BESTUDEREN VAN VOORSCHRIFTEN AFGELEVERD BUITEN HET ARTS-PATIËNTCONTACT

Joachim Truijens, KULeuven

Promotor: Prof. Dirk Avonts, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

1. Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

1. Inhoudsopgave 2
2. Abstract 4
3. Inleiding 6
4. Methodiek 10
5. Interview 11
   5.1 Bevraging patiënten 11
      5.1.1 Ziekten en medicatiegebruik 11
      5.1.2 Een vaste apotheker? 11
      5.1.3 Frequentie van arts- en apotheekbezoek 11
      5.1.4 Reden van artsbezoek 11
      5.1.5 Fouten tegen medicatiegebruik 12
      5.1.6 Achterstallige voorschriften bij de apotheker 12
      5.1.7 Niet-gebruikte voorschriften of medicatie zonder voorschrift 12
      5.1.8 Waarom voorschriften afhalen zonder consultatie? 13
      5.1.9 Op consultatie komen op vraag van de arts 14
      5.1.10 Patiënten hun ideeën rond controleconsultaties 15
      5.1.11 Krijgen patiënten opmerkingen van de arts of de apotheker? 15
      5.1.12 Behandelt de arts u goed ook bij afgeven van voorschriften zonder consultatie? 16
      5.1.13 Staan patiënten open voor veranderingen? 16
   5.2. Bevraging artsen 17
      5.2.1 Hoe verloopt momenteel het proces van herhaalvoorschriften afgeven buiten de consultatie? 17
      5.2.2 Welke veranderingen zou je graag hebben in het proces van herhaalvoorschriften? Wat is er al geprobeerd? 17
      5.2.3 Hoe vaak zouden patiënten moeten langskomen? 19
      5.2.4 Wie kan er allemaal voorschriften zonder consultatie krijgen? 19
      5.2.5 Wanneer gebeurt er een herziening van medicatie? 19
      5.2.6 Kan de rol van het secretariaat uitgebreid worden? 20
      5.2.7 Wat met handgeschreven voorschriften? 20
      5.2.8 Wat met voorschriften die niet opgehaald worden? 20
6. Resultaten 22
   6.1 Resultaten van de Gentse subpopulatie 22
      6.1.1 Schets van de onderzochte populatie 22
         a) Leeftijd en geslacht 22
         b) Welke pathologieën zijn er aanwezig in de onderzochte populatie? 22
         c) Welke chronische medicatie wordt er genomen? 23
      6.1.2 Aantal voorschriften aangevraagd zonder consultatie 23
      6.1.3 Aantal voorschriften verkregen via de consultatie 25
      6.1.4 Frequentie van aanvragen van voorschriften zonder consultatie 26
      6.1.5 Hoeveel komen de patiënten op consultatie? 27
      6.1.6 Welke medicatie wordt er voorgeschreven? 28
         6.1.6.1 Medicatie verkregen via consultatie 28
         6.1.6.2 Medicatie verkregen zonder consultatie 29

6.1.7 Wordt medicatie meer voorgeschreven op consultatie of zonder consultatie?.....30
6.1.8 Hoeveel percent van alle voorschriften worden verkregen zonder consultatie?….31
6.1.9 Krijgen patiënten ook medicatie zonder consultatie die niet behoort tot hun chronische medicatie?.....33
6.2 Resultaten van de Lanaakse subpopulatie.....35
6.2.1 Schets van de populatie..... 35
a) Leeftijd en geslacht..... 35
b) Welke pathologieën zijn er aanwezig in de onderzochte populatie?.....35
c)Welke chronische medicatie wordt er genomen?.....35
6.2.2 Welke medicatie wordt er afgehaald bij de apotheker?..... 36
7. Discussie..... 38
7.1 Beschrijving van de populatie.....38
7.2 Aantal afgegeven voorschriften.....38
7.3 Verschillen in de voorschriften met en zonder consultatie.....39
7.4 Patiënten en consultaties..... 41
7.5 Waarom voorschriften aanvragen zonder consultatie?.....41
7.6 Visie van artsen en patiënten op voorschriften zonder consultatie.....42
7.7 Het huidige systeem van voorschriften zonder consultatie.....42
7.8 Problemen bij het afleveren van voorschriften zonder consultatie.....43
7.9 Beschrijving van groepen.....44
8. Mogelijkheden voor verder onderzoek..... 46
8.1 Nood aan een individuele aanpak..... 46
8.2 Literatuur.....47
8.3 Het Chronic Care Model..... 47
8.4 Het Chronic Care Model toegepast op de casus.....48
8.5 Mag hier effect van verwacht worden?..... 49
9. Conclusie.....49
10. Zwakke punten van dit onderzoek..... 51
11. Sterke punten van dit onderzoek..... 51
12. Dankwoord.....51
13. Referenties..... 52
14. Bijlage 1: overzicht van voorkomen van verschillende morbiditeiten binnen elk specialisme..... 53
15. Bijlage 2: Welke medicatie wordt voorgeschreven op consultatie?.....56
16. Bijlage 3: Welke medicatie wordt er afgeleverd zonder consultatie?.....58
17. Bijlage 4: Niet-chronische medicatie zonder consultatie.....60
18. Bijlage 5: Verhouding voorschriften afgegeven zonder consultatie ten opzichte van met consultatie..... 62
19. Bijlage 6: Vragenlijsten gebruikt bij interviews.....64

2. Abstract

Context:
Tijdens mijn HAIO-jaren viel het mij regelmatig op dat patiënten aan de balie of telefonisch artsen vragen om een voorschrift te schrijven zonder consultatie. De artsen zelf vonden dat dit een belangrijk deel van hun tijd innam maar schreven wel de voorschriften voor.

Onderzoeksvraag:
Hoe groot is het fenomeen, van herhaalvoorschriften zonder consultatie, in de praktijk en wat zijn de ideeën van artsen en patiënten hierover?

Methode:
Eerst wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd. Het onderzoek loopt over twee praktijken (Lanaken en Gent) waardoor tweemaal een registratie is gebeurd. In Lanaken wordt aan 8 apothekers gevraagd om één maand lang te noteren welke patiënten, waarvan geweten is dat ze patiënt zijn in de praktijk, medicatie halen zonder voorschrift. Deze patiënten worden gecontacteerd, gevraagd voor hun toestemming tot medewerking en wordt er een interview afgenomen. Van de apotheek wordt er een lijst meegegeven welke medicatie zij het laatste jaar afhaalden. Uit hun medisch dossier wordt hun voorgeschiedenis en chronische medicatie gehaald. In Gent wordt in de praktijk een maand lang genoteerd welke patiënten voorschriften komen halen zonder consultatie. Deze patiënten worden gecontacteerd met de vraag tot toestemming, een interview en uit hun medisch dossier wordt hun voorgeschiedenis, chronische medicatie, consultatiemomenten met voorgeschreven medicatie en alle medicatieaanvragen zonder consultatie gehaald.

Resultaten
Uit de interviews komen verschillende redenen naar voor waarom patiënten voorschriften afhalen zonder consultatie. Deze vallen samen te vatten in volgende categorieën: 1)Bewust vermijden van consultaties, 2) op consultatie komen geeft geen toegevoegd nut, 3) te hoge medicatie-inname waardoor medicatie sneller opraakt, 4) praktische redenen en 5) het wordt toegelaten door de huisarts. Artsen geven voorschriften zonder consultatie omdat het hen werk bespaart en/of omdat ze er nog geen negatieve ervaringen van hebben ondervonden. De meeste patiënten geven aan dat als de arts hen een voorschrift geeft zonder consultatie hij/zij dat doet omdat het medisch gezien toegelaten is. Indien de arts hen toch vraagt om op consultatie te komen, interpreteren ze dat als noodzakelijk voor hun behandeling en nemen ze dit de arts zelden kwalijk. Artsen vinden dat patiënten minimum 2x/jaar op consultatie moeten komen. Ongeveer 1/4 van de patiënten voldoet niet aan deze norm. Er wordt meer medicatie voorgeschreven zonder consultatie dan met consultatie. Gekeken naar de relatieve cijfers valt op dat anti-infectieuze medicatie, psychofarmaca en pijnstillende medicatie meer voorgeschreven worden zonder dan met consultatie.

Conclusie:
Op basis van de interviews en de gegevens uit de medische dossiers wordt een poging gedaan om de verschillende patiënten te categoriseren in vier verschillende groepen:
1) Komen voldoende op consultatie, vragen weinig voorschriften zonder medicatie
2) Komen voldoende op consultatie, vragen veel voorschriften zonder consultatie
3) Komen weinig op consultatie, vragen weinig voorschriften zonder consultatie
4) Komen weinig op consultatie, vragen veel voorschriften zonder consultatie

3. Inleiding

Tijdens mijn HAIO-jaren viel het mij regelmatig op dat patiënten aan de balie of telefonisch artsen vragen om een voorschrift te schrijven zonder consultatie. De artsen zelf vonden dat dit een belangrijk deel van hun tijd innam maar schreven wel de voorschriften voor. Mijn vraag hierrond is hoe groot het fenomeen, van herhaalvoorschriften zonder consultatie, is in de praktijk en wat de ideeën van artsen en patiënten hierover zijn.

Wat is een herhaalvoorschrift? Elk voorschrift voorgeschreven in het kader van een continuering van bestaand geneesmiddelengebruik wordt gezien als een herhaalrecept. 3/4 van alle voorgeschreven medicatie kan zo gezien worden als herhaalrecepten.(1)
Deze herhaalvoorschriften bieden voor- en nadelen.(2) Het is minder werk voor de arts en makkelijker voor de patiënt. Het gevaar bestaat dat de medicatie van de patiënt niet meer gecontroleerd wordt met risico op incorrecte voorschriften, incorrect medicatiegebruik door de patiënt en een suboptimale kosteffectiviteit.
Elektronisch voorschriften afdrukken vermindert bepaalde risico's, maar kan er ondertussen voor zorgen dat er minder kritisch wordt gekeken naar de voorgeschreven medicatie.

In de UK zijn tot 80% van de aangevraagde voorschriften herhaalvoorschriften.(3) Onderzoek door Zermansky toont aan dat tot 72% van de afgeleverde herhaalvoorschriften, over 50 praktijken, de laatste 15 maand niet waren herzien.(4) Meer vrouwen dan mannen krijgen medicatie voorgeschreven zonder contact met de arts.(5) Oudere vrouwen halen het meest medicatie af zonder een artsbezoek.(6) 44% van de patiënten die medicatie voorgeschreven krijgen zonder artscontact zijn ouder dan 65 jaar. Dit geeft mogelijk een probleem van continueren van medicatie onder een dalende nierfunctie.(6)

Onderzoek uit 1993 geeft weer welke medicatie vooral gevraagd wordt als herhaalvoorschrift: medicatie voor diabetes, epilepsie, parkinsonisme, jicht en cardiovasculaire aandoeningen. Er was een verrassend hoog percentage NSAID en hypnotica en ook antibiotica (alhoewel weinig als herhaalvoorschrift meegegeven) werden meer voorgeschreven dan verwacht.(7)
Ook in ander onderzoek komt de (relatief) grote vraag naar hypnotica, sedativa en antidepressiva naar boven.(8)
Vaak blijft er een harde kern van patiënten die regelmatig hypnotica gebruiken. Onderzoek toont nochtans aan dat regelmatig de medicatielijst overlopen, kan leiden tot een afbouw van benzodiazepines.(9) De enige reden waarom patiënten niet vaker overgedoseerd/vergiftigd worden door hun medicatie is door non-compliance (10).

NHG heeft in 2006 een standpunt geschreven over farmacotherapie bij de huisarts.(1) Hierin worden verschillende problemen aangegeven die een goed farmacotherapeutisch beleid in de weg staan.
1)Er ontbreekt vaak een volledig medicatieoverzicht in het elektronisch medisch dossier van de huisarts. Hier valt door betere registratie, ICT-inzet en goede samenwerkingsverbanden met eerste en tweede lijn beterschap te verwachten.
2)Er is een verhoogd risico op medicatiefouten bij uitwisseling tussen de eerste en tweede lijn. De meest voorkomende fout blijkt herstarten van medicatie tijdens een ziekenhuisopname die bewust door de huisarts gestopt werd.
3)Therapietrouw blijkt niet vanzelfsprekend te zijn wegens bijwerkingen, interacties of onvoldoende verwacht effect. Therapietrouw blijkt vooral afhankelijk te zijn van

patiëntgebonden factoren zoals kennis van de aandoening, verwachtingen naar het geneesmiddel toe en sociaal-culturele achtergrond.
4)Er is een goede samenwerking vereist tussen huisartsen en apothekers aangezien de laatsten ook een taak (kunnen) hebben bij farmacotherapie.

De vraag is of patiënten die vaak om herhaalvoorschriften komen ook voldoende op consultatie komen. Richard et al. vinden dat patiënten met reumatische of cardiovasculaire aandoeningen best elke drie tot zes maand op consultatie komen.(8) Bij hen bleek dat het interval vaak 144 tot 186 dagen was. Er was ook bezorgdheid over het feit dat diabetici zeer onregelmatig langskwamen (90 tot 500 dagen) terwijl best 90 à 120 dagen tussen 2 consultaties vallen.

McGavok en Zermansky komen, elk in hun onderzoek, net zoals de twee voorgaande, tot gelijkaardige conclusies: in een substantieel deel van de huisartspraktijken worden herhaalvoorschriften slecht gemanaged.(11-12) Broodnodige controles worden vaak weggelaten, het potentieel van de PC wordt vaak onderschat en kansen voor kwaliteitsbewaking worden gemist. Zo wordt bij 1/3 van de herhaalvoorschriften niet gekeken of het medicament effectief chronisch gegeven wordt en wanneer het laatste voorschrift afgegeven is. Sommige praktijken hadden geen methode om patiënten te identificeren waarbij de medicatie moet worden nagekeken, nochtans noodzakelijk. In deze praktijken was er geen limiet op hoeveel herhaalvoorschriften een patiënt kon krijgen, nogal alarmerend. Vaak is er een te grote tijd tussen 2 consultaties bij cardiale patiënten, NIDDM, artritis en patiënten die ulcergenezende medicatie nemen. Slecht 30% van de artsen zag aanmoediging tot een betere compliance als een continue durend proces.

Bij de helft van de praktijken was er geen bewijs dat een arts een duidelijke beslissing had gemaakt dat de medicatie chronisch moest genomen worden. Vooral medicatie gestart in het ziekenhuis is hier vatbaar voor. Bij 3/4 van de voorschriften was er geen bewijs van een periodische herziening in het laatste anderhalf jaar. Veel patiënten nemen pillen voor jaren zonder medische controle.
Vaak werd enkel de medicatie herzien die te maken had met de presenterende klacht. Het is ook bijna onmogelijk om (bij polyfarmacie) alle medicatie te herzien en de presenterende klacht te behandelen op 10 minuten.

Shakib and George geven vier extra factoren mee die moeten overwogen worden bij patiënten die komen voor herhaalvoorschriften: de invloed van veroudering, de mogelijkheid van drugeliminatie, ontstaan van nieuwe contra-indicaties en nieuwe inzichten over bestaande medicatie.(13)

Bij veroudering ontstaat er een verandering van farmacokinetiek: de water/vetverdeling in het lichaam verandert waardoor er een verandering kan ontstaan in distributie van medicatie of de piekconcentraties van medicatie veranderen. Meestal zijn hiervoor weinig dramatische medicatieveranderingen nodig. De grootste verandering gebeurt op het vlak van drugeliminatie door een daling van de nier-en leverfunctie waardoor er een stijging is van de serumconcentratie en halfleven. Daarnaast is er bij ouderen ook een veranderde sensitiviteit voor bepaalde medicatie.

Daarnaast moet er ook gekeken worden naar de algemene sociale toestand van de patiënt en de mogelijke deterioratie van zicht, gehoor, handigheid, intellect en/of de gang. Bepaalde

medicatie kan wel een goede indicatie hebben maar door bovenvernoemde omstandigheden toch minder aangewezen zijn.

Elke consultatie is ook een kans om compliance/adherence van de patiënt na te gaan. De arts krijgt ook zo ook de kans om de medicatielijst bij te werken volgens de laatste inzichten. (vb: Hormon replacement therapy bij postmenopauzale vrouwen beperken in de tijd) En finaal kan er gekeken worden of bepaalde medicatie niet afgeschaft kan worden vooral bij symptomatische behandelingen en eventueel zelfs bij chronische aandoeningen.

