Apothekers als partner in de zorg: Samenwerking tussen huisartsen en apothekers rond polyfarmacie.

Martens Mira, UGent

Promotor: Schrans Diego

Co-promotor: Van Alboom Elien, Detremerie Thibault

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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

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

INHOUDSTAFEL

1. Abstract 1

2. Afkortingen 2

3. Inleiding 3

    3.1 Probleemstelling 3

    3.2 De huisapotheker 3

    3.3 Farmaceutische zorg 4

    3.4 Polyfarmacie 4

    3.5 Medicatienazicht 5

    3.6 Wettelijk kader 6

    3.7 Samenwerking tussen huisartsen en apothekers 7

4. Methodologie 9

    4.1 Literatuuronderzoek 9

    4.2 Kwalitatief onderzoek 10

5. Resultaten 11

    5.1 Demografie 11

    5.2 Samenwerking tussen huisartsen en apothekers 11

        5.2.1 Algemene perceptie over de samenwerking 11

        5.2.2 Kwaliteit van de samenwerking 12

        5.2.3 Bereikbaarheid 13

        5.2.4 Communicatie 13

        5.2.5 Vertrouwen 14

        5.2.6 Opvolging 15

        5.2.7 Voorschriften 15

        5.2.8 Medisch Farmaceutisch Overleg 17

        5.2.9 Gegevensdeling 17

        5.2.10 Evolutie samenwerking 18

    5.3 Het huisapothekerschap 19

        5.3.1 Verloning 19

        5.3.2 Het medicatieschema 20

        5.3.3 Medicatienazicht 21

        5.3.4 Informed consent 22

        5.3.5 Reacties patiënten 22

5.4 Farmaceutische zorg 23
5.4.1 Erkenning 23
5.4.2 Rol als zorgverlener 23
6. Discussie 24
6.1 Samenvatting resultaten 24
6.2 Terugkoppeling naar literatuur 25
6.3 Sterktes en zwaktes 27
6.4 Aanbevelingen 28
7. Conclusie 31
8. Referenties 32
9. Bijlagen 34
Bijlage 1: Protocol 34
Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 35
Bijlage 3: Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemers 38
Bijlage 4: Interviewgids 44

1. ABSTRACT

Achtergrond: Door de vergrijzing wereldwijd neemt multimorbiditeit en daarmee ook polyfarmacie toe. Dit houdt een risico in op geneesmiddelen gebonden problemen (GGP's). Daarom is er steeds meer evolutie te zien naar multidisciplinaire samenwerking en actieve betrokkenheid van de apotheker. Ook in België zijn de eerste stappen in die richting gezet met de komst van het huisapothekerschap sinds 1 oktober 2017 en sinds 1 april 2023 ook de intrede van medicatienazichten door de huisapotheker. Het doel van deze studie is te achterhalen wat apothekers vinden van de huidige samenwerking met huisartsen.

Methodologie: Deze masterproef heeft als onderzoeksvraag "Wat is de visie van de apotheker over de drempels en facilitators voor een betere samenwerking met huisartsen, meer bepaald rond patiënten met polyfarmacie?". Er werd eerst achtergrond verworven over het onderwerp aan de hand van een verkennende literatuurstudie op de ICHO-website, de UGent Academic Bibliography, Cebam Digital Library for Health en PubMed National Library of Medicine. Nadien werden semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij apothekers. Deze werden verbatim getranscribeerd en onderworpen aan een kwalitatieve analyse.

Resultaten: Hoewel de apothekers over het algemeen positief waren over de samenwerking met huisartsen en over het concept huisapotheker, kwamen ook een aantal hindernissen aan het licht. De resultaten benadrukken het belang van goede communicatie, wederzijds vertrouwen en respect voor elkaars expertise, bereikbaarheid en het nakomen van afspraken. Het medicatieschema heeft een grote meerwaarde, maar er zijn veel softwareproblemen met Vitalink, een gebrek aan klinische informatie en onduidelijkheid in de wetgeving in verband met gegevensdeling en aansprakelijkheid. Veel apothekers vinden bovendien de verloning voor de huisapotheker te laag en zien het fysiek handtekenen van het informed consent als drempel.

Conclusie: Ook in België is een evolutie richting meer farmaceutische zorg zichtbaar met het huisapothekerschap en medicatienazicht. Om het potentieel hiervan ten volle te benutten is een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker vereist. Door meer in te zetten op de MFO's (medisch farmaceutisch overleg), eventueel ook met een vergoeding, zou er een beter contact tussen huisartsen en apothekers bekomen kunnen worden. Ook de problemen met Vitalink en juridische onduidelijkheden zouden moeten aangepakt worden. Daarnaast zou toegang tot de Sumehr voor de apothekers interessant zijn in het kader van de medicatienazichten. Campagnes om het huisapothekerschap meer gekend te maken zijn wenselijk. Verder onderzoek naar de meerwaarde van de medicatienazichten is aangewezen.

2. AFKORTINGEN

Frequent gebruikte afkortingen in alfabetische volgorde:

GFD	Gedeeld farmaceutisch dossier
GGP	Geneesmiddelen gebonden problemen
GMD	Globaal medisch dossier
MDO	Multidisciplinair overleg
MFO	Medisch farmaceutisch overleg
PIP	Potentially innapropriate prescribing
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

3. INLEIDING

3.1 Probleemstelling

Patiënten krijgen vaak veel verschillende medicijnen, waarvan de indicaties soms nog moeilijk te achterhalen zijn, die zorgen voor onveilige interacties of bijwerkingen, of waarvan het oorspronkelijke doel al lang voorbijgestreefd is. Polyfarmacie is voor huisartsen vaak moeilijk te managen.
Gelukkig is de huisarts niet de enige expert op vlak van medicatie. Ze worden hierin namelijk bijgestaan door een andere deskundige: de apotheker. De vraag is echter of de expertise van apothekers wel ten volle benut wordt. Gezien de huisarts meestal de spilfiguur is in de gezondheidszorg en het medicatiemanagement van de patiënt, hangt dit voor een groot deel af van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers.

3.2 De huisapotheker

Sinds 1 oktober 2017 kunnen patiënten naast een vaste huisarts ook een huisapotheker kiezen. Elke patiënt kan zijn vaste apotheker aanduiden als huisapotheker, maar voor het verkrijgen van een honorarium (€33,01 op 01-01-2022 per jaar en per patiënt) hiervoor, dient er voor het RIZIV aan een aantal voorwaarden voldaan te worden. Enkel patiënten die in een periode van één jaar minstens vijf verschillende terugbetaalde geneesmiddelen (dat wil zeggen minstens vijf verschillende bestandsdelen) hebben gekocht in een zelfde officina-apotheek, waarvan ten minste één medicament chronisch gebruikt wordt, komen in aanmerking. Indien er minimum 160 ‘Defined Daily Doses’ in één jaar werden afgeleverd, wordt dit gedefinieerd als chronisch gebruik. Apothekers zouden prioriteit moeten geven aan patiënten met een statuut van ‘chronisch zieke’, patiënten in het voortraject diabetes, gepolymediceerden (patiënten die minstens 5 chronische geneesmiddelen in 1 jaar innemen) en patiënten waarvoor er om andere redenen een specifieke nood aan farmaceutische begeleiding bestaat (bijvoorbeeld om sociale redenen of gebrek aan therapietrouw). Patiënten die in een rust- en verzorgingstehuis wonen, komen niet in aanmerking voor de huisapotheker (1–6).
De functie houdt een continue opvolging van de patiënt in, met als voornaamste taak het opstellen en up-to-date houden van een medicatieschema. Dit moet alle geneesmiddelen bevatten die de patiënt op een gegeven moment gebruikt, zowel de voorschriftplichtige als vrij afgeleverde en eventuele voedingssupplementen. De huisapotheker dient dit schema

toegankelijk te maken voor de andere zorgverleners met wie de patiënt een therapeutische relatie heeft (behandelend arts, specialist, thuisverpleegkundige, tandarts …). Dit gebeurt via het regionale systeem van gegevensdeling (de zogenaamde regionale "kluis" : Réseau Santé Wallon, Brussels Gezondheidsnetwerk of Vitalink). (1–3,7).
Dit is anders dan het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD), dat – in tegenstelling tot het medicatieschema – enkel kan bekeken worden door andere apothekers. In het GFD kan een overzicht bekeken worden van de geneesmiddelen in het afgelopen jaar die aan de patiënt op naam werden afgeleverd (3).

3.3 Farmaceutische zorg

De ‘service’ die de huisapotheker uitvoert kan eigenlijk gezien worden als onderdeel van ‘farmaceutische zorg’. Sinds deze term in 1990 beschreven werd door Hepler en Strand, is er een duidelijke evolutie merkbaar naar meer multidisciplinaire samenwerking en actieve betrokkenheid van de apotheker. Farmaceutische zorg staat voor een patiëntgerichte benadering waarbij de apothekers, in samenwerking met andere zorgprofessionals, verantwoordelijk zijn voor de medicamenteuze behandeling van de patiënt. Het doel is om een positieve impact te bekomen op de levenskwaliteit van de patiënt. De apotheker zou moeten verzekeren dat elk geneesmiddel van de patiënt geschikt, doeltreffend en veilig is, en dat de patiënt in staat is het geneesmiddel in te nemen zoals verwacht (8,9).

3.4 Polyfarmacie

Wereldwijd is er een toename van de levensverwachting te zien, maar daarmee ook een toename van het aantal ouderen met multimorbiditeit en de daarbij horende polyfarmacie (gewoonlijk gedefinieerd als het chronisch gebruik van minimum 5 geneesmiddelen). Diezelfde trend zien we in België (1,10–12).
Polymedicatie houdt een risico in op *potentially inappropriate prescribing* (PIP) en geneesmiddelen gebonden problemen (GGP’s) zoals therapieontrouw, interacties, bijwerkingen, ongepaste medicatiekeuze, foutieve doseringen, onbehandelde indicaties enzovoort. Er werd meermaals aangetoond dat PIP leidt tot een lagere levenskwaliteit en meer negatieve incidenten zoals vallen en ziekenhuisopnames bij ouderen. Bijna de helft van de GGP’s zouden bovendien vermeden kunnen worden. Daarnaast zorgt dit uiteraard voor een belangrijke economische kost wegens kosten voor extra consultaties, onderzoeken, aanvullende medicatie, verwijzingen naar ziekenhuizen, productiviteitsverlies en voortijdig overlijden (1,10,11,13–15).

3.5 Medicatienazicht

Een medicatienazicht wordt gedefinieerd als een gestructureerde evaluatie van de geneesmiddelen van een patiënt met als doel het gebruik ervan te optimaliseren en de gezondheidsuitkomsten te verbeteren. Dit houdt het opsporen van GGP's in en het aanbevelen van interventies (11).
Slechts de helft van de patiënten zou zijn chronische medicatie correct innemen. Verschillende studies hebben aangetoond dat medicatienazicht een positieve impact heeft op de kwaliteit van het medicatiegebruik (zijnde therapietrouw, het aantal correct voorgeschreven geneesmiddelen en GGP's), de medicatiekennis van de patiënt en op ziekte-specifieke uitkomsten (zoals HbA1c, bloeddruk, cholesterol, pijn en lichamelijk functioneren). Er is echter nog geen duidelijk effect aangetoond op harde uitkomstmaten zoals ziekenhuisopnames, sterfte, gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en kosten van de gezondheidszorg (8,11,15–21).

