De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-model 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?

Stockman Karianne, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Pype Peter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Boeckxstaens Pauline, Universiteit Gent

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 zich 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.

Voorwoord

Graag zou ik mijn dank willen betuigen aan alle personen die bijgedragen hebben tot het tot stand komen van mijn allerlaatste masterproef in het kader van mijn opleiding huisartsgeneeskunde. Het opzetten van een kwalitatief onderzoek bleek een heel avontuur te zijn, waar heel wat zelfstandigheid en engagement bij kwam kijken. Toch zou dit project niet geslaagd zijn zonder de hulp van een aantal mensen.

Eerst en vooral zou ik prof. Dr. Peter Pype willen bedanken om mij als promotor te begeleiden gedurende de voorbije twee jaren. Hij probeerde geregeld een gaatje te maken in zijn drukke agenda om de vorderingen te bespreken en de puntjes op de i te zetten.

Daarnaast zou ik ook Dr. Pauline Boeckxstaens willen bedanken om mij als co-promotor te helpen bij het bij het opstarten van deze studie. Met haar ervaring loodste ze mij door de procedure van het Ethisch Comité en hielp ze met het opstellen van een goede interviewgids. Later begeleidde ze mij bij de praktische uitvoering van het onderzoek en de analyse van de resultaten. Ik kon steeds bij haar terecht voor advies, zowel via mail als persoonlijk.

Ik wil eveneens mijn collega-HAIO's Caitlin Roscher, Laura Pinson, Sarah De Vos en Gert Loosvelt bedanken. Zij schreven eveneens een masterproef over de huisapotheker, waarin telkens een ander aspect belicht wordt. We vergaderden steeds samen, wisselden gegevens uit en hielpen elkaar terug op weg wanneer we even het spoor bijster leken te zijn.

Verder wil ik ook mijn vriend Filip in de bloemetjes zetten. Zonder zijn praktische en mentale steun zouden de laatste weken niet zo vlot verlopen zijn. Hij bracht rust, lekkere maaltijden en hielp mij bij de afwerking van mijn tekst.

Tot slot gaat mijn dankbaarheid natuurlijk uit naar alle huisartsen die deelnamen aan het onderzoek door in te stemmen met een interview, dat ze vervolgens met het hart op de tong ondergingen. Zonder hun medewerking had deze studie niet mogelijk geweest.

Inhoudstafel

Abstract 5

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?

1 Inleiding 6

1.1 Het concept huisapotheker 6

1.2 De rol van de huisapotheker 7

1.3 Doel van deze studie 8

2 Methode 9

3 Resultaten 11

3.1 Kennis over het concept 11

3.2 Mening over het concept 11

3.3 Ervaringen met het concept 12

3.4 Contact en overleg tussen artsen en apothekers 12

3.5 Bevoegdheden van de apotheker 13

3.6 Verantwoordelijkheid over beslissingen 14

3.7 Toegang tot het medische dossier 15

3.8 Beheer medicatielijst 15

3.9 Verbeterpunten voor het concept 17

3.10 Uitbreiding van het concept 17

4 Discussie 19

4.1 Resultaten 19

4.2 Studiedesign 21

4.3 Algemeen besluit 22

Bibliografie 24

Appendices 26

Appendix I: Goedgekeurd studieprotocol 26

Appendix II: Gunstig advies ethisch comité 29

Appendix III: Informatiebrief 31

Appendix IV: Toestemmingsformulier voor deelname 34

Appendix V: Interviewgids 36

Abstract

Achtergrond: Sinds 1 oktober 2017 kunnen patiënten in Vlaanderen een 'huisapotheker' kiezen om hen bij hun medicamenteuze behandeling te begeleiden en op te volgen. Deze apotheker dient een correct medicatieschema op te stellen en het via Vitalink toegankelijk te maken voor de patiënt en voor alle andere zorgverleners waarmee hij een therapeutische relatie heeft. Anderzijds deelt hij het schema ook met andere apothekers via het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD). De apotheker levert de voorgeschreven geneesmiddelen af en staat mee in voor de veiligheid en het resultaat, ook wel farmaceutische zorg genoemd. In principe kan iedereen een huisapotheker kiezen, maar de prestatie wordt momenteel enkel terugbetaald indien het gaat om patiënten die gedurende 1 jaar minstens 5 terugbetaalde chronische geneesmiddelen hebben aangekocht in dezelfde apotheek. In deze studie worden de meningen van de huisartsen omtrent dit recente fenomeen onderzocht.

Methode: Door middel van proposive sampling werden 14 huisartsen gerekruteerd, 7 mannen en 7 vrouwen, wiens leeftijden variëren tussen 29 en 64 jaar en wiens praktijken verspreid liggen over Oost- en West-Vlaanderen. Aan de hand van een vooraf opgestelde interviewgids werden diepte-interviews afgenomen die nadien kwalitatief geanalyseerd werden m.b.v. het softwareprogramma Nvivo.

Resultaten: Elf van de 14 artsen waren (overwegend) positief over het concept en dat vooral omdat de apotheker meer betrokken wordt en alles dubbel controleert. Drie artsen hadden echter hun bedenkingen over het vernieuwende van deze functie en over het vervagende onderscheid tussen artsen en apothekers. Vier van de 14 geïnterviewde huisartsen hadden geen enkel idee of er patiënten uit hun bestand een huisapotheker hebben, negen anderen hadden wel al eens een medicatieschema van de apotheker gezien tijdens een huisbezoek of consultatie. Drie artsen vermeldden dat er af en toe onverwachte wijzigingen optreden in hun medicatieschema en iemand anders zei af en toe problemen te hebben met het uploaden van medicatieschema's op Vitalink. Alle artsen – uitgenomen één – vonden dat de apotheker gerust toezicht mag houden op de medicatie, mogelijke interacties en bijwerkingen mag melden en voorstellen mag doen, zonder zelf zaken te wijzigen. Slechts de helft van de geïnterviewde artsen was positief over het voorstel om apothekers meer toegang te verlenen tot medische informatie. Tien artsen vonden dat het afleveren van een correcte medicatielijst een gedeeltelijke verantwoordelijkheid is van arts en apotheker; de overige 4 kozen hierin duidelijk een kant. Qua verbeterpunten vonden 4 artsen dat het concept nog wat bekender moet gemaakt worden, suggereerden 4 anderen dat er een apart kanaal moet komen om te communiceren met de apothekers en vond de helft dat er op technisch vlak nog heel wat kan verbeterd worden. Vijf artsen vonden dat in de toekomst iedereen een huisapotheker mag hebben; 3 onder hen vonden zelfs dat het verplicht mag worden.

Conclusie: Uit de diepte-interviews bleek dat de huisartsen algemeen positief zijn over het concept. De apotheker mag van hen – naast het informeren van de patiënt – ook gerust toezicht houden op de medicatie en mogelijke interacties en bijwerkingen melden. Op de vraag of hij ook meer toegang moet krijgen tot klinische gegevens kwam geen eensgezind antwoord. Verder heerst er ook nog heel wat discussie over wie de verantwoordelijkheid draagt voor het opstellen en beheren van de medicatielijst. Technische problemen omtrent het uploaden en delen van medicatieschema's kwamen naar voor als belangrijkste drempel. Het elektronisch platform dient dus nog geoptimaliseerd te worden, zodoende de communicatie tussen de zorgverleners te verbeteren en makkelijker medicatieschema's te kunnen uitwisselen. In deze studie kwamen enkele grote lijnen duidelijk naar voor, maar in de toekomst zijn nog meer en grotere kwantitatieve en kwalitatieve studies vereist om het (voorlopige) effect van de huisapotheker en de meningen van alle betrokken partijen verder bloot te leggen.

Sleutelwoorden: huisapotheker, chronische zorg, polyfarmacie, farmaceutische zorg, medicatieschema

1 Inleiding

1.1 Het concept huisapotheker

Sinds 1 oktober 2017 kunnen apothekers die werkzaam zijn in een openbaar erkende apotheek (officina) aan patiënten voorstellen om hun 'huisapotheker' te worden en hen zo bij hun medicamenteuze behandeling te begeleiden en op te volgen. Dit is geen éénmalige prestatie, maar een continu proces. [1]

De voornaamste taak van de huisapotheker is het toezicht houden op de medicatie van de patiënt om zo het aantal fouten gemaakt door patiënten en voorschrijvers te minimaliseren. Dit betreft zowel onjuistheden in de posologie (dosis en moment van inname) als mogelijk nadelige bijwerkingen en zelfs mogelijke interacties met andere geneesmiddelen. De huisapotheker dient daarom een medicatieschema op te stellen en het toegankelijk te maken voor de patiënt en voor alle andere zorgverleners waarmee hij een therapeutische relatie heeft. Dit schema moet alle geneesmiddelen bevatten die de patiënt op een gegeven moment gebruikt, zowel de voorschriftplichtige als de vrij afgeleverde. Bovendien moet het de gezondheidsproducten bevatten die de doeltreffendheid van de geneesmiddelen zouden kunnen beïnvloeden (zoals de 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 wanneer de patiënt het vraagt. [1] De huisarts blijft bevoegd voor de diagnose en het instellen van de behandeling, maar de apotheker voert die therapeutische intentie uit door de voorgeschreven geneesmiddelen af te leveren. Dit wordt ook wel farmaceutische zorg genoemd en houdt in dat apothekers mee instaan voor de veiligheid en het resultaat. [2]

Door een huisapotheker te kiezen, geeft de patiënt dus ook toestemming voor het delen van zijn gegevens. Enerzijds moet het medicatieschema namelijk ter beschikking worden gesteld van andere zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt hebben (behandelend arts, specialist, thuisverpleegkundige, tandarts, enz.). Dit kan tegenwoordig via Vitalink, een elektronisch platform ontwikkeld door de Vlaamse overheid waarlangs medische gegevens van patiënten eenvoudig en veilig kunnen uitgewisseld worden tussen zorgverleners. Via dit platform kunnen eveneens vaccinaties, bevolkingsonderzoeken en een korte samenvatting van het medisch dossier oftewel Sumehr (Summarized Electronic Health Record) gedeeld worden. Anderzijds kan de huisapotheker via het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD) relevante informatie over de geneesmiddelen van de patiënt met andere apothekers delen. Zij kunnen dan die informatie raadplegen als de patiënt om één of andere reden een andere apotheek moet bezoeken. Alle huisapothekers zijn op dit GFD aangesloten. Zo wordt de samenwerking tussen artsen en apothekers verbeterd en bijgevolg de kwaliteit van de zorg geoptimaliseerd. [1][2]