Er zijn al enkele studies gedaan die mogelijke oplossingen aangeven.
Apothekers kunnen de medicatie van patiënten herzien. Onderzoek hierrond toont dat er door een apotheker meer veranderingen aan de behandeling werden gedaan in vergelijking met normale zorg.(14) Het eindresultaat door de apotheker bleek kostenbesparend te zijn. De vraag is of elke patiënt in aanmerking komt voor dit systeem.(15) Patiënten op stabiele, rechttoe-rechtaan medicatie zijn het gemakkelijkst te managen door de apotheker en ook degene die de huisarts het eerst zal delegeren. Bij patiënten met complexere medicatieschema's moet de apotheker meer verantwoordelijkheid opnemen en de vraag is of de huisarts deze patiënten zal willen delegeren.(15) Er wordt ook opgeworpen dat apothekers wel medicatie kennen maar geen goed ontwikkelde klinische vaardigheden hebben.(12)

Praktijkverpleging de medicatie laten herzien heeft ook zijn nadelen: ze hebben weinig training in therapeutica en hun opleiding is vaak georganiseerd door de farmaceutische industrie en bevat dus weinig kritiek voor medicatie.(12) Nochtans kunnen zij, mits aangepaste training, veel van het beoordelingswerk overnemen. Eventueel kunnen kritische patiënten zelf hun eigen medicatie onder ogen nemen maar dit is onzeker terrein. Zermansky concludeert daarom dat de voorschrijver verantwoordelijk is voor de voorgeschreven medicatie.(12)

Sommigen werken met herhaalvoorschriftkaarten.(16) In deze vorm bestaan er verschillende mogelijkheden:

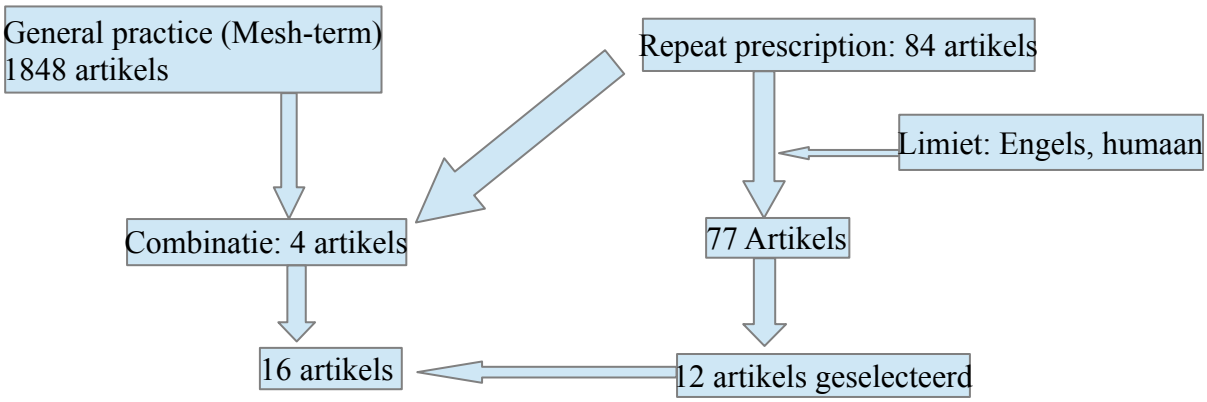
1. Ziekte- of drugsidentificatiekaart die worden gebruikt om risicopatiënten te identificeren, vb.: Cortisone- of anticoagulatiebehandeling, tetanusvaccinatie
2. Kaarten die een overzicht bevatten van de voorgeschiedenis en behandelingen (met medicatie) van de patiënt
3. Kaarten met een overzicht van de medicatie die momenteel door de patiënt wordt genomen. Deze kaarten worden gebruikt om herhaalvoorschriften te krijgen
4. Kaarten die passen in het medisch dossier die een samenvatting bevatten van welke medicatie, welke dosis en wanneer voorgeschreven
5. Combinaties van deze kaarten

Er zijn enkele basisprincipes waaraan moet worden voldaan bij het introduceren van deze kaarten: a)geen inclusie van medicatie die verslavend is, b)in het medisch dossier altijd datum, dosis en hoeveelheid van de voorschriften noteren en c)er moet een systeem zijn waardoor de patiënt en de arts weten hoeveel voorschriften er tussentijds kunnen afgegeven worden (over the counter) zonder arts-patiënt contact.
De vraag is, in deze tijden van ICT, of het gebruik van medicatiekaarten niet verouderd is en beter vervangen wordt door een elektronisch systeem.

Tot slot: Er is nog geen bewijs geleverd dat deze interventies, gericht op de herhaalvoorschriften, leiden tot een stijging van de levenskwaliteit of de kosten van het gezondheidssysteem verminderen.(2)

4. Methodiek

In Ovid/Medline worden volgende zoektermen gebruikt voor een literatuurstudie: “Repeat prescription” en “General practice”(Mesh-term). Uiteindelijk leverde dit 16 relevante artikels op.(Tekening 1)
Oorspronkelijk is de bedoeling om na te gaan hoeveel voorschriften patiënten afhalen zonder consultatie. Dit onderzoek loopt over twee praktijken. Aangezien er in de eerste praktijk, in Lanaken, op onvoldoende wijze door de artsen wordt bijgehouden welke voorschriften afgehaald worden door welke patiënten, is het onderzoeksopzet licht veranderd. Er wordt aan 8 apothekers in Lanaken gevraagd om één maand lang te noteren welke patiënten, waarvan geweten is dat ze patiënt zijn in de praktijk, medicatie halen zonder voorschrift. Deze patiënten worden gecontacteerd, gevraagd voor hun toestemming tot medewerking en wordt er een interview afgenomen. Van de apotheek wordt er een lijst meegegeven welke medicatie zij het laatste jaar afhaalden. Uit hun medisch dossier wordt hun voorgeschiedenis en chronische medicatie gehaald.
In de Gentse praktijk is er de mogelijkheid om adequaat te registreren en dus wordt het oorspronkelijke onderzoeksopzet hervat. Er wordt een maand lang genoteerd welke patiënten een voorschrift aanvragen zonder consultatie. Deze patiënten worden gecontacteerd met de vraag tot medewerking en er wordt een interview bij hen afgenomen. Uit hun medisch dossier wordt hun voorgeschiedenis, chronische medicatie, consultatiemomenten met voorgeschreven medicatie en alle medicatieaanvragen zonder consultatie gehaald.



Tekening 1: Tekening 1

5. Interview

5.1 Bevraging patiënten

Van alle patiënten worden er 41 uitgenodigd voor een kort interview. Vijfendertig van hen zijn hierop ingegaan.

5.1.1 Ziekten en medicatiegebruik

Aan elk van de patiënten wordt hun voorgeschiedenis en actueel medicatiegebruik nagevraagd. Dit als controle op de volledigheid van het medisch dossier.

5.1.2 Een vaste apotheker?

De meeste patiënten gaven aan een vaste apotheker te hebben. De voornaamste redenen waarom ze eventueel van apotheker veranderen, is indien hun vaste apotheker op vakantie is of gesloten.
Een minderheid ging langs bij twee of drie apothekers. Ze deden dit omdat bepaalde apothekers enkele van hun chronische medicamenten goedkoper kunnen afleveren, hun vaste apotheek niet op de woon-werkroute of de woon-dokterroute ligt of omdat ze niet zo gehecht zijn aan een vaste apotheek.
De patiënten die verschillende apotheken hebben, zijn weinig geneigd om 1 apotheek uit te kiezen en hiervan hun vaste apotheker te maken.

5.1.3 Frequentie van arts- en apotheekbezoek

Verschillende patiënten kunnen moeilijk hun frequentie van arts- of apotheekbezoeken inschatten. Zij antwoorden dan ook dat ze naar de dokter gaan “als ze ziek zijn” of “als het nodig is”.
Bij degenen die ongeveer een idee hebben hoe groot de frequentie is van arts- en apotheekbezoek variëren de frequenties tussen 1 maal per jaar en 1 maal per twee maand. Het apotheekbezoek ligt vaak iets hoger en kan gaan tot 1 maal per maand tot zelfs 1 maal per twee weken.
Opvallend: enkele patiënten geven aan zo weinig mogelijk tot zelfs niet naar de dokter te (willen) gaan.

5.1.4 Reden van artsbezoek

Patiënten bezoeken hun huisarts omdat ze ziek zijn, om advies te vragen, om hun medische toestand te laten controleren, omdat de arts hen vraagt langs te komen voor een controle en om voorschriften te krijgen van hun medicatie.
Patiënten verkiezen soms hun huisarts niet te bezoeken omdat ze geen zin hebben om bepaalde zaken met de huisarts te bespreken, omwille van financiële problemen, omdat ze een medische controle niet nodig vinden, omdat ze liever niet naar de huisarts gaan of omdat ze hun afspraak vergeten

5.1.5 Fouten tegen medicatiegebruik

Grofweg de helft van de ondervraagden geeft aan fouten te maken tegen één of meerdere van hun medicamenten. Het gaat hier dan vooral over overgebruik. Over de hoeveelheden blijven ze vaag, vaak beschreven ze de ernst van hun fouten in termen van “ik neem soms wel eens een pilletje teveel” of “enkele meer dan anders”.

Er zijn verschillende redenen waarom ze teveel medicatie nemen:

- De familiale situatie die hen teveel wordt en waarvoor ze een extra benzodiazepine nemen om te kalmeren.
- De pijn die te erg wordt en waarvoor ze extra pijnstillende medicatie nemen. De oorzaak van de pijn kan zowel liggen in hun medische toestand (rugpijn) als opgewekt door een exogene toestand (alcohol).
- Patiënten met een probleem van overmatige alcoholconsumptie gebruiken (overmatig) benzodiazepines tegen de ontwenning of combineren hun alcoholgebruik met (te veel) benzodiazepines.
- Patiënten bij wie er chronische longproblemen zijn (vooral dan COPD en astma), misbruiken hun kortwerkende sympathicomimetica en/of anticholinergica wegens klachten van dyspnee.
- Één patiënt geeft toe teveel benzodiazepines te gebruiken omdat hij hiervan rustiger wordt.

Enkele patiënten geven toe hun medicatie soms niet te nemen omdat ze het nut van hun medicatie niet inzien, omdat ze hun medicatie vergeten of omdat ze denken dat hun fouten niet erg zijn voor hun gezondheid.

De frequentie van voorkomen van de fouten ligt tussen wekelijks en enkele malen per jaar, verschillend van patiënt tot patiënt.

5.1.6 Achterstallige voorschriften bij de apotheker

Verschillende patiënten geven aan eerst medicatie te halen bij de apotheker en pas later om een voorschrift te gaan bij de arts.
Redenen hiervoor zijn

- Ze hebben in het weekend medicatie nodig en willen de dokter van wacht niet bellen.
- Er is niet meer voldoende medicatie in huis tot het volgende doktersbezoek.
- De arts is vergeten bepaalde chronische medicatie voor te schrijven en men zal het voorschrift pas vragen bij het volgende artsbezoek.
- De apotheker en de arts staan het (stilzwijgend) toe.
- De patiënt wil de arts niet lastig vallen voor enkel een achterstallig voorschrift.
- de (vaste) huisarts is op vakantie.

Patiënten, als ze medicatie halen zonder voorschrift, staan meestal 1 à 2 voorschriften in schuld bij de apotheker.

5.1.7 Niet-gebruikte voorschriften of medicatie zonder voorschrift

Enkele patiënten vragen voorschriften op bij de huisarts maar gebruiken deze niet. Ze

vergeten dat ze deze voorschriften in huis hebben en ontdekken deze pas maanden later, als hun houdbaarheidsdatum al overschreden is.
De meeste patiënten gebruiken alle voorschriften die ze krijgen van de arts.

Geen enkele patiënt heeft medicatie gehaald bij de apotheek en daarvoor achteraf nooit een voorschrift binnengebracht.

5.1.8 Waarom voorschriften afhalen zonder consultatie?

Patiënten hebben verschillende redenen om voorschriften te bestellen aan de balie zonder op consultatie te gaan:

- overgebruik/misbruik van medicatie. Hierbij gaat het vaak om (verslavende) medicatie zoals psychofarmaca (vooral de benzodiazepines) of pijnstillers (vooral opioïden). De reden voor het overgebruik is een moeilijke familiale situatie (zoals een gespannen relatie) , een verslaving aan een ander product (vaak alcohol) of veel pijn hebben.
- medicatie vergeten te vragen op (controle)consultatie en de patiënt bestelt tussendoor medicatie om toe te komen tot de volgende consultatie.
- Het is een manier voor patiënten om bepaalde problemen niet ter sprake te moeten brengen. Voorbeelden zijn het opvragen van antidepressiva-voorschriften aan de balie en op consultatie komen in verband met cardiovasculaire problemen. Of zo weinig mogelijk op consultatie komen om zo bepaalde verslavingen niet te moeten bespreken. In deze gevallen prefereren de patiënten om hun probleem niet of slechts medicamenteus te behandelen maar wordt de arts op afstand gehouden met betrekking tot bepaalde gezondheidsaspecten.
- Slecht gebruik van medicatie waardoor er overgebruik is van medicatie. Vaak komen hier de vernevelings- en inhalatieproducten ter sprake bij de behandeling van COPD en/of astma. Door een verkeerd en/of overgebruik van Salbutamol, ipatropium, Duovent®, ... raakt deze medicatie snel op en bestellen de patiënten voorschriften bij. De redenen waarom er overgebruik is, zijn geldgebrek voor (duurdere) medicatie of consultaties en slechte compliance naar de langwerkende preparaten toe.
- Voorschriften voor de pil. Deze vrouwen komen maar 1x/jaar op consultatie op controle en de rest van het jaar vragen ze tussendoor 3- of 6-maandelijkse voorschriften voor hun pil.
- De dokter probeert de patiënt op afstand te behandelen. Dit zijn patiënten met een (zeer) beperkte compliance waarbij de arts de patiënt aanraadt om bepaalde medicatie toch te blijven gebruiken voor zijn gezondheid. De patiënt kan tussendoor voorschriften telefonisch opvragen en moet weinig op controleconsultatie komen, wat hij/zij trouwens ook niet wil.
- In deze categorie zitten ook patiënten die behandeld worden op afstand omdat hun partner dit vraagt aan de arts. Ook in dit geval gaat het om personen met een slechte compliance en weinig ziekte-inzicht. Maar in deze gevallen vraagt de partner het vaak vanwege de factor huiselijk geweld en/of agressiviteit bij de patiënt zelf.
- De patiënt heeft de indruk dat de arts weinig kan veranderen aan de situatie. Medicatie lost de situatie op, of maakt het toch enigszins draaglijk, en de patiënt ziet daardoor het nut niet in van op consultatie te komen om enkel een voorschrift van dit medicament te komen halen.
- De patiënt voelt zich goed en gaat enkel naar de huisarts als hij/zij ziek is. Indien ze

zich lang niet ziek voelen, raakt hun chronische medicatie op. Ze vinden het niet nodig om speciaal voor een voorschrift op consultatie te komen en bestellen dan hun voorschriften voor chronische medicatie telefonisch of aan de balie.
- Patiënten verzetten hun afspraak naar een latere datum en merken dat ze tekortschieten in medicatie. Dus bellen ze om toe te komen tot de volgende afspraak.
- Patiënten verliezen voorschriften en bellen voor een nieuw voorschrift.
- Er wordt zelf al gestart met medicatie, al dan niet omdat de patiënt al vaak deze ziekte heeft meegemaakt, en achteraf wordt er gebeld voor voorschriften om de medicatievoorraad bij te vullen.
- Vooral de specialistische geneesheren worden opgezocht en patiënten geven aan dat ze enkel bellen naar de huisarts om, tussen twee bezoeken aan de specialist, genoeg voorschriften te hebben.
- Patiënten hebben het gevoel dat het toegelaten wordt door de huisarts. Sommigen ervaren dit als een luxe aangeboden door de huisarts, sommigen ervaren dit als een vanzelfsprekendheid. De eerste groep heeft er begrip voor indien de arts het systeem van voorschriften bestellen zou afschaffen.
- Het wachten in de wachtzaal duurt te lang. Via het bestellen van voorschriften winnen patiënten tijd.
- Patiënten hebben al de medicatie gehaald bij de apotheker zonder voorschrift. Ze komen achteraf bij de huisarts vragen om een achterstallig voorschrift.

5.1.9 Op consultatie komen op vraag van de arts

Patiënten zullen op consultatie komen indien de arts dit vraagt. Ze gaan er van uit dat als de arts hen vraagt om op consultatie te komen dit nodig is voor hun gezondheid of dat de arts dit nodig heeft om een optimale verzorging te kunnen geven. Een derde motief om, na een vraag van de arts, toch op consultatie te komen, is omdat de huisarts anders geen voorschriften meer wil voorschrijven of omdat de arts het hen verschillende malen en al langere tijd vraagt. Zij voelen zich dan wel verplicht om af te komen.
Ze hebben ook begrip voor het feit dat hun huisarts niet zomaar voorschriften mag schrijven. Voor zichzelf rechtvaardigen ze de voorschriften op aanvraag doordat de huisarts hun medische voorgeschiedenis kent en dat ze een goede vertrouwensrelatie hebben met hun arts. Sommigen komen, door deze “wake-up call”, weer in het systeem van regelmatige controleconsultaties. Wanneer het medisch probleem opgelost is of onder controle is, is er wel het gevaar van drop-out en herval in het systeem van voorschriften op aanvraag.

Er wordt zelden een voorwaarde gekoppeld aan de vraag van de arts om op consultatie te komen: patiënten vertrouwen hun huisarts dat deze het enkel vraagt als het nodig is. Als er al voorwaarden gesteld worden, zijn deze vooral van praktische aard: liefst een consultatie op het moment dat het goed uitkomt voor de patiënt en op deze consultatie moeten er dan ook voldoende voorschriften worden meegegeven zodat de patiënt genoeg medicatie heeft tot de volgende controle.

Een minderheid geeft aan toch weigerachtig te zijn op de vraag van de arts tot controleconsultatie.
- Zij vinden de rompslomp om naar de consultatie te komen te groot. Bij sommigen zijn hun mobiliteitsproblemen de oorzaak, bij anderen is er een probleem van geen tijd

en/of geen zin. De patiënten met mobiliteitsproblemen staan wel positief tegenover een huisbezoek als controleconsultatie.

- Anderen vinden dat de arts te moeilijke woorden gebruikt tijdens de consultatie. Ze hebben het gevoel dat er boven hun hoofd beslist wordt over hun gezondheid en voelen zich hierdoor minder gemotiveerd om op consultatie te komen.
- Door financiële problemen stellen sommige patiënten controleconsultaties uit. In het systeem van derdebetaler zijn zij wel meer geneigd om toch op consultatie te komen.
- Sommige patiënten vinden het niet nodig om op consultatie te komen indien de arts hen dit vraagt. Hun idee is dat ze bepaalde medicatie toch chronisch moeten gebruiken en dat de arts dit nooit verandert. Zij zien het nut niet in om op consultatie te komen terwijl de arts hen ook de voorschriften kan afgeven. Indien het gaat om acute pathologie begeven deze patiënten zich wel naar de consultatie.
- Dezelfde reden waarom patiënten voorschriften bestellen zonder consultatie is ook de reden waarom ze niet op consultatie komen: de arts zal op consultatie medische zaken met hen bespreken die ze liever niet willen bespreken. Als de arts hen dan vraagt om op controle te komen, vermijden ze liever deze consultatie.

5.1.10 Patiënten hun ideeën rond controleconsultaties

Rond het nut van controleconsultaties zijn patiënten verdeeld: een deel vindt dit nuttig, een deel van hen vindt dit niet.

Patiënten die controleconsultaties nuttig vinden, willen graag dat op deze consultaties hun klachten worden besproken en hun parameters en bloedwaarden worden gecontroleerd. Daarnaast willen ze weten hoe hun medische toestand is, hoe hun ziekten evolueren en ze willen ook voorschriften meekrijgen. Het voornaamste wat ze willen horen is dat alles in orde is.
De arts mag, meestal, bepalen hoeveel keer per jaar er een controleconsultatie zou moeten zijn. Patiënten geven aan dat de huisarts de medische expert is en dat hij/zij dus ook het aantal controles best bepaalt. Indien de patiënten vinden dat ze zelf hun aantal controleconsultaties mogen bepalen, ligt dit aantal meestal tussen één tot vier maal per jaar.
Sommigen geven toe dat indien ze niet verwacht zouden worden op controleconsultaties ze veel minder naar dokter zouden gaan. Een doktersbezoek zou dan enkel gebeuren in geval van acute pathologie.

