft gekregen?
- Wat zouden we kunnen verbeteren aan deze medicatieschema's?
- Wat zouden we kunnen verbeteren om deze medicatiewijzigingen duidelijker te maken?

Vitalink

- Wat weet u over Vitalink?
- Heeft u hier al gebruik van gemaakt?
- Zou u hier graag gebruik van willen maken?
    - Zo nee:
        - Kunt u mij vertellen waarom?
        - Zijn er belemmerende factoren?

Afsluiting

- Zijn er nog zaken die niet besproken zijn die u nog graag wilt meegeven?

Onderzoeksprotocol

Ervaringen rond medicatiesubstitutie bij ouderen

Inleiding en probleemstelling

De afgelopen jaren is er meer aandacht ontstaan rond het voorschrijven van generieke geneesmiddelen. De overheid definieert een generiek medicijn als volgt: Een generiek geneesmiddel is identiek aan een oorspronkelijk referentiegeneesmiddel waarvan het octrooi publiek eigendom is geworden. Het moet in principe dezelfde kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling hebben van actieve bestanddelen, dezelfde dosering per eenheid, dezelfde galenische vorm en dezelfde toedieningswijze als het origineel, en de bio-equivalentie ervan ten opzichte van een referentieproduct moet zijn aangetoond op basis van degelijke vergelijkende studies over de biobeschikbaarheid. Het moet ook dezelfde concentratie in het organisme hebben als het origineel, te weten dezelfde biobeschikbaarheid, d.i. de geabsorbeerde hoeveelheid geneesmiddel in het organisme en de snelheid waarmee die absorptie gebeurt. (1)

Een groot deel van de kosten voor de zorg bestaan uit farmaceutische kosten. Aangezien generieke geneesmiddelen goedkoper zijn dan merkproducten, kan een wijziging in het voorschrijfgedrag van artsen een grote impact hebben op de totale zorgkosten. Vanuit het RIZIV bestaan er daarom voorschrijfquota's voor alle artsen en sinds januari 2017 ligt deze voor huisartsen op 60%. (2) Door deze regeling zijn artsen bewuster geworden op welke producten ze voorschrijven aan hun patiënten.

Voor veel patiënten bestaan er echter nog onduidelijkheden. Veel merkproducten zijn over de jaren heen ingeburgerd geraakt, waardoor de merknaam beter gekend is dan de stofnaam. Hierdoor kunnen gevaarlijke situaties ontstaan als patiënten zowel generieke als merkmedicatie innemen met dezelfde werkzame stof. Daarnaast bestaan er ook veel vragen: waarom is er een groot prijsverschil als de geneesmiddelen dezelfde werking hebben? Werkt het merkproduct dan toch niet beter of heeft het minder bijwerkingen? Artsen en apothekers hebben een belangrijke rol om patiënten hierover te informeren bij het voorschrijven of afleveren van hun medicatie. (3-4) In 2015 heeft de overheid een campagne voor patiënten gelanceerd met als titel 'Generische of originele geneesmiddelen: geen verschil voor uw gezondheid'. (5) Deze campagne had als doel om informatie te verspreiden rond het gebruik van generieke geneesmiddelen. Zijn ouderen ook op de hoogte van de verschillen tussen originele en generieke geneesmiddelen? Wat is hun mening over het gebruik van generieke medicatie?