De toenemende trend van medicatienazichten in de gezondheidszorg is onmiskenbaar. Beleidsmakers over de hele wereld erkennen het potentieel van apothekers om de werklast van huisartsen te verminderen en de zorg te optimaliseren, alsook de noodzaak om de integratie van het beroep in de reguliere eerstelijnszorg verder uit te breiden. In landen als Australië, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Portugal, Zwitserland, Denemarken, Norwegen, Zweden, Finland, Oostenrijk, Slovenië, Kroatië, Tsjechië, Bulgarije, Noord-Ierland, Japan, Hongarije, Frankrijk, Spanje, Nieuw-Zeeland, Schotland, Canada en de Verenigde Staten zijn een vorm van medicatierevisies in de officina-apotheek een nationaal geïmplementeerd onderdeel van de gezondheidszorg (9,11,13,16,22,23).

Geavanceerde medicatienazichten, gebaseerd op de beschikbare medicatiehistoriek, een interview met de patiënt en klinische gegevens, worden door apothekers uitgevoerd in Australië, Oostenrijk, Engeland, Finland, Duitsland, Nederland, Slovenië en in de VS. In sommige landen is de huisarts actief betrokken (bijvoorbeeld in Nederland en voor Home Medicines Review (HMR) in Australië), terwijl in andere landen de arts alleen schriftelijke informatie ontvangt (zoals een verslag of follow-up plan, voor MedsCheck in Canada en Medication Therapy Management (MTM) in de VS) of alleen wordt gecontacteerd bij problemen (Medicines Use Reviews (MUR's) in Engeland, Polymedication check (PMC) in Zwitserland). In Engeland en Slovenië worden deze nazichten uitgevoerd door speciaal opgeleide apothekers, buiten de setting van de officina-apotheek. In Engeland gebeurt dit in de huisartsenpraktijk, in Slovenië in gezondheidscentra (16).

De uitgebreidheid van deze diensten wordt vaak beperkt door de toegang die de apotheker krijgt tot bepaalde gegevens zoals diagnoses en laboratoriumresultaten, die slechts in bepaalde landen beschikbaar zijn (bijv. Kroatië, Tsjechië, Denemarken, Finland, Portugal, Spanje, Zweden, Nederland) (16).
Dergelijke grootschalige implementatie van medicatierevisies vergt echter tijd, voldoende vergoeding, nationale initiatieven en educatie met trainingen (16).

Zeer recent, sinds 1 april 2023, is er ook in België mogelijkheid voor een GGG (begeleidingsgesprek voor goed gebruik van geneesmiddelen) medicatienazicht door de huisapotheker bij patiënten die minstens 5 chronische terugbetaalde geneesmiddelen nemen. Er wordt na analyse op basis van de medicatiehistoriek en een gesprek met de patiënt een farmaceutisch rapport verstuurd naar de huisarts waarin men interventies kan voorstellen. Dit rapport wordt in tweede instantie met de patiënt besproken. Het honorarium hiervoor bedraagt €90 en is gratis voor de patiënt zelf (24).

Internationaal is ondertussen kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar redenen waarom medicatienazicht vaak niet of moeilijk geïmplementeerd wordt in de praktijk. Als belangrijkste drempels worden meestal de moeilijke gegevensuitwisseling of contactname tussen zorgverleners naar voor geschoven. Ook tijdsgebrek, gebrek aan renumeratie, gebrek aan klinische informatie over de patiënt en gebrek aan klinische kennis of communicatieve vaardigheden worden genoemd. Daarnaast zijn er een aantal praktisch-organisatorische barrières (geen integratie in de software, onvoldoende personeel, zwakke computervaardigheden). Factoren die daarentegen de implementatie zouden vergemakkelijken zijn onder andere een goede organisatie in de officina-apotheek, correcte renumeratie en goede training van de apothekers (8,13,20).

3.6 Wettelijk kader

Een andere mogelijke barrière is het huidige wettelijke kader in België. Dit onderschrijft het belang van kwaliteitsvolle zorg, waarin een duidelijke evolutie merkbaar is naar meer multidisciplinaire samenwerking en actieve betrokkenheid van de apotheker. Deze nieuwe tendensen impliceren evenwel een interdisciplinaire gegevensdeling. Uit analyse van het juridische en het deontologische kader concluderen Wuyts et al. voorzichtig: “Onderlinge gegevensdeling tussen zorgverleners is gerechtvaardigd mits het respecteren van enkele principes: de geïnformeerde toestemming van de patiënt, het bestaan van een therapeutische

relatie die beschermd is door het beroepsgeheim, het principe van finaliteit[1] en proportionaliteit[2] en ten slotte het waarborgen van de privacy door beveiligde informatie-uitwisseling" (5).

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat tot op heden een degelijk, alomvattend wettelijk kader voor deze gegevensdeling ontbreekt en dat in deze context concepten zoals het gedeeld geheim en de therapeutische relatie niet expliciet zijn opgenomen in de wetgeving. Bovendien dient de 'noodzakelijke' informatie verder geconcretiseerd te worden. Verder zijn er ook taakafspraken nodig tussen de zorgverleners en moeten de verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheid van de zorgverleners dringend worden geëxpliciteerd. Een laatste knelpunt ten slotte is dat de eHealth-diensten, die essentieel zijn voor veilige gegevensdeling, in de praktijk veel technische problemen vertonen (5).

Op die manier belemmeren het impliciete wettelijke kader, de technische en de inhoudelijke knelpunten, alsook de onduidelijkheden rond de rollen en de aansprakelijkheid tot op heden de implementatie van gegevensdeling in de praktijk (5).

3.7 Samenwerking tussen huisartsen en apothekers

Roscher et al. en Stockman et al. onderzochten in hun masterproeven wat de visie was van respectievelijk apothekers en huisartsen op de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in de opvolging van chronische patiënten met polyfarmacie en hoe het concept 'huisapotheker' hieraan bijdroeg, één jaar na de implementatie ervan. Zij concludeerden dat zowel de apothekers als de huisartsen over het algemeen enthousiast waren over het concept. Apothekers zagen als grootste pluspunten dat het opstellen van het medicatieschema een overzicht biedt voor alle betrokken zorgverleners, dat het zorgt voor beter begrip bij de patiënten, minder fouten in het gebruik van medicatie en betere therapietrouw, dat het meer erkenning geeft voor de rol van de apotheker als zorgverlener en dat het de vertrouwensband tussen patiënt en apotheker ten goede komt. De grootste hindernissen die ervaren werden hadden te maken met gebrek aan tijd en in verhouding een te lage verloning, softwareproblemen, gebrek aan medische informatie over de patiënt en de drempel die patiënten ervaren doordat ze een handtekening moeten zetten om toestemming te geven voor de opstart van een dossier (1,2).

[1] Finaliteit houdt in dat de betrokken zorgverleners hetzelfde zorgdoel nastreven.

[2] Dit houdt in dat er niet meer gegevens gedeeld worden dan nodig en dat de gedeelde informatie noodzakelijk is voor de zorgverlening.

Ten tijde van dit schrijven zijn we ondertussen bijna vijf jaar na datum van de implementatie van het concept huisapotheker. Het lijkt dus wel de moeite waard om na te gaan of de intrede van de huisapotheker ook gezorgd heeft voor een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers of voor een optimalisatie van het medicatieschema bij patiënten met polyfarmacie en of er hierin vooruitgang is geboekt sinds de opstart vijf jaar geleden.

Om meer inzicht te verwerven over dit onderwerp en een antwoord te vinden op bovenstaande vragen, werd in deze studie aan de hand van semigestructureerde interviews onderzocht wat apothekers vinden van de huidige samenwerking met huisartsen, wat de evolutie hierin is, wat goed gaat en wat mogelijke verbeterpunten zijn. Op die manier kan deze studie een bijdrage leveren aan het verbeteren van de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en apothekers en zodoende de zorg voor patiënten (in het bijzonder bij polyfarmacie) verbeteren.

4. METHODOLOGIE

Deze masterproef met als onderwerp ‘Apothekers als partner in de zorg: Samenwerking tussen huisartsen en apothekers rond polyfarmacie.’ is een kwalitatief onderzoek.
De concrete vraagstelling is: ‘Wat is de visie van de apotheker over de drempels en facilitators voor een betere samenwerking met huisartsen, meer bepaald rond patiënten met polyfarmacie?’.
De onderzoeksgroep bestaat uit één huisarts in opleiding (Martens Mira) onder leiding van dr. Diego Schrans, dr. Elien Van Alboom en dr. Thibault Detremerie.

4.1 Literatuuronderzoek

Er werd eerst achtergrond verworven over het onderwerp aan de hand van een verkennende literatuurstudie. Hiervoor werden artikels gezocht op vier verschillende databanken: de databank van masterproeven in de huisartsgeneeskunde op de ICHO-website, de UGent Academic Bibliography, Cebam Digital Library for Health en PubMed National Library of Medicine.
Er werd naar meer algemene informatie over de huisapotheker en wetgeving gezocht op websites van het RIZIV via de zoekmachine Google.

Er werd gezocht naar artikels die handelden over de samenwerking tussen huisartsen en officina-apothekers, meer bepaald in verband met polyfarmacie bij patiënten in de thuissetting. Artikels die gingen over patiënten in rust- en verzorgingstehuizen of ziekenhuizen werden niet weerhouden. Commentaren op artikels werden eveneens niet weerhouden. De resultaten werden telkens gescreend op basis van titel en abstract.

Zo werden op de ICHO-website 5 van de 16 masterproeven weerhouden onder de zoekterm ‘apothekers’.

Op de UGent Academic Library werden 3 verschillende zoekopdrachten uitgevoerd: ‘apotheker’, ‘huisapotheker’ en ‘pharmacist’. De zoekterm ‘apotheker’ gaf 13 resultaten, waarvan 1 weerhouden. ‘Huisapotheker’ gaf 1 resultaat, dat ook weerhouden werd. ‘Pharmacist’ ten slotte gaf 68 resultaten, waarvan 4 artikels weerhouden werden.

In de Cebam Digital Library for Health database werden 2 zoekopdrachten uitgevoerd. De zoekterm ‘polypharmacy’ gaf 66 resultaten, waarvan 3 weerhouden. De zoekterm ‘pharmacist’ gaf 62 resultaten, waarvan 1 weerhouden.

Op PubMed ten slotte werd als zoekopdracht ‘collaboration general practitioner pharmacist polypharmacy’ ingevoerd met als filters ‘Dutch, French, English’ en ‘full text available’. Dit gaf 33 resultaten, waarvan 6 artikels konden weerhouden worden.