Patiënten die geen voordeel zien in controleconsultaties vinden dat zolang ze geen last hebben er geen reden is om te komen op controleconsultatie. Hun chronische pathologie is volgens hen onder controle met de medicatie die ze op dat moment nemen en zij vinden dat er door controleconsultaties weinig verandert. Of er worden zaken besproken op deze controleconsultaties die men liever niet bespreekt.
Daarnaast geven sommigen aan dat tijd- en/of geldgebrek ook een reden is om controleconsultaties te mijden. Patiënten met geldproblemen vinden een consultatie met derdebetalersregeling een goed voorstel.
Ondanks deze tegenkantingen gaat een deel van deze patiënten (die het nut van controleconsultaties niet inzien) toch op controleconsultatie. Zij doen dit omdat de arts dit vraagt of omdat ze anders geen voorschriften meer krijgen.

5.1.11 Krijgen patiënten opmerkingen van de arts of de apotheker?

Op deze vraag is er een duidelijk verschil merkbaar tussen de twee dokterspraktijken.
In Lanaken krijgen de patiënten zelden tot nooit opmerkingen van de arts over het feit dat ze voorschriften bestellen. Van hun apotheker krijgen ze wel een opmerking indien ze komen voor medicatie zonder voorschrift. Deze geeft dan aan dat hij/zij eigenlijk geen medicatie mag afgeven zonder voorschrift.

In Gent geven sommige patiënten aan opmerkingen te krijgen van hun arts. De voornaamste opmerking die ze krijgen, is dat het al te lang geleden geweest dat ze nog op consultatie zijn gekomen of dat ze teveel voorschriften op korte tijd hebben besteld. Van de arts krijgen ze aansluitend dan de uitnodiging om op consultatie te komen waar dan de medicatie wel kan voorgeschreven worden. Net als in Lanaken krijgen ze van de apotheker ook opmerkingen als ze medicatie willen halen zonder voorschrift. Ze krijgen minstens te horen dat een apotheek niet zomaar medicatie mag meegeven zonder voorschrift. Bij sommigen wordt de gevraagde medicatie niet afgeleverd tot ze een voorschrift meebrengen.

De meeste patiënten hebben begrip voor de arts of apotheker die hen een opmerking geeft. Volgens deze patiënten hebben arts en apotheek ook het recht om hen een opmerking te geven. Deze patiënten interpreteren deze opmerking als afkomstig van een iemand die zijn beroep ernstig wil uitoefenen. Niettegenstaande hebben sommige patiënten het toch moeilijk met deze opmerkingen. Zij begrijpen niet waarom de arts of apotheek moeilijk doet over voorschriften/medicatie die ze hun hele leven moeten nemen.

5.1.12 Behandelt de arts u goed ook bij afgeven van voorschriften zonder consultatie?

Hierop is het antwoord unaniem: alle ondervraagde patiënten vinden dat ze goed behandeld worden door hun huisarts en het feit dat deze voorschriften aflevert zonder consultatie verandert daar niets aan. Zij gaan ervan uit dat de huisarts zijn vakgebied goed kent en dat hij/zij dit niet zou doen indien het de gezondheid van de patiënt niet ten goede zou komen. Sommigen beschouwen het afgeven van voorschriften zonder consultatie juist als een extra service van de huisarts naar hen toe.
Patiënten die liever niet op consultatie komen omdat er dan bepaalde problemen ter sprake moeten gebracht worden, zijn ook matig positief over hun huisarts. Hierbij zijn ze vooral blij dat de huisarts hen toch wel behandelen zonder op consultatie te komen of beschouwen zij het niet als de taak van de huisarts om bepaalde van hun problemen te behandelen.

5.1.13 Staan patiënten open voor veranderingen?

De meeste patiënten vinden het systeem van afleveren van voorschriften zonder consultatie zoals het nu is goed en zien niet de noodzaak van verandering in. Één enkele patiënt geeft aan dat de huisarts meer voorschriften zou moeten meegeven zodat hij langer toekomt en tussendoor geen voorschriften moet bijbestellen.
Pas indien er concrete voorstellen worden getoetst, blijkt dat sommige patiënten wel openstaan voor veranderingen. Zo staan sommige patiënten wel open voor het voorstel om verschillende voorschriften af te leveren tot de volgende controleconsultatie. De arts die hen vraagt welke medicatie ze nog tekort hebben tot de volgende consultatie is ook voor

verschillende patiënten een hulpmiddel. Daarnaast is het voor verschillenden ook goed indien ze voorschriften mogen blijven afhalen maar dat vooraf afgesproken wordt hoeveel voorschriften in totaal ze mogen meenemen. Indien dit aantal overschreden wordt, moeten ze op controle komen.

5.2. Bevraging artsen

Zes artsen, vier van de praktijk uit Lanaken en twee van de praktijk uit Gent, worden gevraagd voor een interview. Allen stemmen hierin toe.

5.2.1 Hoe verloopt momenteel het proces van herhaalvoorschriften afgeven buiten de consultatie?

In Lanaken kunnen patiënten bellen of langskomen aan de balie om hun voorschriften te bestellen. Elke middag tussen 12u30 en 13u30 is er een telefonisch spreekuur waarop patiënten kunnen bellen voor de uitslag van hun laboresultaten. Dan mogen patiënten ook bellen om voorschriften te bestellen. Voorschriften worden manueel geschreven of afgeprint via de computer. Bepaalde artsen hebben meer een voorkeur voor met de hand schrijven, anderen printen liever. Voorschriften die met de hand geschreven zijn, worden niet ingebracht in de computer. De voorschriften worden klaargelegd aan de balie en de patiënten mogen al 's middags de voorschriften komen ophalen. Indien patiënten bellen buiten deze uren worden ze doorverwezen naar het telefonisch spreekuur. Indien patiënten langskomen aan de balie wordt er gevraagd aan een arts die op dat moment consultaties heeft om de voorschriften te schrijven. Patiënten betalen hiervoor €3. De prijs is onafhankelijk van het aantal voorschriften of voor hoeveel personen er moet voorgeschreven worden. Er is geen echte limiet op het aantal afgeleverde voorschriften, de artsen beoordelen bij elke vraag tot voorschriften of het aantal gevraagde voorschriften binnen de grenzen van de redelijkheid valt.

In Gent bellen patiënten om hun voorschriften aan te vragen. Deze worden genoteerd door de secretaresse waarna één van de artsen over de middag alle aanvragen overloopt en in het dossier van elke patiënt kijkt. De arts kijkt na of de patiënt deze medicatie neemt en wanneer de laatste consultatie was van deze patiënt. Op basis hiervan beslist de arts of de patiënt het voorschrift krijgt of niet. Het voorschrift wordt systematisch ingegeven in de computer, afgeprint en dan klaargelegd aan de balie. De volgende dag mag de patiënt het voorschrift komen ophalen.
Er is geen limiet op het aantal voorschriften dat wordt meegegeven, ook hier wordt er gekeken of de vraag redelijk is. Om volgende reden wordt er geen voorschrift meegegeven: de persoon is geen patiënt van de praktijk of het is al te lang geleden dat ze nog op consultatie kwamen.

5.2.2 Welke veranderingen zou je graag hebben in het proces van herhaalvoorschriften? Wat is er al geprobeerd?

In beide praktijken zijn de artsen hierover onderling verdeeld.
In Gent hebben ze het gevoel dat ze met hun systeem goed de vragen tot herhaalvoorschriften onder controle hebben. En ze houden, doordat iedereen de voorschriften moet ingeven in de computer, een goed zicht op wie welk voorschrift wanneer vraagt.

Er is al geprobeerd om het aantal voorschriften zonder consultatie te verminderen door meer voorschriftaanvragen te weigeren. Dit resulteerde in een hogere werkbelasting doordat meer patiënten op consultatie kwamen. Doordat de werkdruk te hoog werd, zijn de artsen weer soepeler geworden in het afgeven van voorschriften zonder consultatie. Er worden wel nog voorschriften geweigerd aan patiënten die teveel voorschriften bestellen zonder consultatie of bij patiënten waar het al te lang geleden is dat ze op controleconsultatie kwamen. Deze patiënten worden dan verzocht om op consultatie te komen. Eventueel wordt er wel nog een kleine verpakking voorgeschreven zodat patiënten toekomen tot de volgende consultatie. De artsen zeggen zelf dat het belangrijk is om, als een voorschrift geweigerd wordt aan de patiënt, niet toe te geven aan de vraag van de patiënt totdat de patiënt op consultatie komt. Toch willen ze graag het aantal voorschriften zonder consultatie verminderen want momenteel vinden ze dat hun systeem veel tijd opslorpt en weinig rendement of geld opbrengt. Ze geven ook toe dat er af en toe wel eens een patiënt door de mazen van het net glipt en langer dan toegelaten voorschriften bestelt zonder op consultatie te komen. Hierdoor onttrekt de patiënt zich aan het medisch toezicht dat de artsen toch belangrijk vinden.
Één arts vindt wel dat het voorschriftgedrag zal moeten veranderen doordat het RIZIV het Recip-e project in werking wil stellen vanaf begin 2014. Hij is bang dat hierdoor zijn profielen niet gunstig zullen evolueren omdat hij teveel voorschriften zonder consultatie zal hebben.
De andere arts vindt het een voordeel dat door het huidige systeem ze ook mensen kunnen behandelen die financiële moeilijkheden hebben of niet naar de consultatie willen komen. Hij is minder geneigd het systeem aan te passen of af te schaffen alhoewel hij ook toegeeft dat het niet de ideale oplossing is.

In Lanaken wil één arts graag dat er minder voorschriften afgeleverd worden via de balie. Hij is bang dat patiënten zich zo onttrekken aan hun controleconsultaties en dat hierdoor slechtere geneeskunde wordt uitgevoerd. Deze arts onderneemt al een tijdje pogingen om minder voorschriften af te geven aan de balie. Hij geeft enkel voorschriften af aan patiënten die hij zelf behandelt en die regelmatig op controle komen. Hij vindt het jammer dat de andere artsen hem hierin niet volgen.
De andere drie artsen vinden dat hun huidige systeem goed werkt. Ze hebben nog geen negatieve ervaringen met het systeem ondervonden en vinden het dan ook niet nodig om het te veranderen. Zij hebben ook nog geen poging ondernomen om minder voorschriften zonder consultatie af te leveren.

In beide praktijken proberen de artsen wel de vraag tot voorschriften zonder consultatie te verminderen door patiënten al onmiddellijk een datum mee te geven voor de volgende controleconsultatie en voldoende voorschriften om toe te komen tot die datum. Dit lukt niet altijd omdat

- Sommige patiënten de afspraak vergeten.
- Voorschriften raken kwijt.
- Er een rekenfout is gebeurd over het aantal voorschriften dat moet voorgeschreven worden.
- Patiënten te laat bellen om een afspraak te maken waardoor ze nog een aantal weken moeten wachten voordat er een vrije plaats is om op consultatie te komen.
- De afspraak op het laatste moment verlegd wordt waardoor patiënten niet toekomen met hun medicatie en ze wel moeten bijbestellen.

Beide praktijken vragen ook een kleine som geld, enkele euro's, voor voorschriften aangevraagd zonder consultatie. Dit hebben ze beide al jaren geleden ingevoerd omdat ze anders het gevoel hadden dat patiënten ongelimiteerd voorschriften blijven vragen en niet meer op consultatie komen.

5.2.3 Hoe vaak zouden patiënten moeten langskomen?

Dit varieert afhankelijk van de pathologie van de patiënten maar alle artsen vinden, bij patiënten onder chronische medicatie, een minimum van twee consultaties per jaar nodig. Meer consultaties zijn nodig bij specifieke pathologiën: vier per jaar bij (slecht geregelde) diabetes mellitus type 2, vier tot zes per jaar bij chronische nierinsufficiëntie (afhankelijk van het stadium) , ...

5.2.4 Wie kan er allemaal voorschriften zonder consultatie krijgen?

In beide praktijken mogen enkel patiënten van de eigen praktijk voorschriften bestellen en ze mogen enkel medicatie bestellen die in hun medisch dossier staat als chronische medicatie. Voor alle andere gevallen moeten de patiënten op consultatie komen. Indien men vraagt om voorschriften voor familieleden wordt een voorschrift enkel meegegeven indien deze familieleden patiënt zijn in de praktijk en indien de gevraagde medicatie ook in hun lijst van chronische medicatie staat.
Enkele artsen in Lanaken geven wel toe dat ze niet altijd hier strikt op toekijken en soms ook voorschriften geven aan personen waarvan ze niet zeker zijn dat ze patiënt zijn in de praktijk of medicatie voorschrijven die niet in het medisch dossier staat van de patiënt. Dit laatste komt ook deels doordat er een slechte registratie gebeurt van welke medicatie de patiënt neemt en welke zijn chronische medicatie is.

5.2.5 Wanneer gebeurt er een herziening van medicatie?

Alle artsen vinden dat de consultatie het ideale moment is om de medicatie te herzien. Zij vinden dat eerst een behoorlijke anamnese, klinisch onderzoek en eventueel technische onderzoeken moet ondernomen zijn voor veranderingen door te voeren aan de chronische medicatie. Sommige artsen durven kleine medicatieveranderingen door te voeren zonder de patiënt te zien maar voor alle grote veranderingen vragen ze de patiënten om op het spreekuur te komen.

Indien er medicatieveranderingen nodig zijn doordat de uitslag van een technisch onderzoek pas later bekend is dan hangt het af van welk technisch onderzoek er is uitgevoerd of de artsen de patiënt terugvragen op consultatie of niet. Kleine, chronische labocontroles, zoals bijvoorbeeld een TSH- of INR-controle bij respectievelijk schildklierpathologie of voorkamerfibrillatie, worden telefonisch afgehandeld. Indien er grotere onderzoeken gebeurd zijn of de technische onderzoeken zijn aangevraagd in kader van een diagnostische oppuntstelling dan vinden de artsen dat de patiënt terug op consultatie moet komen vooraleer er veranderingen gebeuren.
De artsen, vooral de Gentse artsen, klagen wel dat bepaalde patiënten niet terugkomen op consultatie voor de bespreking van hun technische onderzoeken. De artsen hebben de indruk dat deze groep patiënten niet graag de resultaten van de extra onderzoeken hoort omdat er een

terugkoppeling zal gebeuren naar hun levensstijl die ze niet willen veranderen. Deze patiënten blijven dan wel bellen om voorschriften voor hun “oude” chronische medicatie totdat de artsen hen voor de keuze zetten: of er worden geen voorschriften meer geschreven of ze komen op consultatie.

5.2.6 Kan de rol van het secretariaat uitgebreid worden?

Het secretariaat geeft momenteel enkel de bestelling door van de voorschriften en geeft ze, eventueel, ook af aan de patiënt die het voorschrift komt ophalen.
Beide praktijken vinden dat de rol van het secretariaat nog licht kan uitgebreid worden, namelijk met het klaarleggen van de bestelde voorschriften zodat enkel de arts deze nog moet tekenen. Het secretariaat kan niet zelf beslissen of een patiënt zijn bestelde voorschrift krijgt, dat blijven de artsen hun eigen verantwoordelijkheid vinden. Het secretariaat kan een grotere rol krijgen in de voorbereiding maar de eindverantwoordelijkheid en de beslissing om het al dan niet voor te schrijven blijven bij de arts liggen.

5.2.7 Wat met handgeschreven voorschriften?

In de Gentse praktijk wordt een poging gedaan om alle voorschriften af te printen met de computer zodat automatisch deze gegevens ook zijn opgeslaan in het elektronisch medisch dossier. Deze artsen vinden het belangrijk dat alle voorschriften geregistreerd worden om zo te weten of patiënten niet teveel voorschriften afhalen zonder consultatie. Handgeschreven voorschriften, bijvoorbeeld op huisbezoek, worden manueel ingegeven in de computer of in persoonlijke laptop indien de arts op huisbezoek is. Elke arts heeft dan ook zijn eigen laptop mee op huisbezoek.

De Lanaakse praktijk probeert ook alle voorschriften op consultatie via de computer af te printen of manueel in te geven in het elektronisch medisch dossier indien de arts liever handgeschreven voorschriften afgeeft. Deze praktijk heeft wel soms last van technische problemen met de printer waardoor er geen voorschriften kunnen afgedrukt worden. Enkele artsen geven aan bij technische problemen of indien patiënten voorschriften vragen aan de balie hun voorschriften niet in te geven in de computer omdat dit teveel tijdverlies geeft doordat ze de voorschriften dan twee maal moeten schrijven: éénmaal met de hand en éénmaal ingeven in de computer.
Bij huisbezoeken heeft maar één van de vier artsen een laptop mee. Deze arts geeft dan zijn handgeschreven voorschriften ook in op de computer. De andere drie artsen registreren deze voorschriften niet in het elektronisch medisch dossier. Indien een patiënt teveel voorschriften zou vragen, zou hen dit na bepaalde tijd opvallen en zouden ze dan maatregelen hiertegen ondernemen.

5.2.8 Wat met voorschriften die niet opgehaald worden?

Beide praktijken geven aan dat ze hier niet echt een duidelijk beleid over hebben. Bij beide praktijken wordt na verloop van tijd het bakje, waarin niet-afgehaalde voorschriften liggen, opgekuist. Er is geen vast tijdstip waarop dit bakje wordt uitgekuist, alle artsen geven aan dat het gebeurt als ze de indruk hebben dat er teveel voorschriften in liggen. In beide praktijken wordt niet aangeduid in het elektronisch medisch dossier dat het voorschrift niet is opgehaald.

Het valt de artsen wel na een tijdje op dat bepaalde patiënten het voorschrift niet komen ophalen. Aan deze patiënten wordt dan geen voorschrift meer gegeven tenzij de persoon op consultatie komt (Gent) of het persoonlijk komt vragen aan de balie (Lanaken).