Voor medicatiegebruik bij ouderen is al veel onderzoek gedaan rond polyfarmacie. Er is hierdoor meer aandacht rond het aantal geneesmiddelen dat een patiënt moet innemen en hoe de patiënt hierin beter ondersteund kan worden. Een voorbeeld hiervan is het opstellen van een medicatieschema. Deze lijst bevat de namen van de verschillende producten en het tijdstip waarop deze moeten worden ingenomen. Hierbij is het natuurlijk wel van belang dat dit schema telkens up-to-date moet worden gehouden. Dit is de verantwoordelijkheid van zowel de huisarts als de specialisten in het ziekenhuis. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn kan op dit vlak nog verbeterd worden. Veel patiënten hebben geen medicatieschema, waardoor specialisten bij opname geen overzicht hebben van de thuismedicatie. Tijdens de opname worden een aantal producten omgewisseld naar equivalenten die aanwezig zijn in de ziekenhuisapotheek. Bij ontslag wordt er een nieuw medicatieschema aan de patiënt meegegeven op basis van de geneesmiddelen die tijdens de opname gegeven werden. Deze lijst kan flink verschillen van de pre-hospitalisatielijst en patiënten

worden niet altijd geïnformeerd over de wijzigingen. (6) Voor artsen zijn deze wijzigingen logisch, maar is het voor patiënten wel duidelijk? Wat zouden patiënt hier graag in verbeterd zien worden?

Tegenwoordig kunnen deze schema's ook op Vitalink worden geupload, zodat iedere arts met een therapeutische relatie deze kan inzien en/of wijzigen. Op dit moment staan er 525.013 medicatieschema's op Vitalink. (7) Ook patiënten kunnen zelf via Vitalink hun medicatieschema inzien. Zijn ouderen op de hoogte van het bestaan van Vitalink en wordt hier gebruik van gemaakt?

Onderzoeksvragen

- Wat zijn de ervaringen van ouderen rond medicatiesubstitutie?
- Is het voor ouderen duidelijk dat een generiek en merkproduct dezelfde werking hebben?
- Wat is de invloed van een ziekenhuisopname op de medicatielijst van een patiënt?
- Wat zou de patiënt graag verbeterd zien worden in de toekomst?
- Is het gebruik van Vitalink bij ouderen en hun omgeving bekend?

Studieopzet

1. Een literatuurstudie om de huidige kennis rond dit thema te bestuderen. Hiervoor zal gebruik worden gemaakt van de searchengine Pubmed.

2. Na het literatuuronderzoek zal de opzet van de studie met de collega artsen op de opleidingspraktijk besproken worden. Tijdens het wekelijkse overleg op de praktijk worden de patiënten besproken die opgenomen of ontslagen zijn uit het ziekenhuis. Met de vaste huisarts zal besproken worden of een patiënt geschikt is om aan het onderzoek deel te nemen. In het elektronisch patiëntendossier zal gekeken worden of er een pre-hospitalisatie medicatielijst aanwezig is en een ontslagbrief van het ziekenhuis. Patiënten die willen deelnemen aan het onderzoek krijgen een informatiebrochure en de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen.

3. Het onderzoek bestaat uit interviews met patiënten uit de opleidingspraktijk. Patiënten die willen deelnemen aan het onderzoek zullen gevraagd worden om een informed consent te ondertekenen. Tijdens deze gesprekken worden de verschillende vragen en topics besproken welke u kunt terugvinden in de bijlage. Deze gesprekken zullen worden opgenomen om nadien geanalyseerd te worden. De transcriptie zal worden uitgevoerd door de onderzoeker. Hierna worden de audio opnames verwijderd. De gegevens van de interviews zullen kwalitatief geanalyseerd worden om zo tot een conclusie te komen.

4. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt om ouderen te helpen rond het gebruik van hun geneesmiddelen. De feedback en ervaringen kunnen bijdragen aan verbeteringen rond uitleg en het gebruik van medicatieschema's.

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Leeftijd: 65 jaar of ouder
- Patiënten met polyfarmacie
- Aanwezigheid van een pre-hospitalisatie medicatielijst in het EMD
- Patiënten die recent zijn ontslagen uit het ziekenhuis
- Patiënten met een Globaal Medisch Dossier bij de opleidingspraktijk

Exclusiecriteria:

- Patiënten die (verpleegkundige) ondersteuning krijgen met hun medicatie
- Patiënten die niet zelfstandig wonen
- Anderstalige patiënten die geen Nederlands of Engels spreken.
- Patiënten met gevorderde dementie en/of ander gevorderd cognitief deficit waardoor het uitvoeren van het interview niet mogelijk is.