Van de weerhouden artikels werd de volledige tekst in beschouwing genomen voor het schrijven van de inleiding.

4.2 Kwalitatief onderzoek

Er werd een protocol opgesteld (bijlage 1). Een aanvraag voor goedkeuring van het onderzoek werd op 28/11/2021 ingediend bij de Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Gent. Op 31/12/2021 werd de goedkeuring verkregen (bijlage 2).

Nadien werden semigestructureerde diepte-interviews van 30 tot 60 minuten aan de hand van een interviewgids (bijlage 4) afgenomen bij apothekers. De apothekers werden eerst gerekruteerd in de nabije omgeving van de huisartsenpraktijk waar de onderzoeker werkt als huisarts in opleiding, Sint-Lievens-Houtem. Later werd er via het netwerk van de onderzoeker op zoek gegaan naar extra deelnemers via purposive sampling, om te zorgen voor maximale heterogeniteit in de kleine studiepopulatie. Er werd getracht een degelijke demografische spreiding te verkrijgen wat betreft de leeftijd, het geslacht en het statuut van de deelnemers (zelfstandige versus in loondienst). Het doel was om 10 tot 15 apothekers te interviewen.
Er werd een informatiebrief voor deelnemers aan een onderzoek en een toestemmingsformulier (bijlage 3) opgesteld.

De interviews vonden telkens plaats in de apotheek waar de geïnterviewde apotheker werkte. Na handtekening van het toestemmingsformulier, werd er een audio-opname gemaakt tijdens de interviews. De verkregen info werd gepseudonimiseerd. De interviews werden verbatim getranscribeerd door de onderzoeker. De transcripties werden verwerkt in het programma NVivo. Door middel van codering kwamen verschillende thema’s naar boven, welke na kwalitatieve analyse dieper bestudeerd en besproken werden in de resultaten.

5. RESULTATEN

5.1 Demografie

Apotheker	Geslacht	Leeftijd in jaren	Aantal patiënten huisapotheker	Software programma	Statuut
A1	Vrouw	41	900	Farmad	Zelfstandige
A2	Man	51	800	Officinall	Zelfstandige
A3	Man	44	842	Officinall	Zelfstandige
A4	Vrouw	44	1024	Farmad	Zelfstandige
A5	Vrouw	51	315	Officinall	Zelfstandige
A6	Man	55	247	Farmad	Zelfstandige
A7	Vrouw	43	47	Greenock CareConnect	Zelfstandige
A8	Man	29	2500	Pharmagest	In loondienst
A9	Man	54	587	Pharmagest	In loondienst
A10	Vrouw	26	388	Pharmagest	In loondienst

Tabel 1 Demografische gegevens van de geïnterviewde apothekers

In totaal werden er 10 interviews afgenomen. Er werd getracht een degelijke spreiding te bekomen qua geslacht, leeftijd en statuut. Om anonimiteit te bewaren, werden de namen van de apothekers gepseudonimiseerd door middel van een nummer van 1 tot 10.

5.2 Samenwerking tussen huisartsen en apothekers

5.2.1 Algemene perceptie over de samenwerking

Over het algemeen waren de apothekers positief over de samenwerking met huisartsen. Drie apothekers waren minder enthousiast over de samenwerking. De reden hiervoor was bij alle drie dat zij vonden dat er eigenlijk weinig over samenwerking kon gesproken worden.

> *Apotheker 5: "Maar ja er is weinig communicatie. Zij doen hun werk, ik doe mijn werk. En is er een vraag dan wordt er gebeld, maar ik kan eigenlijk niet zeggen: is dat samenwerking?"*

Bij apotheker 7 was een tweede belangrijke reden voor haar de negatieve ervaringen met de reacties van artsen bij contactname.

Apotheker 7: "Open gezegd, Ik vind het soms een beetje moeilijk. Natuurlijk, ik ben mij bewust, iedereen heeft zijn werk en je belt natuurlijk altijd waarschijnlijk op een ongelegen moment, maar ik vind het heel moeilijk omdat, ja, soms zijn er echt wel dingen dat je moet weten, een dosis checken bijvoorbeeld, dat is zowat instant en dat is dan heel moeilijk omdat je voelt dat je stoort. (…) Dat gevoel vind ik vree ambetant. (…) Ik voel dat iedereen zo een beetje op zijn tandvlees zit en dat de telefoon of de vraag van de apotheker er te veel aan is."

De voornaamste redenen voor contactname die genoemd werden zijn administratieve zaken zoals voorschriften en attesten voor terugbetaling van geneesmiddelen, ontbrekende geneesmiddelen, (zware) interacties en misbruik.

De verschillende positieve en negatieve aspecten van de samenwerking die genoemd werden zullen hieronder uitvoeriger besproken worden.

5.2.2 Kwaliteit van de samenwerking

Op de vraag wat voor hen de kwaliteit van de samenwerking bepaalt, kwamen als antwoord verschillende thema's terug die men belangrijk vond. Wederzijds vertrouwen en respect voor de expertise van de apotheker werden het vaakst genoemd, alsook bereikbaarheid, goede communicatie, en erop kunnen vertrouwen dat hetgeen gevraagd wordt wel degelijk uitgevoerd zal worden.

Interviewer: "Wat bepaalt voor jou de kwaliteit van een goede samenwerking, wat is voor jou belangrijk daarin?"

Apotheker 7: "Maar dat er, ja, misschien ook, ja, wederzijds respect is misschien? Allez, dat klinkt belachelijk hé, maar, ja, ik vind dat wel belangrijk dat ze ook het vertrouwen hebben in ons. Allez, dat is zo belachelijk, maar kom, we weten toch eigenlijk ook wel een beetje wat of hoe. (…) En dat er toch gelijk ja, een manier van respect is of als je dan bijvoorbeeld een keer belt van 'dat of dat is niet zo duidelijk' of 'dat attest is niet in orde', ja dat het dan wordt opgelost. Maar dat je niet nog een keer moet bellen en nog een keer moet bellen en dat je dan denkt, 'goh we gaan het zo laten'. Gewoon dat zo dingen die beloofd worden ook uitgevoerd worden."

Apotheker 10: "Hmm, vooral het gevoel hebben dat er ook naar mijn mening geluisterd wordt eigenlijk, dat ik niet gewoon bel en zeg van : 'Kijk hé, ik heb dat opgemerkt', en

dat zij zeggen, 'Ja ok, maar geef dat tóch maar mee', dan is dat voor mij geen echte samenwerking, maar als ze dan vragen van: 'Waar denk jij aan? Wat stel jij voor?', dan heb ik meer het gevoel dat ik ook iets heb kunnen bijdragen."

Of deze zaken volgens de apothekers in de praktijk ook vlot verlopen en toegepast worden zal hierna verder besproken worden.

5.2.3 Bereikbaarheid

Bereikbaarheid was iets dat vaak genoemd werd, zowel in positieve als in negatieve zin. Zes van de tien apothekers waren hier positief over. Twee van deze kenden wel één praktijk die minder bereikbaar was, maar hadden verder over het algemeen een positieve ervaring met de bereikbaarheid van huisartsen.
Een andere apotheker stelde genuanceerd "Het is te zien wie hé".
Vier apothekers vonden dat vooral de bereikbaarheid van arts-specialisten te wensen overliet. Eén apotheker had algemeen een eerder negatieve ervaring met de bereikbaarheid van huisartsen, en dan voornamelijk sinds de opkomst van het telesecretariaat. Opvallend genoeg waren in totaal drie apothekers minder fan van het telesecretariaat-systeem, hoewel ze alle drie ook begripvol waren en toegaven dat het in deze tijd zeer moeilijk is geworden om als arts zelf alle telefoons te beantwoorden.

Apotheker 1: " 't Is gewoon ja, we zijn een beetje miskweekt op dat gebied denk ik van te pas en te onpas te kunnen bellen, en vroeger, en dan belden we met onze vraag en de vraag was opgelost, en de druk ligt heel hoog en nu door corona en dat online en dat bellen van 'Zet ne keer op mijne pas' en dit en dat, ik denk dat jullie groot gelijk hebben dat jullie dat aan banden legt, want de zorg lijdt daar ook onder, als jullie een patiënt in jullie kabinet hebben en je moet 6 telefoons oppakken, dat gaat ook niet, dus ik snap het wel. Maar of het gewoon secretariaat of telesecretariaat…, je geraakt gewoon niet bij de persoon dat je iets zou moeten aan vragen. Dat is bij specialisten vaak zo, maar aan huisartsen was dat tot over een paar jaar, of tot over een jaar niet zo, en ik vind wel dat er nu een verschuiving is."

5.2.4 Communicatie

Goede communicatie is noodzakelijk voor een goede samenwerking. "Goede afspraken maken goede vrienden". Ook laagdrempeligheid en toegankelijkheid zijn hierin belangrijk. Zes apothekers vonden dat er sprake was van goede communicatie met de huisartsen. Twee

hiervan haalden ook de MFO's (Medisch Farmaceutisch Overleg) aan als positief punt. Later meer hierover. Eén noemde de opkomst van groepspraktijken als positieve factor hierin.

> *Apotheker 9: "Sinds dat groepspraktijken meer en meer uit grond komen en dokters ook wat meer die work-life balance gevonden hebben, (…) dat ze zich meer met de essentie kunnen bezig houden en dan ook rapper toegankelijk zijn voor uw vragen dan iemand die alles alleen moet doen van 's morgens tot 's avonds en die overwerkt is."*

Twee apothekers vonden dat er eigenlijk te weinig communicatie was met de huisartsen.

> *Apotheker 7: "Maar er is niet veel contact, we moeten daar eerlijk in zijn. (…) Voor die corona was er zo een keer een overleg maar dat is zo meestal verbonden dan aan zo een opleiding (…)."*
> *Interviewer: "Vind je dat er meer contact zou moeten zijn tussen huisartsen en apothekers?"*
> *Apotheker 7: "Professioneel contact? Dat zou misschien toch makkelijker zijn dat er een keer wordt uitgesproken van 'Wat verlang je juist?'."*

Vier apothekers vonden dat artsen over het algemeen positief reageerden op contactname. Eén apotheker sprak over wisselende reacties. Drie apothekers meldden negatieve reacties van huisartsen te hebben gekregen bij contactname, wat voor hen de drempel om contact te nemen wel heeft verhoogd. Twee van deze drie hadden de indruk dat dit vooral bij oudere artsen soms een probleem vormt.

5.2.5 Vertrouwen

Vier apothekers hadden het gevoel dat er wel sprake was van een wederzijds vertrouwen tussen hen en de huisartsen.

> *Apotheker 1: "De artsen leren u kennen en de manier van werken en omgekeerd, dat moet zo wat groeien dat vertrouwen denk ik, ja, ik denk dat dat hier wel goed zit en dat zal inderdaad met de tijd wel wat gegroeid zijn."*

Drie apothekers vermeldden dat ze het gevoel hadden dat artsen te weinig vertrouwen in en respect voor hun expertise hadden.