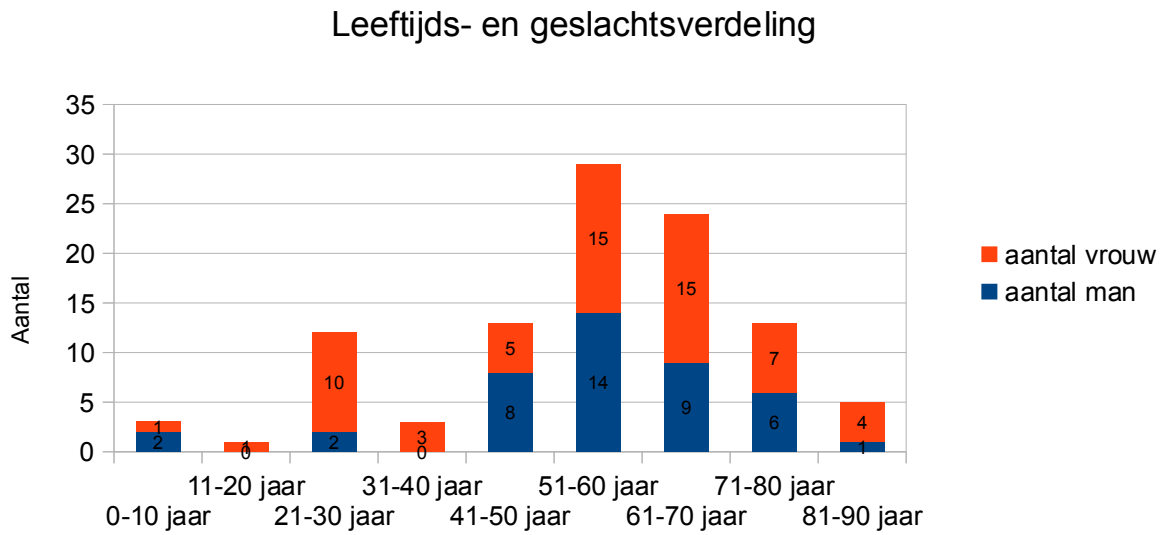
6. Resultaten

6.1 Resultaten van de Gentse subpopulatie

6.1.1 Schets van de onderzochte populatie

a) Leeftijd en geslacht

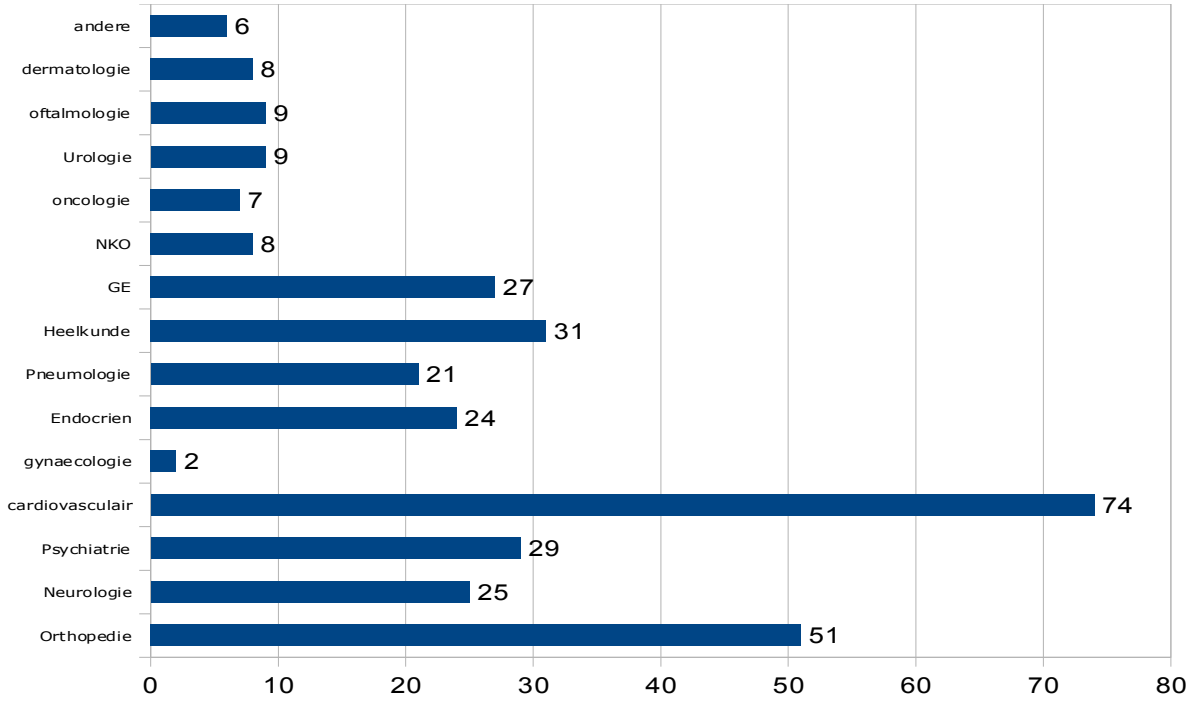
De onderzoekspopulatie bestaat uit 103 patiënten. Figuur 1 toont een leeftijds- en geslachtsverdeling van deze patiënten. Er zijn 42 mannen en 61 vrouwen aanwezig.



Afbeelding 1: Figuur 1

b) Welke pathologieën zijn er aanwezig in de onderzochte populatie?

Cardiovasculaire ziekten zijn de meest voorkomende groep van pathologieën in de onderzochte populatie met 74 ziekten aangegeven over de verschillende medische dossiers heen. Op de tweede plaats komt orthopedie met 51 vermeldingen. Heelkundige ingrepen worden 31 maal vermeld. Psychiatrische, neurologische, endocriene, pneumologische en gastro-intestinale morbiditeiten worden elk tussen de 20 en 30 keren aangegeven in het medisch dossier. Daarna volgt er nog een restgroep van dermatologie, gynaecologie, oftalmologie, oncologie, NKO en varia met elk minder dan 10 vermeldingen. In Figuur 2 wordt er een diagram weergegeven met hoeveel welke pathologie voorkomt.



Afbeelding 2: Figuur 2, Voorkomen van verschillende pathologieën in de onderzoekspopulatie

In bijlage 1 wordt een opdeling gemaakt binnen elk specialisme welke pathologie het meest voorkomt.
Het meest voorkomend zijn hypertensie (27 vermeldingen), vaatvernauwingen (20 vermeldingen, hieronder wordt elke vorm van vaatvernauwingen verstaan gaande van spasme tot volledige occlusie), astma/COPD (18 vermeldingen) en wegname van een orgaan (18 vermeldingen).

c) Welke chronische medicatie wordt er genomen?

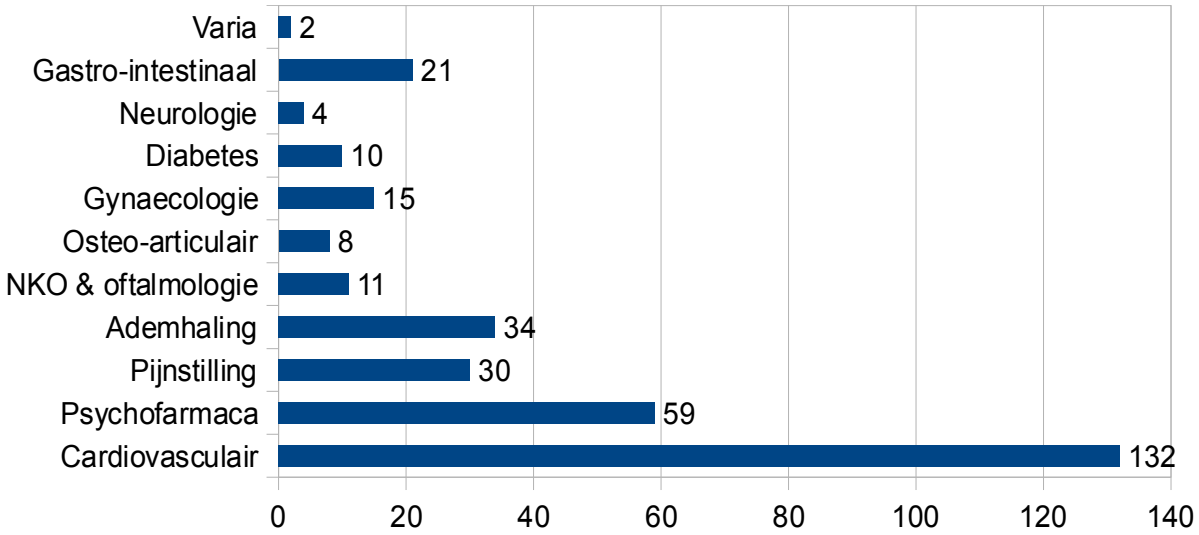
Figuur 3 geeft een overzicht van welke klassen medicatie er chronisch genomen worden door de Gentse patiënten. Vooral cardiovasculaire medicatie (132 vermeldingen) wordt veel chronisch gegeven, op de tweede plaats komen de psychofarmaca (59 vermeldingen). Binnen elke klasse zijn er ook enkele medicamenten die veel als chronisch staan opgegeven: Statines (30 vermeldingen), betablokkers (26 vermeldingen), combinatiepreparaten (21 vermeldingen) en ontstollingsmedicatie (18 vermeldingen) binnen de klasse van cardiovasculaire medicatie. Benzodiazepines (30 vermeldingen) en antidepressiva (21 vermeldingen) bij de psychofarmaca worden veel als chronisch gelabeld. De groep ademhalingsmedicatie bestaat voornamelijk uit puffers/inhalators (30 vermeldingen) net zoals de gastro-intestinale medicatie voornamelijk bestaat uit maagbeschermers (18 vermeldingen).

6.1.2 Aantal voorschriften aangevraagd zonder consultatie

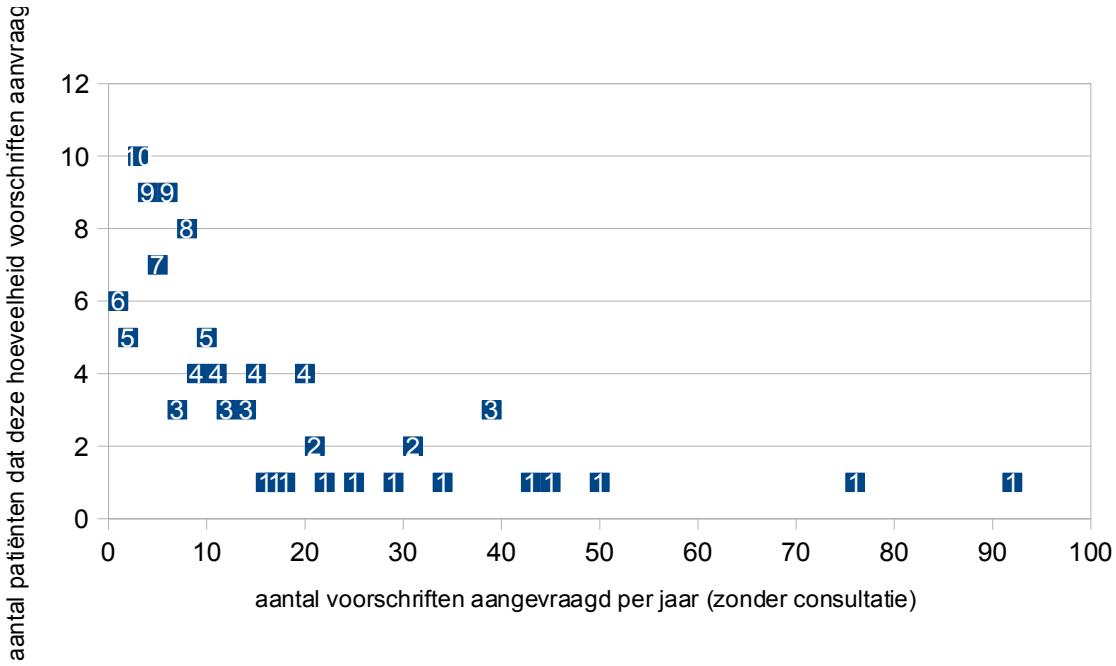
Op één jaar tijd worden er 1284 voorschriften aangevraagd zonder consultatie. Gemiddeld worden er per patiënt 12,5 voorschriften per jaar aangevraagd, de mediaan is 8. De grenswaarden zijn 1 en 92 aangevraagde voorschriften.

Figuur 4 toont het aantal patiënten dat X aantal voorschriften per jaar aanvraagt zonder

consultatie. (bijvoorbeeld: 6 patiënten hebben op 1 jaar tijd elk 1 voorschrift aangevraagd.)

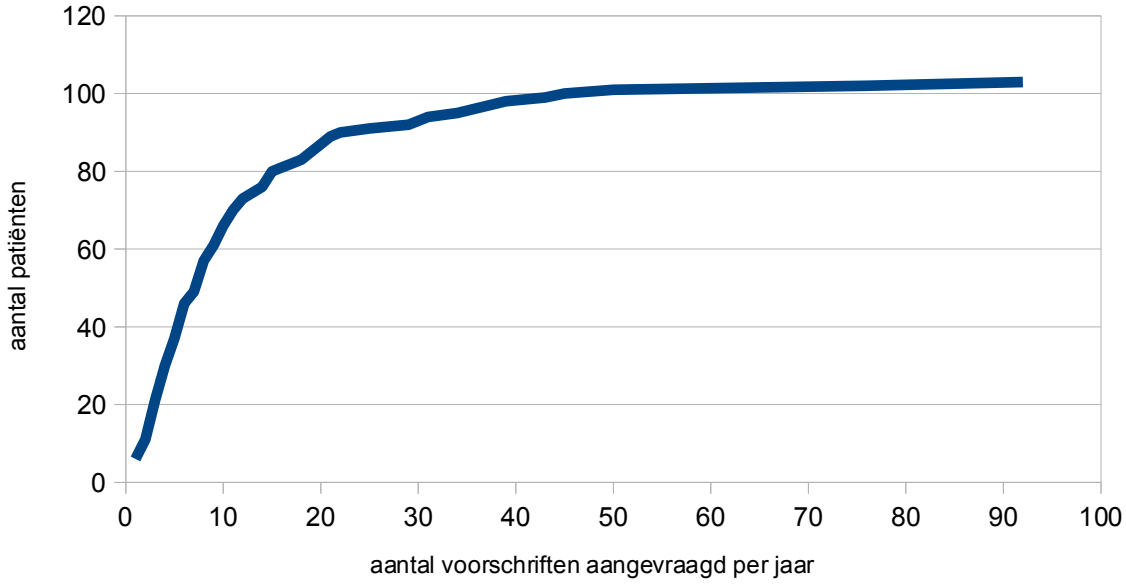


Afbeelding 3: Figuur 3, Chronische medicatie van de Gentse patiënten



Afbeelding 4: Figuur 4

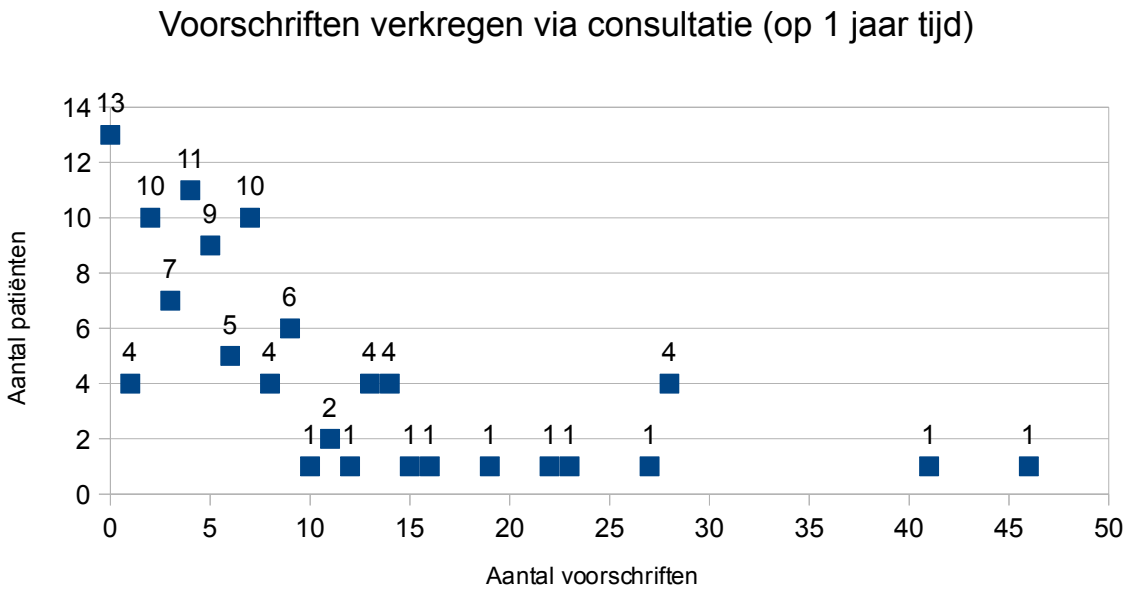
Figuur 5 toont dezelfde resultaten maar dan gepresenteerd op cumulatieve wijze. Hierop is te zien dat 75% van de patiënten 15 voorschriften of minder per jaar aanvraagt zonder consultatie. De P25 ligt op 4 voorschriften.



Afbeelding 5: Figuur 5

6.1.3 Aantal voorschriften verkregen via de consultatie

Aan 103 patiënten worden, op één jaar tijd, 793 voorschriften meegegeven op consultatie. Gemiddeld worden er 7,7 voorschriften per patiënt meegegeven, de mediaan is 5. De uitersten zijn 0 en 46 voorschriften. Figuur 6 toont het aantal patiënten dat X aantal voorschriften per jaar meekrijgt op consultatie. (bijvoorbeeld: 9 patiënten hebben op 1 jaar tijd elk 5 voorschrift meegekregen.)