In principe heeft elke patiënt het recht om een huisapotheker te kiezen die zijn medicatie beheert, net zoals elke patiënt een huisarts kan aanduiden als beheerder van zijn Globaal Medisch Dossier (GMD). De ziekteverzekering betaalt op dit moment de prestatie van de 'huisapotheker' echter enkel terug voor chronische patiënten die aan volgende strikte voorwaarden voldoen: minstens 5 verschillende terugbetaalde geneesmiddelen (dat wil zeggen minstens 5 verschillende werkzame bestanddelen) hebben gekocht in eenzelfde officina-apotheek, over een periode van 1 jaar, waarvan minstens 1 geneesmiddel voor chronische behandeling. Chronische behandeling houdt in dat er in de loop van de laatste 12 maanden minstens 160 Defined Daily Doses (DDD) zijn afgeleverd. Mensen die in rust- of verzorgingstehuizen verblijven, vormen echter een categorie die uitgesloten wordt. Binnen deze grote groep mensen wordt bovendien prioriteit gegeven aan een aantal subgroepen. Zo

wordt er voornamelijk gefocust op patiënten die een statuut van 'chronisch zieke' hebben of in een voortraject diabetes zitten, en echt gepolymediceerde patiënten die minimum 5 chronische geneesmiddelen innemen gedurende 1 jaar. Verder wordt ook bijzondere aandacht gevestigd op patiënten die om allerlei redenen nood hebben aan extra begeleiding door de apotheker. Dit kan te maken hebben met specifieke pathologie, bepaalde risico's, slechte therapietrouw of sociale problematiek. [1]

Apothekers krijgen een vergoeding wanneer ze zich structureel engageren om het GFD te beheren en een medicatieschema ter beschikking te stellen van patiënt, huisarts en mogelijke andere zorgverstrekkers. [2] Het betreft een forfaitair bedrag van 31,80 EUR (inclusief btw) per jaar en per patiënt en dit neemt de mutualiteit volledig ten laste, indien voldaan wordt aan bovenstaande voorwaarden. Voor de patiënt zijn de diensten van de huisapotheker dus volledig kosteloos. [1]

1.2 De rol van de huisapotheker

Wereldwijd wordt een enorme toename van de verwachte levensduur gezien. [4] Cijfers van het Agentschap Zorg & Gezondheid tonen dat ook de levensverwachting in Vlaanderen de laatste 10 jaar enkel nog gestegen is, hetgeen in combinatie met minder geboortes leidt tot vergrijzing. [5] Hierdoor neemt de prevalentie van chronische aandoeningen toe en dient de gezondheidszorg steeds grotere budgetten te voorzien om deze aan te pakken. Chronische ziekten gaan namelijk vaak gepaard met polyfarmacie. [4]

Met polyfarmacie wordt bedoeld dat een patiënt 5 of meer geneesmiddelen chronisch gebruikt heeft gedurende het voorbije jaar en de prevalentie ervan is voornamelijk hoog in de oudere populatie. Uit gegevens van Farmanet blijkt dat in 2012 ongeveer 19% van de 65-plussers chronisch gebruik maakte van 5 of meer verschillende chronische geneesmiddelen. Bij de 75-plussers loopt dit zelfs op tot bijna 23%. Ouderen zijn op het gebied van effectiviteit en bijwerkingen van geneesmiddelen een kwetsbare groep en dit door fysiologische veranderingen, zoals een afname van de nierfunctie en het levermetabolisme en een toename van de vet-waterratio, en toename van comorbiditeiten. [6]

Polyfarmacie wordt bovendien geassocieerd met slechte therapietrouw, met interacties tussen de geneesmiddelen, met medicatiefouten en met bijwerkingen. Deze kunnen leiden tot valaccidenten, heupfracturen, verwardheid, nierinsufficiëntie en delirium wat dan op zijn beurt weer een toename van hospitalisaties en mortaliteit kan geven. [6][7] Het is echter niet duidelijk of er van een zuivere oorzaak-gevolgrelatie kan gesproken worden, gezien medicatiegebruik vaak een weerspiegeling is van de onderliggende gezondheidsstatus en polyfarmacie dus wel noodzakelijk kan zijn i.k.v. multimorbiditeit. [7][8]

Hoe dan ook dient bij chronische patiënten met polyfarmacie in de eerste plaats een compleet en correct medicatieschema opgesteld te worden en moet dit nadien ook up-to-date worden gehouden, zegt Rose et al. Dit schema vormt namelijk de basis van alle wijzigingen in therapie. [9] Een andere studie aan Universiteit Gent wees uit dat de huisapotheker kan bijdragen tot meer uitgebreide en accurate medicatieschema's voor de patiënt door wijzigingen aan te brengen in bijvoorbeeld het innamemoment en extra informatie toe te voegen zoals de indicatie. [10] Apothekers kunnen ook een belangrijke rol spelen in het up-to-date houden van medicatielijsten. [11]

Een Nederlandse studie toonde aan dat medicatiereview door apothekers, in samenspraak met de huisarts, het aantal geneesmiddelen per patiënt kan doen zakken en dat dit effect gedurende minstens 3 maand wordt aangehouden. [12] Apothekers kunnen ook mogelijke interacties en bijwerkingen opsporen, maar evengoed onderbehandeling detecteren. [13] Door dit alles kunnen kosten en

medicatiefouten worden verminderd. [12] Verder werd in enkele studies gevonden dat medicatiereview door de apotheker eveneens positieve effecten heeft op klinische parameters zoals de glycemiewaarden bij diabetici, de bloeddruk en de cholesterol. [11]

Studies tonen aan dat patiënten over het algemeen positief onthalen dat hun medicatielijst eens van naderbij wordt bekeken en dat ze er ook de voordelen van ervaren. [14][15] Patiënten hebben vaak een vertrouwensband met hun huisarts, iets wat met de apotheker minder het geval is. [15] Toch appreciëren ze de persoonlijke aanpak van de apotheker, met betrekking tot uitleg en advies. [14] Medicatiereview is echter tijdrovend, waardoor best gefocust wordt op hoog risicopatiënten en patiënten die dit zelf willen. [12]

Farmaceutische zorg heeft heel wat voordelen, maar het succes ervan is sterk afhankelijk van de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. [16] Apothekers hebben een zeer grote kennis over geneesmiddelen, maar missen belangrijke informatie omtrent de indicatie, terwijl artsen dan weer veel klinische kennis hebben maar weinig zicht op de therapietrouw van de patiënt. [17][15] Op dit moment bestaat er nog maar weinig interprofessionele communicatie [17] en het hanteren van een uniform medicatieschema binnen een multidisciplinaire samenwerking kan evenzeer nog verbeterd worden. [10] Een optimaal gebruik van het elektronisch dossier zou hierin in een oplossing kunnen bieden. [17] Volgens Hazen et al. moet de apotheker echter een duidelijkere rol krijgen in de eerstelijnszorg.[16]

1.3 Doel van deze studie

De huisapotheker is een vrij recent fenomeen dat veel kan betekenen binnen de gezondheidszorg, maar nog volop in ontwikkeling is. In deze verkennende studie wordt nagegaan wat de opvattingen van de huisartsen zijn hieromtrent. Welke ervaringen hebben zij tot nu toe? Hebben ze reeds drempels ondervonden of enkel nog maar voordelen? Zijn er verbeterpunten voor de toekomst? Deze meningen kunnen bijdragen tot verbeteringen in de functie van de huisapotheker, zodat we deze optimaal kunnen inzetten in de zorg voor patiënten met polyfarmacie.

Dit onderzoek maakt deel uit van een grotere mixed method studie van vijf HAIO's rondom het concept "huisapotheker". Enerzijds omvat dit een kwalitatief luik waarin door middel van diepte-interviews onderzoek werd gedaan naar de opvattingen van patiënten, artsen en apothekers. Anderzijds werd er ook kwantitatief onderzoek gedaan naar de meerwaarde van de huisapotheker en dit aan de hand van dataverzameling vanuit het medisch dossier en vragenlijsten en door de medicatieschema's van een aantal individuele patiënten te vergelijken met die waarover hun huisartsen en vaste apothekers beschikken. Hierop werd dan medicatiereview toegepast m.b.v. de GheOPS-tool.

2 Methode

Nadat het studieprotocol (zie appendix I) goedgekeurd werd door het Ethisch Comité van het UZ Gent (zie appendix II) werd gestart met de inclusie van de deelnemers. Het opzet was om 10 tot 15 huisartsen te rekruteren via proposive sampling in de verschillende regio's waar ik – als onderzoeker – en de andere HAIO's die deelnemen aan de moederstudie werkzaam zijn. De studiepopulatie diende zo heterogeen mogelijk verdeeld te zijn, zowel qua demografische gegevens als qua houding ten opzichte van het concept huisapotheker.

Zo slaagde ik er in 14 huisartsen, namelijk 7 mannen en 7 vrouwen, te rekruteren voor het onderzoek. Hun leeftijden variëren tussen 29 en 64 jaar en de praktijken waarin ze werkzaam zijn, liggen verspreid over Oost- en West-Vlaanderen. Onder hen bevinden zich allereerst de 5 praktijkopleiders van de HAIO's in kwestie en 2 artsen uit de LOK-groep van de regio waar ik momenteel aan het werk ben. Via de Blauwe Zone op de spoedgevallendienst van AZ Sint-Lucas Gent, waar ik mijn eerste HAIO-jaar voltooide, kon ik 4 huisartsen overtuigen om deel te nemen. Tijdens een weekendwachtdienst in de Huisartsenwachtpost Meetjesland te Eeklo kon ik ook een arts strikken. Eén bevriende mannelijke arts van 59 jaar kon niet deelnemen wegens tijdsgebrek. Tot slot vroeg ik nog aan 2 jonge kennissen of ze mijn deelnemerspool wouden vervolledigen.