Apotheker 6: "Dat is wel één van de minpuntjes bij dokters soms: ze respecteren onze expertise niet. (…) Die vinden ja ik heb dat voorgeschreven dus trek uw plan. En dat gebeurt nog veel te veel. Want het is niet omdat wij farmacie gedaan hebben, dat we dan minder slim zijn dan dokters hé. << Lacht >> Een domme opmerking. Maar soms krijg ik dat gevoel."

5.2.6 Opvolging

Drie apothekers vonden dat zaken goed opgevolgd werden, dat hetgeen zij vroegen wel degelijk snel uitgevoerd werd. Eén apotheker had hier eerder negatieve ervaringen rond en vond het vervelend dat zij vaak meerdere keren moest terugbellen om bijvoorbeeld een voorschrift of attest voor terugbetaling te verkrijgen, terwijl de arts wel telkens beloofde dit in orde te zullen brengen.

5.2.7 Voorschriften

Een bijkomende frustratie die door enkele apothekers geuit werd heeft te maken met de voorschriften.

Enerzijds blijken er met het elektronisch voorschrijven vaak onduidelijkheden te zijn.
Het gebeurt vaak dat de posologie niet aangepast is, maar er nog standaard '1 maal per dag' op staat terwijl dit niet altijd de correcte dosis is. Dit zorgt regelmatig voor verwarring en vermoedelijk ook voor medicatiefouten.
Daarnaast blijkt het opladen van het voorschrift soms niet gelukt te zijn wat ook voor onzekerheid en extra werk zorgt gezien de arts dan gecontacteerd moet worden. (Wat moet of mag er nu meegegeven worden? Is de patiënt wel daadwerkelijk bij de arts geweest? Wat indien de arts niet onmiddellijk te bereiken is?).
Verder komen patiënten ook regelmatig medicatie halen zonder voorschrift, met de boodschap dat de arts 'het wel op de pas zal zetten', wat des te makkelijker geworden is met het elektronisch voorschrijven. Dit brengt apothekers soms in een lastig parket tussen huisarts en patiënt, zeker aangezien veel huisartsen hier op een verschillende manier mee omgaan. Wat door de ene huisarts wel toegestaan is, mag bij de andere niet.
Tot slot zorgt het elektronisch voorschrift er ook voor dat de patiënt geen fysiek, visueel overzicht meer heeft van de voorgeschreven medicatie. Daardoor komen ze in de apotheek vaak met de boodschap 'Geef maar alle voorschriften mee die nog open staan', terwijl er soms nog oude voorschriften op staan van medicatie die de patiënt eigenlijk niet meer neemt, wat eveneens voor verwarring kan zorgen.

Anderzijds zijn er de laatste tijd ook zeer veel ontbrekende producten, waardoor er gesubstitueerd moet worden en sommige artsen nemen dit niet in dank af.

> *Apotheker 8: "Wat dat we wel nog af en toe hebben is hier een oudere dokter hier in de buurt, allez ouder, eind de 40, die dat zo op voorhand al een beetje wantrouwig is tegen het switchen dat wij doen van producten, maar die dat ook zo wat inpraat op de patiënt, daar heb ik het iets moeilijker mee. Om een voorbeeld te geven, ja, als ze een merknaam voorschrijven, al dan niet, is dat beschikbaar of niet, en we geven iets anders mee, in het geval dat werkt, dan zegt ze er niets van maar als het iets minder is dan verwacht dan is het sowieso onze fout omdat dat dan geswitcht is, ja dan zegt ze 'De apotheker moest dat maar niet switchen.', dat vind ik moeilijker.*

Gezien het voorschrift het communicatiemiddel bij uitstek is tussen huisarts en apotheker lijkt het logisch dat problemen hiermee tot frustraties binnen de samenwerking kunnen leiden. Eén van de apothekers had het interessante idee dat er via de voorschriften ook een communicatielijn zou kunnen gemaakt worden tussen arts en apotheker om laagdrempelig boodschappen te kunnen doorgeven.

> *Apotheker 2: "Digitaal zou het misschien makkelijker zijn moest er daar een mogelijkheid zijn op het eind van het programma bij het annoteren... Er zijn enorm veel ontbrekende producten, dat is echt wel een merde, maar je kan je voorstellen, als ik voor elke wissel die ik wil doorvoeren naar een ander merk de telefoon moet pakken, dan moet ik drie, vier keer per uur een arts bellen. (…) Maar vroeger hadden we een mogelijkheid, dat was bij Officinal, maar die mogelijkheid is er nu uit, dat is ook weer omdat dat digitaal niet ondersteund wordt door die programmateur, dat was nog voor dat het verplicht elektronisch voorschrijven er was, dan konden we nog bij het annoteren een tekst ingeven en dan kwam dat bij de dokter toe, dus van 'het product ontbreekt', of dit of dat."*

Eén apotheker gaf ook aan het jammer te vinden dat er steeds minder magistraal voorgeschreven wordt. Dit is een aangename afwisseling binnen hun takenpakket waarbij ze tevens hun vaardigheden nog eens kunnen praktiseren. Zij vermoedde dat de oorzaak hiervan enerzijds lag in het gebrek aan opleiding over magistrale bereidingen tijdens de artsenstudies en anderzijds doordat het door het elektronisch voorschrift veel gemakkelijker geworden is een bestaand product voor te schrijven dan een magistrale bereiding op te stellen.

5.2.8 Medisch Farmaceutisch Overleg

Zeven van de tien apothekers hadden al ooit deelgenomen aan een MFO, een Medisch Farmaceutisch Overleg tussen huisartsen en apothekers. Verschillende apothekers vermeldden dat deze bijeenkomsten wat stilgevallen zijn door de COVID-19 pandemie. Vijf van deze apothekers vonden de bijeenkomsten nuttig en interessant. De voornaamste reden waarom men hier een toegevoegde waarde in zag, was om elkaar eens in levende lijve zien, wat de samenwerkingsrelatie achteraf versterkte en contactname laagdrempeliger maakte.

Twee van deze apothekers vonden het nuttig maar wel tijdsintensief. Twee van zij die al hadden deelgenomen vonden de MFO's minder vruchtbaar. Eén hiervan lichtte toe dat zij vond dat er onvoldoende mee gebeurde achteraf, en suggereerde dat het in dit opzicht interessanter zou zijn moesten er evaluatiemomenten georganiseerd worden achteraf:

> *Apotheker 7: "En die MFO's zelf eh, ik vind dat een beetje tijdverspilling. Ik vind dat wel interessant hé, ik leer graag bij, dus ik vind het wel interessant, maar er gebeurt niet veel mee achteraf. Er is daar ook nooit een na-evaluatie. Moest dat dan een keer, zo van, 'Hoe is het nu, en hoe is het later?', zo geëvalueerd worden… Maar dat gebeurt niet. Dus dat is, 'We gaan het zo doen.' 'Ah ja, ja'. En iedereen gaat naar huis en doet het op zijn manier."*

Van de drie apothekers die nog nooit hadden meegedaan waren er twee geïnteresseerd om dit in de toekomst wel te doen, één zag er het nut niet echt van in.

5.2.9 Gegevensdeling

Wat gegevensdeling betreft leek het 9 van de 10 apothekers opportuun indien huisartsen in de toekomst ook inzage in het GFD zouden krijgen, vooral om middelenmisbruik tegen te gaan. Eén apotheker zag daar de meerwaarde niet echt van in. Opvallend was dat enkele apothekers dachten dat huisartsen hier reeds inzage in hadden.
Omgekeerd vonden 7 van de 10 apothekers dat toegang tot een deel van de gegevens uit het GMD (globaal medisch dossier) nuttig zou zijn. Men sprak vooral over zaken zoals de nierfunctie en sommige andere bloedwaarden, en de indicaties waarvoor de geneesmiddelen werden voorgeschreven. Drie apothekers vonden toegang tot het GMD niet echt nodig.

5.2.10 Evolutie samenwerking

5.2.10.1 Vroeger vs. nu

Wat betreft de evolutie van de samenwerking met huisartsen doorheen de tijd, haalden vijf apothekers aan dat de samenwerking beter is geworden doorheen de jaren, doordat men elkaars manier van werken gaandeweg beter leert kennen, en er een wederzijds vertrouwen opgebouwd wordt.
Verder vond één apotheker dat de samenwerking transparanter geworden is.
Eén apotheker vond dat er momenteel wat 'verzuring' is in de mentaliteit van artsen.
De komst van het telesecretariaat werd door één apotheker als een negatieve evolutie gezien, omdat artsen hierdoor minder bereikbaar zijn volgens haar.
Twee apothekers opperden dat huisartsen toegankelijker geworden zijn. De opkomst van de groepspraktijken werd door één van beiden als oorzaak hiervoor gegeven, omdat dit de werkdruk verlaagt.

> *Apotheker 4: "De huisartsen nu zijn ook veel toegankelijker hé. Vroeger ja, dat was niet aan de orde dat je zo een keer ging bellen naar de dokter van 'Klopt dat dat de Coversyl nu 10 is terwijl het daarvoor altijd 5 was?'."*

5.2.10.2 Generatieverschillen

Wanneer gevraagd werd of zij een verschil merkten tussen het samenwerken met de oudere versus de jongere generatie artsen, waren zij over het algemeen positiever over de samenwerking met jongere huisartsen. Er kwam vaak terug dat jongere artsen over het algemeen toegankelijker zijn, meer open staan voor samenwerking en meer vertrouwen hebben in de expertise van de apotheker. Enkele apothekers vermeldden ook dat er heden tijdens de opleiding meer wordt ingezet op multidisciplinair samenwerken via een groepswerk, wat mogelijks bijdraagt tot een andere houding tegenover samenwerking, zowel voor jonge huisartsen als voor jonge apothekers.

> *Apotheker 10: "Ik heb het gevoel dat het soms beter gaat met de jongere huisartsen dan met de oudere huisartsen. Ik denk dat dat een algemene trend is, maar dat is wel écht waar, ik heb het gevoel dat zij vaker zo in het stramien zitten van, 'ik schrijf voor en gij levert af', en dat zij minder open staan voor, ideeën, zal ik maar zeggen. Kritiek is niet het juiste woord, maar als je hen belt voor iets bijvoorbeeld zijn zij meer zo van, 'neen', terwijl bij de jongere artsen is er meer samenwerking. (…) Ik heb het gevoel dat zij ook meer suggesties gaan vragen aan ons, wat wij erover denken of wat wij zelf zouden voorstellen, dat gaan de oude artsen bijna nooit doen, ze gaan snel zeggen*

van, 'ja, geef maar gewoon mee wat ik opgeschreven heb', als het ontbreekt, zoeken naar een alternatief, ze zullen zélf zoeken, ze gaan ook nooit onze mening erover vragen eigenlijk, ja , dat is écht het belangrijkste verschil dat ik weet tussen jongere en oudere artsen."

Anderzijds werd door één apotheker wel gesteld dat oudere artsen soms beter bereikbaar zijn.