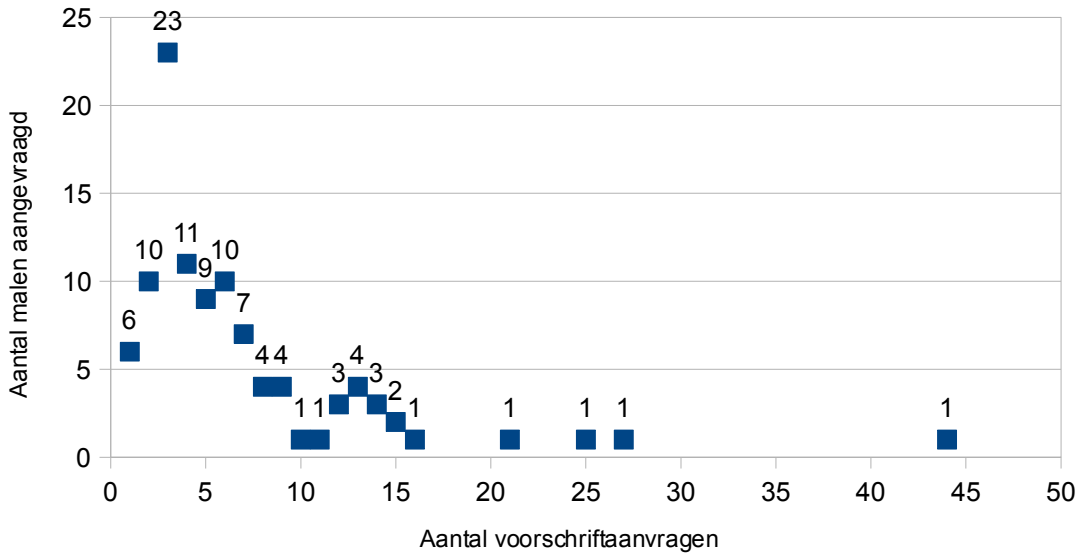


Afbeelding 6: Figuur 6

6.1.4 Frequentie van aanvragen van voorschriften zonder consultatie

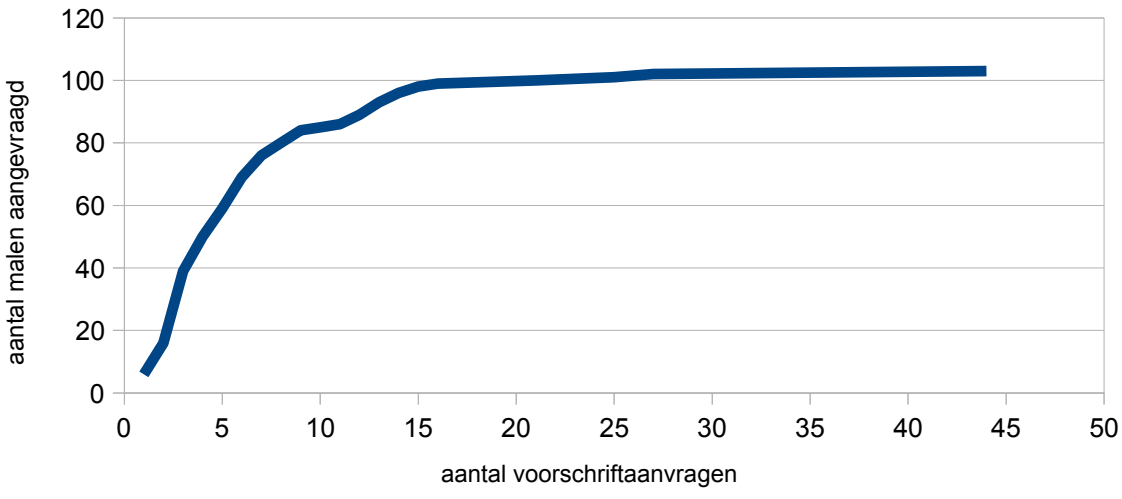
De 1284 voorschriften worden verkregen via 671 (telefonische) aanvragen tot een voorschrift zonder consultatie. Het gemiddeld aantal aanvragen ligt op 6,6; de mediaan is 5. Het maximum aantal aanvragen is 44, het minimum is 1 aanvraag.

Figuur 7 toont, naar analogie van Figuur 1, een overzicht hoeveel keren patiënten vroegen om voorschriften zonder consultatie. (vb: 5 patiënten hebben 9 maal gebeld voor voorschriften)



Afbeelding 7: Figuur 7

Figuur 8 toont dezelfde resultaten op cumulatieve wijze.
75% van de patiënten vraagt 8 maal of minder per jaar een voorschrift aan zonder consultatie.



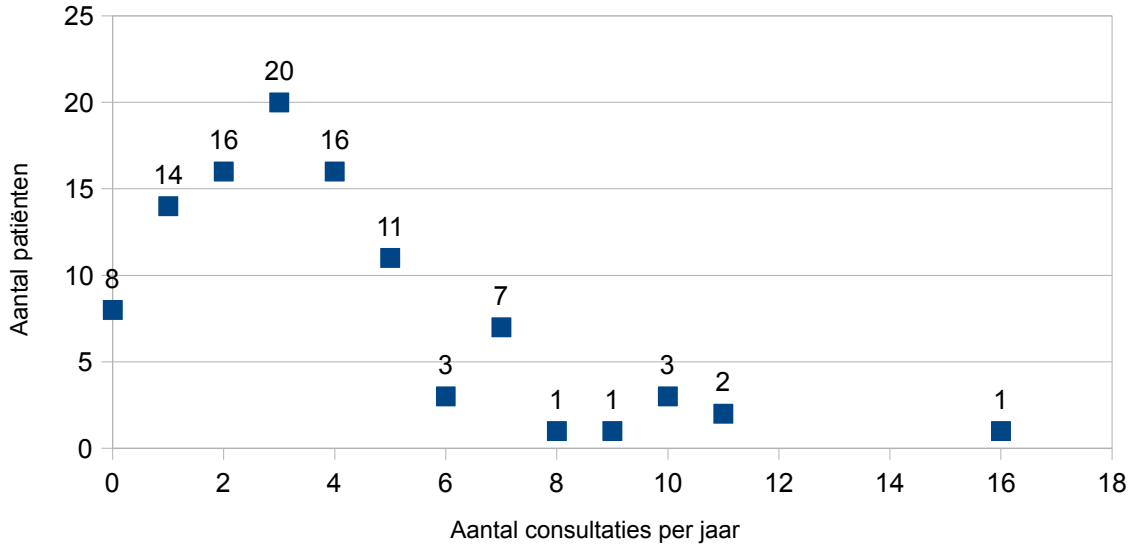
Afbeelding 8: Figuur 8

Een kwart van de patiënten heeft 3 aanvragen (tot voorschriften zonder consultatie) of minder per jaar.

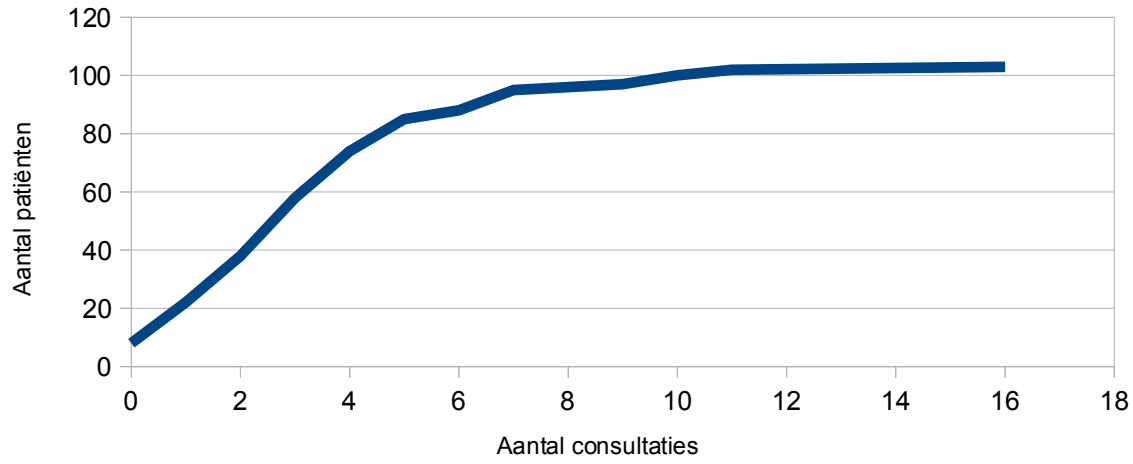
6.1.5 Hoeveel komen de patiënten op consultatie?

Allen samen komen deze patiënten 377 maal op consultatie in één jaar tijd. Het gemiddeld aantal consultaties is 3,7; de mediaan is 3. Het maximum is 16, het minimum 0.

Figuur 9 toont hoeveel patiënten op consultatie gingen op één jaar tijd. (vb: 7 patiënten gingen 8 maal in het jaar op consultatie.) Figuur 10 geeft de gegevens cumulatief weer.



Afbeelding 9: Figuur 9



Afbeelding 10: Figuur 10

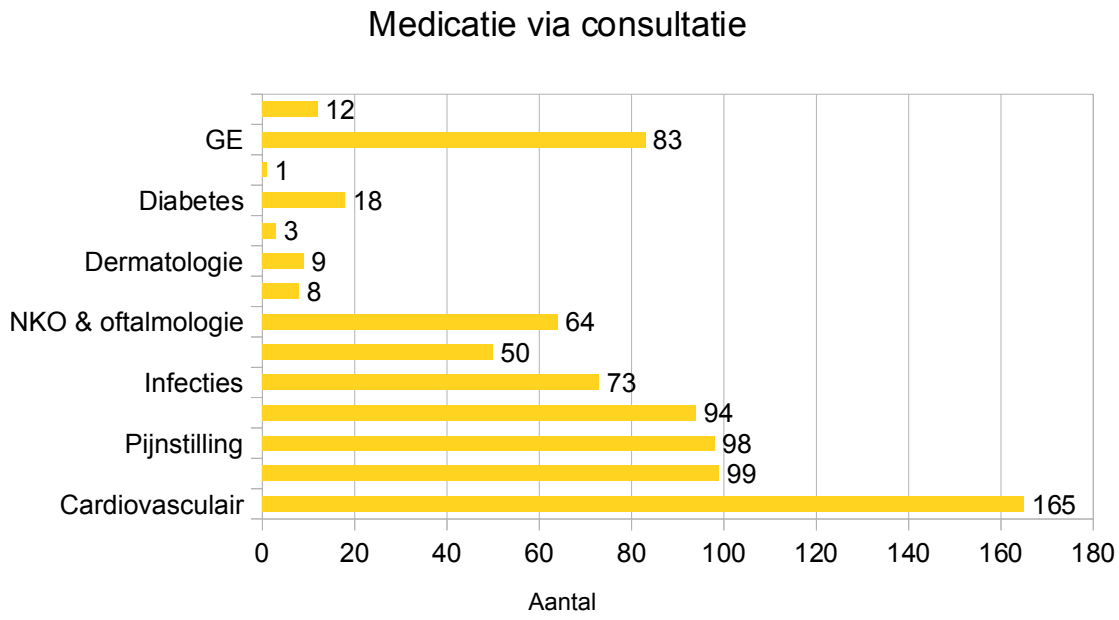
De P25 is een maximum van 2 consultaties op één jaar tijd. De P75 is 5 consultaties.

6.1.6 Welke medicatie wordt er voorgeschreven?

6.1.6.1 Medicatie verkregen via consultatie

Figuur 11 geeft een overzicht welke medicatieklassen voorgeschreven worden. Cardiovasculaire medicatie wordt het meest voorgeschreven (165 voorschriften op consultatie) gevolgd door psychofarmaca (99 voorschriften), pijnstilling (98 voorschriften) en ademhalingsmedicatie (94 voorschriften). Gastro-intestinale medicatie (GE) wordt als vijfde meest voorgeschreven (83 voorschriften). In totaal worden er 777 voorschriften afgegeven op consultatie aan deze onderzochte patiëntengroep.
In bijlage 2 wordt een gedetailleerd overzicht gegeven hoeveel elk medicament in elke klasse voorgeschreven wordt.

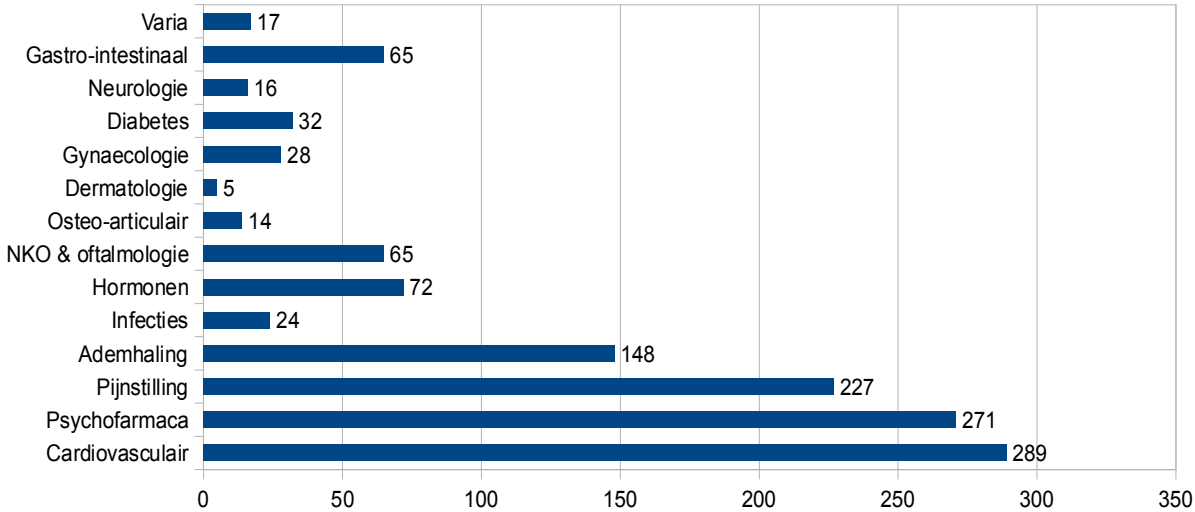
Binnen de groep van cardiovasculaire medicatie worden betablokkers (39 voorschriften), combinatiepreparaten (43 voorschriften) en statines (23 voorschriften) het meest voorgeschreven.
Bij de psychofarmaca worden vooral benzodiazepines (52 voorschriften) en antidepressiva (26 voorschriften) voorgeschreven. Indien Z-drugs (18 voorschriften) bij de benzodiazepines worden gerekend, worden er 70 voorschriften afgegeven als slaap-/kalmeermedicatie. Voor pijnstilling worden vooral NSAID (48 voorschriften), paracetamol (19 voorschriften) en morfinederivaten (19 voorschriften) voorgeschreven op consultatie.Als respiratoire medicatie worden vooral inhalators/puffers (58 voorschriften) voorgeschreven. Onder inhalator/puffer worden de inhalatiecorticosteroïden, de kort-en langwerkende anticholinergica en de kort-en langwerkende beta2-mimetica verstaan. Naast deze medicatie wordt in deze klasse vooral nog mucolytica/antitussiva/expectorantie (32 voorschriften) voorgeschreven. Cortisonepreparaten (20 voorschriften) en schildklierhormoon (23 voorschriften) worden het meest voorgeschreven binnen de groep van hormonale medicatie. Als gastro-intestinale worden vooral maagbeschermers (34 voorschriften), anti-emetica (20 voorschriften) en antidiarreïca (16 voorschriften) voorgeschreven.



Afbeelding 11: Figuur 11

6.1.6.2 Medicatie verkregen zonder consultatie

Figuur 12 geeft een overzicht van hoeveel elke groep van medicamenten wordt voorgeschreven zonder consultatie. De top 5 bestaat uit cardiovasculaire medicatie (289 voorschriften), psychofarmaca (271 voorschriften), medicatie voor pijnstilling (227 voorschriften), ademhalingsmedicatie (148 voorschriften) en hormonale medicamenten (72 voorschriften)



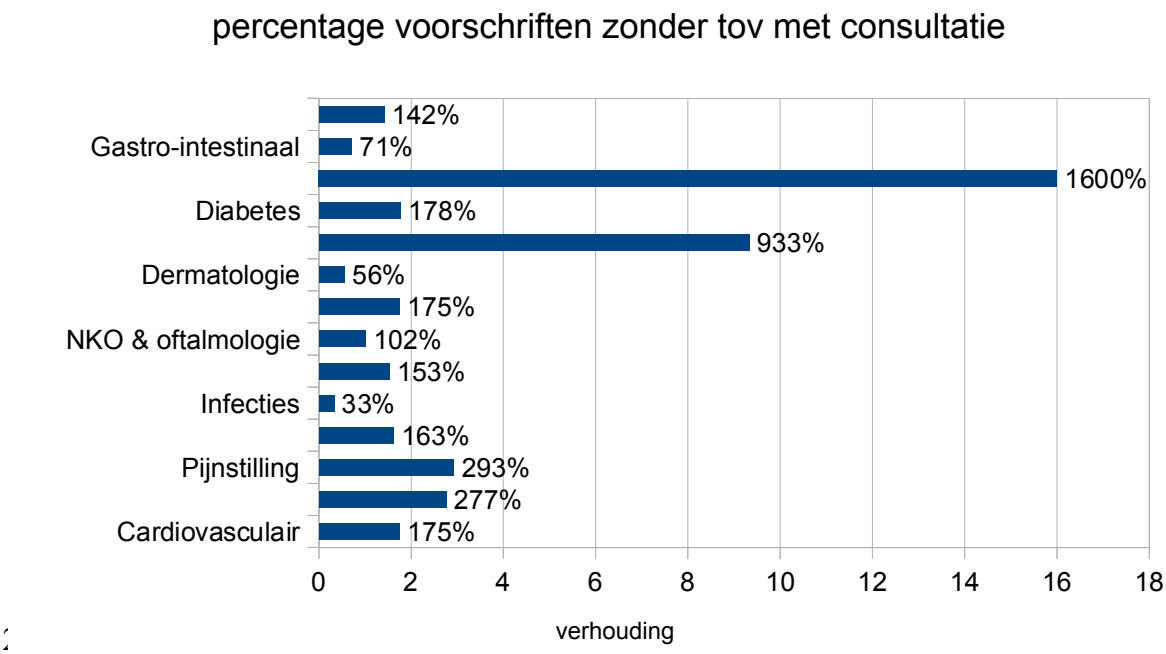
Afbeelding 12: Figuur 12

Bijlage 3 geeft meer in detail weer binnen elke klasse welke voorschriften er afgeleverd worden zonder consultatie. De meest voorgeschreven medicatie binnen elke medicatiegroep:

Qua cardiovasculaire medicatie worden vooral voorschriften voor betablokkers (73 voorschriften), statines (57 voorschriften) en combinatiepreparaten (40 voorschriften) afgegeven. Bij de psychofarmaca worden het meest de benzodiazepines (BDZ, 129 voorschriften) geschreven. Benzodiazepines zijn, over alle voorschriften heen, de medicatie die het meest wordt voorgeschreven zonder consultatie. Daarnaast worden ook nog Z-drugs (65 voorschriften) en antidepressiva (68 voorschriften) afgegeven. Indien men de benzodiazepines en de Z-drugs tot één groep rekent, tellen deze voor 71% van de psychofarmacavoorschriften. In de groep van de pijnstillers worden NSAID (73 voorschriften), morfinederivaten (70 voorschriften) en Dafalgan codeïne (70 voorschriften) bijna even vaak voorgeschreven. Paracetamol verschijnt op vier voorschriften.
Bij de ademhalingsmedicatie zijn veel puffers/inhalatoren voorgeschreven (124 voorschriften). Antibiotica zijn, in de groep van medicatie tegen infecties, het meest afgegeven met 19 voorschriften. Cortisonepreparaten (38 voorschriften), insuline (12 voorschriften) en schildklierhormonen (11 voorschriften) zijn het meest afgegeven in de groep van de hormonale medicatie. Daarnaast nog drie veel voorgeschreven medicamenten, elk in hun eigen categorie: anticonceptie (26 voorschriften) in de groep gynaecologie, metformine (25 voorschriften) in de groep diabetes en maagbeschermers (57 voorschriften) in de groep gastro-intestinaal. Onder maagbeschermers worden PPI's en H2-antihistaminica verstaan.

