De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-method studie.

Wat is de visie van apothekers op de samenwerking met huisartsen in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij?

Caitlin Roscher, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, UGent

Co-promotor: Dr. Pauline Boeckxstaens, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond en doelstellingen

De huisapotheker is een nieuwe farmaceutische functie die bestaat sinds 1 oktober 2017. Als huisapotheker gaat de apotheker een contract aan met zijn patiënten waarbij hij zich ertoe verbindt om een correcte en up-to-date medicatielijst voor de patiënt te beheren en deze ter beschikking te stellen aan de patiënt en aan andere zorgverleners. Deze nieuwe vorm van zorgverlening of farmaceutische zorg is vooral gericht op chronische patiënten met polyfarmacie. De huisapotheker is één van de veranderingen in de eerstelijnsgezondheidszorg die als doel hebben om een betere, geïntegreerde en zo nodig multidisciplinaire zorg te bieden aan patiënten met chronische zorgnood. Het doel van deze studie is om meer te weten te komen over de perceptie van het concept door alle betrokken partijen en de objectieve meerwaarde in de praktijk.

Onderzoeksmethode

Het betreft een veldonderzoek één jaar na implementatie van de functie huisapotheker in de praktijk. Deze mixed-method studie bestaat uit vijf deelstudies met zowel een kwantitatief als een kwalitatief luik. Deze deelstudie betreft de onderzoeksvraag 'wat is de visie van apothekers op de samenwerking met huisartsen in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij?'. Door middel van semigestructureerde interviews bij apothekers werd gepeild naar hun mening over het concept en welke barrières er ervaren werden sinds de implementatie. Nadien werd er een kwalitatieve analyse uitgevoerd om de verbeterpunten te identificeren.

Resultaten

Er werden elf apothekers geïncludeerd uit de regio's Sint-Niklaas, Gent, Brugge en Rekkem. De algemene mening over het concept huisapotheker was positief. De grootste voordelen voor de apothekers waren het feit dat er door middel van de medicatieschema's meer duidelijkheid kan worden geschept voor de patiënten en zorgverleners, dat het de apotheker-patiëntrelatie kan verbeteren, dat het de positie als zorgvertrekker in de eerstelijnsgezondheidszorg versterkt en dat het een erkenning is voor hun rol als expert in de farmacie. De belangrijkste drempels die ervaren worden in de praktijk zijn een gebrek aan tijd, een verloning die niet in verhouding staat tot de gevraagde tijdsinvestering, bureaucratie, het systeem dat nog niet volledig op punt staat en een gebrek aan medische informatiedeling. De huisapotheker heeft vooralsnog niet geleid tot meer interdisciplinaire communicatie tussen apothekers en artsen, waarin nog altijd een grote hiërarchische kloof lijkt te bestaan. Het is niet volledig duidelijk bij wie de verantwoordelijkheid ligt om een correct medicatieschema op te stellen.

Conclusie

De huisapotheker is een stap in de goede richting voor apothekers. Het kan veel voordelen bieden zowel voor patiënten als (huis)artsen en andere zorgverleners. Verdere verbetering van het systeem en dan met name het platform voor gegevensdeling, Vitalink, naar aanleiding van de ervaringen van de gebruikers is aangeraden. Meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de apotheker is gewenst. Sensibilisering van de patiënten en huisartsen is noodzakelijk, aangezien er bij hen momenteel te weinig kennis is over het doel en nut van huisapotheker. Interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en apothekers en waardering voor de apotheker als zorgverstrekker en expert in de farmacie mag nog meer gestimuleerd worden.

Inhoud

Abstract 3

Inleiding 6

Wat is een 'huisapotheker'? 6

Waarom is het nodig? 7

Farmaceutische zorg 8

Een jaar na implementatie 8

Methodologie 9

Onderzoeksgroep 9

Onderzoeksvragen 9

Onderzoeksopzet 9

Onderzoeksmethode 9

Literatuuronderzoek 9

Voorbereiding 10

Rekrutering 10

Datacollectie 11

Dataverwerking 11

Resultaten 12

Demografie 12

Algemene perceptie 12

Voordelen 13

Medicatieschema's 13

Erkenning 14

Farmaceutische zorg 15

Dankbaarheid patiënten 15

Drempels 16

Tijd 16

Geïnformeerde toestemming 16

Werking systeem 17

Informatiedeling 18

Perceptie door patiënten 19

Doelgroep 19

Financieel aspect 20

Interdisciplinaire samenwerking 20

Verantwoordelijkheid 21

Discussie 23
Samenvatting resultaten 23
Terugkoppeling naar de overkoepelende studie 23
Terugkoppeling naar de literatuur 25
Sterktes en zwaktes 25
Aanbevelingen 26
Praktijk *26*
Beleid *27*
Onderzoek *27*
Besluit 28
Lijst van gebruikte afkortingen 28
Dankwoord 29
Referenties 30
Bijlagen 32
Bijlage 1: Protocol 32
Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 34
Bijlage 3: Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemers aan experimenten 36
Bijlage 4: Interviewgids 41

Inleiding

Wat is een 'huisapotheker'?

Sinds 1 oktober 2017 bestaat de farmaceutische functie huisapotheker. De voornaamste rol van de huisapotheker is het beheren van de medicatielijst van patiënten en optreden als expert op het gebied van medicatiegebruik, om zo het aantal fouten met medicatie door patiënten en voorschrijvers te minimaliseren. Dit betreft zowel fouten bij de inname (moment, dosis, …) als mogelijke interacties met andere medicamenten. De huisapotheker dient hiertoe een medicatieschema op te stellen dat hij zowel aan de patiënt als aan alle andere zorgverleners die een therapeutische relatie hebben met de patiënt beschikbaar stelt. Dit medicatieschema moet volledig, correct en up-to-date zijn en het moet alle geneesmiddelen bevatten die de patiënt op een gegeven moment gebruikt, zowel de voorschriftplichtige als vrij afgeleverde. Het schema moet ook de gezondheidsproducten bevatten die de doeltreffendheid van de geneesmiddelen zouden kunnen beïnvloeden (zoals nutriënten en voedingsmiddelen) en de medische hulpmiddelen. De huisapotheker moet een volledig, correct en geactualiseerd medicatieschema aan de patiënt bezorgen op het moment waarop die de huisapotheker kiest en ook bij elke wijziging van zijn behandeling of op vraag van de patiënt.

Door een huisapotheker te kiezen, geeft de patiënt ook toestemming voor het delen van zijn gegevens. Enerzijds moet het medicatieschema namelijk ter beschikking worden gesteld aan andere zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt hebben (behandelend arts, specialist, thuisverpleegkundige, tandarts, …). Anderzijds kan de huisapotheker via het 'Gedeeld Farmaceutisch Dossier' relevante informatie over de geneesmiddelen van de patiënt met andere apothekers delen. Zij kunnen die informatie dan altijd raadplegen als de patiënt om één of andere reden een andere apotheek moet bezoeken. Zo wordt de samenwerking tussen artsen en apothekers verbeterd en bijgevolg de kwaliteit van de zorg geoptimaliseerd. (1)

Elke patiënt kan een contract met zijn vaste apotheker aangaan waarbij deze aangeduid wordt als huisapotheker, net zoals elke patiënt een huisarts kan aanduiden als houder van zijn Globaal Medisch Dossier (GMD). Anders dan bij de huisartsen, die voor het aanmaken van een GMD altijd een honorarium kunnen aanrekenen, moeten de patiënten voor het aanmaken van een huisapotheker-dossier voldoen aan een aantal voorwaarden, willen de apothekers hier een honorarium voor ontvangen. De patiëntengroep die hiervoor in aanmerking komt, wordt door het RIZIV duidelijk omschreven: het betreft mensen die in een periode van een jaar minstens vijf verschillende terugbetaalde geneesmiddelen (dat wil zeggen minstens vijf verschillende bestandsdelen) hebben gekocht in dezelfde officina-apotheek waarvan ten minste één medicament chronisch gebruikt wordt. Chronisch gebruik wordt gedefinieerd als minstens 160 'Defined Daily Doses' die in een jaar zijn afgeleverd. Patiënten die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen komen niet in aanmerking voor de huisapotheek. Prioriteit zou gegeven moeten worden aan patiënten met een statuut van 'chronisch zieke', patiënten in het voortraject diabetes, gepolymediceerden en een groep van patiënten, waarvan de beschrijving voor bredere interpretatie vatbaar is, waarvoor er om andere redenen een specifieke nood aan farmaceutische begeleiding bestaat (bijvoorbeeld sociale redenen of gebrek aan therapietrouw). (2)

Waarom is het nodig?

Wereldwijd is er een grote toename van de verwachte levensduur te zien, maar een veel minder sterke stijging in het aantal gezonde levensjaren (3). Dezelfde trend zien we in België (4). Onder andere door technologische vooruitgang en toename van preventieve maatregelen is er een veel lagere sterfte onder kinderen en (jong)volwassenen. Veel ziekten waar mensen vroeger op jonge leeftijd aan overleden, worden nu beschouwd als chronische ziekten. Dat resulteert in een toename van het aantal oudere mensen met multimorbiditeit en de daarbij horende polymedicatie (5). Deze verandering in de populatie brengt ook een verandering in de zorgvraag met zich mee. Dit heeft de Vlaamse regering aangezet tot de hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg, met als doel om betere, geïntegreerde en zo nodig multidisciplinaire zorg te bieden aan patiënten met chronische zorgnood. Het is in dit kader dat de nieuwe functie huisapotheker is ontstaan.

Polymedicatie door multimorbiditeit vormt op zich al een risico voor medicatie fouten, simpelweg door de toegenomen complexiteit van het medicatieschema. Daarnaast geeft multimorbiditeit ook problemen bij het volgen van 'evidence-based' richtlijnen. Hoewel het zeker een goede zaak is dat artsen meer en meer gebruik maken van deze richtlijnen, zijn ze altijd gericht op één enkele ziekte. Wanneer er echter meerdere ziekten aanwezig zijn bij dezelfde patiënt kan het strikt volgen van de richtlijnen moeilijkheden geven en in sommige gevallen zelfs onmogelijk zijn (5).

De communicatie tussen tweedelijns- en eerstelijnsgezondheidzorg is niet altijd optimaal waardoor het kan voorkomen dat niet alle behandelende artsen van een patiënt op de hoogte zijn van alle gebruikte medicamenten en alle (chronische) aandoeningen waaraan de patiënt lijdt (6). Er is dus nood aan een centraal registratiepunt van medicatieschema's en opvolging hiervan om het aantal mogelijke medicatie fouten (ook wel 'Potentially Inappropriate Prescribing' of PIP) te verminderen. Het is meermaals aangetoond dat polyfarmacie en PIP leidt tot een lagere kwaliteit van leven en meer nadelige gebeurtenissen zoals vallen en ziekenhuisopnames bij ouderen (7-13). Bovendien zorgt PIP uiteraard voor een belangrijke economische kost, zoals geïllustreerd door Pardo-Cabello et al (14).

De apotheker is de aangewezen persoon om deze registratie en opvolging op zich te nemen, zo vinden ook Hansen et al (15). Uit deze kwalitatieve studie uit Ierland, waar de functie huisapotheker (nog) niet bestaat, blijkt dat apothekers openstaan voor meer verantwoordelijkheid op dit gebied, maar dat ze ook verschillende barrières ervaren zoals onvoldoende kennis en niet willen tornen aan de autoriteit van artsen. Uit een onderzoek uit Servië blijkt dat veel gepolymediceerde patiënten problemen hebben met hun medicatiegebruik en dat consultatie met hun apotheker hierover kan zorgen voor beter begrip (16). In de Verenigde Staten worden apothekers al meer dan tien jaar ingezet om het medicatiegebruik van patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie te monitoren door middel van 'Medication Therapy Management' (MTM), waarvan sindsdien ook al in meerdere studies gebleken is dat het een effectieve methode is om PIP te vermijden (17). Deze en andere internationale onderzoeken tonen aan dat er een wereldwijde trend is van uitbreiding van het takenpakket van de apotheker met meer verantwoordelijkheid op het gebied van medicatie management, zowel in klinische setting als in de thuissituatie (18-20). Tevens zijn er veel recente internationale onderzoeken die effectief aantonen dat het inzetten van apothekers om medicatiegebruik op te volgen daadwerkelijk helpt om onnodige polyfarmacie en ziekenhuisopnames te vermijden (21-24). Ook in eigen land zijn Foubert et al (25) voorzichtig positief over de rol van de apotheker, in afwachting van verdere groei in hun rol als zorgverstrekker met de start van de huisapotheker.