Apotheker 1: "Een oudere arts, ja, die waren dag en nacht bereikbaar, ook voor de patiënt, en dat is een beetje gedaan, maar da's goed, da's normaal, dat is zeker te begrijpen."

5.2.10.3 Het huisapothekerschap

Wanneer gevraagd werd of de komst van het huisapothekerschap de samenwerking met huisartsen verbeterd had, reageerden alle 10 apothekers opvallend genoeg dat dit eigenlijk niet echt iets veranderd had.

5.3 Het huisapothekerschap

Naast de ervaring met de samenwerking met huisartsen, werd ook de ervaring met het concept huisapotheker bevraagd. Dit werd ingevoerd in 2017. In de periode waarin de interviews werden afgenomen liep dit concept vijf jaar. Zowel positieve als negatieve aspecten werden genoemd en zullen hieronder meer bellicht worden.

5.3.1 Verloning

Er kwam regelmatig terug dat de taken van het huisapothekerschap eigenlijk hoofdzakelijk zaken waren die voordien ook al gebeurden, maar nu 'in een formeel jasje gegoten'. Enerzijds waren de apothekers blij dat er daardoor een verloning voor tegenover stond die er voordien nog niet was, anderzijds vonden zes van de tien apothekers dat deze verloning eigenlijk te laag was in verhouding tot de tijd die men erin stak, en legden verschillende apothekers uit dat deze verloning bovendien voortkwam uit een herverdeling van budgetten die dus elders van af genomen waren, waardoor er netto eigenlijk niet echt iets extra bovenop is gekomen. Vier apothekers vonden de verloning wel correct.

5.3.2 Het medicatieschema

5.3.2.1 Voordelen

Het medicatieschema dat wordt opgesteld bij het aangaan van de patiënt-huisapothekerrelatie werd algemeen gezien als de voornaamste meerwaarde van het huisapothekerschap. Het zorgt voor een handig overzicht voor de patiënt en zo hebben de ziekenhuisartsen zicht op de thuismedicatie. Op die manier kan de aandacht ook nog eens gevestigd worden op de juiste innamemomenten en posologie, er wordt nog eens gelet op interacties en er kunnen eventueel suggesties gedaan worden voor wijzigingen. Verschillende apothekers meldden dat er door het opstellen van het medicatieschema ook regelmatig fouten worden uitgehaald zoals dubbele inname van merken en generieken.

5.3.2.2 Problemen

Anderzijds kwamen ook een aantal problemen aan het licht die de apothekers ondervonden bij het opstellen van de medicatieschema's.
De softwareproblemen met Vitalink werden algemeen gezien als het grootste struikelblok binnen het huisapothekerschap. Opvallend genoeg werkte slechts 1 apotheek nog met Vitalink. Bij drie apotheken was Vitalink niet geïntegreerd in hun softwarepakket, dus zij hadden de optie zelfs niet. De anderen waren allen gestopt de tool te gebruiken omdat het voor te veel problemen zorgde doordat de software nog niet op punt stond. Zo werden de schema's van de huisarts vaak onbedoeld overschreven, waren er problemen met het uploaden, werd elke verandering van merk als een wijziging gezien ook al bleef de stofnaam hetzelfde, et cetera. Daardoor lijkt de opzet om via de huisapotheker een centraal medicatieschema te voorzien dat beschikbaar gesteld wordt voor alle zorgverleners wat verloren gegaan.

> *Apotheker 7: "Ik zet het bijvoorbeeld niet op Vitalink omdat ik zodanig schrik heb dat ik met mijn schema dan bepaalde dingen ga ontregelen, dus het is puur voor de patiënt, maar ik vind dat het wel een beetje zijn doel mist ook, want het was eigenlijk de bedoeling om de arts en de apotheek samen te krijgen en dan, dat wij bijvoorbeeld als ze Dafalgan nemen constant, dat we dat daar bij konden zetten, maar dat loopt ook niet zo vlot vind ik, dat blokkeert altijd maar dienen Vitalink."*

Daarnaast had men ook de indruk dat er sinds de opstart van het huisapothekerschap in 2017 nog niet veel veranderd was hierin. Er kwam verschillende keren terug dat de software ontwikkelingen sinds de covid-19 pandemie wat stilgevallen leken te zijn.

Andere hindernissen die genoemd werden, zijn dat het opstellen en up-to-date houden van de schema's nogal tijdsintensief is, dat de patiënten hun papieren schema vaak vergeten, dat er een gebrek aan info is om alle puntjes op de i te kunnen zetten (nierfunctie en andere bloedwaarden, indicaties, onduidelijkheid omtrent de posologie…), dat de schema's niet altijd up-to-date zijn doordat patiënten wijzigingen niet altijd communiceren tussen de verschillende zorgverleners of doordat het schema door tijdsgebrek of nalatigheid niet direct wordt aangepast.

5.3.2.3 Eindverantwoordelijkheid

Daarnaast brengt het medicatieschema ook de vraag met zich mee wie de eindverantwoordelijkheid draagt over de inhoud ervan. Dit vond men vaak geen gemakkelijke vraag. Zes van de tien apothekers vonden het een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de huisarts en de apotheker. Drie vonden het de verantwoordelijkheid van de huisarts. Eén vond dat de apotheker zelf de eindverantwoordelijkheid droeg.

5.3.3 Medicatienazicht

Zes van de tien apothekers vonden dat het huisapothekerschap door het medicatieschema hun omgang met polyfarmacie veranderd had.

> *Apotheker 9: "Je bent er zoveel meer bewust mee bezig hé als mensen iets komen halen, (…) als dat in een schema zit en ge kijkt daar eens naar en ge ziet 13-14 verschillende medicijnen staan dan ga je daar inderdaad eens naar kijken van 'Is alles nog nodig? Moet dit ge-update worden?'. Allez, waar zijn we mee bezig, ja, bij psychofarmaca, hoe lang is dat geleden dat dat eens besproken is met de patiënt, ja, zo van die zaken, je begint u toch wel wat vragen te stellen en dat had ik dat vroeger zonder die schema's in handen te krijgen niet hé, dan doe je dat niet hé, allez, als de patiënt écht een vraag heeft, dan kijk je wel enzo, maar ge zijt er minder mee bezig."*

Desondanks voerde slechts één apotheker reeds systematisch een medicatienazicht uit bij het opstellen van een medicatieschema. De andere apothekers zouden zware interacties wel melden en probeerden patiënten attent te maken op bijvoorbeeld het ideale innamemoment, maar zij voerden nog niet systematisch een medicatienazicht uit volgens een vast stramien. Op twee apothekers na, stonden de meesten er wel voor open om dit in de toekomst te beginnen doen, al maakten verschillende apothekers zich wel zorgen over het gebrek aan tijd hiervoor. Van zij die er wel voorstander van waren, hadden er drie reeds een bijopleiding voor

gevolgd. De anderen waren geïnteresseerd om hier in de toekomst een opleiding voor te volgen.

> *Apotheker 1: "Ja, ik denk gewoon het concept van apotheek zijn is een beetje veranderd, ze hebben de huisapotheker in het leven geroepen, en daardoor zijn wat andere dingen in het leven geroepen zoals medicatienazicht enzo, eigenlijk is dat de eerste stap geweest, zonder die huisapotheker had dat ook gekund hé, dat wij medicatienazichten doen, maar 't zal de eerste stap geweest zijn in een cascade van meer wetenschappelijke uitoefening van ons beroep. (…) Dat lijkt mij echt een meerwaarde, een opwaardering voor het beroep, vaak zijn we ook gewoon maar verkopers, uiteindelijk, we zijn geen dokter maar we hebben ook wel een zware universitaire studie en heel veel opleiding."*

Er blijkt wel een grote terughoudendheid om contact op te nemen met de huisarts omtrent optimalisatie van het medicatieschema. Geen enkele van de apothekers deden hun suggesties momenteel rechtstreeks naar de huisarts, tenzij het over zware interacties ging. Ze gaven eerder het advies mee aan de patiënt om dit met de huisarts te bespreken. Rechtstreeks contact werd niet genomen omdat zij meenden dat huisartsen hier geen tijd voor zouden hebben en hier negatief op zouden reageren.

5.3.4 Informed consent

Tevens vermeldden vijf van de tien apothekers het verplichte tekenen van een *informed consent* als een drempel om het huisapothekerschap op te starten.

> *Apotheker 1: "Dat vond ik wel moeilijk in het begin, ge moet de mensen iets laten tekenen, dat is direct zo gewichtig hé, ik zou het ook wel liever doen op de manier zoals bij jullie (namelijk met mondelinge i.p.v. schriftelijke toestemming, red.)."*

5.3.5 Reacties patiënten

De reacties van patiënten in verband met het huisapothekerschap werden omschreven als overwegend positief. De meesten waren wel dankbaar en vonden het schema zeer handig volgens de apothekers. Drie apothekers gaven wel aan dat het concept algemeen nog onvoldoende gekend is bij patiënten.

5.4 Farmaceutische zorg

5.4.1 Erkenning

Vier apothekers gaven aan zich niet altijd erkend te voelen in hun rol als zorgverlener. Er kwam zes keer terug dat ze soms het gevoel hebben te veel als verkoper, winkelier gezien te worden. Enkele apothekers merkten wel op dat dit verbeterd was sinds de invoering van het huisapothekerschap.

> *Apotheker 9: "Het is misschien wat verstevigd. (…) Een ander contact met de klant, niet alleen als luisterend oor, als verkoper, maar ook als raadgever over medicatie. Daar had ik de laatste tijd met wat ouder te worden toch wat meer last van, ja, het mag zowat een beetje veranderen, dat ik zo op mijn honger zat te wachten, dat het meer en meer winkel werd hé, en nu met deze huisapotheek is dat toch meer…"*

5.4.2 Rol als zorgverlener

Op de vraag of ze van mening waren dat apothekers een grotere rol zouden moeten kunnen opnemen in de zorg voor de patiënt, antwoordden zeven van de tien apothekers dat ze het goed vonden zoals het nu is. Enkelen haalden ook praktisch-organisatorische problemen aan die de uitbreiding van de farmaceutische zorg in de weg staan zoals tijdsgebrek, plaatsgebrek, gebrek aan personeel, gebrek aan vergoeding.

Drie apothekers zouden wel liever een grotere zorgrol opnemen.

> *Apotheker 4: "Ik zou dat wel, ja, ik vind dat dat wel meer zou mogen. En zo, eigenlijk een goede samenwerking daarin dan vinden ook met de huisartsen hé. Dat zij niet denken van 'Oei oei'. Ja, het is niet de bedoeling om de patiënten af te snoepen van de dokters, het is gewoon samenwerking en gezondheidszorg verder zetten in de apotheek hé. Dat vind ik wel interessant."*

> *Apotheker 8: "Maar ja, ik vind het wel een positief systeem, want ik geloof wel dat de apotheek zo meer en meer gaat evolueren naar echt de kern, de zorg en dat dat dan de basis zal zijn en dat zo de cosmetica, de randzaken gaan wegvallen."*

6. DISCUSSIE

6.1 Samenvatting resultaten

Het bevorderen van een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers is van belang voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews werd in deze masterproef de visie van apothekers over hun samenwerking met huisartsen onderzocht. De verkregen informatie is afkomstig uit interviews met tien apothekers en geeft zo een breed inzicht in de percepties van apothekers over dit onderwerp. Hieruit is gebleken dat er zowel positieve als negatieve aspecten ervaren worden aan de samenwerking en aan het concept huisapotheker, dat hier onlosmakelijk mee verbonden is.