6.1.7 Wordt medicatie meer voorgeschreven op consultatie of zonder consultatie?

Uit het vorige hoofdstuk is geweten hoeveel maal elk medicament voorgeschreven is op consultatie of zonder consultatie. Deze cijfers worden naast elkaar gelegd waaruit relatieve percentages worden berekend.
Figuur 13 toont de verhouding van aantal voorschriften meegegeven zonder consultatie over het aantal voorschriften afgegeven met consultatie. Bijlage 5 geeft een gedetailleerd overzicht van de verhoudingen tussen voorschriften met of zonder consultatie per medicament. Enkel de medicatie die zowel zonder als met consultatie worden voorgeschreven, tellen mee in figuur 13 en bijlage 5.

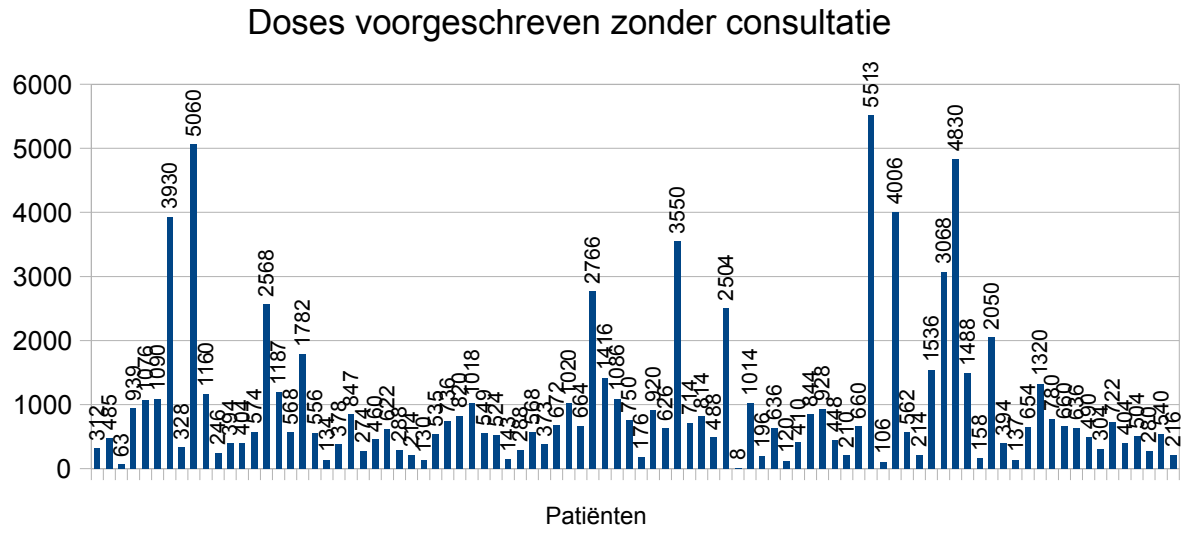


Afbeelding 13: Figuur 13

Neurologische en gynaecologische medicatie worden het meest voorgeschreven zonder consultatie dan met consultatie (respectievelijk 16 en 9,3 maal meer).

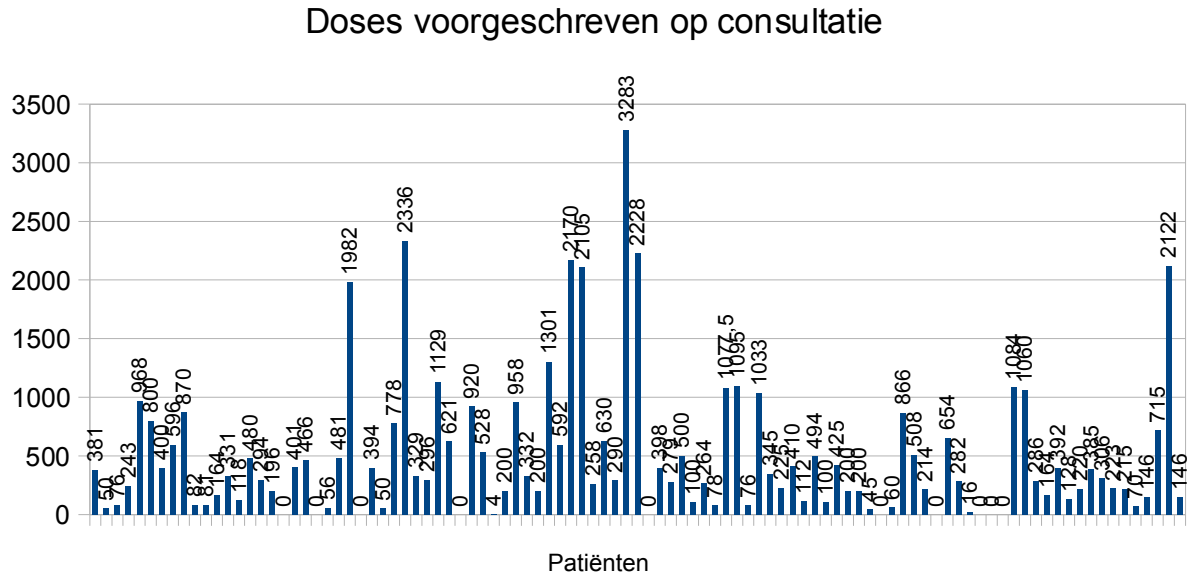
6.1.8 Hoeveel percent van alle voorschriften worden verkregen zonder consultatie?

Van alle patiënten wordt opgezocht in het medisch dossier welke medicamenten ze voorgeschreven krijgen (met en zonder consultatie) en hoe groot de verpakkingen zijn die ze meekrijgen.
Hieruit worden twee lijsten gemaakt: één met welke en hoeveel medicatie patiënten voorgeschreven krijgen op consultatie en een tweede met hoeveel en welke medicatievoorschriften ze meekrijgen zonder consultatie. De resultaten staan in figuur 14 (doses voorgeschreven zonder consultatie) en figuur 15 (doses voorgeschreven op consultatie).



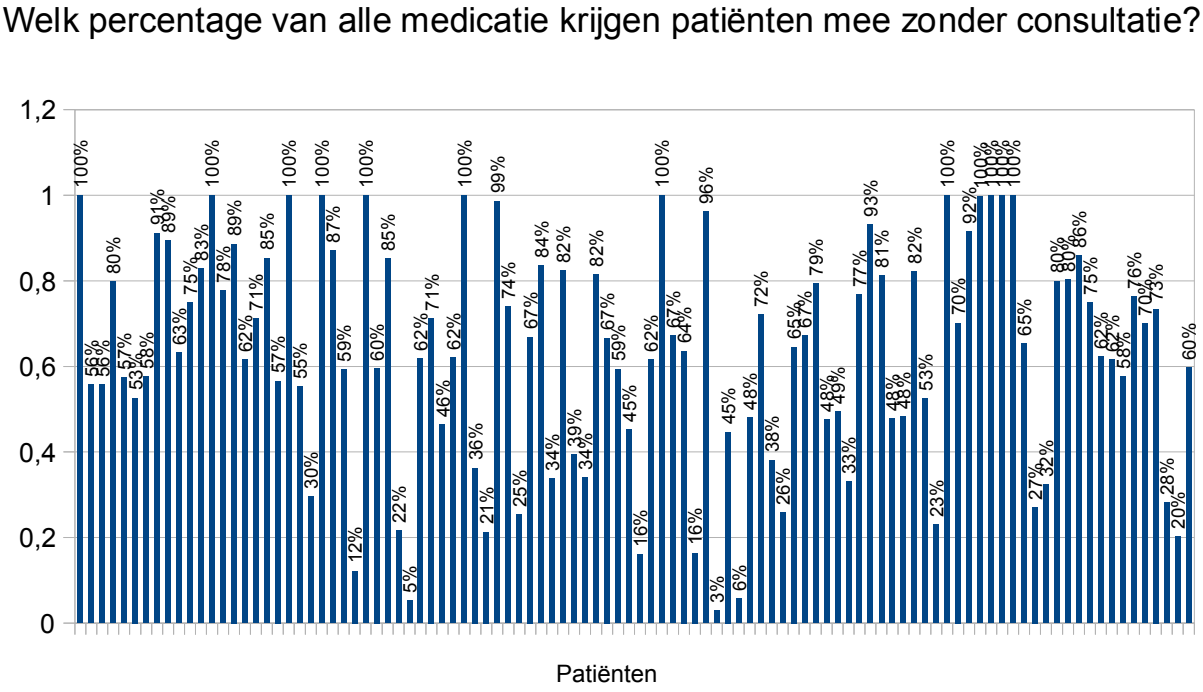
Afbeelding 14: Figuur 14

1 dosis staat gelijk aan 1 pil, 1milliliter (bij vloeibare medicatie) of 1 gram (bij zalven).



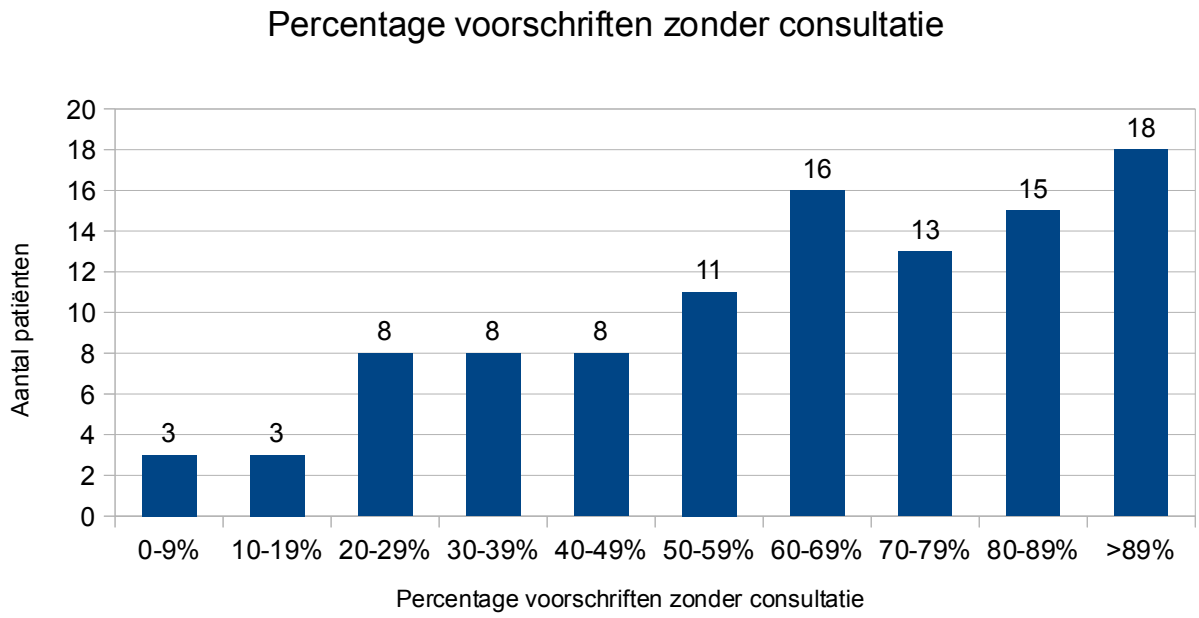
Afbeelding 15: Figuur 15

Van elke patiënt worden deze twee lijsten vergelijken en daaruit wordt dan berekend welk percentage van zijn totale medicatie de patiënt meekrijgt zonder consultatie. Zie hiervoor figuur 16.



Afbeelding 16: Figuur 16

Deze percentages, uit figuur 16, worden geordend van hoog naar laag en gebundeld in gegevensklassen van 10% breed. Het resultaat is te zien in figuur 17.

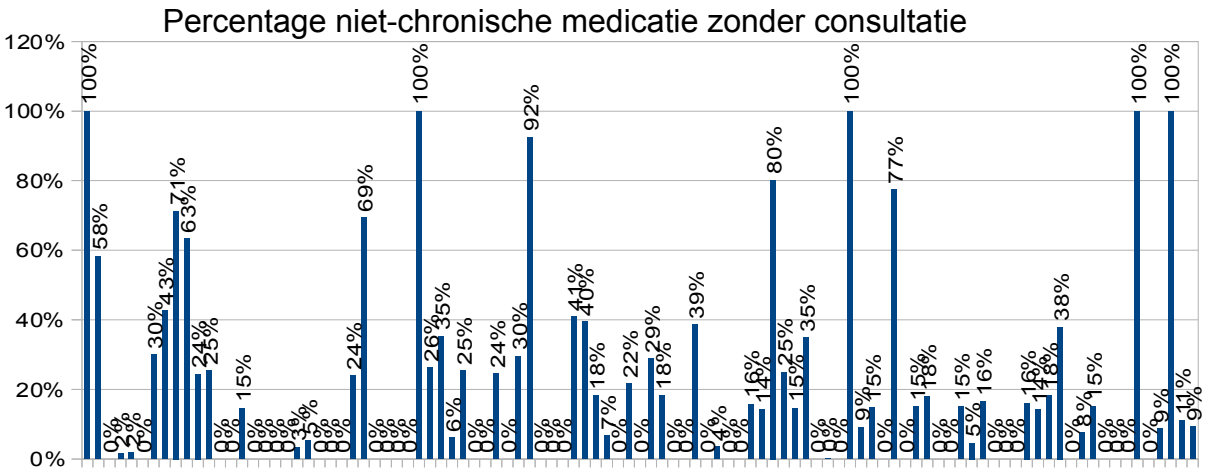


Afbeelding 17: Figuur 17

Hierop is te zien dat meer dan 70% van de patiënten minstens de helft van zijn voorschriften verkrijgt zonder consultatie.

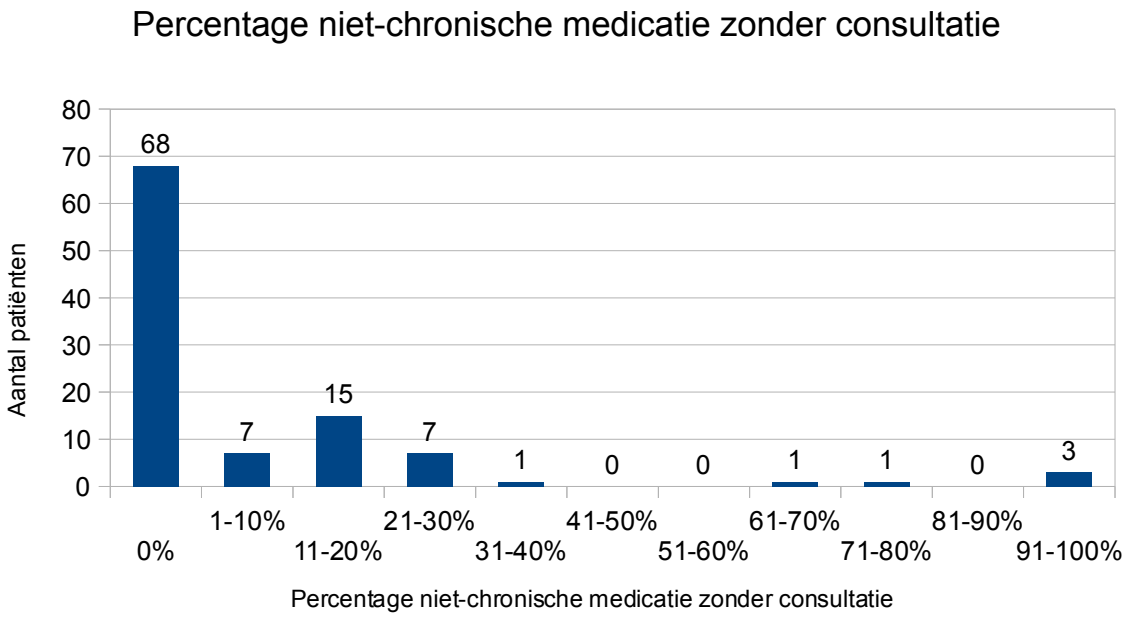
6.1.9 Krijgen patiënten ook medicatie zonder consultatie die niet behoort tot hun chronische medicatie?

De lijst die gegevens bevat over welke en hoeveel medicatie patiënten meekrijgen zonder consultatie wordt vergeleken met de medicatie die in elke patiënt zijn medisch dossier als chronisch staat aangegeven. Al deze chronische medicatie wordt geschrapt uit de lijst en de overblijvende medicatie wordt geteld. Dit is de lijst van niet-chronische voorgeschreven medicatie zonder voorschrift. Figuur 18 bevat een overzicht voor elke patiënt hoeveel niet-chronische medicatie ten opzichte van chronische medicatie wordt voorgeschreven zonder consultatie, uitgedrukt in een percentage.