	MAN	**VROUW**
1.	29 jaar – Oostakker (Gent) (e)	29 jaar– Lovendegem (Lievegem) (e)
2.	33 jaar – Aalter (b)	30 jaar – Evergem (c)
3.	40 jaar – Ronse (b)	33 jaar – Sleidinge (Evergem) (a)
4.	41 jaar – Rekkem (Menen) (a)	41 jaar – Oostkamp (b)
5.	54 jaar – Evergem (c)	42 jaar – Sint-Amandsberg (Gent) (b)
6.	57 jaar– Eeklo (d)	49 jaar – Sint-Andries (Brugge) (a)
7.	64 jaar – Wevelgem (a)	50 jaar – Sint-Niklaas (a)

Legende:
a) Praktijkopleiders
b) Blauwe Zone Spoed AZ Sint-Lucas Gent
c) Huisartsenvereniging Evergem
d) Huisartsenwachtpost Meetjesland
e) Kennissen

Nadat aan de deelnemende huisartsen mondelinge en schriftelijke toestemming werd gevraagd door middel van een informatiebrief (zie appendix III) en toestemmingsformulier (zie appendix IV), werden diepte-interviews afgenomen aan de hand van de vooraf opgestelde interviewgids (zie appendix V). In de loop van het onderzoek werd de focus en diepgang van de gestelde vragen echter lichtelijk gewijzigd ten gevolge van overlegmomenten met mijn co-promotor en de andere onderzoekers.

Van deze 14 afgenomen interviews werd nadien een kwalitatieve analyse gemaakt met behulp van het programma Nvivo 12 plus, dat via het softwareplatform Athena van Universiteit Gent ter beschikking wordt gesteld. De interviews werden op deze manier gecodeerd tot 26 kleine 'nodes', die nadien gegroepeerd werden tot 10 grotere: 'Kennis', 'Meningen', 'Ervaringen, 'Contact met apothekers', 'Medicatielijst', 'Bevoegdheden apotheker', 'Verantwoordelijkheden apotheker', 'Toegang dossier', 'Toekomst & verbeterpunten' en 'Uitbreiding concept'. Op basis van deze codering werden de resultaten geëxtraheerd.

Informatie omtrent het concept huisapotheker en zijn toepassing hier in Vlaanderen werd voornamelijk bekomen via de website van het RIZIV, alwaar ik ook cijfergegevens omtrent levensverwachting en polyfarmacie terugvond. Literatuuronderzoek gebeurde door middel van artikels die gevonden werden via PubMed, een online archief van biomedische en gezondheidswetenschappelijke literatuur. Daarbij werden de MeSH-termen “polypharmacy”, “pharmacist” en “primary health care” gebruikt. Verder werden ook relevante artikels bekomen uit de referentielijst van reeds verkregen stukken. Gezien de jonge leeftijd van het fenomeen huisapotheker werd er steeds gezocht naar recente artikels, daterend van na 2017. Verder koos ik voor een goeie combinatie van internationale artikels en studies uit de Lage Landen.

3 Resultaten

3.1 Kennis over het concept

Van de 14 geïnterviewde huisartsen bestond er bij 4 initieel verwarring over het concept. Zij dachten namelijk aan 'de huisapotheek', de voorraad verband- en geneesmiddelen die patiënten thuis hebben liggen. Twee artsen wisten even later echter zeer goed wat ik bedoelde nadat ik vervolgens benadrukte dat het over de persoon ging.

Vier huisartsen hadden geen enkel idee wat een huisapotheker was, maar 3 van hen hoorden wel een belletje rinkelen bij de definitie. De overige 10 huisartsen wisten uiteindelijk toch minstens dat het over de vaste apotheker van de patiënt ging die mee toezicht houdt over de medicatie, waarvan 9 zelfs een vrij goede uitleg konden geven.

3.2 Mening over het concept

De overgrote meerderheid van de geïnterviewde artsen, met name 11 van de 14, was (overwegend) positief over het concept. Vier onder hen opperden dat het goed is dat de apothekers meer klinisch betrokken worden, gezien zij toch ook lange universitaire studies hebben gedaan. "Het geeft ergens ook een gevoel van veiligheid, dat er nog een derde persoon in het spel is die alles nog eens dubbel controleert", zei dan weer iemand anders. Die factor veiligheid en dubbelcheck komt ook nog in een ander interview terug.

Drie van de 14 artsen hadden echter hun bedenkingen. Eentje zei dat ze het eigenlijk de normale taak vindt van de apotheker om toezicht te houden op de medicatie en de afgeleverde voorschriften. Ze wordt in die mening bijgestaan door een mannelijke arts die eraan toevoegt dat hij dus niet zo goed snapt "waarom ze nu ineens met die nieuwe omschrijving naar buiten komen". Verdere navraag in deze groep leverde volgende uitspraken op:

- "Er moet toch een duidelijk onderscheid blijven met de huisarts, vind ik, en door dat concept van de huisapotheker denk ik dat dat een beetje gaat vervagen allemaal"
- "Elk zijne stiel"

De jongste arts merkte op dat 5 chronische geneesmiddelen als criterium voor het krijgen van een huisapotheker wel al veel is en rare situaties kan creëren: "Dan is het natuurlijk moeilijk voor de apotheek om te zeggen: 'Oké, je neemt nu deze 5 dingen, zou dit of dat niet kunnen weggelaten worden?' (lacht) Of als wij iets schrappen, dan verliezen zij hun functie?"

Het financiële aspect werd door 6 van de 14 geïnterviewde artsen spontaan aangehaald, als onderdeel van hun persoonlijke definitie of als vraag uit nieuwsgierigheid. Toen ik bevestigde dat er wel degelijk een premie verbonden is aan de diensten van de huisapotheker, reageerde eentje al lachend: "Dat verklaart veel!" Alle artsen waren echter van mening dat deze extra vergoeding kan en mag, zolang er iets tegenover staat. Iemand zei: "Loon naar werk". Er werd vooral aangehaald dat de patiënten voldoende uitleg moeten krijgen over het schema dat wordt opgesteld en eventuele wijzigingen eraan. Een oudere arts die gevestigd is op het platteland noemde het een soort financiële compensatie voor de taken die de apotheker eigenlijk reeds uitvoeren, zoals het GMD bij de artsen. Die vergelijking werd door meerdere collega's gemaakt. Nog iemand anders sprak dan weer van een extra stimulans om deze taken nog beter uit te voeren. Eén jonge arts vroeg zich echter af waarom het huidige bedrag zo hoog ligt: "Huisartsen hebben toch veel meer werk aan hun GMD?"

3.3 Ervaringen met het concept

Van de 14 geïnterviewde huisartsen hadden er 4 geen enkel idee of er patiënten uit hun bestand een huisapotheker hebben. Eentje stelde het zelfs zo: “Bij mijn weten niet… ik veronderstel dat ik dat anders wel al zou weten?”. De overige 10 waren dan weer overtuigd van wel, maar niemand van hen kon zeggen hoeveel patiënten precies, noch wisten ze hoe ze dit konden achterhalen. “Iedere patiënt die chronische medicatie neemt, zal wel een huisapotheker hebben zeker?”, meende een jonge arts. Twee artsen merkten op dat dit gegeven nergens in het elektronisch dossier te vinden is, noch dat er een lijst kan getrokken worden vanuit het computerprogramma. Er werd door 4 andere artsen geopperd dat dit wel mogelijk moet zijn via Vitalink, maar dan vermoedelijk slechts per patiënt.

Het merendeel van de geïnterviewde artsen (nl. 9 van de 14) heeft al wel eens een medicatieschema van de apotheker zien liggen op huisbezoeken of merkt dat patiënten deze meenemen op consultatie. Eén arts zei dat een medicatieschema van de huisapotheker eens niet overeenkwam met datgene dat zij had opgesteld en vond dat wel spijtig. Twee anderen vonden het dan weer handig dat ze kunnen checken of er verschillen zijn en hoe dat dan komt.

Slechts 2 huisartsen bevestigden dat ze sinds de start van dit concept een pak meer telefoons van apothekers krijgen om interacties of bijwerkingen te melden en voorstellen te doen, iets wat ze beiden als positief ervoeren maar één van hen wel storend vond tijdens het werk. Twee pas afgestudeerde artsen verklaarden dat ze dit nog niet meegemaakt hadden, maar het absoluut niet erg zouden vinden, integendeel.

Drie artsen vermeldden dat er af en toe onverwachte wijzigingen optreden in hun medicatieschema. “Ik zie haperingen in mijn medicatielijst waarvan ik veronderstel dat ze door de apotheker veroorzaakt zijn”. Wanneer de apotheker iets aanpast in het Vitalink-schema, lijken bepaalde medicijnen plots te verdwijnen. “De apothekers kunnen vanuit hun dossier ook op eHealth, maar dat geeft problemen omdat hun systeem niet compatibel is met het onze”, zei één van hen. Nog iemand anders zei af en toe zelf wel eens technische problemen te hebben met de programma’s, zoals het uploaden van de medicatieschema’s op VitaLink: “af en toe loopt dat eens vast”.

Eén arts merkte op dat zijn chronische medicatielijst in het elektronisch dossier sinds het invoeren van de huisapotheker vaak gevuld staat met niet-voorschriftplichtige zaken zoals vitaminen en ervaart dat als zeer storend: “Die moeten daar allemaal niet tussen staan voor mij, dat is verwarrend en creëert zo een rommel”. Verder haalde hij ook aan dat de posologie van medicatie op een andere manier wordt genoteerd door de apotheker en zo ook weer wanorde veroorzaakt in zijn elektronisch dossier. Dit alles wordt echter weerlegd door één van zijn collega’s: “De over the counter medicatie is nog altijd niet zichtbaar in onze programma’s, terwijl ik net dacht dat dat de bedoeling was van het nieuwe systeem?”.