Over het algemeen hadden apothekers een positieve kijk op de samenwerking, maar er zijn nog steeds obstakels die een effectieve samenwerking in de weg staan. Zij benadrukten het belang van wederzijds vertrouwen en respect voor hun expertise, bereikbaarheid, goede communicatie en betrouwbaarheid in het nakomen van afspraken. Dit bleek niet altijd het geval te zijn.
De meeste apothekers vonden dat huisartsen (op enkele uitzonderingen na) gemakkelijk te bereiken zijn, maar arts-specialisten niet. De meesten waren tevens positief over de communicatie met huisartsen. Enkele apothekers misten het gevoel van wederzijds respect en vertrouwen.
Problemen met voorschriften resulteerden in bijkomende frustraties door onduidelijkheden en misnoegdheid van sommige artsen bij substitutie van ontbrekende producten.
Over de MFO's was men overwegend positief; de meesten hadden al ooit deelgenomen.

Het lijkt logisch dat de samenwerking tussen huisartsen en apothekers met de tijd mee verandert. Vijf apothekers vonden dat de samenwerking doorheen de jaren verbeterd is, omdat er wederzijds vertrouwen werd opgebouwd. De apothekers waren algemeen positiever over de samenwerking met de jongere generatie huisartsen.

De komst van het huisapothekerschap lijkt de opportuniteit bij uitstek voor meer samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Geen van de tien apothekers vond echter dat dit iets aan de samenwerking veranderd had. De apothekers waren nochtans over het algemeen overwegend positief over het concept.

Vooral van het medicatieschema werd de meerwaarde wel ingezien. Ook de dankbaarheid van patiënten werd gewaardeerd en de uitbreiding van de rol van de apotheker als zorgverlener door het concept, wat hen ook meer een gevoel van erkenning gaf.
Het grootste knelpunt bleef echter de softwareproblemen met Vitalink. Andere obstakels waren onder andere dat het opstellen en bijhouden van het medicatieschema nogal tijdsintensief is en dat hier een te lage verloning tegenover staat. Ook het informed consent tekenen bleek een drempel. Daarnaast bleek er ook een gebrek aan info te zijn om de patiënt goed advies op maat te kunnen geven. De meesten waren dan ook voorstander om toegang tot een deel van het GMD te krijgen. Omgekeerd vonden quasi alle apothekers dat de huisartsen ook toegang zouden moeten krijgen tot het GFD.
Verder bleef er onduidelijkheid over wie de eindverantwoordelijkheid draagt voor het medicatieschema. De meesten vonden dit een gedeelde verantwoordelijkheid.

Naast bovengenoemde problemen die het opstellen van het medicatieschema en daarmee ook samenwerking tussen huisarts en apotheker voor een deel in de weg staan, bleek er ook veel aarzeling te bestaan bij apothekers om rechtstreeks contact op te nemen met de huisarts om gesuggereerde aanpassingen in het medicatieschema te bespreken.
Bovendien voerde slechts één van de apothekers reeds systematisch medicatienazichten uit op de medicatieschema's. Desondanks vonden zes van de tien apothekers dat het huisapothekerschap hun omgang met polyfarmacie veranderd had. Acht van de tien stonden er voor open in de toekomst wel medicatienazichten te beginnen doen.

6.2 Terugkoppeling naar literatuur

Door de komst van het huisapothekerschap lijkt de evolutie naar meer multidisciplinaire samenwerking en actieve betrokkenheid van de apotheker die wereldwijd gezien wordt ook in België ingezet (8,9,11,13,16,22,23). In de toekomst zal dit verder uitgebreid worden met medicatienazichten door de apotheker (24).
Hoewel de meeste apothekers uit deze studie er voor open stonden dit in de toekomst ook te implementeren, was er heden nog veel terughoudendheid voor samenwerking met de huisarts rond dit concept. De redenen hiervoor, zoals beschreven in internationaal kwalitatief onderzoek, kwamen ook in deze studie terug: de moeilijke contactname of gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, tijdsgebrek, gebrek aan renumeratie, gebrek aan klinische informatie over de patiënt, onvoldoende personeel en problemen met integratie van de software (8,13,20). Het GGG medicatienazicht, dat momenteel in zijn kinderschoenen staat,

biedt wel een honorarium aan van €90 per prestatie en het rapport zou via een eForm naar de huisarts gaan (24). Hoe vlot dit in de praktijk zal verlopen valt natuurlijk nog af te wachten.

Zoals in de inleiding beschreven staat, is de hoeksteen van het huisapothekerschap het opstellen en up-to-date houden van het medicatieschema en het toegankelijk maken van dit schema voor andere zorgverleners met wie de patiënt een therapeutische relatie heeft. Idealiter gebeurt dit via het regionale systeem van gegevensdeling, in Vlaanderen is dit Vitalink. Vitalink blijkt echter amper gebruikt te worden door de softwareproblemen die het zeer gebruiksonvriendelijk maken. Bij sommige farmaceutische softwarepakketten blijkt het zelfs niet geïntegreerd te zijn. Daarnaast wordt het schema meestal ook niet direct opgemaakt bij de opstart van het huisapothekerschap (hoewel dit een voorwaarde is van het RIZIV voor de opstart) en blijkt het voor sommige apothekers ook een opgave om dit systematisch bij te houden (3,7). Daardoor hebben patiënten na de opstart van het huisapothekerschap soms maandenlang geen schema, of hebben ze vaak een schema dat niet geactualiseerd is. Doordat Vitalink niet gebruikt wordt zijn andere zorgverleners bovendien afhankelijk van de patiënt zelf om wijzigingen te communiceren tussen de verschillende zorgverleners en om het schema niet te vergeten. In de praktijk loopt dat uiteraard vaak mis. Gezien de insteek van het hele concept huisapotheker voornamelijk draait rond dat medicatieschema, lijkt het daarin zijn doel wat te missen. Er blijft wel een voordeel voor de patiënt: Bij het opstellen van het schema kan de functie en het optimale gebruik van elk geneesmiddel nog eens overlopen worden waardoor de medicatiekennis, het ziekte-inzicht en de therapietrouw van de patiënt vergroot kan worden, er kunnen soms medicatiefouten uitgehaald worden, en het geeft een handig overzicht voor de patiënt (8,11,15–21).

De positieve en negatieve aspecten van het huisapothekerschap volgens de apothekers die naar voren kwamen in de masterproef van Roscher et al. uit 2019, kwamen ook in deze studie terug. Het medicatieschema werd opnieuw als grootste pluspunt gezien omdat het zorgt voor een handig overzicht voor alle zorgverleners en de patiënt zelf, omdat er medicatiefouten kunnen uitgehaald worden, omdat het zorgt voor beter begrip bij de patiënten, en omdat het meer erkenning geeft voor de rol van de apotheker als zorgverlener (1).
Helaas blijkt er in de vijf jaar sinds de opstart van het huisapothekerschap weinig veranderd te zijn aan de hindernissen die men ondervindt: op de eerste plaats de softwareproblemen met Vitalink, verder ook een te lage verloning in verhouding tot de tijdsinvestering, gebrek aan medische informatie over de patiënt en de drempel van het fysiek tekenen van het informed consent formulier (1).

Het huisapothekerschap blijkt ook nog steeds weinig aanleiding te geven tot meer interdisciplinaire communicatie. In deze studie gaven de apothekers als reden hiervoor dat zij meenden dat artsen hier geen tijd voor hadden en negatief zouden reageren op het voorstellen van aanpassingen. In de studie van Roscher et al. gaf men als verklaring hiervoor eerder dat de opstart van een dossier huisapotheker meestal niet samenvalt met een medicatiewijziging en dat mogelijke fouten eerder gecommuniceerd worden bij de opstart van een nieuw product dan bij het opstellen van het medicatieschema. Enkele apothekers in die studie gaven ook aan dat ze, zelfs indien er toch een mogelijke medicatiefout zou ontdekt worden bij het opstellen van het schema, niet snel geneigd zouden zijn contact op te nemen met de huisarts hiervoor, omdat ze er vanuit zouden gaan dat de arts hier wel een goede reden voor zou hebben en dat het product dan toch al langere tijd genomen wordt zonder problemen (1).
Ook de onduidelijkheid rond de eindverantwoordelijkheid over het medicatieschema en rond de mate waarin informatie-uitwisseling juridisch gezien toegestaan is, zoals besproken werd door Wuyts et al., werd bevestigd door de apothekers in dit onderzoek (5).

6.3 Sterktes en zwaktes

In deze masterproef werd door middel van 10 semigestructureerde diepte-interviews een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De sterkte hiervan is dat het de onderzoeker in staat stelt om diepgaande informatie te verzamelen over de percepties, ervaringen, attitudes en meningen van de deelnemers. Door open vragen te stellen en de deelnemers de ruimte te geven om hun antwoorden uitgebreid toe te lichten, kan de onderzoeker een rijk begrip krijgen van de verschillende aspecten van het onderwerp. Bovendien kan deze methode helpen bij het ontdekken van nieuwe thema's en perspectieven die niet eerder waren overwogen. Daarnaast is er ook nog weinig literatuur gepubliceerd over dit onderwerp in ons land.

Er zijn echter ook beperkingen aan deze methode.
Ten eerste is er slechts een kleine steekproefomvang van 10 apothekers, die mogelijk niet representatief is voor de bredere populatie van apothekers en zo de externe validiteit vermindert. Bovendien werd er voor het zoeken van deelnemers deels gebruik gemaakt van purposive sampling, waardoor een selectie bias van de onderzoeker niet kan uitgesloten worden. Doordat de deelnemers vooral gezocht werden rond de locatie van de opleidingspraktijk en van de woonplaats van de onderzoeker is de geografische spreiding van de deelnemers eerder beperkt, wat ook een vorm van selectie bias is.
Daarnaast zijn er nog een aantal andere mogelijke vormen van vertekening in de gerapporteerde resultaten. Zo is het mogelijk dat de deelnemers eerder sociaal wenselijke

antwoorden gaven, des te meer omdat de interviewer zelf arts was en geen apotheker. Verder kan de onderzoeker ook voor een vertekening van het interview gezorgd hebben door onbewust de vragen of antwoorden in een bepaalde richting te sturen door diens eigen onderliggende mening.

6.4 Aanbevelingen

Door samenwerking tussen apothekers en huisartsen te verbeteren en te stimuleren en door de obstakels voor het huisapothekerschap en de uitbreiding van de farmaceutische zorg aan te pakken, kunnen we de rol van de apotheker als zorgverlener en de kwaliteit van de farmaceutische zorg verbeteren.