Farmaceutische zorg

Het hiervoor bedoelde bredere takenpakket van de apotheker kan samengevat worden in het concept 'farmaceutische zorg' (26). Dit bestaat uit een intensieve patiënten begeleiding door de apotheker, waarbij beoogd wordt de veiligheid en efficiëntie van medicatie gebruik door patiënten te optimaliseren. Het belangrijkste hierin is de adviserende functie, de juiste informatie over het beste innamemoment, dosis en manier van inname (waaronder bijvoorbeeld ook het juiste gebruik van inhalatiesystemen) dient verstrekt en indien nodig herhaald te worden. Niet enkel bij het gebruik van voorgeschreven medicatie maar ook voor vrij verkrijgbare (over-the-counter of 'OTC') medicatie is het advies van de apotheker zeer belangrijk, waarbij ook gedacht moet worden aan het doorverwijzen naar een arts indien nodig. Geneesmiddelen interacties dienen actief opgespoord te worden, hier is er een belangrijke signaalfunctie naar de arts toe, zowel als controle van voorgeschreven medicatie als ook zeker in het signaleren van interacties met OTC medicatie waarvan de arts mogelijk niet op de hoogte is. Apothekers zijn ook meer in de diepte opgeleid in farmacologie en geneesmiddeleninteracties dan artsen en kunnen als expert optreden om artsen hierin te ondersteunen (27).

Ook aandacht voor preventie en gezondheidsvoorlichting maakt deel uit van farmaceutische zorg. Een ander groot probleem waarbij apothekers een belangrijke meerwaarde kunnen bieden is de bevordering van therapietrouw (28). Farmaceutische zorg is in de eerste plaats een vorm van multidisciplinair werken en heeft als doel om de apotheker beter te positioneren als zorgverstrekker en de samenwerking met andere zorgverstrekkers te stimuleren om zo de totaalzorg voor de patiënt te verbeteren (29). De functie huisapotheker is de praktische uiting van deze doelstellingen en past helemaal binnen de hiervoor genoemde hervormingen van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een jaar na implementatie

Een jaar na de start van het project hebben de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België (OPHACO) samen 'De huisapothekerskrant' uitgebracht, waarin de stand van zaken wordt samengevat aan de hand van enkele cijfers en getuigenissen van artsen, apothekers, patiënten en patiëntenverenigingen (30). Zo stellen de schrijvers van deze krant dat één op vier Belgen lijdt aan een chronische ziekte, waarvan meer dan 85% nog thuis woont. De helft van alle patiënten zou hun medicatie niet correct innemen. De meeste patiënten (vier op de vijf) hebben een vaste apotheker en alle apotheken samen zien dagelijks maar liefst een half miljoen patiënten voorbijkomen. 600.000 patiënten zouden in dit eerste jaar reeds een huisapotheker hebben gekozen. Het lijkt interessant om onderzoek te doen naar de perceptie van het concept door alle betrokken partijen en naar de objectieve meerwaarde in de praktijk. Op grond daarvan is deze mixed-method studie ontstaan. De keuze om de masterproef te wijden aan dit onderwerp is gemaakt door een persoonlijke interesse van de onderzoekers naar interdisciplinaire communicatie en een overtuiging dat dit de toekomst is van de gezondheidszorg. Het veranderen van het eerstelijnszorglandschap is voor de huisarts van het grootste belang, aangezien de huisarts zelf hierin één van de spilfiguren is.

Methodologie

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit vijf huisartsen in opleiding (Sarah Devos, Gert Loosvelt, Laura Pinson, Caitlin Roscher en Karianne Stockman) onder leiding van prof. dr. Peter Pype en dr. Pauline Boeckxtaens.

Onderzoeksvragen

- Wat is de visie van patiënten op het concept "huisapotheker" en hoe kunnen hun ervaringen bijdragen aan een optimale zorg bij polyfarmacie? (Laura Pinson)
- Wat is de visie van huisartsen op de samenwerking met apothekers in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? (Karianne Stockman)
- Wat is de visie van apothekers op de samenwerking met huisartsen in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? (Caitlin Roscher)
- Draagt het hebben van een huisapotheker bij tot de aflevering van een uniforme en correcte medicatielijst voor de patiënt? (Sarah Devos)
- Leidt het hebben van een huisapotheker tot een vermindering van het aantal 'potentially inappropriate prescribing'? (Gert Loosvelt)

Onderzoeksopzet

Deze studie betreft een veldonderzoek één jaar na implementatie van de functie huisapotheker in de praktijk. Het is een mixed-method studie waarbij een opdeling is gemaakt met enerzijds kwalitatief onderzoek (onderzoeksvraag 1-3) en anderzijds kwantitatief onderzoek (onderzoeksvraag 4-5). De reden dat gekozen werd voor een mixed-method studie is dat terwijl kwalitatief onderzoek inzicht geeft in de redenen van succes of mislukking van de implementatie van het onderwerp en zo verbeterpunten duidelijk kan maken, kwantitatief onderzoek aan de andere kant aantoont of de doelstellingen die werden beoogd met de implementatie van het onderwerp ook daadwerkelijk behaald worden. Deze twee kanten zijn beiden van even groot belang bij een implementatiestudie en door een mixed-method studie uit te voeren behaalt men dus een beter resultaat dan wanneer slechts één van de twee kanten gekozen wordt (31). Elk van de vijf onderzoekers zal een onderzoeksvraag behandelen, zoals hierboven beschreven.

Onderzoeksmethode

Literatuuronderzoek

Eerst werd er een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd. De resultaten van dit literatuuronderzoek zijn beschreven in de inleiding van deze masterproef. Aangezien het concept huisapotheker nog zo nieuw is en enkel in België bestaat, was hier nog weinig literatuur over beschikbaar. Via de website www.domusmedica.be werd de database van het tijdschrift 'Huisarts Nu' doorzocht met de volgende zoektermen: 'apotheek', 'huisapotheker' en 'polyfarmacie'. De resultaten werden gescreend op titel en er werden in totaal zes bruikbare artikelen weerhouden. Geen van deze artikelen betrof echter onderzoek, het waren allemaal interviews of commentaren. Er werd naar meer algemene informatie over de huisapotheker en wetgeving gezocht op websites van onder meer Universiteit Gent, RIZIV en de Federale Overheidsdienst volksgezondheid via de zoekmachine Google.

Verder werd gezocht naar welke problemen het gevolg kunnen zijn van polyfarmacie en verkeerd medicatie gebruik. Hiervoor werd enerzijds gebruik gemaakt van reeds gekende bronnen zoals de 'Global Burden of Disease study' (3) en de website van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Meer specifiek werd er ook gebruikgemaakt van de Pubmed database via https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ met de volgende zoektermen: '(medication) AND (hospital admisson)' en '(medication error) AND (hospital admisson)'. Op deze zoektermen werd het filter 'last five years' toegepast om enkel de meest recente onderzoeken te bekijken. De bekomen artikelen werden eerst gescreend op titel waardoor er dertien artikelen weerhouden werden. Van al deze artikelen werd het abstract gelezen, vier artikelen werden op basis van het abstract beschouwd als niet relevant en werden alsnog geëxcludeerd. Negen artikelen werden volledig gelezen en besproken.

Ten slotte werd gezocht naar artikelen over hoe apothekers tot nu toe worden ingezet in de totaalzorg voor patiënten en welke nieuwe initiatieven er wereldwijd zijn op dit gebied. Hiervoor werd opnieuw gebruik gemaakt van de Pubmed database. De volgende zoektermen werden gebruikt: '(clinical pharmacy) AND (primary care)', '((polypharmacy) AND primary care) AND (potentially inappropriate prescription)' en '((pharmacist) AND interprofessional) AND (primary care)'. Op deze zoektermen werden de filters 'human' en 'last five years' toegepast. Na screening van de titels van de bekomen resultaten werden 28 resultaten weerhouden. Na het lezen van de abstracts werden nog eens zeven artikelen geëxcludeerd die niet relevant bleken. De overige 21 artikelen werden volledig gelezen en merendeels besproken.

Voorbereiding

In een eerste gezamenlijke brainstormsessie werden de onderzoeksvragen opgesteld en verdeeld over de onderzoekers. Er werd gekozen voor een kwalitatief luik waarbij de mening en ervaringen van de drie belangrijkste actoren die praktisch te maken hebben met de functie huisapotheker zal worden belicht, zijnde de apothekers, de patiënten en de huisartsen, om zo tot een duidelijk beeld te komen van hoe het concept in de praktijk werkt en vooral te proberen belichten wat er eventueel nog verbeterd zou kunnen worden. Daarnaast werden er ook twee onderzoeksvragen opgesteld voor kwantitatief onderzoek om te proberen objectiveren wat het effect is van de huisapotheker op de mate van correctheid van het medicatieschema van de patiënt en het verminderen van medicatiefouten.

Er werd een gezamenlijk protocol opgesteld (bijlage 1). Een aanvraag voor goedkeuring van het onderzoek werd op 03/04/2018 ingediend bij de Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Gent. Op 12/07/2018 werd de goedkeuring verkregen (bijlage 2).

Vanaf nu zal enkel ingegaan worden op het deel van de studie die onderzoeksvraag drie (Wat is de visie van apothekers op de samenwerking met huisartsen in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij?) betreft, uitgevoerd door Caitlin Roscher. Voor de volledigheid wordt verwezen naar het gezamenlijke studieprotocol (bijlage 1) en de afzonderlijke masterproeven van de collega-onderzoekers Sarah Devos (32), Gert Loosvelt (33), Laura Pinson (34) en Karianne Stockman (35).

Rekrutering

Het doel was om tien tot vijftien apothekers te rekruteren om mee te werken aan de studie, waarbij gepoogd werd een zo groot mogelijke demografische spreiding te krijgen qua leeftijd, geslacht, geografische locatie en mening over de huisapotheker. Er werd gestart met de apothekers werkzaam in de nabije omgeving van de praktijken waar de onderzoekers werken als huisarts in opleiding en die dus veel patiënten gemeenschappelijk hebben. Dit werd uitgebreid door middel van 'purposive sampling'. Bij purposive sampling worden de deelnemers aan de studie niet willekeurig gekozen, maar gekozen op basis van het oordeel van de

onderzoeker. Dit is een methode die geschikt is om te zorgen voor maximale heterogeniteit in een kleine studiepopulatie (31).

Datacollectie

Er werden een informatiebrief voor deelnemers aan experimenten en toestemmingsformulier opgesteld (bijlage 3). Er werd een interviewgids opgesteld voor een semigestructureerd interview. Deze interviewgids werd naar aanleiding van overleg met de andere onderzoekers na de eerste interviews nog enigszins aangepast wat betreft focus en diepgang van bepaalde vragen (bijlage 4).

De apothekers werden telefonisch of persoonlijk gerekruteerd om mee te doen aan het onderzoek. Indien zij toestemden, kwam de onderzoeker op een afgesproken tijdstip naar de apotheek toe om het interview af te nemen. Eerst werd de informatiebrief mondeling overlopen en een afgedrukte kopie werd overhandigd aan de apotheker. De apotheker werd vervolgens gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen. Het semigestructureerde interview werd afgenomen en een audio-opname werd gemaakt op de praktijk telefoon van de onderzoeker.

Dataverwerking

De opgenomen data werd verbatim getranscribeerd door de onderzoeker. De audio-opnames werden overgebracht op een USB-stick voor bewaring en verwijderd van de telefoon. De transcripties werden geïmporteerd in het programma NVivo 12 Pro en gecodeerd tot verschillende kleinere en overkoepelende ‘nodes’. De verschillende thema’s en patronen die op deze manier geïdentificeerd werden, werden door middel van kwalitatieve analyse bestudeerd en besproken in de resultaten.

Resultaten

Demografie

In totaal werden elf apothekers geïncludeerd. De karakteristieken van de studiepopulatie zijn weergegeven in tabel 1. Om te voorkomen dat afzonderlijke apothekers op basis van de demografische gegevens herkend zouden kunnen worden, is er voor gekozen om de geografische locatie niet op te nemen in de tabel. De apothekers waren werkzaam in de gemeenten Sint-Niklaas (N=5; 45%), Gent (N=3; 27%), Brugge (N=2; 18%) en Rekkem (N=1, 9%).