3.4 Contact en overleg tussen artsen en apothekers

Alle artsen verklaarden een goed contact te hebben met de apothekers uit de buurt, uitgezonderd één jongeman die sinds zijn afstuderen enkel nog maar korte vervangingen heeft gedaan en het voorlopig de moeite niet vond om hier tijd in te investeren. Een andere arts in dezelfde situatie beweerde dan weer wél steeds zijn best te doen om tijdens een vervanging de plaatselijke apothekers te leren kennen.

Alle geïnterviewde artsen bevestigden dat het contact met de apothekers voornamelijk of soms zelfs uitsluitend via de telefoon gebeurt en dat het vooral zij zijn die opgebeld worden door de andere partij. Vier artsen verklaarden deze telefoons als storend te ervaren tijdens hun consultaties, maar gaven toe

dat het een noodzakelijk kwaad is. De algehele conclusie bleek dat deze gesprekken meestal wel kort en terecht zijn.

Alle 40-plussers en één vrouwelijke dertiger gaven aan naast het professioneel telefonisch contact de meeste apothekers ook persoonlijk te kennen, omdat ze al jaren in dezelfde gemeente of stad werken en vaak ook wonen. Op die manier komen ze zelf als klant bij hen over de vloer of ontmoeten hen op straat. Vier vrouwen zeiden dat ze aan de schoolpoort heel wat mensen beter hebben leren kennen.

Slechts 3 artsen verklaarden af en toe eens een mailtje te ontvangen van een apotheker en dan vooral in het kader van algemene boodschappen of brochures. Drie collega's uit eenzelfde LOK-groep vertelden dat er recentelijk een Whatsapp-groepje was opgericht met alle artsen en apothekers uit de streek. Langs die weg wordt naar eigen zeggen "op een luchtige manier interessante informatie verspreid", zoals stockbreuken of terugbetalingscriteria.

De helft van de geïnterviewde artsen (7 van de 14) wist te zeggen dat er in hun streek geregeld bijscholingen georganiseerd worden waarop zowel artsen als apothekers aanwezig zijn. Slechts 2 van hen namen effectief de benaming MFO (Medisch Farmaceutisch Overleg) in de mond en nog 2 andere collega's gaven aan dat dit jaarlijks gebeurt. De anderen van deze groep verklaarden dat er tot nu toe weinig regelmaat zat in deze bijeenkomsten, maar dat ze één keer per jaar hiervoor wel prima zouden vinden. Op de vraag of dit ook meermaals per jaar zou mogen, werd tijdsgebrek vaak als belemmerende factor aangehaald.

Vier artsen hadden nog nooit een overleg met de apothekers meegemaakt, de overige 3 herinnerden zich vaag een LOK-groep of bijscholing waarop eens een apotheker kwam spreken. Onder hen bevonden zich 4 artsen die vlakaf zeiden geen voorstander te zijn van gezamenlijk overleg met de apothekers en dit om volgende redenen:

- "Ik zie daar niet echt het nut van in, eerlijk gezegd"
- "Goh, nee, dat is een beetje verloren tijd"
- "Daar heb ik nog niet direct nood aan gehad"
- "In theorie is dat allemaal goed, maar in praktijk denk ik dat iedereen het wel al druk genoeg heeft met zijn werk in combinatie met gezin en vrije tijd en de LOK-groepen die nu al gepland staan"

3.5 Bevoegdheden van de apotheker

Alle geïnterviewde artsen, uitgenomen één, vonden dat de apotheker gerust toezicht mag houden op de medicatie en mogelijke interacties en bijwerkingen mag melden. Daarbij luidde unaniem dat ze voorstellen mogen doen om zaken te wijzigingen, maar niet zelf beslissingen mogen nemen. Slechts vijf van hen beschouwden het werkelijk als de normale taak en plicht van de apotheker om dit te doen. "Zij leveren het ook allemaal af, dus ik vind het maar normaal dat zij dit ook in de gaten houden", verwoordde iemand het. De positieve meningen werden echter ook genuanceerd:

- "Ik denk dat het nu ook niet de bedoeling is dat de apothekers zich artsen gaan voelen. Er moet en mag zeker een bepaalde controle zijn op ons werk, maar ze moeten nu ook niet gaan overdrijven."
- "Ze moeten nu ook niet bij alles wat ik doe commentaar hebben, tenzij er belangrijke interacties zijn natuurlijk."

Eén arts van middelbare leeftijd was absoluut niet akkoord en zei letterlijk: "Ik vind dat de apotheker bij zijn leest moet blijven en dat onze beide terreinen complementair zijn, maar we niet te veel op

elkaars terrein moeten zitten. Eigenlijk moet de apotheker gewoon afleveren wat wij voorschrijven". Dit staat haaks op het gedachtegoed van een jongere collega die het net positief vond dat de apothekers gezien hun lange studies meer klinisch betrokken worden "want als het alleen nog maar medicatie afgeven is, dan is de apotheek enkel nog maar een winkel eigenlijk". Het idee dat de apotheker steeds meer aanzien wordt als een verkoper wordt nog door 2 andere artsen opgebracht:

- "De apotheker is meer en meer een winkel aan het worden, denk ik soms. Ik denk dat het, zeker voor de oudere apothekers, moeilijk wordt om op den duur nog geneeskundig mee te kunnen, omdat ze meer en meer geneigd zijn om hun gamma uit te breiden. Maar waar trek je de grens?"
- "De apotheker is een winkelier geworden hé, dat is geen positieve evolutie. Ze moeten maken dat hun omzet in orde is, maar ze moeten er ook geen commerce van maken."

Eén van hen verklaarde het zo: "Het probleem is dat hun loon afhangt van het aantal en het soort geneesmiddelen dat ze verkopen, terwijl wij als huisartsen daar absoluut geen voordeel van hebben. Maar een apotheker moet uiteindelijk toch zijn zaak laten draaien hé. Dat is een dunne lijn."

Twee artsen benoemden het informeren van de patiënt als belangrijke taak van de apotheker. Daarbij hadden ze het over het correcte gebruik van medicatie, de werking en ook de bijwerkingen. Een oudere arts nuanceerde dit echter: "De apotheker mag daar ook niet in overdrijven, hij moet geen schrik aanjagen over alles". Diezelfde man voegde er aan toe dat het de taak van alle gezondheidswerkers is om de therapietrouw van de patiënt een beetje in de gaten te houden en te verbeteren, maar benadrukte dat "we geen politieagenten zijn".

Drie artsen lieten spontaan hun afkeuring merken bij de therapeutische rol van de apotheker:

- "Een apotheker geeft soms te veel advies aan de patiënten. Het is soms moeilijk om zulke uitspraken achteraf nog recht te zetten. Ze willen soms een beetje te veel arts spelen en daar krijg ik de kriebels van…"
- "Dikwijls zitten ze er volledig naast. Dat is alsof je naar de bakker gaat en je 3 schellen hesp vraagt. Dan moet die bakker ook zeggen: 'Sorry, maar je zit bij de verkeerde' (lacht)"
- "De apotheker moet nu ook niet aan eerstelijnsgeneeskunde beginnen doen. Het eerste consult mag niet plaatsvinden in de apotheek, maar ik merk dat dat in praktijk soms wel zo is"

Eén arts van middelbare leeftijd haalde aan dat er tegenwoordig ook bepaalde zelftesten gepromoot worden én te koop zijn bij de apotheker, zoals de occult-bloedtest voor de stoelgang, en dat hij dat een minder goede ontwikkeling vindt: "Ik zou dat positief vinden moest daar een bezoek aan een arts aan gelinkt worden, maar het zomaar verkopen zonder opvolging…".

Een andere arts reageerde dan weer op het fenomeen dat apothekers voortaan een automatische bloeddrukmeter mogen installeren in hun praktijk om patiënten hierbij te helpen. Hij zei: "Dat is allemaal *foefelare* om hun omzet te vergroten, maar eigenlijk is dat hun taak niet. Wij verkopen ook geen pillen hé".

Een jonge arts vroeg zich af of het concept veel gaat doen aan het geneesmiddelenmisbruik, gezien patiënten nog steeds niet gebonden zullen zijn aan één apotheker.

3.6 Verantwoordelijkheid over beslissingen

Drie van de 14 artsen vonden dat de apotheker in het algemeen meer vrijheid mag krijgen om knopen door te hakken, zonder steeds toestemming te moeten vragen aan de arts. De oudste onder hen verwoordde het zo: "Vroeger trok een apotheker zijn plan, maar nu wordt er voor het minste gebeld.

Ik heb de indruk dat niemand nog echt zijn verantwoordelijkheid durft pakken of risico's durft nemen. Als ze een diploma hebben en ze zijn bekwaam in hetgeen ze doen, geef ze dan verantwoordelijkheid en laat ze doen hé". Terzelfdertijd wierp hij ook een balletje op: "Stel nu dat er eens iets mis loopt, wie is er dan verantwoordelijk?" Zelf ligt hij er naar eigen zeggen niet van wakker, maar het toonde volgens hem wel aan dat het juridisch gezien allemaal nog niet zo goed op punt staat.

Drie anderen stelden dat de apotheker in feite verantwoordelijk is voor de medicatie die hij aflevert en ze hier dan ook op vertrouwen, maar er toch best eerst getelefoneerd wordt naar de arts om eventuele fouten hierin te melden.

De overige artsen waren van mening dat de arts nog steeds de eindverantwoordelijkheid draagt en dat dit niet hoeft te veranderen. Bij onduidelijkheden of problemen moest er volgens hen dan ook te allen tijde contact opgenomen worden met de dokter. "Ik vind dat de huisarts dirigent moet blijven", zei iemand.

Een vrouwelijke arts van middelbare leeftijd zei: "Het geeft ergens ook een gevoel van veiligheid, dat er nog een derde persoon in het spel is die alles nog eens dubbel controleert". Die dubbele controle wordt nog door 2 andere vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie genoemd.