Zoals één van de apothekers aangaf, is onder andere door de komst van de online apotheek hun inkomstenmarge steeds meer aan het slinken, waardoor een vernieuwde invulling van hun functie binnen het zorglandschap zich sowieso opdringt met heroriëntatie van hun taken en renumeratie richting farmaceutische zorg en minder puur naar verkoop.
Met de komst van het huisapothekerschap en zeer recent ook de medicatienazichten door de huisapotheker zijn de eerste stappen reeds genomen in deze evolutie.
Zoals reeds besproken zijn er echter nog wel wat obstakels die een kwalitatieve en efficiënte samenwerking en uitvoering hiervan in de weg staan.

Eén van de belangrijkste zaken die zou moeten aangepakt worden is het gebruiksvriendelijker en functioneler maken van Vitalink en verplichte integratie van deze tool in alle softwarepakketten in apotheken, huisartsenpraktijken en ziekenhuizen. Verder zou het ook praktisch zijn moest er tevens een digitaal communicatiekanaal tussen arts en apotheker in de software voorzien worden om laagdrempelig en efficiënt informatie uit te kunnen wisselen. Dit werd gesuggereerd door één van de apothekers in deze studie en werd ook aangegeven door apothekers uit de studie van Roscher et al. (1).

Daarnaast zou het interessant zijn moest de huisapotheker toegang krijgen tot een deel van het GMD, bijvoorbeeld de Sumehr. Op die manier hebben ze toegang tot de informatie die zij nodig hebben voor het adequaat opstellen van een medicatieschema en het uitvoeren van een medicatienazicht, rekening houdend met onder andere de nierfunctie van de patiënt, de leverfunctie, contra-indicaties uit de voorgeschiedenis, gebrek aan indicatie voor continuatie van een geneesmiddel, et cetera. Aangezien de patiënt sowieso al een toestemmingsformulier

moet tekenen voor het elektronisch delen van gezondheidsgegevens, lijkt het gemakkelijk om hier een extra clausule aan toe te voegen die toegang tot de Sumehr toestaat.
Anderzijds blijkt het vragen om de fysieke handtekening op het toestemmingsformulier een drempel voor veel apothekers. Een elektronische verklaring van de apotheker dat de patiënt geïnformeerd is en toestemt, zou eigenlijk moeten volstaan. Gezien dit ook voor het GMD en het eHealth consent bij de huisarts het geval is, lijkt het logisch dat dit bij de apotheker ook zou moeten kunnen.
Omgekeerd zou het ook interessant zijn voor huisartsen om toegang te krijgen tot het GFD. Vooral om middelenmisbruik tegen te gang, maar dit kan ook nuttig zijn wanneer de patiënt bijvoorbeeld niet meer weet welk nieuw geneesmiddel de specialist heeft opgestart of welk geneesmiddel hij zonder voorschrift ging halen, enzovoort. De meeste apothekers in deze studie zijn hier dan ook voorstander van.
Verder dient er ook een degelijk wettelijk kader voorzien te worden omtrent de gegevensdeling tussen arts en apotheker en moeten de verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheid van de zorgverleners dringend worden geëxpliciteerd om discussie achteraf te vermijden.

De MFO's lijken het beste weggelegd om het contact tussen huisartsen en apothekers te verbeteren. Meer inzetten hierop kan de samenwerking dus ten goede komen. Door elkaar eens in levende lijve te ontmoeten kunnen pijnpunten besproken worden, goede afspraken gemaakt worden, en het zorgt voor een laagdrempeligere contactname achteraf. Eén van de apothekers suggereerde dat een evaluatiemoment achteraf ook nuttig zou zijn, omdat er momenteel in de praktijk vaak weinig gebeurt met hetgeen besproken wordt op de MFO's. Aangezien tijdsgebrek echter reeds vaak aangehaald wordt, is het misschien interessanter om elk MFO te beginnen met een evaluatie van het vorige MFO.
Het kan ook overwogen worden om een vergoeding te voorzien voor deelname aan een MFO, zoals voor de MDO's (multidisciplinair overleg) ook gedaan wordt. Hierdoor zal de participatiegraad vermoedelijk stijgen en compenseert dit ergens voor de volgens de apothekers te lage verloning voor het huisapothekerschap.

Het dient ook vermeld te worden dat het potentieel van het huisapothekerschap momenteel vermoedelijk niet ten volle benut wordt doordat het onvoldoende gekend is bij de patiënten, zoals wordt aangegeven door enkele apothekers. Meer sensibilisatie vanuit de overheid, de huisartsen en de apothekers zelf lijkt dus wel op zijn plaats.
Wanneer ook de medicatienazichten door de huisapotheker meer ingeburgerd raken, zal dit er hopelijk voor zorgen dat zowel artsen als patiënten de meerwaarde van de apothekers

expertise meer zullen erkennen en ontvankelijker zullen staan tegenover gesuggereerde interventies.

De komst van het medicatienazicht door de apotheker vanaf 1 april 2023 biedt heel wat mogelijkheden voor verder onderzoek. Eens dit gekend is en toegepast wordt, kan het interessant zijn om ook daarover een kwalitatieve studie te verrichten om te onderzoeken hoe dit project loopt. Ook een kwantitatief onderzoek rond dit onderwerp zou interessant zijn om te achterhalen hoeveel GGP's er bijvoorbeeld gemiddeld kunnen gedetecteerd worden bij een medicatienazicht, in welke mate de gesuggereerde interventies effectief doorgevoerd worden, en wat voor effect dit heeft op onder andere correct medicatiegebruik, medicatiekennis, ziekte-specifieke uitkomsten en harde uitkomstmaten zoals de levenskwaliteit, ziekenhuisopnames, kosten en sterfte.

7. CONCLUSIE

Wereldwijd is een evolutie te zien naar meer multidisciplinaire samenwerking en actieve betrokkenheid van de apotheker via farmaceutische zorg. Ook in België zijn de eerste stappen in die richting gezet met de komst van het huisapothekerschap en zeer recent ook de intrede van medicatienazichten door de apotheker.

Het is bemoedigend dat enkele apothekers opmerkten dat de invoering van het huisapothekerschap heeft geleid tot een gestegen erkenning voor hun rol als zorgverlener. Dit suggereert dat er meer moet worden gedaan om de rol van apothekers als zorgverlener uit te breiden.

Hoewel de apothekers in deze studie over het algemeen wel positief waren over de samenwerking met huisartsen en over het concept huisapotheker, kwamen ook een aantal hindernissen aan het licht.
De resultaten benadrukken het belang van goede communicatie, wederzijds vertrouwen en respect voor elkaars expertise, bereikbaarheid en het nakomen van afspraken. Het is belangrijk dat er een wisselwerking is tussen beide partijen. Door meer in te zetten op de MFO's zou er een beter contact tussen huisartsen en apothekers bekomen kunnen worden.
Het medicatieschema heeft een grote meerwaarde, maar er is een betere werking van het centrale platform Vitalink noodzakelijk, toegang tot bepaalde klinische informatie zoals de Sumehr en duidelijkheid in de wetgeving in verband met gegevensdeling en aansprakelijkheid. Veel apothekers vinden ook dat de verloning voor de huisapotheker niet in verhouding staat tot de tijd die men er in steekt. Daarnaast wordt het fysiek handtekenen van het informed consent als drempel gezien voor de opstart van het huisapothekerschap en zou men dit liever digitaal doen.

8. REFERENTIES

1. Roscher C, Pype P, Boeckxstaens P. 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? 2019.

2. Stockman K, Pype P, Boeckxstaens P. 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? 2019.

3. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/huisapotheker-begeleiden-chronische-patienten.aspx

4. Devos S, Pype P, Boeckxstaens P. De rol van de huisapotheker en de samenwerking met de huisarts. Een mixed-method studie. Draagt het hebben van een huisapotheker bij tot de aflevering van een uniforme en correcte medicatielijst voor de patiënt? 2019.

5. Wuyts J, De LepeLeire J, Foulon V. Informatie-uitwisseling met de huisapotheker: wat kan en wat mag? Tijdschr Geneeskd. 2019;75(13):845–53.

6. Foubert K, Mehuys E, Claes L, Van Den Abeele D, Haems M, Somers A, et al. A shared medication scheme for community dwelling older patients with polypharmacy receiving home health care: role of the community pharmacist. Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med [Internet]. 2019;74(5):326–33. Available from: https://doi.org/10.1080/17843286.2018.1521903

7. RIZIV. Het medicatieschema: hét overzicht van geneesmiddelen die de patiënt moet nemen - RIZIV [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 12]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/Paginas/medicatieschema-overzicht-geneesmiddelen-patient.aspx?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter

8. Blondal A, Sporrong S, Almarsdottir A. Introducing Pharmaceutical Care to Primary Care in Iceland—An Action Research Study. Pharmacy. 2017;5(4):23.

9. Blondal AB, Jonsson JS, Sporrong SK, Almarsdottir AB. General practitioners’ perceptions of the current status and pharmacists’ contribution to primary care in Iceland. Int J Clin Pharm. 2017;39(4):945–52.

10. Vancaillie J, Boussery K, Gernay O. Samenwerking tussen huisarts en apotheker via het medicatieschema. 2016.

11. Wuyts J, Maesschalck J, De Wulf I, Foubert K, Boussery K, De Lepeleire J, et al. Studying the Impact of a Medication Use Evaluation by the Community Pharmacist (SIMENON): study protocol. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018;18(623):1–8. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11096-017-0462-2

12. Christiaens T. ‘Treatment review’ door de apotheker met feedback aan de huisarts. Minerva. 2008;7(4):54–5.

13. Tommelein E, Mehuys E, Van Tongelen I, Petrovic M, Somers A, KYMPERS C, et al. Medicatienazicht door de officina-apotheker in België : waarom, hoe en stand van zaken. Farm Tijdschr Voor Belgie [1971] [Internet]. 2016;96(4):4–13. Available from: http://hdl.handle.net/1854/LU-8522275

14. Van Hulle C, Avonts D, Boussery K. Hoe goed kennen huisarts en apotheker het medicatieschema van hun patiënt? 2015.

15. Foubert K, Mehuys E, Maesschalck J, De Wulf I, Wuyts J, Foulon V, et al. Pharmacist-led medication review in community-dwelling older patients using the GheOP3S-tool: General practitioners' acceptance and implementation of pharmacists' recommendations. J Eval Clin Pract. 2020;26(3):962–72.

16. Foubert K, Boussery K, Petrovic M, Somers A. Exploring pharmacist-led medication optimisation strategies for older patients with polypharmacy: from medication scheme to medication review. 2020.

17. Spinewine A. Heeft samenwerking tussen apothekers en huisartsen een impact op de gezondheid van de patiënt ? Minerva. 2012;11(6):73–4.

18. Van Leeuwen E, Christiaens T. Patiëntgericht interdisciplinair medicatienazicht: het werkt (een beetje)! Minerva [Internet]. 2020;19(4):38–42. Available from: http://www.minerva-ebm.be/NL/Article/2203

19. Mouzon A. Effect van een uitgebreid medicatienazicht door officina- apothekers bij ouderen met polyfarmacie? Minerva. 2017;

20. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1–7.