	Leeftijd (N = jaar)	**Geslacht (M/V)**	**Aantal dossier huisapotheek (N = geschat aantal)**
Apotheker 1	29	V	150
Apotheker 2	30	M	250
Apotheker 3	31	V	390
Apotheker 4	35	V	25
Apotheker 5	37	V	750
Apotheker 6	38	M	15
Apotheker 7	40	V	180
Apotheker 8	41	V	5
Apotheker 9	43	M	300
Apotheker 10	52	M	450
Apotheker 11	62	M	500

Tabel 1: demografische gegevens

Algemene perceptie

De eerste reactie van de deelnemers op de algemene vraag naar hun mening over het concept huisapotheker is zonder uitzondering positief. Er zijn verschillende redenen waarom zij enthousiast zijn over het project, zoals uitvoeriger zal worden besproken in de sectie 'voordelen'.

> *Eigenlijk ben ik heel positief over het concept huisapotheker, in de optiek dat een apotheker hierdoor de uitdaging aangaat om zich ook te positioneren als zorgverstrekker.*
> *– Apotheker 10*

> *Ik hoop dat iedere apotheker dat goed wil doen, want dat is uiteindelijk de enige goede toekomst voor ons beroep, daar ben ik heilig van overtuigd.*
> *- Apotheker 11*

Twee apothekers hebben echter, ondanks dat zij het idee op zich wel goed vinden, hun bedenkingen bij de uitvoering ervan. De belangrijkste redenen voor deze apothekers zijn dat zij de meerwaarde voor de patiënten niet inzien, problemen met de werking van het systeem, onvoldoende informatiedeling en een slechte verhouding tussen de tijdsinvestering en de verloning. Al deze bezwaren zullen nog verder uitgewerkt worden in de sectie 'nadelen'. Eén van deze apothekers is zelfs gestopt met het actief opstarten van nieuwe dossiers, maar staat er wel voor open om in de toekomst terug te starten.

> *Het is wel een mooi initiatief. Voor de zorg voor de patiënt is het zeker een pluspunt. Maar je ervaart gewoon dat de mensen er zelf nog niet klaar voor zijn, dat ze iets moeten ondertekenen en ze niet goed weten waarom. Ze hebben het gevoel van: doen ze dit al niet? Weten ze eigenlijk al niet wat ik neem?*
> *- Apotheker 8*

> *Het is niet echt op punt om goed werkbaar te zijn. We ondervinden vooral dat Vitalink niet goed werkt. De input komt ook van heel veel verschillende kanten, van de patiënt, de apotheker, de huisarts en eventueel de specialisten. (…) Er zijn vaak tegenstrijdigheden tussen wat de patiënt zegt, wat wij in ons dossier zien staan, wat er op het voorschrift staat of wat de specialist denkt dat er gegeven wordt. Daarmee zijn wij dikwijls met ons gezicht tegen de muur gebotst waardoor we gezegd hebben dat we het even 'on hold' zullen zetten. Dat we wel de vijf à zes patiënten die we er op hebben gezet verder goed zullen begeleiden. Eens dat het wat beter verloopt, dan gaan we verder.*
> *- Apotheker 8*

> *Mensen zijn wel blij dat ze dan eigenlijk dat papier in handen hebben, wat dan vroeger nog niet werd gedaan, maar ik zie niet veel verandering voor onszelf. Ik denk dat we meer voordeel hebben met het GFD (gedeeld farmaceutisch dossier, red.) dan dat we hebben met onze huisapotheker.*
> *- Apotheker 7*

> *Meerwaarde, goh, ik denk dat we het op andere manieren moeten doen dan alleen met zo'n papiertje, ik zal het zo zeggen. Ik denk dat we veel meer doen door de mensen nog eens een keer te bellen of eens langsgaan en toch controleren dat de medicatie goed genomen wordt dan dat we dat papier daadwerkelijk maken en laten tekenen.*
> *- Apotheker 7*

Voordelen

Medicatieschema's

Volgens de apothekers is één van de belangrijkste voordelen van de huisapotheker voor de patiënten voor de hand liggend het medicatieschema. Het medicatieschema wordt samen met de patiënt opgesteld, waarbij alles nog eens heel goed overlopen wordt. Hier wordt dus een extra moment van informeren ingelast, een vorm van patiënten educatie, waarbij vooral de indicatie van alle verschillende medicamenten nog eens herhaald wordt voor de patiënt. Ook is er een controlefunctie: wanneer er fouten zijn in de manier of het moment van inname kunnen deze nu opgespoord worden. Een probleem dat door veel van de apothekers gesignaleerd wordt, is het veranderen (meestal tijdens ziekenhuisopname) van generiek naar merknaam of andersom van dezelfde molecule. Dit is voor patiënten zeer verwarrend. Het wordt lang niet altijd opgemerkt door zorgverleners omdat het product al lang gebruikt wordt en verondersteld wordt dat het gebruik goed gekend is door de patiënt. De patiënt weet echter niet dat het nieuwe middel dat de specialist opgestart heeft eigenlijk hetzelfde is als dat wat de huisarts al jaren voorschrijft en neemt ze dus allebei in. Dergelijke fouten kunnen snel door de huisapotheker opgemerkt worden en op het medicatieschema kunnen beide namen vermeld worden zodat het voor de

patiënt duidelijk is dat het over hetzelfde product gaat. Naast deze controle van de inname door de patiënt is er ook controle van de voorschrijvers, die niet altijd op de hoogte zijn van alle medicatie die ingenomen wordt (waaronder OTC medicatie of medicatie voorgeschreven door andere artsen) en die eventueel belangrijke interacties over het hoofd hebben gezien. Ten slotte is het een praktisch voordeel dat de patiënt ook daadwerkelijk het schema afgedrukt op papier meekrijgt en dat het voor andere zorgverleners elektronisch te raadplegen is. Dit is zeer nuttig in gevallen waarbij de patiënt in contact komt met nieuwe zorgverleners (bijvoorbeeld een huisarts van wacht, spoedarts of op consultatie bij een specialist) en wanneer de medicatie moet worden klaargezet door de patiënt zelf, door mantelzorgers of door thuisverpleging.

> *Ik vind het belangrijk voor de patiënten die eigenlijk echt heel veel medicatie nemen, dat het een keer duidelijk op papier staat wat en wanneer en waarom dat ze sommige dingen innemen. Want er zijn heel veel mensen die niet weten waarom dat ze iets nemen. We proberen dat hier sowieso wel te doen, ook los van het huisapothekergebeuren, van weet je waarom je het neemt? Maar als ze het nog een keer zwart op wit zien staan, merk je wel dat dat een pluspunt is voor de patiënt.*
> *- Apotheker 3*

> *Een belangrijk voordeel is wel dat de mensen een correct medicatieschema hebben, dat ze thuis hebben liggen. Het wordt ook een keer goed bekeken, we hebben er al verschillende fouten uitgehaald.*
> *- Apotheker 2*

> *Het is ons ook meegegeven om het medicatieschema echt te maken zoals de patiënt het neemt. Zodanig dat de huisarts ook kan zien van hoe neemt hij dat nu eigenlijk.*
> *- Apotheker 9*

Erkenning

Een voordeel van de huisapotheker voor de apothekers zelf is dat het toch een stap vooruit is in de erkenning van de apothekers als zorgverstrekker, volwaardig lid in het team dat instaat voor de totaalzorg van de patiënt. Binnen de studiepopulatie is er een grote verdeeldheid in het gevoel dat de apothekers hier momenteel zelf over hebben. De meeste apothekers voelen zich over het algemeen wel erkend, vijf apothekers (45%) geven positief antwoord op deze vraag. Vier apothekers (36%) voelen zich onvoldoende erkend, waarvan één deze erkenning vooral mist bij patiënten, één eerder bij artsen, één bij de overheid en één eigenlijk over de hele lijn. Twee apothekers hebben zich niet specifiek uitgesproken over dit onderwerp. Op één apotheker na zijn de deelnemers aan de studie het erover eens dat de functie huisapotheker de positie van de apotheker versterkt, de enige apotheker die dit niet zo ervaart, voelde zich altijd al voldoende gewaardeerd en vindt dus dat er geen verschil is.

> *Ja, Ik voel mij wel erkend. Het dossier huisapotheek, dat zijn dingen die onze rol versterken en dat was ook wel nodig. Farmaceutische zorg, waar wij mee bezig zijn, dat is een soort erkenning, dus dat vind ik wel een goede en noodzakelijke stap.*
> *- Apotheker 6*

> *Ik denk dat de algemene opvatting vooral bij de patiënten is: wij zijn apotheker-bakker-beenhouwer. In de zorg niet zozeer meer, ik vind dat het met de nieuwere generatie artsen en apothekers onderling onder de zorgverstrekkers wel verandert.*
> *- Apotheker 4*

> *Je hebt er ook artsen bij die u beschouwen als gewoon iemand die de medicatie aflevert, er zogezegd niets van weet en zich daar niet mee moet moeien.*
> *- Apotheker 1*

Apothekers worden niet voldoende erkend in hun rol als zorgverstrekker. Een huisarts is eerstelijns, maar wij zijn ook eerstelijns, veel mensen komen eerst naar ons van 'ik denk niet dat het nodig is om naar de huisarts te gaan, kun je een keer kijken wat dat is?' Dan kunnen wij doorverwijzen of we kunnen zeggen van het is inderdaad niet nodig. De patiënten appreciëren dat wel. Artsen ook meer en meer. Maar vanuit de overheid wordt het heel weinig aangemoedigd. Die huisapotheek wordt nu gehonoreerd, er zijn zo nog een paar zaken, maar heel weinig zaken eigenlijk van 'kijk, jullie steken daar veel tijd in, we gaan daar ergens een tegemoetkoming voor geven.'
- Apotheker 2

Farmaceutische zorg

De huisapotheker is zoals eerder gezegd de manifestatie van het concept farmaceutische zorg. Dit is een belangrijke verandering in de eerstelijnsgezondheidszorg die enerzijds de rol van de apotheker consolideert en anderzijds de totaalzorg voor chronische patiënten moet verbeteren. Alle apothekers die hebben deelgenomen aan dit onderzoek vinden dit een zeer belangrijke stap en zijn ook gemotiveerd om hierin hun verantwoordelijkheid op te pakken. Velen waren de principes van farmaceutische zorg al langere tijd aan het toepassen in de praktijk, maar ze juichen het allemaal toe dat hier nu meer en meer aandacht voor komt ook vanuit andere actoren binnen de gezondheidszorg en vanuit de overheid. Eén van de apothekers geeft aan dat het opstarten van een dossier huisapotheker ook aanleiding geeft om eens dieper met de patiënt op zijn medicatiegebruik in te gaan en zo een beter totaalbeeld te krijgen van de patiënt, dat het soms ook een opening kan zijn naar interdisciplinair overleg en dat dit de zorg alleen maar ten goede kan komen. Verschillende apothekers geven aan dat ze denken dat het gesprek dat ze met de patiënt hebben bij het opstarten van een dossier leidt tot een beter begrip van de medicatie en hopelijk ook tot een betere therapietrouw.

Dat is ergens ook goede service verlenen. Er kruipt heel veel tijd in, maar dat is part of the game.
- Apotheker 5

Ik vind het wel belangrijk dat het dossier huisapotheker meer moet zijn dan alleen maar dat medicatieschema.
- Apotheker 11

Dankbaarheid patiënten

Alle apothekers merken dat de meeste patiënten het erg appreciëren dat zij het dossier aanmaken en de tijd nemen om het met hen te bespreken. Hoewel enkele patiënten het niet nodig vinden of van mening zijn dat de apotheker of huisarts de medicatie opvolging al voldoende onder controle heeft, zijn de meeste reacties die apothekers van patiënten krijgen zeer positief. Ook wordt meerdere malen vermeld dat het dossier huisapotheker zorgt voor een sterkere vertrouwensband tussen apotheker en patiënt.