3.7 Toegang tot het medische dossier

Van de 14 geïnterviewde artsen was slechts de helft positief over het voorstel om apothekers (meer) toegang te verlenen tot de medische gegevens van de patiënten. Er werd echter door meerdere artsen benadrukt dat hun persoonlijke notities daarbij niet zichtbaar mogen zijn, gezien die vaak informatie bevatten over familiale en psychische problemen en dit voor de apotheker niet relevant of zelfs geheim is. Voorgeschiedenis, antecedenten en allergieën worden wel door iedereen als essentieel aanzien. Er wordt daarbij een aantal keer verwezen naar de Sumehr. Eén arts had het zelfs over de nierfunctie, rookstatus en BMI.

Een gemeenschappelijk dossier vond men dan weer een stapje te ver. Eén arts haalde daarbij als argument aan dat iedere zorgverlener zo zijn eigen stijl en structuur van noteren heeft, dus dat dit enkel tot frustraties en verwarring zou leiden.

Vier andere collega`s betwijfelden of meer klinische informatie zinvol zou zijn voor de apothekers en stelden zich vragen bij de praktische kant ervan. Verder werd door alle 4 de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts aangehaald als mogelijk belemmerende factoren.

De resterende 4 artsen waren faliekant tegen toegang tot medische informatie voor de apotheker en bekrachtigen dit met volgende uitspraken:

- ''Dat gaat te ver. Waar trek je op den duur nog de grens?''
- ''Ze gaan zich daarin verliezen. Hun medische achtergrond is niet groot genoeg om dat mee te kunnen inschatten en sturen''
- "Als we daar ook nog gaan mee beginnen…"
- ''Laat de apotheker maar apotheker blijven''

3.8 Beheer medicatielijst

Alle artsen verklaarden geregeld de medicatielijst van chronische patiënten te overlopen om te checken welke geneesmiddelen nog ingenomen worden en zo nodig het schema te updaten. Tijdens drukke periodes zoals de winterprik of het griepseizoen wordt dit soms wel eens aan de kant geschoven, gaven 2 jonge artsen toe. Een arts van middelbare leeftijd zei: "Dat schema uitprinten

probeer ik ook wel te doen, maar het is nuttig dat de apotheker daar ook voor zorgt". Zo was er geen enkele arts die systematisch een papieren versie van het schema voorzag voor de patiënt.

Drie artsen vermeldden dat het controleren van de medicatie tijdens huisbezoeken wel eens verwaarloosd wordt of ze het dan achteraf vergeten aanpassen in het dossier. Een huisarts van middelbare leeftijd meldde dan weer trots dat zij dit vermijdt door steeds een laptop mee te nemen op de baan: ''Wij zijn een moderne praktijk! Zo hebben we altijd alles bij de hand en dat bespaart ook een hoop werk achteraf''.

Het merendeel van de artsen (9 van de 14) verklaarde vlot medicatieschema`s te uploaden op Vitalink, of daar toch alleszins zijn best voor te doen. ''Ik probeer wijzigingen altijd zo snel mogelijk aan te passen in CareConnect en te uploaden naar Vitalink, zodat de apotheker dat ook kan zien'', zei een jonge arts. Een oudere arts vond dit dan weer minder evident: ''De overheid wordt strenger en strenger op vlak van die elektronische dingen, maar ze vergeten precies dat de werkdruk ook hoger komt te liggen. En ik word er ook niet jonger op''.

Twee jonge artsen die vervangingen doen, gaven aan dat het elektronisch uploaden van de medicatie en medische gegevens onvoldoende gebeurt bij hen. Enerzijds omdat ze de patiënten onvoldoende kennen, anderzijds omdat het computerprogramma zich er niet toe leent. ''Ik heb er dit jaar wel een paar gedaan, puur voor de premie'', klonk het bij de ene al lachend.

Een oudere arts gaf dan weer vlakaf toe dat hij zich niet bezighoudt met het elektronische luik en zijn HAIO deze taak op zich neemt: ''Ik vind dat wel interessant, maar ik heb daar geen tijd voor. Ik heb daar ook niet voor gestudeerd hé, anders was ik wel boekhouder geworden''. Verder haalt hij ook aan dat al dat computerwerk niet betaald wordt, of toch niet rechtstreeks, en evenmin in voldoende mate.

Slechts 2 van de 14 geïnterviewde artsen waren er sterk van overtuigd dat het afleveren van een correcte medicatielijst de verantwoordelijkheid van de arts is, maar voegden er wel aan toe dat de apotheker gerust een rol kan spelen in het vervolledigen of nazien van dat schema.

- "Uiteindelijk zijn wij degenen die al die medicatie voorschrijven, dus dan denk ik dat het ook onze verantwoordelijkheid is om te zorgen voor een lijst die up-to-date is. De over the counter medicatie kan dan wel nog toegevoegd worden door de apotheker"
- "Ik denk dat het de huisarts is die een medicatielijst moet afleveren, op basis van zijn eigen voorschriften. De apotheker kan er dan wel op toezien dat die voorgeschreven medicatie wel degelijk wordt afgehaald en correct wordt ingenomen"

Nog twee anderen, beiden mannelijke artsen van middelbare leeftijd én gesetteld in een stedelijk gebied, vinden dan weer dat de apotheker het best geplaatst is om een correct schema te voorzien, omdat deze het beste weet wat de patiënt precies allemaal inneemt en wanneer.

De overige 10 artsen twijfelden en spraken over een 'gedeelde' verantwoordelijkheid, een samenwerking of een dubbele controle. Het valt daarbij op dat de termen 'taak' en 'verantwoordelijkheid' vaak verward worden.

- "Het is in de eerste plaats onze taak om een goede medicatielijst op te stellen, maar ik zie de apotheker wel als een soort controle van ons werk"
- "Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de arts, want wij schrijven natuurlijk alles voor, maar de apotheker levert alles af en weet veel beter dan ons wat de exacte posologie is"

- “Qua chronische medicatie is het de eindverantwoordelijkheid van de arts, denk ik, maar ik vind het maar logisch dat de apotheker de over the counter medicatie er ook bij zet”
- “Wij schrijven het voor, maar zij leveren het af… Als de patiënt altijd bij dezelfde apotheker gaat, zou die eigenlijk perfect moeten weten welke medicatie hij neemt”

Het toevoegen van de OTC-medicatie werd door quasi alle artsen aangehaald als taak van de apotheker. Twee artsen benadrukten echter dat het niet de bedoeling is dat alle vitaminesupplementen en cosmetische producten op die lijst terechtkomen.

- “Het zou beperkt moeten blijven tot de medicatie die er echt toe doet. Al de rest is een bezoedeling van ons schema”
- “Je kunt daar zo ver in gaan als je zelf wil, maar alle zalfjes en vitamientjes toevoegen zou een beetje overdreven zijn toch”

3.9 Verbeterpunten voor het concept

Ondanks enkele sceptische meningen in het begin, gaven uiteindelijk alle geïnterviewde huisartsen aan dat het concept mag blijven bestaan en verder mag uitgebreid worden.

Vier van de 14 artsen opperden dat er meer bekendheid moet gecreëerd worden rond de huisapotheker, zowel bij het grote publiek als binnen de medisch wereld. De helft van hen vond het de taak van de apotheker om dat te doen; de overige 2 vonden dat de overheid hier ook een rol in kan spelen. Eén jonge arts maakte de vergelijking met het Globaal Medisch Dossier en concludeerde dat het ook de artsen zijn die dit jaarlijks opnieuw moeten uitleggen aan de patiënt.

Drie artsen suggereerden dat het handig zou om via een apart kanaal te kunnen communiceren over de medicatielijsten of algemene boodschappen te kunnen verspreiden. De motivatie daarvoor luidde dat het niet steeds makkelijk is om elkaar aan de lijn te krijgen en telefoons soms ook wel storend kunnen zijn tijdens het werk. Ze waren er bovendien alle drie van overtuigd dat dit de persoonlijke communicatie tussen artsen en apothekers niet in gevaar zou brengen, gezien er bij dringende zaken toch nog steeds moet gebeld worden.

Een aanzienlijk deel is van mening dat er op technisch vlak nog veel kan verbeterd worden. Vooral de vlotheid waarmee schema’s kunnen worden geüpload en aangepast worden bleek een belangrijk punt te zijn. Het bestaan van 2 aparte medicatieschema’s werd door 3 artsen als inefficiënt beschouwd, maar anderzijds lijkt het op dit moment nog niet mogelijk om probleemloos wijzigingen aan te brengen in dezelfde lijst. Een jonge arts die ijverde voor een gemeenschappelijke lijst kwam met het idee om een soort logsysteem in te voeren, waarbij steeds datum en naam van de arts/apotheker wordt genoteerd bij wijzigingen. Eén arts van middelbare leeftijd was echter sceptisch over de technische problemen: “Het functioneert al jaren niet goed en ik denk dat het moeilijk gaat zijn om dat te optimaliseren”.

Twee artsen gaven aan dat de taken van de apotheker en vooral de grenzen van het concept nog eens goed moeten bekeken worden, vooral ten opzichte van de artsen.

3.10 Uitbreiding van het concept

Eén arts van middelbare leeftijd vond dat de apothekers best wat meer zouden kunnen toezien op de compliance van de patiënt, door te checken of het tijdsinterval tussen de afleveringen wel klopt en de patiënt daar indien nodig over aan te spreken.

Een jonge arts vond dat de apothekers mee aan gezondheidspromotie zouden kunnen doen indien zij ook wat meer informatie zouden krijgen over onder andere het BMI en de rookstatus van de patiënt. Verder stelde ze voor dat de apotheker zich wat meer zou kunnen bezighouden met preventie, bijvoorbeeld door het navragen en bijhouden van de vaccinatiestatus. Een andere vrouwelijke dokter uit dezelfde streek was het daar echter niet mee eens: “Er zijn al zoveel dingen die uitbesteed worden, dus dan vind ik preventie toch een belangrijk stuk van de huisartsgeneeskunde”.