21. Denneboom W, Dautzenberg MGH, Grol R, De Smet PAGM. Comparison of two methods for performing treatment reviews by pharmacists and general practitioners for home-dwelling elderly people. J Eval Clin Pract. 2008;14(3):446–52.

22. Gerlach N, Michiels-Corsten M, Viniol A, Schleef T, Junius-Walker U, Krause O, et al. Professional roles of general practitioners, community pharmacists and specialist providers in collaborative medication deprescribing - A qualitative study. BMC Fam Pract. 2020;21(1):1–14.

23. Duncan P, Ridd MJ, McCahon D, Cabral C, Guthrie B. Barriers and enablers to collaborative working between GPs and pharmacists: A qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2020;70(692):E155–63.

24. IPSA. Artikel KB GGG Medicatienazicht [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 21]. p. 1. Available from: https://view.publitas.com/ipsa/artikel-kb-ggg-medicatienazicht/page/1

9. BIJLAGEN

Bijlage 1: Protocol

Inleiding

Deze masterproef met als onderwerp ‘Apothekers als partner in de zorg: Samenwerking tussen huisartsen en apothekers rond polyfarmacie.’ is een kwalitatief onderzoek.
De concrete vraagstelling is: ‘Wat is de visie van de apotheker over de drempels en facilitators voor een betere samenwerking met huisartsen, meer bepaald rond patiënten met polyfarmacie?’.

Achtergrond/aanleiding

Ik heb in de praktijk al gemerkt dat er (vaak door ouderen) soms veel verschillende medicijnen genomen worden, waarvan de indicaties soms nog moeilijk te achterhalen zijn, die zorgen voor onveilige bijwerkingen of interacties, of waarvan het oorspronkelijke doel al lang voorbijgestreefd is. Polyfarmacie is voor huisartsen vaak moeilijk te managen.
Het concept van een huisapotheker is mij bekend, maar zorgt dit ook voor een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers of optimalisatie van het medicatieschema bij patiënten met polyfarmacie?
Om dit te achterhalen wil ik graag onderzoeken wat apothekers vinden van de huidige samenwerking met huisartsen, wat de evolutie hierin is, wat goed gaat en wat mogelijke verbeterpunten zijn.

Methode

Nadat achtergrond verworven werd over dit onderwerp via een korte literatuurstudie, zal het onderzoek gebeuren aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews van 30 tot 60 minuten aan de hand van een interviewgids, afgenomen bij apothekers. Er zal een audio-opname gemaakt worden tijdens de interviews. De verkregen info zal gepseudonimiseerd worden.

Deze apothekers zullen eerst gerekruteerd worden in de nabije omgeving van de huisartsenpraktijk waar ik zal werken vanaf 01/04/2022. Nadien zou ik via mijn netwerk op zoek gaan naar extra apothekers via purposive sampling. Het doel is om 10 tot 15 apothekers te interviewen.

Later zal een kwalitatieve analyse uitgevoerd worden op de diepte-interviews, zodat bij de interpretatie hiervan mogelijke verbeterpunten kunnen geïdentificeerd worden.

Relevantie

Uit dit kwalitatief onderzoek verwacht ik meer inzicht te verwerven in de samenwerking tussen huisartsen en apothekers en de mogelijke pijnpunten hierin. Dit kan samenwerking in de toekomst faciliteren, wat alle patiënten van de betrokken partijen ten goede kan komen.

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Diego Schrans
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11389	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Apothekers als partner in de zorg: samenwerking tussen huisartsen en apothekers rond polyfarmacie. Scriptie Martens Mira"

B.U.N.: B6702021001213

* Adviesaanvraagformulier: versie 1 dd. 24/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. 29/11/2021)
* Begeleidende brief dd. 21/11/2021 (ontvangen dd. 29/11/2021)
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier: versie 1 dd. 21/11/2021 voor de deelnemers
* Interview Guide versie 1 dd. 21/11/2021

Advies werd gevraagd door: Dr. Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *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 effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *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.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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

° *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 effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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

Ledenlijst op 28/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Bijlage 3: Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers aan een onderzoek

Titel van de studie:

Apothekers als partner in de zorg: samenwerking tussen huisartsen en apothekers rond polyfarmacie.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatief onderzoek. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een onderzoek genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

1 WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE?

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een kwalitatief onderzoek met als doel om de visie van apothekers over de samenwerking met huisartsen, meer bepaald rond patiënten met polyfarmacie te bevragen en zo te ontdekken wat de mogelijke drempels en facilitators hierin zijn.
De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.

Patiënten krijgen vaak veel verschillende medicijnen, waarvan de indicaties soms nog moeilijk te achterhalen zijn, die zorgen voor onveilige bijwerkingen of interacties, of waarvan het oorspronkelijke doel al lang voorbijgestreefd is. Polyfarmacie is voor huisartsen vaak moeilijk te managen.
Het concept van een huisapotheker is mij bekend, maar zorgt dit ook voor een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers of optimalisatie van het medicatieschema bij patiënten met polyfarmacie?
Om dit te achterhalen wil ik graag onderzoeken wat apothekers vinden van de huidige samenwerking met huisartsen, wat de evolutie hierin is, wat goed gaat en wat mogelijke verbeterpunten zijn.
Aan de hand van semigestructureerde interviews zullen apothekers bevraagd worden hieromtrent.

2 WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.
Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk voordeel. Uw deelname in de studie kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de interprofessionele

samenwerking tussen huisartsen en apothekers en zodoende de zorg voor patiënten met polyfarmacie verbeteren.
U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts.
Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is.
U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.
Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

3 HOEVEEL DEELNEMERS ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

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

4 WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De verwachte totale duur van de studie voor u is 30 à 60 minuten.

5 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 bevraagd worden i.v.m. de samenwerking tussen huisartsen en apothekers, meer bepaald rond polyfarmacie. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. 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.

6 WELKE PROCEDURES VINDEN TIJDENS DE STUDIE PLAATS?

6.1 Procedures:

Er zal een interview afgenomen worden over uw visie over de drempels en facilitators voor een betere samenwerking tussen apothekers en huisartsen, meer bepaald rond patiënten met polyfarmacie. Dit interview zal 30-60 minuten duren en kan in uw eigen apotheek plaatsvinden.
Verder zullen een aantal demografische gegevens verzameld worden zoals uw leeftijd, geslacht, het aantal huisapotheker dossiers, de locatie, of u in loondienst of als zelfstandige werkt.

Er zal een audio-opname gemaakt worden tijdens het interview. Deze zal enkel beluisterd worden door het onderzoeksteam. Op de verkregen informatie zal een kwalitatieve analyse uitgevoerd worden.

6.2 Studieverloop:

Indien u besluit deel te nemen aan de studie en aan alle voorwaarden voor deelname voldoet, zal u onderstaande testen en onderzoeken doorlopen:

Bezoek 1: Interview over de samenwerking tussen apothekers en huisartsen (30-60 minuten).

7 WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt 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 enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden als de arts meent dat dit in uw belang is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.
Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gepseudonimiseerde gegevens in de databank blijven voor analyse, maar er zal geen nieuwe data toegevoegd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie 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.

7.1 Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk

voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Uw gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Schrans Diego (UZ Gent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers 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.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

7.2 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862). Indien de arts-onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is (er is geen verband met de studie bij schade ten gevolge van het natuurlijke verloop van de ziekte of ten gevolge van gekende bijwerkingen van de standaardbehandeling), zal

hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de arts-onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, en steeds wanneer u dit nodig acht, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00).

8 WAT ZIJN DE RISICO'S EN VERWACHTE VOORDELEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel of nadeel. Uw deelname in de studie kan wel helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

9 ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

10 IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Er is geen vergoeding voorzien.

11 TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

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 de onderzoeker:

Naam: Martens Mira

Adres: Keiberg 1, 9521 Sint-Lievens-Houtem

Telefoonnummer: 053 62 49 88

Of

Naam: Schrans Diego

Telefoonnummer: 09 332 36 12

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS AAN EEN STUDIE

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan een studie" pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, 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 begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever van de studie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit 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.
Men heeft mij ingelicht dat mijn gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op 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 arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.	
2) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de arts-onderzoeker en ben bereid waarheidsgetrouw te antwoorden op de gestelde vragen.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 4: Interviewgids

Interviewgids

Demografische gegevens

- Leeftijd
- Geslacht
- Locatie apotheek (ruraal/stedelijk)
- Zelfstandig/in loondienst
- Aantal dossiers huisapotheker en hoeveel daarvan met een medicatieschema
- Totaal aantal patiënten het voorbije jaar

Open vragen

- Wat is uw ervaring met het samenwerken met huisartsen? Wat loopt goed? Wat kan beter?
- Wat is uw mening over het concept huisapotheker? Wat loopt goed? Wat kan beter?
- Is er een evolutie in de samenwerking tussen vroeger en nu? Heeft introductie van concept huisapotheker iets veranderd aan uw samenwerking met de huisarts?
- Vindt u dat het concept huisapotheker bijdraagt tot een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers?
- Heeft het concept huisapotheker iets veranderd aan uw omgang met polyfarmacie?
- Is de invulling van het huisapothekerschap geëvolueerd sinds zijn introductie in 2017?
- Wat vindt u van de verloning voor de huisapotheker?
- Welke drempels/problemen ondervindt u bij het opstellen van medicatieschema's? Wat is uw ervaring met Vitalink?
- Doet u soms zelf suggesties naar de huisarts bij het maken van een medicatieschema? Waarom wel/niet?
- Indien u contact opneemt met huisartsen, over wat gaat dit dan zoal?
- Wat vindt u van een medicatienazicht door de huisapotheker? Voelt u zich bekwaam genoeg hiervoor? Zou u een bijopleiding volgen hieromtrent indien beschikbaar?
- Wie heeft volgens u de eindverantwoordelijkheid over het medicatieschema?
- Welke reacties krijgt u van patiënten rond het idee van de huisapotheker? Hoe ondervindt u de bereidwilligheid van patiënten om hierin mee te gaan?
- Vindt u dat apothekers een grotere rol zouden moeten kunnen opnemen in de zorg voor de patiënt? Voelt u zich erkend in uw rol als zorgverstrekker?
- Wat is uw ervaring met MFO's (Medisch-Farmaceutisch Overleg)? Hoe vaak vindt dit plaats in uw regio? Heeft u al deelgenomen? Indien ja, wat kan beter? Wat loopt goed?
- Wat is uw ervaring met het GFD (Gedeeld Farmaceutisch Dossier)? Vindt u dat het goed zou zijn mocht de huisarts ook toegang krijgen tot het GFD? Waarom wel/niet?
- Vindt u dat apothekers ook toegang moeten krijgen tot het GMD (Globaal Medisch Dossier)? Waarom wel/niet?
- Wat bij middelenmisbruik? Wat zou de aanpak hiervan kunnen faciliteren?