Het is een beetje saai om te doen, maar als je dan ziet dat de mensen dat appreciëren, daarvoor doe je het eigenlijk.
- Apotheker 5

Wat ik soms ook merk is dat patiënten bij verschillende apothekers gaan en als er dan toch iemand zo vast is, dat die dan ook nog meer een soort vertrouwenspersoon is, buiten de huisarts, die is er natuurlijk ook, maar toch iets laagdrempeliger dan een huisarts. Dat vind ik wel grote voordelen.
- Apotheker 1

Drempels

Tijd

De factor die het meest benoemd wordt als drempel is het gebrek aan tijd. Het opstarten van een dossier kost veel tijd en een volledige opstart doen blijkt in de praktijk niet altijd haalbaar wanneer de apotheek vol wachtende klanten staat. Eén apotheker geeft aan dat het ideaal zou zijn als de patiënten voor het opstellen van het schema op afspraak langs zouden komen, zodat er voldoende tijd uitgetrokken kan worden om even apart te gaan zitten en alles goed door te spreken. Patiënten zijn het echter absoluut niet gewend om een afspraak te maken bij een apotheker en hebben meestal ook geen zin of zien de noodzaak er niet van in om speciaal hiervoor op een later tijdstip terug te komen naar de apotheek. Dit wordt in de praktijk dan ook door geen van de apothekers gedaan. Wel stellen de apothekers het opstellen van het schema vaak uit, waardoor de patiënt dus niet op de dag van het aanmaken van het dossier een volledig, up-to-date medicatieschema meekrijgt, maar pas bij een volgende aanmelding in de apotheek. Dit wordt gedaan door middel van een notitie in het dossier, zodat er elke keer dat het dossier op de computer geopend wordt een pop-up melding komt dat het medicatieschema nog in orde gebracht moet worden of nog aan de patiënt verstrekt moet worden. Hierdoor kan het echter gebeuren dat er geruime tijd verstrijkt tussen het opstarten van het dossier en het effectief in orde zijn van het dossier. Zeven van de deelnemende apothekers (64%) vindt tijd een effectieve drempel en geeft aan regelmatig af te zien van een opstart door tijdsgebrek, ondanks dat de betreffende patiënt in aanmerking komt en ze het dossier huisapotheker zinvol zouden vinden voor deze patiënt. De overige vier apothekers (36%) vinden het weliswaar tijdsintensief maar zeggen tijdsgebrek desondanks niet te zien als drempel.

> *Ons systeem vraagt dat elke keer, wil je die patiënt opstarten want die komt in aanmerking, maar soms klikken we het gewoon weg. Stel de vraag maar de volgende keer. En we doen dat te veel moet ik eerlijk zijn. (…) Omdat dat niet altijd haalbaar is als het veel medicatie is en je wilt dat ook goed doen. Eigenlijk zouden we moeten zeggen van kom, ze tekenen al en we zullen tegen de volgende keer op het gemak het schema in orde maken volgens het systeem. Maar te weinig… Tijdsdruk.*
> *- Apotheker 7*

> *Het kost veel tijd. Als je dat consequent doet en ik sta er hier alleen voor dan kan ik dat niet doen.*
> *- Apotheker 11*

> *Nee, ik zie de tijdsinvestering niet als drempel, omdat ik per definitie niet vind dat er bij de opstart direct een definitief en totaal medicatieschema moet zijn. Ik vind dat ook niet goed om dat per se te willen afgeven bij het eerste contact, ik denk dat je de doelstelling moet formuleren naar de patiënt en dat je dan de tijd moet hebben en nemen om de medicatie van de patiënt te gaan analyseren. En soms kost dat tijd, als je dat rap aan een balie moet doen, volgens mij is dat dan overnemen van gegevens zonder veel nadenken, dan heeft dat eigenlijk geen wetenschappelijke meerwaarde.*
> *- Apotheker 10*

Geïnformeerde toestemming

Een ander punt dat sommige apothekers tegen de borst stoot is de noodzaak om een papier te laten ondertekenen door patiënten. Hoewel ze de noodzaak van geïnformeerde toestemming wel inzien, dit is immers onontbeerlijk om in orde te zijn met de huidige privacywetgeving, hebben zij het gevoel dat het fysiek zetten van de handtekening en het moeten afgeven van de elektronische identiteitskaart voor veel patiënten een drempel is. Er wordt opgemerkt dat sommige patiënten toch wat angstig zijn dat ze toestemming geven tot het openbaar maken van

hun gegevens en zich juist door het moeten zetten van een handtekening bedreigd voelen in hun privacy, een paradoxaal gevolg van de verstrenging van de privacywetgeving. Er wordt ook aangegeven dat dit een groter probleem is voor oudere mensen (dus juist de doelgroep van de huisapotheker), die veel minder het belang van privacy bescherming inzien dan de jongere generatie. Wanneer we overigens vergelijken met de situatie bij huisartsen zien we dat die voor het opstarten van een elektronisch GMD (globaal medisch dossier) ook geïnformeerde toestemming moeten vragen aan de patiënt, maar daarvoor enkel zelf moeten verklaren dat ze de patiënt geïnformeerd hebben door middel van een vinkje in het computersysteem, fysieke handtekeningen zijn hiervoor niet meer nodig aangezien de handeling enkel kan gebeuren indien de patiënt zijn elektronische identiteitskaart afgeeft. Een groot verschil is wel dat het openen van een dossier bij de huisarts al veel langer gebeurt en voor de patiënten ook heel logisch is, terwijl het concept bij de apotheker nog maar zo pril en dus nog niet goed ingeburgerd is. Patiënten moeten duidelijk nog wennen aan meer toegepaste zorgverlening door de apotheker.

> *Ik zie geen nadelen. Het enige is dat sommige patiënten nog denken van 'oei, big brother', maar dat is eerder de minderheid denk ik.*
> *- Apotheker 9*

> *De handtekening vind ik ook een drempel. Waarom moeten die mensen een handtekening plaatsen?*
> *- Apotheker 8*

> *Bij een apotheek vandaag de dag is het nog niet echt met het idee van we gaan naar de apotheek om een beetje zorg te krijgen, nee, we gaan naar de apotheek om onze producten te halen. En die zorg is nog bijkomstig voor de mensen, die wordt eigenlijk meegegeven met de producten zelf.*
> *- Apotheker 2*

Werking systeem

De werking van het systeem laat volgens sommige apothekers te wensen over. Slechts twee van de deelnemende apothekers (18%) vinden dat het systeem zo als het nu is goed werkt. Ten eerste moet vermeld worden dat nergens gespecifieerd wordt hoe de medicatieschema's gedeeld moeten worden met andere zorgverleners. Het lijkt logisch om dit te doen via het online platform voor medische gegevensdeling tussen zorgverleners van de Vlaamse overheid, Vitalink (36). Er zijn echter, zo blijkt ook in dit onderzoek, nog apothekers die werken met software die niet toelaat om te koppelen met Vitalink. Er zijn gelijk als het geval is bij de huisartsen veel verschillende softwaresystemen in gebruik door de apothekers, waartussen er nogal wat variatie is in de gebruiksvriendelijkheid en de koppeling met Vitalink. Voor de apothekers die niet met Vitalink (kunnen) werken, is dus de enige mogelijkheid om het medicatieschema te delen op papier. De huisarts of andere zorgverleners kunnen er dus enkel aan geraken wanneer de patiënt dit papier zelf meebrengt. Ook specialisten in ziekenhuizen werken over het algemeen niet met Vitalink. Op deze manier wordt soms het doel om meer overzicht te bieden ironisch genoeg juist niet behaald. Eén van de apothekers geeft zelfs aan al eens door een huisarts gecontacteerd te zijn met de vraag om geen medicatieschema's meer mee te geven aan zijn patiënten, omdat het er alleen maar meer verwarrend op werd.

Eenmalig wel een dokter gehad die gebeld had, die zei dat het super was dat we begonnen met de huisapotheker maar die liever had dat we het niet deden. Hij zei: hou het schema maar bij, maar geef geen schema's meer mee. De arts ondervond dat de patiënt zoveel verschillende schema's liggen had van verschillende plaatsen dat hij er niet meer aan uit kon welke nu de juiste was.
- Apotheker 8

Ook wanneer er wel via Vitalink gewerkt wordt, botsen de apothekers op problemen. Zo kunnen de Vitalink schema's zowel door de apotheker als door de huisarts aangepast worden, wat soms tot vervelende situaties leidt. Apothekers zijn niet op de hoogte van wat er in het dossier van de arts gebeurt wanneer zij een aanpassing maken en omgekeerd. Het lijkt zo te zijn dat wanneer de apotheker iets aanpast, dit in het dossier van de arts wordt overschreven zonder duidelijke melding. Omgekeerd krijgen de apothekers bij elk nieuw voorschrift juist veel te snel meldingen van wijzigingen die allemaal gecontroleerd dienen te worden. Bij het invullen van een schema in Vitalink zijn er zeer veel variabelen (het medicament moet gespecifieerd worden op een bepaalde merknaam, er zijn veertien verschillende momenten van inname die ook gespecifieerd moeten worden, om nog niet te spreken over het aantal verschillende galenische vormen), elke kleine variatie hierin wordt door Vitalink gesignaleerd als afwijkend, maar in veel gevallen werd er geen verandering voor de patiënt beoogd. Dit zal nog verder toegelicht worden in de discussie.

Wij kunnen absoluut nog niet delen met artsen en omgekeerd. Artsen willen het ook niet. Omdat het dan hun schema in de war brengt op de een of andere manier, als ze Vitalink gebruiken. Dus eigenlijk werkt het niet goed.
- Apotheker 7

Dat is een beetje het lastige en dat is in België altijd zo, er wordt met iets gestart dat nog niet volledig operationeel is. Dat is altijd zo geweest en dat zal hier ook altijd zo zijn. Dat wordt gecommuniceerd in de media tot en met, dan start dat en dan is het van 'ah ja, dat gaat nog niet, en dat gaat nog niet, en die groep kan er nog niet op'. We zouden geduldig moeten zijn, wachten tot het volledig operationeel is en dat alle belanghebbenden er kunnen instappen, en dat dan uitrollen maar dat gebeurt niet.
- Apotheker 9

De problemen situeren zich dus vooral op het niveau van het gebruikte platform voor gegevensdeling en mogelijkheid tot interactie met de verschillende softwaresystemen van apothekers en artsen. Ook al is dit de facto geen nadeel van het concept huisapotheker op zich, is het er wel onlosmakelijk mee verbonden en staat het de implementatie ervan in de weg. Desondanks toch nog een positief sentiment:

Maar dat zijn groeipijnen, je moet op een bepaald moment beginnen. Je kunt niet wachten totdat alles 100% juist staat wat dan ben je over twintig jaar nog niet begonnen met stappen te zetten.
- Apotheker 6

Informatiedeling

In verlenging van het vorige onderwerp, dat eigenlijk ook vooral over informatiedeling gaat, komt ook meer specifiek uit de bevraging naar boven dat veel apothekers vinden dat ze momenteel over te weinig informatie beschikken over de patiënt om hun functie als huisapotheker naar behoren uit te voeren en de bijbehorende farmaceutische zorg te bieden. Door het gebrek aan kennis over bijvoorbeeld de nierfunctie, medische voorgeschiedenis en indicatie van de medicamenten is het moeilijk om een volledige en correcte medicatiereview uit te voeren. Ook worden apothekers momenteel op geen enkele manier verwittigd dat bepaalde

medicatie gestopt is, tenzij de patiënt het zelf komt vertellen, wat het opstellen van een up-to-date medicatieschema ook bemoeilijkt. Wat in deze context ook opvallend is, is dat in tegenstelling tot de GMD-houdend arts, die voor andere zorgverleners zichtbaar is bij het inlezen van de elektronische identiteitskaart, de huisapotheker niet op dezelfde manier kenbaar wordt gemaakt. Dus ook andersom geldt dat een arts die medicatie aanpast eigenlijk niet weet of er een huisapotheker is en wie dat dan is, tenzij de patiënt het zelf vertelt.

> *Indicatie zeker. En de nierfunctie. Als dat op een of andere manier zichtbaar voor ons zou kunnen zijn… ik denk wel dat dat een meerwaarde zou zijn. Want nu worden we daar allemaal buiten gehouden. Wij weten niks eigenlijk. Wij weten enkel wat op het voorschrift staat en wat de patiënt vertelt, maar dat is niet het hele verhaal.*
> *- Apotheker 4*

> *We worden gezien de gebrekkigheid aan informatie eigenlijk bijna verplicht om enkel distributie te doen.*
> *- Apotheker 10*

Perceptie door patiënten

Zoals hogerop beschreven is de reactie van patiënten over het algemeen positief. Als er dan toch negatieve commentaren komen van patiënten dan gaat het vooral over zorgen rond privacy, zoals reeds besproken in de sectie 'geïnformeerde toestemming'. Twee apothekers geven aan dat het aanbieden van de service door sommige patiënten gezien wordt als een gebrek aan vertrouwen in de bekwaamheid van de patiënt om de medicatie in eigen beheer te houden en dat het op die manier dus in een enkel geval ook een negatieve impact kan hebben op de apotheker-patiëntrelatie. Drie apothekers denken dat het voor patiënten niet echt duidelijk is wat de huisapotheker precies inhoudt en wat de meerwaarde ervan is.