Van de 14 geïnterviewde huisartsen antwoordden er 5 volmondig ja op de vraag of in de toekomst iedereéén een huisapotheker zou mogen hebben. Drie van hen vonden zelfs dat het verplicht zou moeten worden. De argumenten die hiervoor aangehaald werden, waren voornamelijk het aan banden leggen van overconsumptie en shopping, maar ook het voordeel voor de patiënt. “Voor de ene patiënt zijn 3 medicamenten weinig en voor de andere is dat al een hele hoop”. De meerderheid (9 van de 14) vond het echter niet nuttig of zelfs overdreven om ook jonge patiënten of ouderen met louter acute pathologie een huisapotheker toe te kennen. Bovendien werd meermaals gezegd dat dit een hoop extra werk zou betekenen voor de apotheker en mede daarom ook moeilijk te regelen zou zijn.

4 Discussie

4.1 Resultaten

Het is opvallend dat geen enkele arts een idee had hoeveel patiënten uit hun praktijk een huisapotheker hebben, noch hoe ze dit kunnen achterhalen. Een duidelijke vermelding in het elektronisch dossier, laat staan de mogelijkheid om er een overzicht over te krijgen, is tot op heden nog niet aanwezig. Verder hebben artsen evenmin een idee wié de huisapotheker van zijn patiënt is. Deze gegevens zouden in de toekomst toch makkelijker beschikbaar moeten gemaakt worden, om de interprofessionele communicatie en samenwerking te verbeteren.

Alle artsen met een vaste praktijk verklaarden een goed contact te hebben met de apothekers uit de buurt en dit ook belangrijk te vinden. De communicatie verloopt daarbij voornamelijk telefonisch, maar die gesprekken zijn over het algemeen kort en terecht. Sommigen verklaarden dat er sinds de invoer van de huisapotheker meer gebeld wordt. Mailverkeer is eerder zeldzaam, maar Whatsapp kwam naar voor als een nieuwe en luchtige manier om snel informatie te verspreiden over o.a. stockbreuken en terugbetalingscriteria. Het organiseren van jaarlijkse MFO's (Medisch Farmaceutisch Overleg) lijkt nog niet in alle streken ingeburgerd, maar wordt wel algemeen positief onthaald. De artsen die geen voorstander waren van een gezamenlijk overleg of bijscholing met de apothekers, zeiden er het nut niet van in te zien of verklaarden het zo al druk genoeg te hebben. Nochtans zijn zulke avonden een uitgelezen kans om elkaar beter te leren kennen, zowel professioneel als persoonlijk, en dit kan de samenwerking enkel maar ten goede komen.

De meerderheid van de geïnterviewde artsen was (overwegend) positief over het bestaan van de huisapotheker. Dit enerzijds omdat de apotheker omwille van zijn lange studies wel wat meer betrokken mag worden; anderzijds omdat zijn waakzame oog een extra controle betekent en zodus meer veiligheid creëert. Uit een gelijkaardige masterthesis van Caitlin Roscher over de visie van de apothekers blijkt dat deze zelf ook algemeen tevreden zijn over het concept, om dezelfde redenen. [18] Patiënten met een huisapotheker leken in het kwantitatief onderzoek van Gert Loosvelt inderdaad minder PIP (Potentially Inappropriate Prescribing) te hebben dan patiënten zonder, maar dit kon niet statistisch bevestigd worden. [19] Wie als arts negatief was over het concept, zag de toegevoegde waarde er niet van in of wou een duidelijk onderscheid behouden tussen arts en apotheker. Anders dan je zou denken, waren dit niet louter oudere dokters maar mensen van uiteenlopende leeftijden. Hoe dan ook leek het alsof ze hen door deze evolutie bedreigd voelden in hun rol als arts. Uit diepte-interviews met apothekers bleek dat deze vermeende autoriteit van de arts de interdisciplinaire samenwerking soms in de weg staat en zodus de farmaceutische zorg beperkt. Door dit concept zouden apothekers hun band met de patiënten kunnen versterken, evenals hun erkenning als zorgverstrekker. [18]

Een medicatieschema geprint door de apotheker leek voor de meeste artsen de enige praktische ervaring te zijn met het concept tot nu toe en werd over het algemeen positief ontvangen, al leken ze wel op hun hoede voor mogelijke fouten hierin. Uit interviews met patiënten in het kader van de masterproefstudies van Laura Pinson en Sarah Devos bleek dan weer dat zij niet altijd een papieren exemplaar ontvangen van hun huisapotheker, terwijl dit wel degelijk een voorwaarde is. [20][21]

Qua negatieve ervaringen kwamen hoofdzakelijk technische problemen met eHealth en Vitalink naar boven, vooral met betrekking tot het uploaden en delen van medicatieschema's, hetgeen ook door apothekers werd opgebracht. [18] Er werd gesproken over een compatibiliteitsprobleem, waarbij er af en toe onverwachte wijzigingen lijken op te treden in het schema van de arts wanneer de apotheker iets aanpast en vice versa. Sommige artsen stoorden zich aan de 'rommel' die automatisch opdook in

hun schema, terwijl anderen dan weer opmerkten dat de over the counter medicatie nog steeds niet zichtbaar is voor de huisdokter. De meerderheid van de patiënten koopt geregeld analgetica zonder voorschrift, zoals paracetamol en ibuprofen [21], hetgeen een belangrijke impact kan hebben op hun gezondheid maar er anderzijds ook een weerspiegeling van is. Een derde van patiënten zou ook geregeld vitamine- of voedingssupplementen kopen op eigen initiatief, maar dit valt nóg moeilijker te controleren, doordat deze niet uitsluitend in de apotheek te verkrijgen zijn. [21]

Het merendeel van de geïnterviewde artsen vond dat de apotheker gerust toezicht mag houden op de medicatie en mogelijke interacties en bijwerkingen mag melden, als controle op hun werk. Sommigen beschouwen dit zelfs als hun normale taak. In de literatuur werd reeds beschreven dat patiënten deze extra controle over het algemeen positief onthalen. [14][15] Onder de artsen klonk unaniem dat apothekers gerust voorstellen mogen doen om zaken te wijzigingen, maar niet bevoegd zijn om zelf beslissingen te nemen. Daarbij kwam naar voor dat de arts nog steeds de eindverantwoordelijkheid draagt en er daarom best te allen tijde met hem contact wordt opgenomen. Daar tegenover staat vermoedelijk een minderheid die vindt dat de apotheker toch wat meer vrijheid mag krijgen om (kleine) knopen door te hakken zonder steeds toestemming te moeten vragen, dit vooral om telefoons te beperken.
De therapeutische rol van de apotheker stond echter sterk ter discussie. Het geven van medisch advies werd door enkelen als eerstelijnsgeneeskunde beschouwd en zodus als de taak van de huisdokter. Het informeren van de patiënt over het correcte gebruik van medicatie, de werking en ook de bijwerkingen bleek in de ogen van de artsen dan wel weer een zeer belangrijke taak van de apotheker, misschien zelfs de voornaamste. Verder wordt in het kader van deze nieuwe functie ook verwacht dat de patiënten voldoende uitleg krijgen over het schema dat wordt opgesteld en eventuele wijzigingen eraan. Uit eerdere studies blijkt dat patiënten deze persoonlijke aanpak appreciëren. [14] Indien de apotheker effectief de tijd neemt om al deze taken te vervullen, is volgens alle geïnterviewden een extra vergoeding zeker op zijn plaats. Het opstarten en opvolgen van de dossiers kost echter veel tijd en de voorziene verloning zou hier momenteel niet toe in verhouding staan. [18]

Uit een andere masterproefstudie omtrent de visie van de patiënten blijkt dat bij eventuele problemen toch vooral contact wordt opgenomen met de huisarts, omwille van de vertrouwensband, zijn brede kennis en zijn volledige inzage in het dossier. [20] Dit fenomeen wordt ook in de literatuur omschreven. [15] In aansluiting hierop kwam in meerdere artseninterviews naar voor dat de apotheker steeds meer aanzien wordt als een verkoper van geneesmiddelen, die zijn winkel moet doen draaien. Als belangrijkste oorzaken hiervoor werden de uitbreiding van het cosmetische gamma en het financieel voordeel dat verbonden is aan de verkoop van bepaalde merken aangehaald.

Het voorstel om apothekers (meer) toegang te verlenen tot de medische gegevens van de patiënten werd met gemengde gevoelens onthaald. Er werd namelijk betwijfeld of meer klinische informatie wel zinvol zou zijn voor de apothekers, terwijl die laatsten net verklaren essentiële informatie te missen teneinde goede farmaceutische zorg te kunnen verstrekken. [18] Uit een andere masterthesis blijkt eveneens dat apothekers medicatietools als GheOPs beter zouden kunnen toepassen indien zij over meer klinische gegevens zouden beschikken. [19] De vraag die speelde onder de artsen was echter of dit niet in strijd is met de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts. Er werd her en der benadrukt dat persoonlijke notities om die redenen absoluut niet zichtbaar mogen zijn, maar voorgeschiedenis, antecedenten en allergieën mogelijk wel belang kunnen hebben. Een aantal keer werd verwezen naar de Sumehr, maar een gemeenschappelijk dossier vond men dan weer een stapje te ver.
Uit alle interviews bleek dat de artsen geregeld de medicatielijst van chronische patiënten overlopen om te checken welke geneesmiddelen nog ingenomen worden en welke niet. Het systematisch uitprinten van een schema voor de patiënt lijkt minder gangbaar en kan zeker door de huisapotheker opgevangen worden. Het uploaden op Vitalink loopt over het algemeen vlot, maar blijkt zeer

tijdintensief. De overheid legt bovendien steeds strengere regels op, waardoor de werkdruk ook hoger komt te liggen. Nochtans vormt het elektronisch uploaden en delen van een uniforme medicatielijst een zeer belangrijke schakel in het concept van de huisapotheker en zijn toekomst. [17] De premies die hieraan verbonden zijn, betekenen voor sommige artsen wel een extra motivatie.
Er heerste heel wat discussie onder de artsen over wie de verantwoordelijkheid draagt voor het opstellen en beheren van het medicatieschema en dit bleek onder de apothekers niet anders te zijn. [18] De 2 uitersten werden vertegenwoordigd, maar het merendeel sprak over een 'gedeelde verantwoordelijkheid', waarbij in de eerste plaats de arts als voorschrijver moet zorgen dat zijn lijst klopt, maar de apotheker als leverancier een belangrijke controlefunctie heeft en niet-voorschriftplichtige medicatie moet toevoegen. Dit leunt aan bij het concept van farmaceutische zorg. In het kwantitatief onderzoek van Sarah Devos leek het hebben van een huisapotheker vreemd genoeg niet bij te dragen tot een uniforme medicatielijst voor patiënt en zorgverstrekkers, maar daar waren heel wat beïnvloedende factoren in het spel. [21]