Gegevens uit het EMD

De volgende gegevens zullen in het EMD worden gecontroleerd:

- De leeftijd van de patiënt
- Het pre-hospitalisatie medicatieschema
- De hospitalisatiebrief van de laatste ziekenhuisopname

Thema's en vragenlijst voor de interviews

Zie de bijlage voor de topiclijst

Rekrutering van de deelnemers

Nadat er samen met de behandelend arts gecontroleerd is of de patiënt in aanmerking komt voor de studie, zal er contact genomen worden met de patiënt. Dit kan tijdens een consultatie besproken worden of telefonisch. De deelnemers krijgen zowel mondeling als schriftelijk informatie rond de studie. Dit geeft de deelnemers ook de mogelijkheid om eventuele vragen te kunnen stellen. Als de patiënt bereid is om deel te nemen, zal er een afspraak gepland worden bij de deelnemer thuis. De deelnemer zal gevraagd worden om een toestemmingsformulier te ondertekenen voor het begin van het interview. Er zal getracht worden om ongeveer een tiental patiënten te includeren in de studie nadat toestemming is verkregen van het Ethisch Comité.

Ethische aspecten

Deelname aan de studie is geheel vrijwillig. De informatie zal op een neutrale en niet dwingende manier gegeven worden, zowel mondeling als schriftelijk in de vorm van een informatiebrief. Patiënten kunnen op elk moment in de studie hun deelname beëindigen, er zijn hieraan geen nadelen verbonden. Er hoeft geen verklaring te worden gegeven voor het stoppen. De gegevens van de patiënt zullen gecodeerd verwerkt worden en alle informatie die besproken wordt valt onder het beroepsgeheim. Patiënten hebben het recht om na het interview hun gegevens in te zien. Hiervoor kunnen ze contact opnemen met de onderzoeker. Er is geen (financiële) vergoeding voorzien voor deelname.

Uitval

Patiënten die niet wensen deel te nemen aan het onderzoek kunnen deelname aan het onderzoek weigeren. Ze zullen niet meer gecontacteerd worden en worden als non-responders beschouwd.

Analyse en resultaten

De gesprekken zullen worden opgenomen en nadien uitgeschreven worden door de onderzoeker. De gegevens worden gecodeerd en enkel gebruikt worden voor verdere kwalitatieve analyse.

Conclusies

Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen van ouderen rond hun medicatiegebruik in kaart te brengen. Deze ervaringen kunnen bijdragen aan verbeteringen rond uitleg over de voorgeschreven geneesmiddelen en/of het gebruik van medicatieschema's.

Referenties

(1) Online beschikbaar via: https://economie.fgov.be/nl/themas/verkoop/prijsbeleid/gereguleerde-prijzen/geneesmiddelen-voor-menselijk/generieke-geneesmiddelen

(2) Online beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/goedkoop-voorschrijven-20150101.aspx#.WomZgWaZM0o

(3) Atholl Johnston et all., Generic and therapeutic substitution: a viewpoint on achieving best practice in Europe, Br J Clin Pharmacol. 2011

(4) J. Rathe J, Andersen M, Jarbøl DE, dePont Christensen R, Hallas J, Søndergaard J (2015) Generic Switching and Non-Persistence among Medicine Users: A Combined Population-Based Questionnaire and Register Study. PLoS ONE 10(3)

(5) Online beschikbaar via: http://www.eengeneesmiddelisgeensnoepje.be/public/assets/MG_3fold_99x210_NL_V1.pdf

(6) F. Akram et all., Medication discrepancies and associated risk factors identified among elderly patients discharged from a tertiary hospital in Singapore., Singapore Med J. 2015

(7) Online beschikbaar via: http://www.vitalink.be/aantal-patiënten-met-gegevens-in-vitalink