> *Dat is een enorme drempel om te gaan opstarten, want mensen hebben precies het gevoel van 'ik moet hier iets gaan afgeven, of de apotheker of de huisarts of gelijk wie dan ook denkt dat ik niet meer capabel ben om mijn geneesmiddelen zelf te nemen of om ze zelf klaar te zetten'. Terwijl dat niet echt de insteek is van het verhaal, maar de mensen percipiëren dat wel op die manier.*
> *- Apotheker 2*

> *Ik vind niet dat het al heel veel in de media is uitgespreid, niet dat dat echt moet, maar veel mensen vallen nog steeds uit de lucht. (…) Ik denk wel dat sommige mensen niet goed doorhebben wat er eigenlijk gedaan wordt met die schema's. Ik denk niet dat ze echt het nut ervan begrijpen.*
> *- Apotheker 3*

Doelgroep

Over de doelgroep die door het RIZIV vastgesteld is, zijn de meningen verdeeld. Sommige apothekers vinden de doelgroep te breed. Een typisch voorbeeld dat vaak aangehaald wordt, is de jonge vrouw die een anticonceptiepil (chronisch) gebruikt; als zij daarnaast in een jaar ook vier andere terugbetaalde middelen krijgt voorgeschreven dan komt zij in aanmerking, terwijl alle apothekers het er over eens zijn dat het opstarten van een huisapotheker voor haar minder relevant is. Aan de andere kant wordt er soms ook aangegeven dat bepaalde patiënten buiten de boot vallen die toch wel baat zouden hebben bij meer ondersteuning, zoals mensen die bijvoorbeeld drie chronische middelen in moeten nemen, die daarbuiten zeer weinig medicatie voorgeschreven krijgen en dus niet aan de voorwaarden voldoen maar die wel alleenstaand zijn en zelf niet goed weten waarvoor de medicatie dient en hoe het juist ingenomen moet worden. Uiteindelijk is de overheersende mening dat alle patiënten dezelfde farmaceutische zorg

verdienen en dat er geen onderscheid gemaakt moet worden op basis van de vastgestelde regels. Twee apothekers geven aan wel begrip te hebben voor de vastgelegde voorwaarden, omdat het economisch gezien niet haalbaar is om voor elke patiënt een vergoeding te voorzien. Er moet dus op een of andere manier een grens getrokken worden en daarbij is het altijd zeer moeilijk om te voorkomen dat bepaalde gevallen zoals degenen hierboven besproken in de verkeerde categorie lijken te vallen.

> *Maar op zich, ook iemand die maar voor één geneesmiddel komt, vind ik, moet buiten gaan en weten waarvoor hij het gebruikt en wat zijn risico's eventueel zijn, persoonlijk vind ik dat daar geen onderscheid in gemaakt moet worden tussen de één en de ander. Dat je daar geen vergoeding voor krijgt dat is iets anders, dat begrijp ik uit budgettair oogpunt.*
> *- Apotheker 10*

Financieel aspect

Omdat de apothekers vergoed worden voor elk dossier huisapotheker dat zij aanmaken, zou men kunnen denken dat er financieel een groot voordeel is voor de apothekers. Uit dit onderzoek komt naar voren dat dit toch niet zo ervaren wordt door de apothekers. Vijf apothekers (45%) hebben duidelijk verwoord dat de financiële vergoeding niet in verhouding staat tot de hoeveelheid werk die erbij komt kijken. De overige apothekers hebben zich hier niet specifiek over uitgelaten of zijn neutraal. De vergoeding is ook geen extra inkomen voor de apothekers, maar komt voort uit een herverdeling van de honoraria. Over deze herverdeling zijn de apothekers op zichzelf wel positief. Dat komt omdat waar voorheen meer nadruk lag op de distributie, nu meer de focus wordt gelegd op farmaceutische zorg. Voor de meeste apothekers voelt dit als meer erkenning voor hun beroep en hun functie als zorgverlener, die zij vaak voordien al onbezoldigd uitoefenden.

> *Heeft het voordelen voor de apotheker? Nee, ik denk dat niet. Ja, we krijgen een vergoeding, is die voldoende om de workload te compenseren? Nee. Bovendien, de vergoeding die voor de huisapotheker is uitgetrokken, is eigenlijk een herverdeling van eigen middelen vanuit de sector. Een doelbewuste keuze om distributie af te romen en meer naar zorg te zetten. Dus financieel heb ik daar eigenlijk geen meerwaarde mee en de tijd die ik er aan moet spenderen komt niet overeen met de vergoeding die er nu vanuit het RIZIV tegenover staat.*
> *- Apotheker 10*

> *Uiteindelijk is het altijd een probleem van kosten voor de gezondheidszorg, wij worden nu betaald voor dit systeem, als je dat bekijkt naar alle patiënten en alle apothekers is dat wel een serieus bedrag voor de gezondheidszorg, dus dat is weer ergens anders weggehaald want die taart blijft elk jaar hetzelfde voor de gezondheidszorg, spijtig genoeg.*
> *- Apotheker 9*

> *Wij geven veel informatie, ik denk dat daar ook heel weinig bij stilgestaan wordt. Dat wordt ook allemaal gratis gedaan. Op zich geen probleem maar het is ook wel zo, het mag wel gezegd worden. We steken daar ook wel veel tijd in.*
> *- Apotheker 6*

Interdisciplinaire samenwerking

Hoewel eerder vermeld werd dat het opstarten van een dossier huisapotheker aanleiding zou kunnen geven tot meer interdisciplinaire communicatie, blijkt dit in de praktijk nog niet het geval te zijn. Alle apothekers geven aan af en toe tot regelmatig contact op te nemen met huisartsen, maar vrijwel nooit in het kader van de huisapotheker. De verklaring die hiervoor gegeven wordt, is dat het opstarten van een dossier huisapotheker in principe niet samenvalt met een medicatiewijziging. Er wordt dus vanuit gegaan dat de medicatie die op dat moment genomen wordt correct is. Op de vraag of er dan bij het opstellen van het schema niet een

grondigere medicatiereview gedaan wordt waarbij wellicht mogelijke medicatiefouten (PIP) aan het licht kunnen komen, wordt geantwoord dat deze fouten meestal opgemerkt worden bij de opstart van een nieuw product en dat er dan wel gebeld wordt naar de huisarts. Drie apothekers hebben bovendien aangegeven dat, wanneer er toch PIP ontdekt wordt bij medicatie die al langere tijd genomen wordt, zij niet snel geneigd zullen zijn om de arts hiervan te verwittigen omdat zij veronderstellen dat de arts hier wel een reden voor zal hebben en omdat het toch al langere tijd genomen is zonder problemen. Andersom geven de apothekers aan dat zij praktisch nooit gecontacteerd worden door artsen over het huisapothekerschap en de medicatieschema's. Dit zou deels verklaard kunnen worden door het feit dat de artsen niet weten dat er een huisapotheker is zoals hiervoor vermeld. Dit wordt evenwel niet als een gemis beschouwd door de apothekers. Wel zouden zij willen dat er meer interactie mogelijk was met de arts via het systeem zelf, dus bijvoorbeeld dat de arts informatie mee kan sturen via het elektronisch voorschrift en dat de apotheker bij het aannemen van het elektronisch voorschrift daar ook feedback op kan geven die de arts terug via zijn softwaresysteem kan ontvangen. Ook is er vanuit de meeste apothekers interesse voor periodieke overlegmomenten met artsen en/of verpleegkundigen, alhoewel zij ook aangeven dat dit praktisch moeilijk realiseerbaar zal zijn.

> *Goh, ik heb nu nog nooit echt specifiek in verband met het huisapothekergebeuren contact opgenomen, als ik dan dat schema aan het opstellen ben. Ik ga rapper contact opnemen als ik op het voorschrift iets niet duidelijk vind of als ik merk van die dosering is plots veranderd, dan nemen wij hier als het nodig is wel spontaan contact op met de artsen, dat wel.*
> *- Apotheker 3*

> *Er zou beter gecommuniceerd moeten worden tussen apothekers en artsen, desnoods met verpleegkundigen daarrond. Dat is beter dan alles te vragen aan de patiënt, aangezien de patiënt het vaak zelf niet weet.*
> *- Apotheker 8*

Verantwoordelijkheid

Eén van de moeilijkste vragen bleek te zijn bij wie nu eigenlijk de eindverantwoordelijkheid ligt om een correct medicatieschema op te stellen. Vier stemmen (36%) gingen naar de huisapotheker, drie (27%) naar de huisarts en vier apothekers (36%) vonden dat je deze verantwoordelijkheid onmogelijk bij één van beide kunt leggen en dat het dus een gedeelde of teamverantwoordelijkheid moet zijn. Het feit dat de patiënt in België volledige vrijheid heeft om bij eender welke huisarts of apotheker te gaan, ongeacht van of hij een GMD of een dossier huisapotheker is aangegaan, zorgt ervoor dat geen van deze personen met zekerheid kan zeggen dat hij op elk moment volledig op de hoogte is van het medicatiegebruik van de patiënt, zeker als men daarbij nog rekening houdt met het hierboven besproken gebrek aan informatiedeling tussen verschillende zorgverleners.

> *De toekomst van de zorg zit in gegevensdeling en multidisciplinair werk. Dus voor mij is daar een team verantwoordelijk, niet één persoon. Het is maar op zo'n manier dat je de competentie van elkeen kunt erkennen. Ik denk dat als we het over interactieproblematiek hebben, dat we eigenlijk als apotheker een meer doorgedreven opleiding hebben daarvoor en dat ik daar mijn verantwoordelijkheid moet nemen, dat verwacht ik eigenlijk niet dat de huisarts daarvoor de eindverantwoordelijkheid neemt. Ieder zijn job. Dus voor mij een gedeelde verantwoordelijkheid.*
> *- Apotheker 10*

Het is een moeilijke maar de huisarts blijft toch de centrale persoon voor problemen. Vroeger de apotheker ook maar patiënten zijn niet meer zo trouw aan hun apotheker in vergelijking met vroeger.
- Apotheker 8

De apotheker is verantwoordelijk. Wij staan ervoor in en als we twijfelen dan is het gewoon contactopname met de arts of specialist. Maar uiteindelijk zijn wij het die het erop zetten dus kunnen we moeilijk een ander verantwoordelijk daarvoor stellen.
- Apotheker 9

Discussie

Samenvatting resultaten

Over het algemeen zijn de apothekers zeer positief over het concept huisapotheker. Als voordelen worden de volgende zaken aangehaald:

- Het opstellen van het medicatieschema zorgt voor beter begrip bij de patiënten, minder fouten in het gebruik van medicatie en betere therapietrouw
- Het medicatieschema wordt op papier meegegeven aan de patiënt en elektronisch beschikbaar gesteld aan andere zorgverleners wat overzicht biedt voor alle betrokkenen
- Het geeft blijk van meer erkenning van de apotheker en zijn rol als zorgverstrekker, het stimuleert een verschuiving van distributie naar farmaceutische zorg
- Patiënten zijn tevreden van de service en dit verbetert de vertrouwensband tussen de patiënten en de apotheker

Ondanks de grote voordelen zijn er sinds de implementatie nog veel verbeterpunten opgemerkt door de apothekers. De volgende drempels worden ervaren door de apothekers:

- Het opstarten en opvolgen van de dossiers kost veel tijd en de voorziene verloning staat hiertoe niet in verhouding
- Patiënten moeten een handtekening zetten om toestemming te geven voor de opstart van een dossier en dit werkt voor hen als barrière
- De werking van het systeem en dan met name de deling van het medicatieschema via Vitalink werkt niet optimaal
- Er is een gebrek aan informatie rond medische gegevens die van belang zijn voor het medicatiebeleid dat de apothekers belet om correcte farmaceutische zorg te verstrekken

In tegenstelling tot de verwachting lijkt de huisapotheker in de onderzochte populatie niet te hebben geleid tot meer interdisciplinaire communicatie en dit wordt vooral gewijd aan de tekortkomingen van het systeem. Het lijkt echter ook voor een klein deel te wijzen op aarzeling vanuit de apothekers om het op te nemen tegen de autoriteit van de arts als voorschrijver van medicatie. Er is nog discussie over bij wie de verantwoordelijkheid voor het opstellen en beheren van het medicatieschema moet liggen.