Ondanks enkele sceptische meningen in het begin, gaven uiteindelijk alle geïnterviewde huisartsen aan dat het concept mag blijven bestaan en verder uitgebreid worden. De aangehaalde verbeterpunten situeerden zich voornamelijk op technisch vlak, met name de vlotheid waarmee schema's kunnen geüpload en aangepast worden. Het bestaan van 2 aparte medicatieschema's lijkt inefficiënt, maar anderzijds is het op dit moment evenmin mogelijk om probleemloos wijzigingen aan te brengen in dezelfde lijst. Er werd ook gesuggereerd dat een apart kanaal om te communiceren over de medicatielijsten of om algemene boodschappen te verspreiden handig zou zijn, gezien het niet steeds makkelijk is om elkaar aan de lijn te krijgen en telefoons soms ook wel storend kunnen zijn tijdens het werk. Dit element werd ook door apotheker Erik Jong opgebracht in een interview in Huisarts Nu. [22] Her en der werd enthousiast gereageerd op een uitbreiding van het takenpakket van de apothekers, met bijvoorbeeld toezicht op de compliance, preventie en gezondheidspromotie. Dit vooral om de patiënten nog beter te begeleiden, maar ook om de huisartsen te ontlasten. Anderen gaven dan weer net te kennen dat de grenzen van het concept nog eens goed moeten bekeken worden, zodat er een duidelijk onderscheid blijft tussenbeide. Het lijkt alleszins belangrijk om steeds een bezoek aan de huisarts te koppelen aan preventieve acties, zodat er zo nodig ook therapeutisch kan ingegrepen worden. [22]

Momenteel komen enkel patiënten die 5 of meer chronische geneesmiddelen nemen in aanmerking voor een huisapotheker. Het tegengaan van overconsumptie en shopping werd aangehaald als argument om deze criteria te verruimen; sommige artsen willen het om die reden zelfs laten verplichten. De patiënt moet tot op heden namelijk nog steeds zijn schriftelijke toestemming geven om een dossier op te starten en zijn gegevens te delen, hetgeen als een barrière zou werken [18] en individuen die misbruik maken logischerwijs afschrikt. Het initiatief voor het opstarten lijkt momenteel voornamelijk van de apotheker zelf te komen en wordt eerder zelden geweigerd [20], maar werkelijk verplichten staat de persoonlijke vrijheid van (voornamelijk) jongere patiënten natuurlijk in de weg. Nochtans claimt het concept een open en duurzame relatie die geen exclusiviteit verleent aan één bepaalde apotheker. [2] Verder is de vraag natuurlijk of jongere patiënten en mensen met louter acute pathologie baat zouden hebben bij een huisapotheker. Bovendien zou dit de apothekers vermoedelijk met een pak extra werk opzadelen.

4.2 Studiedesign

In deze studie werden slechts een beperkt aantal interviews afgenomen, namelijk bij 14 huisartsen dewelke geïncludeerd werden door middel van proposive sampling. Onder hen bevonden zich de praktijkopleiders van mezelf en die van de 4 andere HAIO's die deelnamen aan de moederstudie. Bijgevolg is het niet onlogisch dat zij al meer wisten over het onderwerp van deze thesis dan een

willekeurige arts. Het viel me echter op dat dit zich niet noodzakelijk reflecteerde in een positievere mening over het concept.

In het opzet een zo heterogeen mogelijke spreiding te bekomen van de demografische gegevens, contacteerde ik nog mondjesmaat 9 andere artsen, gebruikmakend van mijn eigen professionele en persoonlijke contacten. Eén bevriende arts kon door tijdsgebrek niet deelnemen en werd vervangen door iemand anders. Uiteindelijk bekwam ik een gelijke verdeling in geslacht, namelijk 7 mannen en 7 vrouwen, en een waaier aan leeftijden. Het kan bijgevolg niet uitgesloten worden dat er een selectiebias in het spel was. Door het gebrek aan willekeur kunnen er evenmin kwantitatieve conclusies getrokken worden uit de resultaten.

Voor de gegevensverwerving maakte ik gebruik van diepte-interviews in plaats van klassieke enquêtes, in de hoop hiermee meer data te kunnen bekomen over dit nog relatief onbekende onderwerp. Bij vragenlijsten zou ik immers niet de kans gehad hebben om bepaalde zaken te verduidelijken – om te beginnen het onderwerp zelf – of om verder in te gaan op bepaalde antwoorden. Verder ben ik er ook van overtuigd dat een mening vlotter gezegd wordt dan geschreven, waardoor impulsieve en daardoor vaak interessante uitspraken eerder schaars zouden zijn.

Anderzijds bleek het in bepaalde interviews moeilijk om een vlotte interactie te creëren. Er werden bitter weinig thema's spontaan aangesneden, waardoor er vaak een opeenvolging ontstond van vragen en (korte) antwoorden. Zo zat er al vrij snel geen variatie meer in de reacties; er trad als het ware een verzadiging op. Mijn beperkte ervaring én kwaliteiten als interviewer zullen vermoedelijk ook een cruciale rol gespeeld hebben. Om die redenen werd uiteindelijk slechts een relatief arme dataset bekomen, wat maakt dat ik tijdens de analyse grotendeels verviel in het coderen volgens de vragen die ik zelf heb gesteld. Bijgevolg kunnen er geen grote of nieuwe conclusies getrokken worden.

4.3 Algemeen besluit

Het hanteren van een correct en uniform medicatieschema voor de patiënt vormt de basis van alle wijzigingen in therapie en is cruciaal in de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. De apotheker kan hier een belangrijke rol in spelen door dit schema up-to-date te houden en geregeld medicatiereview toe te passen zodoende het aantal medicatiefouten te beperken. De huisapotheker is een fenomeen dat op 1 oktober 2017 in het leven werd geroepen om deze taken te concretiseren en farmaceutische zorg te verbeteren. Dit onderzoek had als doel om na te gaan wat de meningen van de huisartsen zijn hieromtrent.

Uit de diepte-interviews bleek dat de huisartsen algemeen positief zijn over het concept. Dit enerzijds omdat de apotheker omwille van zijn lange studies wel wat meer klinisch betrokken mag worden, anderzijds omdat zijn waakzame oog een extra controle betekent en zodus meer veiligheid creëert. De apotheker mag dus naast het informeren van de patiënt ook gerust toezicht houden op de medicatie en mogelijke interacties en bijwerkingen melden. De vraag is echter of hij niet meer toegang moet krijgen tot medische gegevens zodat hij deze taak ten volle kan uitvoeren, maar hierop kwam geen eensgezind antwoord. Technische problemen omtrent het uploaden en delen van medicatieschema's kwamen naar voor als belangrijkste drempel. Verder heerst er ook nog heel wat discussie over wie de verantwoordelijkheid draagt over het opstellen en beheren van de medicatielijst.

Het concept moet alleszins nog wat bekender gemaakt worden en dit zowel bij de huisartsen als bij het grote publiek, waardoor deze functie ook beter zal benut worden. Onbekend maakt immers onbemind. De overheid kan hier zeker een rol in spelen door middel van informatieve campagnes op de openbare omroep, maar ook de apothekers zelf kunnen door middel van mond-tot-mondreclame heel wat bereiken. Verder dient het elektronisch platform geoptimaliseerd te worden zodoende

makkelijker medicatieschema's te kunnen uitwisselen en de communicatie tussen de zorgverleners te verbeteren.

In deze masterproef kwamen enkele grote lijnen naar voor, maar in de toekomst zijn nog meer en grotere kwantitatieve en kwalitatieve studies vereist om het (voorlopige) effect van de huisapotheker en de meningen van alle betrokken partijen verder bloot te leggen. Op die manier kunnen gerichte aanpassingen gedaan worden aan het beleid.

Bibliografie

1. RIZIV. Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker. 2018. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/huisapotheker-begeleiden-chronische-patienten.aspx.

2. Lieven Zwaenepoel. De huisapotheker stapt op de tandem met de huisarts. Huisarts Nu 2017;46(5):201-202.

3. Agentschap Zorg & Gezondheid. Wat is Vitalink?. Beschikbaar via https://www.vitalink.be/.

4. 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.

5. Agentschap Zorg & Gezondheid. Levensverwachting en vroegtijdige sterfte (2016). 2018. Beschikbaar via https://www.zorg-en-gezondheid.be/levensverwachting-en-vroegtijdige-sterfte-2016.

6. RIZIV. Infospot - Polyfarmacie bij ouderen. 2014. Beschikbaar via http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot-2014-01-nl.pdf.

7. Fried TR, O'Leary J, Towle V, et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2014;62:2261–2272.

8. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate polyfarmacy and medicine safety: when many is not too many. Drug Saf. 2016;39(2):109–116.

9. Rose AJ, Fischer SH, Paasche-Orlow MK. Beyond medication reconciliation: the correct medication list. JAMA 2017;317(20):2057-2058.

10. Foubert K, Mehuys E, Claes L, 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, DOI: 10.1080/17843286.2018.1521903

11. Jokanovic N, Tan ECK, Sudhakaran S, et al. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. Res Soc Adm Pharm 2017;13(4):661-685.

12. Hurmuz M, Janus S, van Manen JG. Changes in medicine prescription following a medication review in older high-risk patients with polypharmacy. Int Journ Clin Pharm 2018; 40:480-487.

13. Hazen ACM, Zwart DLM, Poldervaart JM, et al. Non-dispensing pharmacists' actions and solutions of drug therapy problems among elderly polypharmacy patients in primary care. Fam Pract 2019. doi: 10.1093/fampra/cmy114. [Epub ahead of print]

14. Snell R, Langran T, Donyai P. Patient views about polypharmacy medication review clinics run by clinical pharmacists in GP practices. Int J Clin Pharm (2017) 39:1162–1165.