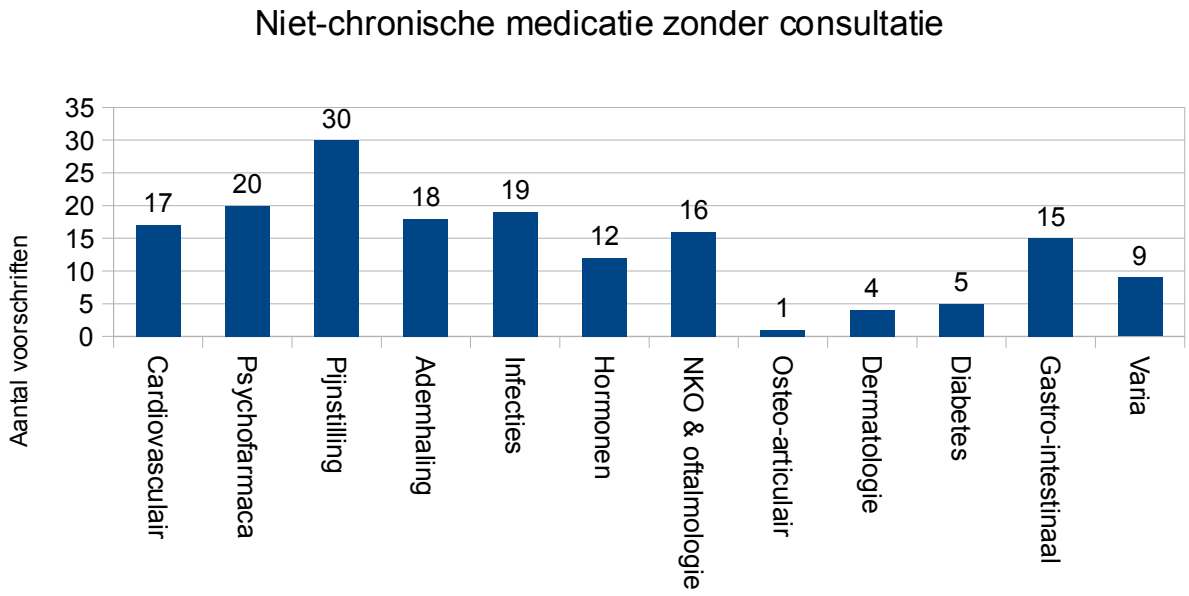
Afbeelding 18: Figuur 18

Figuur 19 toont deze gegevens gegroepeerd in klassen per 10%. Twee derde van de patiënten vraagt geen voorschriften zonder consultatie indien die medicatie niet behoort tot hun chronische medicatie.



Afbeelding 19: Figuur 19

Figuur 20 geeft een overzicht welke niet-chronische medicatie aangevraagd wordt zonder consultatie.



Afbeelding 20: Figuur 20

Vooral pijnstillende medicatie wordt het meest aangevraagd (30 voorschriften). Verder worden psychofarmaca (20 voorschriften), anti-infectieuze medicatie (19 voorschriften), ademhalingsmedicatie (17 voorschriften), medicatie voor NKO & oftalmologie (16 voorschriften) en gastro-intestinale medicatie (15 voorschriften) het meest voorgeschreven. Bijlage 4 geeft weer binnen elke medicatieklasse welke specifieke medicamenten worden voorgeschreven. NSAID (20 voorschriften), antibiotica (15 voorschriften) en benzodiazepines (12 voorschriften) vormen de top drie van meest voorgeschreven medicatie.

6.2 Resultaten van de Lanaakse subpopulatie

6.2.1 Schets van de populatie

a) Leeftijd en geslacht

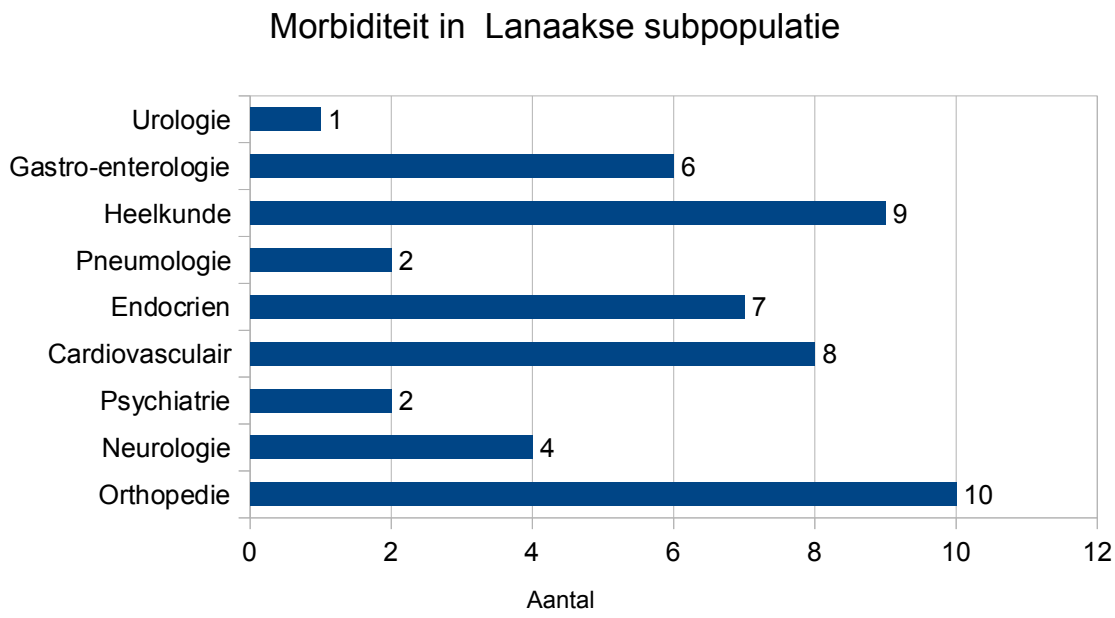
Er zijn 7 patiënten in de Lanaakse subpopulatie, 3 mannen en 4 vrouwen. De leeftijden zijn aan de hoge kant: 1 tussen 40 en 50 jaar, 2 tussen 60 en 70 jaar, 3 tussen 70 en 80 jaar en 1 persoon boven de 80.

b) Welke pathologieën zijn er aanwezig in de onderzochte populatie?

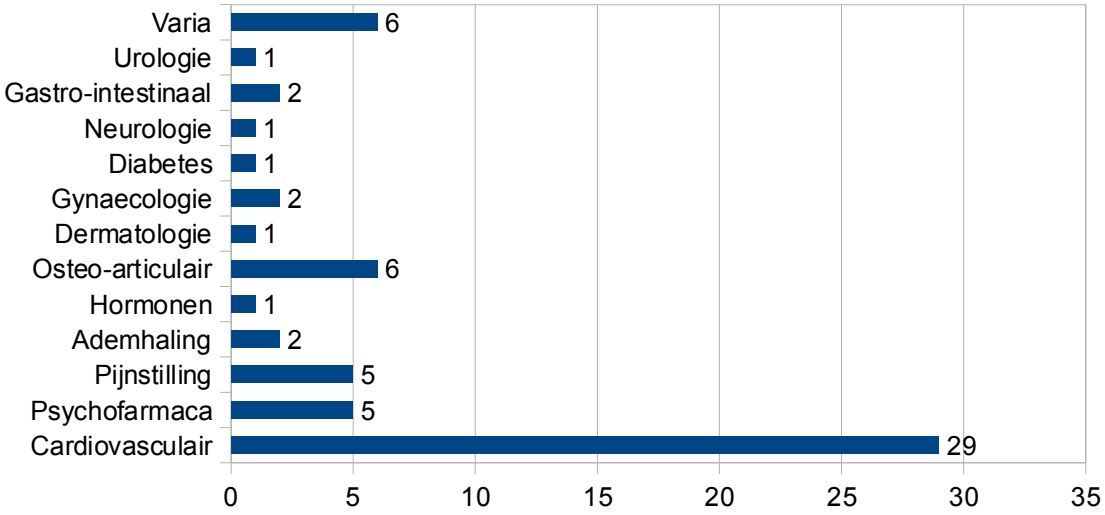
In deze populatie zijn vooral orthopedische (10 vermeldingen) en heelkundige (9) morbiditeiten aanwezig.(figuur 21) Een gedetailleerd overzicht is te vinden in bijlage 1.

c)Welke chronische medicatie wordt er genomen?

Figuur 22 geeft een overzicht welke medicatie er chronisch genomen wordt. Vooral cardiovasculaire medicatie (29 vermeldingen) staat vaak opgegeven als chronische medicatie.



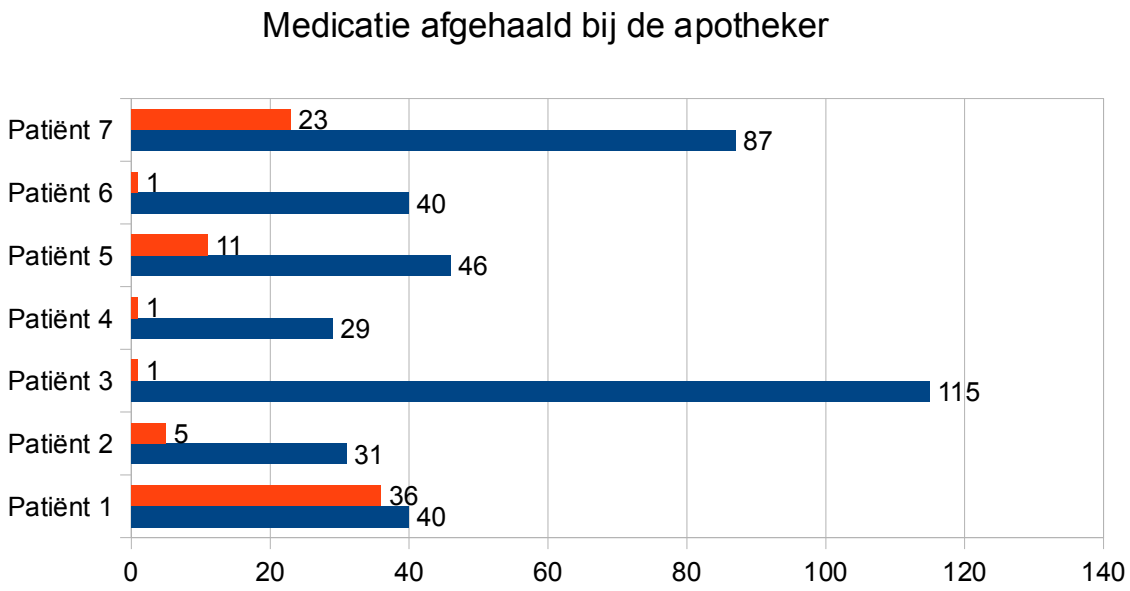
Afbeelding 21: Figuur 21



Afbeelding 22: Figuur 22, Chronische medicatie van de Lanaakse patiënten

6.2.2 Welke medicatie wordt er afgehaald bij de apotheker?

Figuur 23 geeft weer welke medicatie er afgehaald is bij de apotheker met (blauw) en zonder (rood) voorschrift. De percentages medicatie afgehaald zonder voorschrift variëren tussen minder dan 1% tot 47%. Voor elk afgehaald medicament wordt er wel (eventueel op een later tijdstip) een voorschrift binnengebracht.



Afbeelding 23: Figuur 23 (rood: medicatie afgehaald zonder voorschrift, blauw: medicatie afgehaald met voorschrift)

7. Discussie

Het doel van deze manama is in het kaart brengen van hoeveel voorschriften patiënten verkrijgen zonder consultatie en wat de meningen zijn van artsen en patiënten over voorschriften zonder consultatie.
De cijfers van de Lanaakse subpopulatie worden in deze discussie niet meegerekend. De redenen zijn een te kleine steekproef en te weinig informatie (zoals voorgeschreven medicatie, reden en tijdstip van consultaties) dat uit hun medische dossiers kan worden gehaald doordat deze dossiers te weinig zijn ingevuld. De interviews worden wel meegenomen in de analyse omdat de vragen over hetzelfde onderwerp gaan.

7.1 Beschrijving van de populatie

De onderzochte populatie bestaat uit 42 mannen en 61 vrouwen van diverse leeftijden (45 mannen en 65 vrouwen indien de patiënten uit Lanaken worden meegeteld). De groep veertig- tot zeventigjaren is duidelijk meer aanwezig. De hogere leeftijd en het overgewicht van vrouwen komt overeen met wat in andere onderzoeken gevonden wordt.
De groep 21- tot 30-jarigen is, meer dan verwacht, aanwezig in deze steekproef. Nochtans krijgt deze groep minder medicatie zonder consultatie dan het gemiddelde: een gemiddelde van 8,3 voorschriften zonder consultatie (21-30 jarigen) tegenover 12,5 (algemene populatie). De mediaan is 3 (21-30 jarigen) ten opzichte van een mediaan van 8 (algemene populatie). Deze subgroep vraagt ook minder medicatie aan zonder consultatie: gemiddeld vragen ze 5,3 keer per jaar medicatie zonder consultatie, de mediaan is 3 wat wijst op enkele uitschieters naar boven die het gemiddelde optrekken. Als laatste komt deze groep evenveel op consultatie als de gehele onderzochte populatie (gemiddeld 2,8 consultaties per jaar, mediaan is 3).
Er kan geen verklaring gegeven worden waarom deze subgroep patiënten onverwacht meer vertegenwoordigd is.

Binnen deze populatie komen cardiovasculaire morbiditeiten het meest voor. Dit weerspiegelt zich ook in de voorschriften met cardiovasculaire medicatie die het meest afgegeven worden zowel op als buiten de consultatie. Orthopedische diagnoses komen als tweede het vaakst voor. Dit verklaart mogelijk deels het groot aantal voorschriften pijnstilling.
Wat opvalt is dat psychiatrische en pneumologische diagnoses minder dan de helft worden gesteld in vergelijking met cardiovasculaire diagnoses: er worden 3,5 maal meer cardiovasculaire diagnoses gesteld in vergelijking met pneumologische diagnoses en 2,6 maal meer in vergelijking met psychiatrische diagnoses. Cardiovasculaire medicatie wordt echter maar 1,2 maal meer voorgeschreven dan psychofarmaca en 1,9 maal meer dan ademhalingsgerelateerde medicatie. Wordt er ondergerapporteerd in het medisch dossier of wordt er te snel opgestart met pneumologische en psychiatrisce medicatie?

7.2 Aantal afgegeven voorschriften

Op 1 jaar tijd worden er door 103 patiënten 1284 voorschriften afgegeven zonder consultatie. Gemiddeld worden er per patiënt 12,5 voorschriften gegeven, verdeeld over 6,6 verschillende aanvragen. Dit betekent dat er per aanvraag, meestal telefonisch, 1,9 voorschrift wordt meegegeven.

Deze patiënten komen gemiddeld 3,6 keer per jaar op consultatie en krijgen in die periode 7,7 voorschriften mee. Dus wordt er per consultatie 2,1 voorschrift meegegeven. In totaal krijgen deze patiënten 793 voorschriften mee.

Patiënten krijgen dus meer voorschriften mee zonder consultatie dan voorschriften met consultatie. Dit weerspiegelt zich ook in de cijfers van het percentage voorschriften zonder consultatie: meer dan 70% van de patiënten krijgt minstens de helft van zijn/haar totale hoeveelheid voorschriften zonder consultatie. Bij twee derde van de patiënten gaat dit enkel om hun chronische medicatie. Het resterende 1/3 vraagt een mix van chronische en niet-chronische medicatie aan zonder consultatie.

7.3 Verschillen in de voorschriften met en zonder consultatie

Zijn er verschillen merkbaar tussen de medicatie die patiënten die krijgen op consultatie en zonder consultatie? Ja en neen. Verschillende categoriën (namelijk varia, neurologie, diabetes, gynaecologie, dermatologie, osteo-articulair, hormonen, NKO & oftalmologie, ademhaling, cardiovasculair) van medicatie worden relatief gezien evenveel voorgeschreven. Dit wordt ook verwacht ervan uitgaande dat patiënten op controle komen maar tussendoor wel voorschriften bijvragen, zonder consultatie, omdat er op de controleconsultatie niet voldoende is voorgeschreven zodat ze toekomen tot de volgende controle. Dan mogen de absolute cijfers verschillen maar zijn de relatieve cijfers homogeen.

In andere medicatieklassen is er toch een verschil merkbaar van verschillende procenten: Anti-infectieuze medicatie, psychofarmaca en pijnstilling worden systematisch meer voorgeschreven zonder consultatie dan met consultatie. Dit komt overeen met eerder onderzoek waarin ook naar voor kwam dat deze drie groepen meer voorgeschreven worden dan verwacht. Deze drie groepen worden hieronder verder geanalyseerd.

Voor de psychofarmaca zijn verschillende verklaringen mogelijk: overgebruik van medicatie of zich onttrekken aan controles maar evengoed kunnen een hoger gebruik (vb: 2 pillen/dag in plaats van 1 pil/dag) of kleinere dozen de oorzaak zijn (vb: benzodiazepines worden vaak afgegeven in dozen van 30 of 50 tabletten waar cardiovasculaire medicatie vaker bestaat in dozen van 90 tot 100 tabletten). Aangezien patiënten hun psychofarmaca niet het hele jaar door gebruiken en de dagelijkse dosis niet altijd aangegeven staat in het dossier is het moeilijk uit te rekenen of patiënten inderdaad meerdere pillen psychofarmaca per dag nemen. In de groep van psychofarmaca is er tussen de verschillende soorten medicatie (benzodiazepines, Z-drugs, antipsychotica, antidepressiva, ...) geen verschil merkbaar in relatieve frequentie van voorschrijven tussen voorschriften afgegeven op consultatie of zonder consultatie.

Toch vallen er vragen te stellen bij het verkregen van psychofarmaca zonder consultatie. Enkele cijfers zijn verontrustend: er wordt bijna drie maal meer psychofarmaca zonder (271 voorschriften) dan met consultatie (99 voorschriften) afgegeven. Er worden minimaal dubbel tot zelfs driemaal zoveel antidepressiva, benzodiazepines en Z-drugs afgegeven zonder consultatie (respectievelijk 68, 129 en 65 voorschriften) dan met consultatie (respectievelijk 26, 52 en 18 voorschriften). Het chronisch gebruik van benzodiazepines en Z-drugs wordt algemeen afgeraden maar de vraag is of het verkrijgen van slaap-en kalmeermiddelen zonder

consultatie niet als een contraproductieve maatregel kan beschouwd worden. Ool bij antidepressiva kan de vraag gesteld worden of patiënten er gebaat bij zijn deze te krijgen zonder consultatie. Momenteel wordt in de behandeling van depressie de nadruk gelegd op niet-medicamenteuze begeleiding of een combinatie van medicamenteuze en niet-medicamenteuze begeleiding (17). Zouden patiënten niet beter langskomen voor een evaluatie van hun psychische toestand indien de medicatie op is?