Terugkoppeling naar de overkoepelende studie

Als we de resultaten van deze deelstudie vergelijken met de andere deelstudies uit de overkoepelende mixed-method studie zijn er een aantal zaken die opvallen.

Uit de bevraging van huisartsen over het concept huisapotheker komt naar voren dat zij overwegend positief zijn over het concept, hoewel sommigen nog niet goed de meerwaarde inzien. De deelnemende huisartsen staan open voor controle van voorgeschreven medicatie op het gebied van interacties en bijwerkingen en eventuele voorstellen tot wijziging door de apothekers. Er is echter wel twijfel over de uitbreiding van de therapeutische rol van de apothekers, sommige artsen juichen dit toe terwijl anderen eerder van mening zijn dat het geven van medisch advies voorbehouden is aan de artsen en dat er duidelijke grenzen gesteld moeten worden aan de bevoegdheden van de apothekers. Ook over de deling van meer medische gegevens zijn de artsen gereserveerd, vooral wegens privacy van de patiënt en beroepsgeheim van de artsen. Nochtans zou dit geen probleem moeten zijn indien de patiënt zowel aan de arts

geïnformeerde toestemming omtrent medische gegevensdeling heeft gegeven (via het GMD) alsook aan de apotheker bij de opstart van het dossier huisapotheker. Over de verantwoordelijkheid voor het opstellen van de medicatieschema's zijn de artsen net als de apothekers verdeeld, met een meerderheid voor een gedeelde verantwoordelijkheid. Net als de apothekers stuiten zij op problemen met Vitalink. Ook zijn de artsen net als de apothekers vragende partij voor een manier om digitaal met elkaar te communiceren over de medicatielijsten. (35)

Bij de patiënten die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek blijkt het concept en de doelstelling van de huisapotheker relatief onbekend te zijn. Van de controle patiënten (die dus wel in aanmerking komen voor de huisapotheker maar er geen hebben) zag niemand de meerwaarde in en gaf niemand aan zelf initiatief te zullen nemen om dit met hun eigen vaste apotheker te bespreken. Het meest opvallende wat in deze deelstudie werd geconcludeerd was dat slecht één van de acht patiënten met een huisapotheker daadwerkelijk een medicatielijst van de huisapotheker in huis had liggen. (34) Uit de informatie van de apothekers zoals hierboven beschreven weten we dat zij het maken van het definitieve medicatieschema voor de patiënt vaak uitstellen uit tijdsgebrek, wat het ontbreken van de schema's bij veel patiënten zou kunnen verklaren. Maar toch is het medicatieschema op zich een door het RIZIV beschreven voorwaarde en een belangrijke doelstelling van de huisapotheker.

Ook uit het kwantitatieve luik van de studie komen verassende bevindingen omtrent het gebruik van medicatielijsten naar boven. Zo gebruikt minder dan de helft van de patiënten überhaupt een medicatielijst (geen verschil tussen patiënten met of zonder huisapotheker). Door die patiënten die wel een medicatielijst gebruiken, wordt voornamelijk gebruik gemaakt van zelf opgestelde lijsten of lijsten vanuit het ziekenhuis, veel vaker dan lijsten van huisarts of huisapotheker. Vergelijkend met de kwalitatieve bevraging van de patiënten wordt hier een iets hoger aantal meegegeven medicatielijsten gevonden (N = 19, 63%), wat verklaard kan worden door een iets grotere en beter verdeelde populatie (namelijk uit de verschillende regio's van de onderzoekers en dus meer verschillende huisapothekers). Er wordt bevestigd dat deze lijst door zeer weinig patiënten effectief gebruikt wordt, namelijk slechts door twee van de negentien patiënten die een lijst meegekregen hadden. Er werd geen significant verband gevonden tussen het gebruiken van een medicatielijst of het hebben van een huisapotheker en een betere kennis van de ingenomen medicatie door de patiënt. Bovendien blijken de opgestelde schema's door de huisapotheker significant minder vaak overeen te komen met de gouden standaard (zoals door de patiënt aangegeven) dan de schema's van de huisartsen en kan aldus de stelling dat het hebben van een huisapotheker zorgt voor een meer uniforme medicatielijst niet bevestigd worden. (32) Opnieuw zou een deel van deze resultaten verklaard kunnen worden door het feit dat het opstellen en meegeven van de medicatieschema's door de huisapothekers uitgesteld wordt en dit onderzoek nog relatief vroeg na de implementatie plaatsvindt, doch lijkt het er ook op te wijzen dat de patiënten niet mee zijn met het concept en zelf ook weinig gebruik maken van de mogelijkheden.

Als antwoord op de andere kwantitatieve onderzoeksvraag ten slotte, of het hebben van een huisapotheker leidt tot minder PIP, werd gevonden dat er weliswaar een absoluut verschil was tussen het aantal PIP in het voordeel van de groep patiënten met huisapotheker (N = 74 of 2,5 PIP per persoon versus N = 95 of 3.2 PIP per persoon in de controle groep), maar dit verschil was niet statistisch significant. Er was geen verschil in het soort PIP dat gevonden werd in de beide groepen.

Terugkoppeling naar de literatuur

De tendensen die we zien in de internationale literatuur naar een belangrijkere rol voor de apotheker in de zorg voor patiënten komt over het algemeen overeen met de visie van de apothekers die hebben deelgenomen aan deze studie. Het is moeilijk vergelijken omdat elk land zijn eigen methode heeft en de exacte functie huisapotheker zoals die in België geformuleerd is nergens anders bestaat. Toch kunnen we over het algemeen stellen dat er meer en meer erkend wordt dat de apotheker een specialist is in de farmacie en dat deze kennis een belangrijke meerwaarde kan zijn voor de patiënten en ook voor de artsen, die apothekers meer en meer als gelijkwaardige partners in de zorgverlening (zouden moeten) beschouwen.

Uit recent Belgisch onderzoek (25) dat het dichtst raakt aan ons onderwerp komt naar voren dat de belangrijkste manieren waarop de apotheker een positieve invloed heeft op het medicatiebeleid zijn dat het medicatieschema elektronisch beschikbaar wordt gemaakt voor andere zorgverleners en dat er verduidelijkende informatie wordt toegevoegd aan het medicatieschema (met name indicaties en generische of merknamen van de medicatie). Deze punten komen ook in ons onderzoek naar boven. Als probleem wordt ook de aarzeling van apothekers om artsen te contacteren in verband met mogelijke medicatiefouten, die ook in ons onderzoek door sommige apothekers wordt gerapporteerd, op meer kwantitatieve wijze gesignaleerd. Dit wijst erop dat apothekers momenteel nog niet als gelijkwaardige partners worden opgenomen in het zorgteam, of toch zichzelf nog niet op die manier positioneren. Apothekers en artsen moeten zich realiseren dat het signaleren van mogelijke fouten door apothekers geen aanval is op de kunde en kennis van de arts, die wordt hierdoor niet in vraag gesteld. Het is ook geen kwestie van apothekers die zich willen 'bemoeien' met de behandeling en die denken dat ze het beter weten dan de arts. Het is simpelweg een vrijblijvende controle, ter ondersteuning van de arts die niet alwetend is en uiteindelijk in dienst van de zorg voor de patiënt. Er moet minder focus gelegd worden op individuele ego's en wantrouwen en op een meer positieve manier gewerkt worden naar een vruchtbare samenwerking over de gehele eerste lijn.

Sterktes en zwaktes

De sterkte van dit onderzoek is de brede, verkennende aanpak en de mixed-method opzet van de studie. Zo wordt het onderwerp van verschillende kanten belicht, waardoor we meer kunnen leren over de percepties van verschillende actoren en de mispercepties die mogelijk bestaan tussen de verschillende actoren onderling. Dankzij het kwantitatieve luik probeerden we ook het effect van de implementatie in de praktijk aan te tonen. Daarnaast betreft het een nieuw onderwerp, waar nog zeer weinig literatuur rond gepubliceerd is en dat belangrijk is binnen de veranderingen die momenteel in ons land worden doorgevoerd met het oog op verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het is dus relevant voor zowel zorgverleners als patiënten als beleidsmakers.

De kleine studiepopulaties zijn één van de zwaktes. Met name in het kwantitatieve luik zorgt dit ervoor dat er weinig statistisch significante resultaten zijn, maar ook voor het kwalitatieve luik heeft de kleine populatie als nadeel dat het de externe validiteit vermindert. Ook is er een belangrijk probleem van verschillende soorten vertekening. Ten eerste selectie bias: in de methode is reeds besproken waarom er gekozen is voor purposive sampling als methode om de populatie samen te stellen, maar het is en blijft een methode waarbij de populatie samengesteld wordt door de onderzoeker en waarbij enige selectie bias dus niet voorkomen kan worden. Bovendien moesten de deelnemers ook nog toestemmen om mee te werken, in dit onderzoek specifiek hebben veel apothekers tijdens de rekrutering geweigerd om deel te nemen. De reden die hiervoor meestal opgegeven werd was gebrek aan tijd, maar het kan niet uitgesloten worden

en het is zelfs aannemelijk dat de apothekers die geen interesse hadden om deel te nemen ook minder geïnteresseerd zijn in het concept huisapotheker of interdisciplinaire samenwerking op zich. Tevens was het lastig om een goede geografische spreiding van de deelnemers te verzekeren door praktische bezwaren en tijdgebrek aan de kant van de onderzoeker, wat ook een vorm van selectie bias is. Ten slotte is er door de manier van dataverzameling ook sprake van interview bias. Zowel van de kant van de onderzoeker, die toch onvermijdbaar met een bepaald idee begint aan het onderzoek en daardoor onbewust het gesprek een bepaalde richting in stuurt, als van de kant van de deelnemers die mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geven, zeker aangezien de interviewer in dit geval niet uit dezelfde populatie komt als de deelnemers.

Aanbevelingen

Praktijk

Uit deze studie blijkt de mening van de zorgverleners over de huisapotheker overwegend positief. Verdere sensibilisering van de doelgroep door middel van informatieve posters of communicatie via de media zou goed zijn, aangezien het concept nog niet genoeg gekend is bij de patiënten zelf. Ook huisartsen zouden beter geïnformeerd moeten worden.

Het is belangrijk om meer interprofessionele communicatie tussen artsen en apothekers te stimuleren, bijvoorbeeld door middel van medisch-farmaceutisch overleg (MFO). Hier is een belangrijke rol weggelegd voor de huisartsenkringen, apothekersverenigingen en lokale kwaliteitsgroepen (LOK) van artsen en apothekers. Een verbetering van de onderlinge communicatie in combinatie met de inspanningen die reeds vanuit de universitaire opleidingen worden geleverd om interprofessionele samenwerking te stimuleren, kan bijdragen tot meer acceptatie en erkenning voor de apothekers en hun gespecialiseerde kennis als belangrijke factor binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ontwikkelaars van softwarepakketten voor huisartsen en apothekers zouden moeten investeren in een goede implementatie van Vitalink in hun software en verbetering van de gebruiksvriendelijkheid, aangezien dit de enige goede methode is om de gegevensdeling tussen de verschillende zorgverleners te verzekeren.

Ter illustratie een voorbeeld van wat er momenteel kan gebeuren bij het elektronisch voorschrijven en rechtstreeks synchroniseren van Vitalink:

- De huisapotheker heeft ingevoerd dat een bepaald medicament van merk X altijd door de patiënt ingenomen wordt NA de maaltijd en als galenische vorm heeft hij aangeduid dat het over een ‘tablet’ gaat.
- De huisarts schrijft op het volgende elektronische voorschrift (dat hij automatisch laat synchroniseren met het Vitalinkschema) hetzelfde medicament voor maar dan van merk Y, duidt aan dat het TIJDENS de maaltijd genomen moet worden en kiest als galenische vorm ‘capsule’.