15. Uhl MC, Muth C, Gerlach FM, et al. Patient-perceived barriers and facilitators to the implementation of a medication review in primary care: a qualitative thematic analysis. BMC Family Practice 2018;19(1):3. DOI 10.1186/s12875-017-0707-0.

16. Hazen ACM, de Bont AA, Leendertse AJ, et al. How clinical integration of pharmacists in general practice has Impact on medication therapy management: a theory-oriented evaluation. Int Journal of Integrated Care 2019;19(1):1,1-8.

17. Mercer K, Burns C, Guirguis L, et al. Physician and pharmacist medication decision-making in the time of electronic health records: mixed-methods study. JMIR Hum Factors 2018;5(3):e24.

18. Roscher C. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende 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?. Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent. Masterproef huisartsgeneeskunde, 2019.

19. Loosvelt G. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-model studie. Leidt het hebben van een huisapotheker tot een vermindering van het aantal ‘potentially inappropriate prescribing’? Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent. Masterproef huisartsgeneeskunde, 2019.

20. Pinson L. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende mixed-model studie. Wat is de visie van patiënten op het concept "huisapotheker" en hoe kunnen hun ervaringen bijdragen aan een optimale zorg bij polyfarmacie?. Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent. Masterproef huisartsgeneeskunde, 2019.

21. Devos S. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts: een verkennende 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?. Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent. Masterproef huisartsgeneeskunde, 2019.

22. Filip Ceulemans. Interview met huisarts Erik De Jong en apotheker Björn Simons: Huisarts en huisapotheker trekken aan hetzelfde zeel. Huisarts Nu 2017;46(5):198-200.

Appendices

Appendix I: Goedgekeurd studieprotocol

Volledig studieprotocol

Inleiding

De 'huisapotheker' is een nieuw concept dat sinds 1 oktober 2017 erkend wordt door het RIZIV en terugbetaald wordt voor chronische patiënten. In die doelgroep worden de patiënten met polyfarmacie als prioritair beschouwd, dat zijn diegenen die minstens 5 chronische geneesmiddelen in 1 jaar innemen.
De voornaamste taak van de 'huisapotheker' is het afleveren van een volledig, correct en up-to-date medicatieschema. Dit schema 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 de 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 wanneer de patiënt het vraagt.

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 van andere zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt hebben (behandelend arts, specialist, thuisverpleegkundige, tandarts, enz.). 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 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.

Dit onderzoek maakt deel uit van een grotere mixed method studie van vijf HAIO's rondom het concept huisapotheker. Er wordt onderzoek gedaan naar de opvattingen van patiënten, artsen en apothekers en tevens naar de objectieve meerwaarde van de huisapotheker. Wij willen enerzijds kwalitatief onderzoek doen naar de rol van de huisapotheker, welke drempels en opportuniteiten er ervaren worden en hoe we de functie van de huisapotheker optimaal kunnen inzetten voor de zorg voor patiënten met polyfarmacie. 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. Hierop zullen we dan medicatiereview toepassen aan de hand van de START/STOPP-criteria. Concreet omvat de studie de onderstaande onderzoeksvragen, die elk zullen worden onderzocht door de vermelde HAIO. Deze aanvraag is specifiek toegespitst op onderzoeksvraag nummer twee.

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 hun 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 Loosevelt.

Laura Pinson zal uit de geïncludeerde patiënten 10 tot 15 patiënten selecteren door middel van proposive sampling voor diepte-interviews. Karianne Stockman zal 10 tot 15 huisartsen rekruteren, te beginnen met de praktijkopleiders van de onderzoekers en verder via proposive sampling binnen de LOK-groepen van de praktijkopleiders. Caitlin Roscher zal 10 tot 15 apothekers rekruteren via proposive 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

Karianne Stockman, Caitlin Roscher en Laura Pinson zullen diepte-interviews afnemen bij respectievelijk huisartsen (zie bijlage 4), apothekers (zie bijlage 5) en patiënten (zie bijlage 6).

De gegevens voor het kwantitatieve onderzoek door Sarah Devos en Gert Loosvelt worden verkregen aan de hand van de data template (zie bijlage 7) en vragenlijst (zie bijlage 8). 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.

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 teweegbrengen 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.

Appendix II: 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**
	2018/0547	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 de huisartsen op de samenwerking met apothekers in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe draagt het concept "huisapotheker" hieraan bij? (MaNaMa Karianne Stockman)

Belgisch Registratienummer: B670201836966

Fase (Phase): NVT/NA

* Antwoord onderzoekers via mail dr. K. Stockman dd. 04/07/2018 op opmerkingen EC dd. 06/04/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 6/05/2018
* Protocol (versie 2) dd. 6/05/2018
* informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten (versie 2) dd. 6/05/2018
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 6/05/2018
* Interviewguide
  - Perspectieven en ervaringen van huisartsen met het concept 'huisapotheker': Interviewgids (versie 2) dd. 06/05/2018
  - Perspectieven en ervaringen van apothekers met het concept 'huisapotheker': Interviewgids (versie 2) dd. 06/05/2018
  - Interviewgids perspectieven en ervaringen van patiënten met de huisapotheker (versie 2) dd. 06/05/2018
* Vragenlijsten
  - Data template (versie 2) dd. 06/05/2018
  - Vragenlijst patiënt (versie 2) dd. 06/05/2018

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)*

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

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**
	2018/0547	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

Appendix III: Informatiebrief

Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

1. Titel van de studie:

Ervaringen en perspectieven van huisartsen in verband met de nieuwe paramedische functie 'huisapotheker': een kwalitatief onderzoek.

2. 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 huisartsen op het concept 'huisapotheker' te bevragen en zo te ontdekken wat de voordelen en vooral wat de mogelijke drempels zijn die zij hierin ondervinden.

3. Beschrijving van de studie:

De 'huisapotheker' is een nieuw concept dat op 1 oktober 2017 in het leven geroepen werd. Patiënten kunnen een huisapotheker kiezen indien er in het voorbije jaar minimum 5 terugbetaalde geneesmiddelen werden afgeleverd, waarvan ten minste één chronisch gebruikt wordt. Enerzijds wordt beoogd een volledig, correct en up-to-date medicatieschema af te leveren aan alle betrokken partijen 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.
In deze studie willen we door middel van persoonlijke interviews onderzoeken wat de ervaringen van huisartsen met deze nieuwe functie zijn. Is dit concept een goede manier om het medicatiegebruik van patiënten met polyfarmacie? Bevordert dit de samenwerking tussen huisartsen en apothekers? Wat zijn de drempels die u ondervindt en wat zijn mogelijke verbeterpunten?

De verwachte duur van de studie is 6 maanden en er zullen in totaal 10 à 15 artsen deelnemen.

4. Wat wordt verwacht van de deelnemer?

U wordt één keer uitgenodigd voor een gesprek. De onderzoeker zal voor dit gesprek naar uw praktijk komen en het gesprek zal ongeveer dertig minuten tot één uur in beslag nemen.
Tijdens dit gesprek zal uw mening over en persoonlijke ervaringen met het concept 'huisapotheker' bevraagd worden. Het is niet de bedoeling om specifieke patiënten te bespreken, noch om medische informatie te delen.
Als u toestemt om mee te werken aan deze studie, wordt uw medewerking gevraagd voor dit gesprek. U kunt op elk moment uit de studie stappen, gelieve ons dan te verwittigen.

5. 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 aan 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 diens praktijkopleider.
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.

6. Procedures:

Procedures:

Er zal een interview over uw visie op het concept 'huisapotheker' afgenomen worden. Dit zal ongeveer 30-60 minuten tijd in beslag nemen en kan in uw eigen praktijk 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)

7. 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.

8. Kosten:

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

9. Vergoeding:

Er is geen vergoeding voorzien.

10. 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 bent om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen 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 vertrouwelijk blijven.

11. 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 desbetreffende verzekeraar.

12. 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:

Karianne Stockman
Huisarts in opleiding
e-mail: Karianne.Stockman@UGent.be

Appendix IV: Toestemmingsformulier voor deelname

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 “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:

Appendix V: Interviewgids

Perspectieven en ervaringen van huisartsen met het concept 'huisapotheker': Interviewgids

---

Inleiding

Voor deze thesis in het kader van de MaNaMa Huisartsgeneeskunde wordt een kwalitatief onderzoek opgezet omtrent het concept 'huisapotheker'.
Aan de hand van enkele gesloten maar voornamelijk open vragen willen we inzicht krijgen in de ideeën en ervaringen van de huisartsen over en met deze nieuwe functie.

- Wat loopt goed en wat minder?
- Wat zijn de verbeterpunten?
- Wat is de rol van de huisapotheker?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen apothekers en artsen?
- Wie heeft baat bij het hebben van een huisapotheker?

Demografische gegevens

- Leeftijd en geslacht van de huisarts?
- Locatie van de huisartsenpraktijk (stad/platteland)?
- Aantal patiënten dat een huisapotheker heeft?

Vragen

- Wat is uw mening over het concept 'huisapotheker'?
  - Welke zijn volgens u de voordelen?
  - Welke zijn de nadelen?
- Wat is uw persoonlijke ervaring met de huisapotheker? Zijn er reeds patiënten uit uw bestand hiermee gestart? En zo ja:
  - Welke drempels heeft u reeds ondervonden?
  - Welke verbeterpunten zijn er?
- Hoe verloopt de communicatie met de (huis)apothekers?
  - Systematisch of enkel bij problemen?
  - Telefonisch, per mail/briefwisseling of persoonlijk?
  - Contacteert u geregeld apothekers of contacteren zij u?
- Wat zijn volgens u de taken van de huisapotheker?
- Bij wie vindt u dat de verantwoordelijkheid ligt om een correct medicatieschema voor de patiënt af te leveren?
- 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 diegenen met de hoogste nood?
  Zo ja: Wie zijn dat dan?