Nu zijn er dus drie variabelen (merknaam, tijdstip van inname en galenische vorm) veranderd. De huisapotheker die dit voorschrift krijgt en invoegt in het dossier krijgt nu een melding dat het schema veranderd is en moet elke medicatielijn controleren en al dan niet goedkeuren. In feite is er voor de patiënt echter niets gewijzigd. Het maakt namelijk in veel gevallen voor de arts niet uit of er een bepaald merk of generiek gegeven wordt, het tijdstip van inname hoeft ook niet altijd zo specifiek aangeduid te worden als we met de huidige instellingen ‘verplicht’ zijn, en de galenische vorm is vaak meer afhankelijk van het product of de voorkeur van de patiënt dan de voorkeur van de arts (uitzonderingen daargelaten). Naar de mening van de onderzoeker zou het veel beter zijn als via het Vitalinkschema enkel de naam van de molecule, aantal innames, een

eenvoudigere aanduiding van het tijdstip van inname (ochtend, middag, avond, voor slapen) en de toedieningsweg (oraal, nasaal, rectaal, …) bevat. Indien de arts toch een specifiek merk wenst voor te schrijven, indien er specifieke instructies van belang zijn voor het moment van inname (bijvoorbeeld nuchter of juist na de maaltijd in te nemen), als er een specifieke voorkeur is voor een bepaalde galenische vorm of als de arts andere informatie wenst mee te geven, zou dit in een afzonderlijk tekstveld genoteerd kunnen worden, duidelijk zichtbaar voor de apotheker maar niet interfererend met het gecodeerde schema dat automatisch wordt gesynchroniseerd. Zo wordt ook voorkomen dat patiënten steeds verschillende versies van dezelfde molecule meekrijgen omdat de arts toevallig op zijn elektronisch voorschrift een ander merk heeft aangeduid, wat door de apothekers opgemerkt is als een veel voorkomend probleem dat verwarring geeft bij patiënten en mogelijk kan leiden tot fouten bij de inname van medicatie. Het is dan aan de apotheker om ervoor te zorgen dat de patiënt steeds zijn vertrouwde merk of generiek meekrijgt. Dit is slechts een suggestie van de onderzoeker, maar het is zeker aangeraden om het systeem te verbeteren naar aanleiding van de ervaringen van de gebruikers (artsen en apothekers), bijvoorbeeld door middel van focusgroepen.

Ziekenhuisspecialisten werken momenteel niet met Vitalink. Nochtans worden er juist tijdens ziekenhuisopnames en op consultaties bij specialisten veel medicatieveranderingen doorgevoerd of nieuwe medicamenten opgestart. Ook voor hen zou het dus zinvol zijn om mee in te stappen in het Vitalink systeem, zodanig dat er meer uniformiteit zal zijn ook tussen eerste- en tweedelijnsgeneeskunde.

Beleid

De ingezette verschuiving van (financiële) erkenning van distributie naar zorg door apothekers is een goede zaak. Er dient duidelijker te worden vastgelegd wat de verantwoordelijkheden en grenzen zijn van het handelen van de huisapotheker. De meest lastige kwestie hierin is ongetwijfeld de vraag bij wie nu de eindverantwoordelijkheid ligt om een correct medicatieschema op te stellen. In de huidig context is het quasi onmogelijk om dit bij één discipline te leggen.

Geïnformeerde toestemming is belangrijk en is absoluut op zijn plaats bij het opstarten van een contract zoals het dossier huisapotheker, doch lijkt het overbodig om dit te forceren door middel van een daadwerkelijke handtekening op papier. Een elektronische verklaring van de apotheker dat hij de patiënt heeft geïnformeerd in combinatie met de noodzaak om de elektronische identiteitskaart in te lezen zou moeten volstaan, net zoals bij het aanmaken van een GMD door de huisarts.

Onderzoek

Uit het kwantitatieve luik van deze studie komen vooralsnog geen significante resultaten naar boven. Verder onderzoek naar de meerwaarde van de huisapotheker zou zinvol zijn in de toekomst, wanneer er meer data beschikbaar is en bij grotere populaties.

Verder kwalitatief onderzoek aan de hand van interdisciplinaire focusgroepen rond de implementatie van Vitalink en het gebruik van de medicatieschema's zou zeer interessant zijn, zoals ook hierboven vermeld. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid tot meer medische gegevensdeling tussen artsen en apothekers. Uit dit onderzoek blijkt er een duidelijk meningsverschil te zijn op dit gebied tussen de twee, dus meer onderzoek naar de mogelijkheden en barrières op dit vlak is zeker op zijn plaats.

Patiënten die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen worden uitgesloten door het RIZIV om in aanmerking te komen voor een huisapotheker. Toch blijkt uit onderzoek dat er onder rusthuisbewoners ook een hoog aantal gepolyfarmaceerde patiënten is en dat er bij hen een

vergelijkbare correlatie is tussen polyfarmacie en PIP als bij patiënten die zelfstandig wonen (37). Het is dus ook voor hen belangrijk dat het medicatieschema correct bijgehouden wordt en dat het aantal medicamenten zo veel mogelijk beperkt wordt. Aangezien deze patiëntengroep buiten het bereik van dit onderzoek viel, is hier geen verder inzicht in verworven. Het zou misschien interessant zijn om te bekijken hoe het medicatie management momenteel in rusthuizen geregeld wordt, waar de verantwoordelijkheden liggen en hoe de verloning voor de apotheker die rusthuizen bedient geregeld is in vergelijking met de ambulante situatie.

Besluit

De huisapotheker is een belangrijke stap in de goede richting naar meer geïntegreerde en multidisciplinaire zorg voor chronische patiënten. Voor apothekers is dit een belangrijke erkenning voor hun rol als zorgverstrekker en als expert in de farmacie. Ondanks dat er nog veel te verbeteren valt, lijken de barrières niet op te wegen tegen de voordelen. Verdere ontwikkeling van interdisciplinaire samenwerking biedt optimistische toekomstperspectieven.

Lijst van gebruikte afkortingen

- GFD: gedeeld farmaceutisch dossier
- GMD: globaal medisch dossier
- LOK: lokale kwaliteitsgroep
- MFO: medisch-farmaceutisch overleg
- OTC: over-the-counter (vrij verkrijgbaar)
- PIP: potentially innapropriate prescribing
- RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Dankwoord

Ten eerste wil ik alle deelnemende apothekers bedanken, zonder hen kon dit eindwerk niet gerealiseerd worden. Daarnaast bedank ik mijn promotor prof. dr. Peter Pype en co-promotor dr. Pauline Boeckxstaens voor de begeleiding en feedback. Mijn collega's Sarah Devos, Gert Loosvelt, Laura Pinson en Karianne Stockman met wie ik dit project samen ben aangegaan en tot een goed einde heb weten te brengen. Ten slotte bedank ik mijn praktijkopleider dr. Ann Schoorens, mijn stage coördinator dr. Hans Wauters, seminariegroep Sint-Niklaas en mijn partner, familie en vrienden voor de nodige mentale ondersteuning, aanmoediging en hun vertrouwen in mij tijdens de afgelopen twee jaren.

Referenties

1. Zwaenepoel L. De huisapotheker stapt op de tandem met de huisarts. Huisarts Nu. 2017(5):201-2.
2. RIZIV. Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker 2018 [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/huisapotheker-begeleiden-chronische-patienten.aspx.]
3. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017;390:1211-59.
4. Agentschap Zorg en Gezondheid. Sterftecijfers 2016. Levensverwachting weer in stijgende lijn 2018 [Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftecijfers-2016-levensverwachting-weer-in-stijgende-lijn.]
5. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. Clinical Medicine. 2017;16(5):465-9.
6. Sund JK, Sletvold O, Mellingsæter TC, Hukari R, Hole T, Uggen PE, et al. Discrepancies in drug histories at admission to gastrointestinal surgery, internal medicine and geriatric hospital wards in Central Norway: a crosssectional study. BMJ Open. 2017(7).
7. Dhalwani NN, Fahami R, Sathanapally H, Seidu S, Davies MJ, Khunti K. Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. BMJ Open. 2017(7).
8. Van der Linden L, Decoutere L, Walgraeve K, Milisen K, Flamaing J, Spriet I, et al. Combined Use of the Rationalization of Home Medication by an Adjusted STOPP in Older Patients (RASP) List and a Pharmacist-Led Medication Review in Very Old Inpatients: Impact on Quality of Prescribing and Clinical Outcome. Drugs & Aging. 2016;34(2):123-33.
9. Cheong V, Sowter J, Scally A, Hamilton N, Ali A, Silcock J. Medication-related risk factors and its association with repeated hospital admissions in frail elderly: A case control study. Research in Social & Administrative Pharmacy. 2019.
10. Pérez T, Moriarty F, Wallace E, McDowell R, Redmond P, Fahey T. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in older people in primary care and its association with hospital admission: longitudinal study. BMJ. 2018(363).
11. Ognibene S, Vazzana N, Giumelli C, Savoldi L, Braglia L, Chesi G. Hospitalisation and morbidity due to adverse drug reactions in elderly patients: a single-centre study. Journal of Internal Medicine. 2018;48(10):1192-7.
12. Sato I, Yamamoto Y, Kato G, Kawakami K. Potentially Inappropriate Medication Prescribing and Risk of Unplanned Hospitalization among the Elderly: A Self-Matched, Case-Crossover Study. Drug Safety. 2018;41(10):959-68.
13. Schwab C, Korb-Savoldelli V, Escudie J, Fernandez C, Durieux P, Saint-Jean O, et al. Iatrogenic risk factors associated with hospital readmission of elderly patients: A matched case-control study using a clinical data warehouse. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2018;43(3):393-400.
14. Pardo-Cabello AJ, Manzano-Gameroa M, Zamora-Pasadasa M, Gutiérrez-Cabelloa F, Esteva-Fernándeza D, De Dios J, et al. Potentially inappropriate prescribing according to STOPP-2 criteria among patients discharged from Internal Medicine: prevalence, involved drugs and economic cost. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2018;74:150-4.
15. Hansen CR, Byrne S, O'Mahony D, Kearney PM, Sahm LJ. Qualitative analysis of community pharmacists' opinions on their involvement in reducing potentially inappropriate prescribing. European Journal of Clinical Pharmacology. 2018.
16. Kovačević SV, Miljković B, Vučićević K, Ćulafić M, Kovačević M, Golubović B, et al. Elderly polypharmacy patients' needs and concerns regarding medication assessed using the structured patient-pharmacist consultation model. Patient education and counseling. 2017;100(9):1714-9.
17. Schwartz EJ, Turgeon J, Patel J, Patel P, Shah H, Issa AM, et al. Implementation of a Standardized Medication Therapy Management Plus Approach within Primary Care. Journal of the American Board of Family Medicine. 2017;30(6):701-14.
18. Cardwell K, Smith SM. Clinical pharmacists working within family practice: what is the evidence? [Editorial]. Family Practice. 2018:1-2.
19. Toivo T, Dimitrow M, Puustinen J, Savela E, Pelkonen K, Kiuru V, et al. Coordinating resources for prospective medication risk management of older home care clients in primary care: procedure development and RCT study design for demonstrating its effectiveness. BMC Geriatrics. 2018;18(74).

20. Johansen JS, Havnes K, Halvorsen KH, Haustreis S, Skaue LW, Kamycheva E, et al. Interdisciplinary collaboration across secondary and primary care to improve medication safety in the elderly (IMMENSE study): study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2018(8).
21. Daliri S, Hugtenburg J, Ter Riet G, van den Bemt BJF, Buurman BM, Scholte Op Reimer WJM, et al. The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before-After prospective study. Public Library of Science One. 2019;14(3).
22. Berquist K, Linnebur SA, Fixen DR. Incorporation of Clinical Pharmacy Into a Geriatric Transitional Care Management Program. Journal of Pharmacy Practice. 2019.
23. Huang YY, Cheng SH. A community pharmacist home visit project for high utilizers under a universal health system: A preliminary assessment. Health Policy. 2019.
24. Shull MT, Braitman LE, Stites SD, DeLuca A, Hauser D. Effects of a pharmacist-driven intervention program on hospital readmissions. American Journal of Health-System Pharmacy. 2018;75(9):e221-e30.
25. Foubert K, Mehuys E, Claes L, Abeele DVD, Haems M, Somers A, et al. A shared medication scheme for community dwelling older patients with polypharmacy receiving home health care : role of the community pharmacist. Acta Clinica Belgica. 2018.
26. Faculteit Farmaceutische Wetenschappen Universiteit Gent. Wat is Farmaceutische Zorg? [Available from: https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/beschrijving.htm.]
27. Riordan DO, Byrne S, Fleming A, Kearney PM, Galvin R, Sinnott C. GPs' perspectives on prescribing for older people in primary care: a qualitative study. British Journal of Clinical Pharmacology. 2017(83):1521-31.
28. Kvarnström K, Airaksinen M, Liira H. Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. BMJ Open. 2018(8).
29. Hwang AY, Gums TH, Gums JG. The benefits of physician-pharmacist collaboration. The Journal of Family Practice. 2017;66(12).
30. Bloemen G, Vander Oost E. De huisapothekerskrant. Communicatiediensten van APB en OPHACO. 2018.
31. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2015;42(5):533-44.
32. Devos S. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-method studie. Draagt het hebben van een huisapotheker bij tot de aflevering van een uniforme en correcte medicatielijst voor de patiënt? [Masterproef huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2019.
33. Loosvelt G. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-method studie. Leidt het hebben van een huisapotheker tot een vermindering van het aantal 'potentially inappropriate prescribing'? [Masterproef huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2019.
34. Pinson L. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-method studie. Wat is de visie van patiënten op het concept "huisapotheker" en hoe kunnen hun ervaringen bijdragen aan een optimale zorg bij polyfarmacie? [Masterproef huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2019.
35. Stockman K. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-method studie. Wat is de visie van huisartsen op de samenwerking met apothekers in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? [Masterproef huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2019.
36. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vitalink: gegevens delen, van vitaal belang: Agentschap Zorg en Gezondheid; [Available from: https://www.vitalink.be/.]
37. Storms H, Marqueta K, Aertgeerts B, Claes N. Prevalence of inappropriate medication use in residential long-term care facilities for the elderly: A systematic review. European Journal of General Practice. 2017;23(1):69-77.

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol

Inleiding

De 'huisapotheker' is een nieuw concept dat sinds 1 oktober 2017 bestaat. Enerzijds wordt hiermee beoogd een volledig, correct en up-to-date medicatieschema af te leveren aan de patiënt en interacties en bijwerkingen tot een minimum te beperken. Anderzijds wordt de kwaliteit van de zorg geoptimaliseerd door een verbetering van de samenwerking tussen artsen en apothekers.

Wij willen kwalitatief onderzoek doen naar de rol van de huisapotheker, welke drempels er ervaren worden en hoe we dit kunnen verbeteren. Hiervoor zullen we diepte-interviews afnemen bij patiënten, huisartsen en apothekers. Daarnaast willen we kwantitatief onderzoek doen aan de hand van dataverzameling vanuit het medisch dossier, vragenlijsten en door de medicatielijsten van een aantal individuele patiënten te vergelijken met die waarover hun huisartsen en vaste apothekers beschikken en hierop medicatiereview toepassen.

Onderzoeksvragen

1. Wat is de visie van patiënten op het concept "huisapotheker" en wat zijn hun ervaringen hiermee? (Laura Pinson)
2. Wat is de visie van huisartsen op de samenwerking met apothekers in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? (Karianne Stockman)
3. Wat is de visie van apothekers op de samenwerking met huisartsen in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? (Caitlin Roscher)
4. Draagt het hebben van een huisapotheker bij tot de aflevering van een uniforme en correcte medicatielijst voor de patiënt? (Sarah Devos)
5. Leidt het hebben van een huisapotheker tot een vermindering van het aantal 'potentially inappropriate prescriptions'? (Gert Loosvelt)

Methode

Rekrutering

De onderzoekers (HAIO's) spreken apothekers in de regio van hun opleidingspraktijk aan. Zij vragen aan hen een lijst van patiënten te genereren die in de afgelopen drie maanden een voorschrift van hun praktijkopleider hebben binnengebracht én waarvan zij huisapotheker zijn. Vervolgens selecteren de onderzoekers hieruit de patiënten die een GMD hebben bij de praktijkopleider en die tussen 60 en 85 jaar oud zijn. De praktijkopleider zal de patiënten contacteren om mondeling en schriftelijk toestemming te vragen voor deelname aan de studie. We streven ernaar op deze manier 30 tot 40 patiënten te includeren.

Vervolgens selecteren de onderzoekers in het eigen patiëntenbestand voor elke case een controlepatiënt die overeenkomt in leeftijd, geslacht en aantal medicamenten.

De aldus bekomen 60 tot 80 patiënten vormen de basis voor de kwantitatieve onderzoeken van Sarah Devos en Gert Loosvelt.

Laura Pinson zal uit de geïncludeerde patiënten 10 tot 15 patiënten selecteren door middel van purposive sampling voor diepte-interviews.

Karianne Stockman zal 10 tot 15 huisartsen rekruteren, te beginnen met de praktijkopleiders van de onderzoekers en verder via purposive sampling binnen de LOK-groepen van de praktijkopleiders.

Caitlin Roscher zal 10 tot 15 apothekers rekruteren via purposive sampling in de verschillende regio's waar de onderzoekers werkzaam zijn.

Voor het kwalitatief onderzoek beogen we groepen die zo heterogeen mogelijk verdeeld zijn, zowel qua demografische gegevens als qua houding tegenover het concept 'huisapotheker'.

Bevraging

Laura Pinson, Karianne Stockman en Caitlin Roscher zullen diepte-interviews afnemen bij respectievelijk patiënten, huisartsen en apothekers aan de hand van de interviewgidsen in de bijlage.

De gegevens voor het kwantitatieve onderzoek door Sarah Devos en Gert Loosvelt worden verkregen aan de hand van de data template en vragenlijst in de bijlage. Deze vragenlijst zal afgenomen worden door de onderzoeker (HAIO) die de patiënt geïncludeerd heeft. De informatie zal geanonimiseerd worden voor verwerking.

Analyse

Er zal een kwalitatieve analyse gedaan worden van de diepte-interviews afgenomen bij patiënten, huisartsen en apothekers. Zo willen we inzichten verwerven over de opvattingen die de onderzochte populatie heeft rond het concept huisapotheker.

Verder wordt er ook een kwantitatieve analyse uitgevoerd enerzijds van de vragenlijsten afgenomen bij de patiënten en anderzijds van de medicatielijsten aan de hand van START/STOPP criteria en Gheops criteria.

Opvolging

De klinisch relevante discrepanties die eventueel gevonden worden bij medicatiereview worden doorgegeven aan de vaste arts/praktijkopleider die dit met de individuele patiënt bespreekt.

Verwachte resultaten

Uit het kwalitatief onderzoek verwachten we te weten te komen wat de drempels zijn die patiënten, huisartsen en apothekers ervaren rondom het concept 'huisapotheker' en hoe dit mogelijk verbeterd zou kunnen worden.

Met het kwantitatief onderzoek verwachten we aan te tonen dat de huisapotheker een positieve invloed heeft op de registratie van medicatielijsten en het aantal potentially inappropriate prescriptions vermindert.

Relevantie

Voor de deelnemende patiënten is dit onderzoek relevant omdat zij een correcte medicatielijst zullen bekomen en te weten komen of er ruimte is voor verbetering, bv. door het schrappen van bepaalde medicijnen die geen indicatie meer hebben, interacties teweeg brengen of bijwerkingen veroorzaken.

De apothekers en huisartsen zullen meer inzicht verwerven in de samenwerking tussen beiden en de mogelijke verbeterpunten hierin. Dit kan alle patiënten van de betrokken praktijken ten goede komen.

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0548	12-jul-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:

De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts. Een mixed-model studie. Wat is de visie van apothekers op de samenwerking met huisartsen in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? (MaNaMa Caitlin Roscher)

Belgisch Registratienummer: B670201836290

* Antwoord onderzoekers via mail dr. C. Stockman dd. 18/04/2018 op opmerkingen EC dd. 06/04/2018
* Begeleidende brief dr. C. Roscher dd. 17/04/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 9/04/2018
* Protocol (versie 2) dd. 9/04/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 9/04/2018
  voor deelnemers aan experimenten - apothekers (versie 2)
* Interviewguide
  - Perspectieven en ervaring van apothekers met het concept "huisapotheker": Interviewgids ((versie 2) dd. 09/04/2018
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 9/04/2018
  (versie 2)
* Vragenlijsten
  - Data template (versie 2) dd. 09/04/2018
  - Vragenlijst patiënt (versie 2) dd. 09/04/2018

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 12/07/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 12/07/2019, 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 12/07/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/07/2019, 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 21/08/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/08/2018

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*

- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0548	12-jul-18	Zie "CC"

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Bijlage 3: Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemers aan experimenten

Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

Titel van de studie:

Ervaringen en perspectieven van apothekers in verband met de nieuwe functie ‘huisapotheker’: een kwalitatief onderzoek.

Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie.

Het doel van deze studie is om de visie van apothekers op het concept ‘huisapotheker’ te bevragen en zo te ontdekken wat de voordelen en vooral wat de mogelijke drempels zijn die zij hierin ondervinden.

Beschrijving van de studie:

Sinds 1 oktober 2017 bestaat de functie ‘huisapotheker’. Het doel hiervan is om patiënten te ondersteunen in correct medicatie gebruik door middel van advies en door ze te voorzien van een correcte medicatielijst die ook voor andere zorgverleners toegankelijk is.

In deze studie willen we onderzoeken wat de ervaringen van de apothekers zelf hiermee zijn. Is dit concept werkelijk een goede manier om het medicatie gebruik van patiënten met polyfarmacie te managen? Heeft het ook een weerslag op de interprofessionele samenwerking tussen artsen en apothekers? Wat zijn drempels waar u als apotheker tegen aan loopt?

De verwachte totale duur van de studie is 6 maanden.

Er zullen in totaal 10-15 personen aan deze studie deelnemen.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?

U wordt één keer uitgenodigd voor een gesprek. De onderzoeker zal voor dit gesprek naar uw apotheek komen en het gesprek zal ongeveer dertig minuten tot één uur in beslag nemen.

Het is de bedoeling dat u uw eigen mening geeft. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Het is niet de bedoeling om specifieke patiënten te bespreken of medische informatie te delen.

Als u toestemt om mee te werken aan deze studie, wordt uw medewerking gevraagd voor dit gesprek. U kunt elk moment uit de studie stappen, gelieve ons in dit geval te verwittigen.

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk voordeel. Uw deelname in de studie kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en apothekers en zodoende de zorg voor patiënten met polyfarmacie verbeteren.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts.

Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Procedures:

Procedures:

Er zal een interview over uw visie op het concept ‘huisapotheker’ afgenomen worden, dit zal ongeveer 30-60 minuten duren. Dit kan in uw eigen apotheek plaatsvinden.

Tijdens dit interview zal een audio-opname gemaakt worden, die enkel beluisterd zal worden door het onderzoeksteam. Op de verkregen informatie zal een kwalitatieve analyse uitgevoerd worden.

Studieverloop:

Bezoek 1: interview over ‘huisapotheker’ (30-60 minuten)

Risico’s en voordelen:

Er zijn geen risico’s verbonden aan deze studie.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vergoeding:

Er is geen vergoeding voorzien.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot de verzamelde gegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt u in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier).

Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als u bepaalde problemen ervaart tijdens de studie of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Caitlin Roscher
Huisarts in opleiding

Huisartspraktijk Dr. Ann Schoorens
Sint-Vincentiusstraat 28, 9100 Sint-Niklaas
tel.: 03 765 15 38

e-mail: haio@dokter-schoorens.be

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten" pagina 1 tot en met 3 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende arts.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie

zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de arts.

Men heeft mij ingelicht dat mijn gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts, die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening:

Interviewgids

Demografische gegevens:

- Geslacht
- Leeftijd
- Plaats apotheek
- Hoeveel dossiers huisapotheek

Open vragen:

- Wat is uw mening over het concept 'huisapotheker'?
- Wat zijn volgens u de voordelen van de huisapotheker? En de nadelen?
- Bent u actief dossiers aan het opstarten bij patiënten die in aanmerking komen voor huisapotheker? Hoe verloopt de opstart van een dossier praktisch?
- Welke drempels heeft u ondervonden bij het opstarten van huisapotheker dossiers?
- Wat doet u als huisapotheker extra voor de patient?
- Contacteert u soms huisartsen over de medicatieschema's van patiënten met polyfarmacie? Waarom wel/niet?
- Wordt u soms gecontacteerd door huisartsen over de medicatieschema's van patiënten met polyfarmacie? Wat vindt u daarvan?
- Bij wie vindt u dat de verantwoordelijkheid ligt om een correct medicatieschema voor de patiënt op te stellen?
- Voelt u zich erkend in uw rol als zorgverstrekker?
- We weten dat apothekers beperkt zijn bij medicatiereview omdat ze bepaalde informatie missen, hoe gaat u daarmee om?
- Voor welke patiëntengroep is de samenwerking tussen huisarts en apotheker het meest belangrijk of zinvol? Is dit voor iedereen van belang of moeten we ons focussen op degenen met de hoogste nood? Zo ja, wie zijn dat dan?