Binnen de groep van pijnstillende medicatie is er vooral een verschil te merken in het voorschrijven van paracetamol, NSAID, morfinederivaten en dafalgan codeïne. Paracetamol wordt meer voorgeschreven op consultatie (19,4% van de NSAID met consultatie) en bijna niet zonder consultatie (1,8% van de NSAID zonder consultatie). Dat paracetamol vrij verkrijgbaar is zonder voorschrift in de apotheek kan hierin een verklaring zijn. NSAID's worden meer voorgeschreven op consultatie (49%) dan zonder consultatie (31,7%) wat eigenlijk als normaal te beschouwen is. Dafalgan codeïne wordt tot drie maal toe meer voorgeschreven zonder consultatie (30,8%) dan op consultatie (19,4%). De verklaring hiervoor is dat enkele patiënten verantwoordelijk zijn voor de grote aanvraag van Dafalgan Codeïne zonder voorschrift. Bij enkele van deze patiënten is er ook een interview afgenomen waarin zij aangeven het niet nodig te vinden op consultatie te komen voor Dafalgan Codeïne of een overgebruik van Dafalgan Codeïne toegeven. Morfinederivaten worden ook meer voorgeschreven zonder consultatie (30,8%) dan met consultatie (19,4%). Hiervoor geldt dezelfde verklaring als bij Dafalgan Codeïne.

De groep van anti-infectieuze medicatie bestaat uit antiobiotica, antimycotica, antivirale middelen en medicatie tegen schurft. Enkel bij antiobiotica is er een verschil te zien tussen voorschriften met (93% van de anti-infectieuze middelen met consultatie) of zonder consultatie (79% van de anti-infectieuze middelen zonder consultatie). Sowieso is de vraag of het wel aangewezen is om anti-infectieuze medicatie voor te schrijven zonder consultatie: zonder consultatie anti-infectieuze medicatie afgeven werkt overgebruik en resistentie in de hand. Indien de toestand zo dramatisch verslechterd is na een consultatie dat anti-infectieuze medicatie gerechtvaardigd zou zijn, is een second opinion meer gerechtvaardigd dan blind antibiotica voorschrijven en indien het de bedoeling is om een uitgesteld voorschrift af te geven (vb: de patiënt drie dagen later laten terugbellen indien de toestand niet beter is), is de vraag of het voorschrift beter niet onmiddellijk was afgegeven, zeker als de artsen in hun interview aangeven dat er veel werk en tijd kruipt in het correct afleveren van voorschriften zonder consultatie.

Gastro-intestinale medicatie wordt meer voorgeschreven op consultatie. Dit komt doordat bepaalde medicamenten binnen deze groep (namelijk anti-emetica, spasmolytica en antidiarreïca) veel meer op consultatie worden voorgeschreven in vergelijking met voorschriften zonder consultatie. (anti-emetica: 3% (zonder consultatie), 24,1% (met consulatie); spasmolytica: 4,6% (zonder), 13,3% (met); antidiarreïca: 19,3% (met), 0% (zonder)). De verklaring is waarschijnlijk dat deze medicatie vaak gebruikt wordt in de behandeling van kortdurende gastro-enteritis waarvoor patiënten vaak op consultatie komen en/of dat deze medicatie zonder voorschrift verkrijgbaar is.
Medicatie voor inflammatoir darmlijden wordt evenveel voorgeschreven met of zonder consultatie en maagbeschermers worden dubbel zoveel voorgeschreven zonder consultatie (87,7%) dan met een consultatie (41%).

7.4 Patiënten en consultaties

Patiënten komen gemiddeld 3,7 keer per jaar op consultatie, de mediaan is 3. Zij komen op consultatie om diverse redenen: ze voelen zich ziek, ze willen advies en/of voorschriften of ze willen een controle van hun medische toestand. Dit laatste kan gebeuren vanuit een interne motivatie ("Ik wil dat mijn medische toestand in orde is") of vanuit een externe motivatie ("De arts heeft gevraagd dat ik op controle kom").

De artsen vinden dat een minimum van twee consultaties per jaar nodig is. Acht patiënten zijn het afgelopen jaar niet op consultatie gekomen, veertien patiënten zijn maar één keer gekomen. Dus 21,4% van de onderzochte populatie voldoet niet aan het aantal verwachte bezoeken. Indien we kijken naar patiënten die vaker dan 2x/jaar op consultatie moeten komen (omwille van diabetes mellitus, nierinsufficiëntie, ...) dan is er een totaal van 24,3% van de patiënten die te weinig op consultatie komt.

Indien patiënten, die voorschriften aanvragen zonder consultatie, al te lang niet meer op consultatie zijn gekomen, krijgen zij geen voorschriften meer totdat ze op consultatie komen. Dit systeem wordt maar in één praktijk toegepast, namelijk in Gent, ook omdat enkel in deze praktijk systematisch elk voorschrift in het elektronisch medisch dossier wordt ingebracht. Hierdoor hebben de artsen het gevoel dat er geen excessen ontstaan van patiënten die blijven voorschriften aanvragen en nooit op consultatie komen. Toch blijkt dat tot bijna een kwart van de patiënten niet of niet voldoende op consultatie komt.
De Lanaakse praktijk vult het elektronisch medisch dossier niet volledig aan waardoor het moeilijk is om hieruit conclusies te trekken over het aantal patiënten dat zich onttrekt aan consultaties maar toch voorschriften blijft aanvragen. Aangezien in de andere praktijk al toch 1/4 van de patiënten te weinig op consultatie komt, is er het vermoeden dat in deze praktijk de cijfers gelijkaardig of hoger zullen zijn.

7.5 Waarom voorschriften aanvragen zonder consultatie?

Uit de interviews komen een aantal redenen waarom patiënten voorschriften aanvragen zonder consultatie. Deze zijn samen te vatten in de volgende categorieën:

- Bewust vermijden: patiënten vermijden liever consultaties omdat bepaalde problemen ter sprake zullen komen waar ze liever over zwijgen. Vaak zit er een psychologisch/psychiatrisch gerelateerd probleem aan de basis zoals middelenmisbruik en/of problemen met agressiebeheersing. Ze hebben toch nog hun medicatie nodig dus vragen ze die aan zonder consultatie.
- Geen toegevoegd nut: Deze groep vraagt zich af waarom ze op consultatie zouden komen en niet gewoon hun voorschriften zo kan krijgen. De redenen zijn uiteenlopend: ze vinden zelf dat hun lichamelijke toestand voldoende onder controle is of geven aan dat er op consultatie, naar hun mening, weinig verandert aan hun situatie of aan hun chronische medicatie dus vragen ze zich af waarom ze nog op consultatie moeten komen. Sommigen vinden dat ze enkel op consultatie moeten komen indien ze zich ziek voelen en vinden weinig toegevoegd nut aan vaste controleconsultaties. Of ze gaan liever naar onmiddellijk naar de specialist in plaats van naar de huisarts en vinden dat de huisarts enkel nodig is om hun chronische medicatie voor te schrijven, het liefst zonder consultatie. Anderen starten al zelf met hun medicatie bij ziekte en bellen dan achteraf naar de huisarts om hun medicatievoorraad aan te vullen. Ook

(relatief) jonge vrouwen die om hun pilvoorschrift komen, vragen zich af wat het extra nut is van de consultatie.
- Medicatiefouten: Door een te hoge inname van medicatie raakt deze sneller op dan verwacht waardoor patiënten voorschriften bijvragen.
- Praktische redenen: Deze groep vraagt herhaalvoorschriften aan zonder dokterscontact omdat ze de consultatie niet halen omwille van praktische redenen. De onderliggende reden is de te lange wachtduur in de wachtzaal of de afspraak is vergeten. Sommigen hebben al medicatie gehaald bij de arts en moeten enkel nog een voorschrift hebben.
- Toelating huisarts: Patiënten hebben de indruk dat de huisarts het (stilzwijgend) toelaat dus vragen ze voorschriften aan zonder consultatie.

7.6 Visie van artsen en patiënten op voorschriften zonder consultatie

Patiënten zijn tevreden over het systeem van voorschriften zonder consultatie en wensen hier weinig aan te veranderen. Zij vinden ook niet dat de huisarts hen slechter verzorgd indien ze voorschriften kunnen krijgen zonder consultatie want de huisarts doet dit omdat hun medische toestand het toelaat medicatie te krijgen zonder consultatie. Hun redenering is: de huisarts, als medisch expert, laat het toe dus is er geen probleem mee. Indien patiënten concrete voorstellen krijgen (vb: voldoende voorschriften meekrijgen tot de volgende consultatie, voorschriften mogen afhalen tot een bepaalde datum), blijkt dat sommige patiënten wel openstaan voor verandering. Anderen blijven liever vasthouden aan het huidige systeem van het verkrijgen van voorschriften zonder consultatie.

De huisartsen hebben andere redenen om voorschriften zonder consultatie af te geven: het vermindert hun werkdruk en/of ze hebben er geen negatieve ervaringen mee. Artsen proberen wel het aantal voorschriften zonder consultatie te minderen door patiënten door te verwijzen naar een consultatie op afspraak. Dit lukt gedeeltelijk maar wordt gedwarsboomd door voornamelijk praktische redenen (voorschrift kwijtraken, afspraak vergeten, ...). In Gent worden patiënten ook “gedwongen” op consultatie te komen doordat de arts weigert hen nog verder voorschriften mee te geven zonder consultatie. De meeste patiënten storen zich hier niet aan en interpreteren de opmerking van de arts om op consultatie te komen als een professionele opmerking van iemand die zijn beroep naar behoren wil uitoefenen.

Dit geeft aan dat de houding van de arts zelf ook meebepaalt of patiënten veel of weinig voorschriften zullen vragen zonder consultatie. Patiënten hebben het gevoel dat het kan omdat de huisarts het toelaat en indien de huisarts het niet toelaat, denken de meeste patiënten dat hier een grondige medische reden voor is. Patiënten zien ook het afgeven van voorschriften zonder consultatie niet als een probleem wederom omdat de huisarts, als medisch expert, het toelaat. Het is dan ook jammer dat niet alle huisartsen meer opmerkingen geven bij het afgeven van een voorschrift zonder consultatie omdat patiënten zelf aangeven hier begrip voor te hebben.

7.7 Het huidige systeem van voorschriften zonder consultatie

De NHS heeft een praktijkrichtlijn uitgegeven om kwaliteitsvol herhaalvoorschriften af te

geven`.(18) Hierin geven zij een map weer waarin aangegeven wordt hoe een goed herhaalvoorschrift tot stand kan komen. Dit bestaat uit negen stappen voor de arts:

1. De patiënt ziet de arts
2. De patiënt ziet dat een herhaalvoorschrift nodig is
3. De patiënt vraagt een herhaalvoorschrift
4. De arts of een praktijkassistent kijkt na of een herhaalvoorschrift toegelaten is (administratieve check)
5. De arts krijgt het herhaalvoorschrift gepresenteerd
6. De arts kijkt na of het herhaalvoorschrift medisch wenselijk is
7. De arts kijkt de medicatie na
8. De arts tekent het voorschrift
9. De arts geeft het voorschrift terug aan de patiënt/praktijkassistent.

De Gentse praktijk voldoet, in zijn eigen beschrijving van afleveren van medicatie zonder consultatie, aan deze 9 stappen. Bij elke patiënt wordt het medisch dossier geopend om te kijken of de medicatie mag beschouwd worden als chronische medicatie en wanneer het laatste voorschrift en de laatste consultatie was. Op basis hiervan wordt beslist of het voorschrift wordt afgeprint of niet. Lovenswaardig is ook om alle handgeschreven voorschriften ook op te nemen in het medisch dossier en enkel voorschriften te geven aan personen die patiënt zijn in de praktijk. Toch is de vraag of in realiteit de praktijk echt voldoet aan deze 9 stappen aangezien 20,73% van de voorschriften die afgegeven wordt zonder consultatie niet vermeld staat als chronische medicatie in het medisch dossier van de patiënt. In realiteit ligt dit percentage waarschijnlijk lager doordat er onvoldoende medicatie als chronisch wordt geregistreerd. Een accurater percentage is waarschijnlijk rond de 10%. Dit percentage is bekomen na uitsluiting van medicatie die continue genomen wordt waardoor ze te beschouwen valt als chronische medicatie (wat af te raden is wegens gevaar op afwezigheid van medische controle) of door het uitsluiten van medicatie die behoort tot dezelfde medicatieklasse (vb: nobiten en emconcor zijn beide betablokkers en worden dus beide niet meegerekend ook als enkel nobiten als chronisch staat aangerekend).

Bij het voorschrijfgedrag van de praktijk in Lanaken vallen toch enkele opmerkingen te noteren. Er gebeurt eerst en vooral een slechte registratie in het medisch dossier waarbij consultaties, (vooral) huisbezoeken en (handgeschreven) voorschriften onvoldoende worden genoteerd. Met deze basis beginnen maakt het moeilijk om daarna nog correct voorschriften af te leveren met of zonder consultatie. De artsen in Lanaken, op één na, geven ook aan dat ze soms voorschriften afgeven aan patiënten die ze niet kennen. Dit maakt het moeilijk om in te schatten of het herhaalvoorschrift medisch wenselijk is.

Voor beide praktijken zou er nog een beleid moeten uitgewerkt worden hoe niet-opgehaalde voorschriften verwerkt worden en hoe dit in het medisch dossier wordt genoteerd.
Beide praktijken zien weinig uitbreiding mogelijk van de rol van het secretariaat. Zij vinden, terecht, dat voorschriften afleveren de verantwoordelijkheid blijft van de arts.

7.8 Problemen bij het afleveren van voorschriften zonder consultatie

Op basis van de gegevens die verzameld zijn in deze ManaMa zijn er toch enkele argumenten

tegen het afleveren van voorschriften zonder consultatie. Zo geven verschillende patiënten toe hun medicatie in foutieve dosissen te gebruiken. Een derde van de patiënten krijgt ook voorschriften mee die niet behoort tot hun chronische medicatie en zonder gezien te zijn door een arts. Dit gaat dan vooral over NSAID, antibiotica en benzodiazepines. Tot 24% van de patiënten komt te weinig op consultatie maar krijgt wel voorschriften mee zonder consultatie waardoor er zich vragen kunnen gesteld worden over de monitoring van hun medische toestand.

Dit zijn allemaal redenen om aan patiënten minder voorschriften af te leveren zonder consultatie: een betere opvolging van de medische toestand en mogelijkheid tot navragen van therapietrouw. Ook is de vraag van NSAID, antibiotica en benzodiazepines best afgeleverd worden zonder consultatie. NSAID zijn al deels over the counter beschikbaar dus indien zwaardere dosissen nodig zijn, is een medisch advies aangewezen. Antibiotica en benzodiazepines worden sowieso best pas voorgeschreven na een consultatie omwille van hun specifiek profiel en mogelijke gevaren.

7.9 Beschrijving van groepen

Op basis van de interviews en de gegevens uit de medische dossiers wordt een poging gedaan om de verschillende patiënten te categoriseren in vier verschillende groepen:

- Komen voldoende op consultatie, vragen weinig voorschriften zonder medicatie
- Komen voldoende op consultatie, vragen veel voorschriften zonder consultatie
- Komen weinig op consultatie, vragen weinig voorschriften zonder consultatie
- Komen weinig op consultatie, vragen veel voorschriften zonder consultatie

Voldoende op consultatie wordt gedefinieerd als minimum 2 consultaties per jaar, hetgeen de artsen zelf voorstellen als voldoende. Weinig voorschriften is 4 voorschriften of minder per jaar aanvragen. Veel voorschriften is vanaf 5 of meer voorschriften per jaar. Het getal van 4 voorschriften is gekozen omdat dit op de P25 ligt van voorschriften aangevraagd zonder consultatie.

Categorie 1: voldoende op consultatie, weinig voorschriften zonder medicatie
Deze patiënten komen voldoende op consultatie maar vragen zelden een voorschrift tussen twee consultaties. Als ze een voorschrift tussendoor vragen is het omdat ze vergeten zijn voldoende voorschriften te vragen op de laatste consultatie. Deze groep maakt weinig fouten tegen zijn medicatie en staat ook geen voorschriften in schuld bij de apotheker.
Er is een uitzondering hierop: ook patiënten die hun medicatie (periodiek) te weinig nemen komen terecht in deze groep. Deze patiënten mijden consultaties maar komen toch voldoende op consultatie doordat de arts hen aanmaant om op consultatie te komen omdat ze anders geen voorschriften meer krijgen.

Categorie 2: voldoende op consultatie, veel voorschriften zonder consultatie
Deze groep bevat verschillende profielen van patiënten.
De eerste groep zijn patiënten die op consultatie komen maar vergeten voldoende voorschriften te vragen en daardoor niet toekomen tot de volgende consultatie. Een variatie hierop zijn patiënten die hun afspraak vergeten/verzetten en daardoor niet meer toekomen met hun medicatie en bellen voor een extra voorschrift om zo hun behandeling niet te moeten

stoppen.
Een tweede groep zijn patiënten die consultaties liever mijden maar die aangemaand worden door de huisarts om toch te komen en daaraan ook gehoorzamen. Bij deze groep is er vaak wel een overgebruik te zien van medicatie, vooral benzodiazepines en kortwerkende bronchodilatoren. Vaak zijn er bij deze patiënten psychische of pneumologische problemen aanwezig die niet echt ten gronde opgelost raken, hetzij doordat de patiënt het niet toelaat, hetzij doordat de artsen geen oplossing vinden. Sommige van deze patiënten durven daardoor ook wel voorschriften in schuld staan bij hun apotheker.
Een laatste kleine groep zijn patiënten die liever bij de specialist gaan dan bij de huisarts en die de huisarts enkel raadplegen om voorschriften af te geven. Zij vertellen dat de huisarts hen soms toch vraagt om af te komen waardoor ze toch voldoende op consultatie komen.

Categorie 3: weinig op consultatie, vraagt weinig voorschriften
Deze patiënten geven aan weinig ziek te zijn en weinig medicatie nodig te hebben. Als ze ziek zijn, proberen ze het eerst zelf op te lossen. Zij vinden dat ze zelf goed kunnen inschatten wat ze nodig hebben en vragen zich om waarom ze hiervoor speciaal naar de arts op consultatie moeten.
Ook nieuwe patiënten in de praktijk horen in deze categorie thuis: ze zijn nog maar enkele maanden patiënt en dus is het moeilijk om zeker te weten in welke groep ze horen.
Deze categorie is, samen met categorie 4, eerder een kleine groep.

Categorie 4: weinig op consultatie, vraagt veel voorschriften
Deze patiënten mijden consultaties en slagen hier ook in. De vragen van de arts om op consultatie te komen, hebben geen effect bij deze personen. De redenen waarom ze niet op consultatie komen zijn het laag inschatten van de toegevoegde waarde van de consultatie of een overgebruik van medicatie. Sommigen staan voorschriften in schuld bij de apotheek.

8. Mogelijkheden voor verder onderzoek

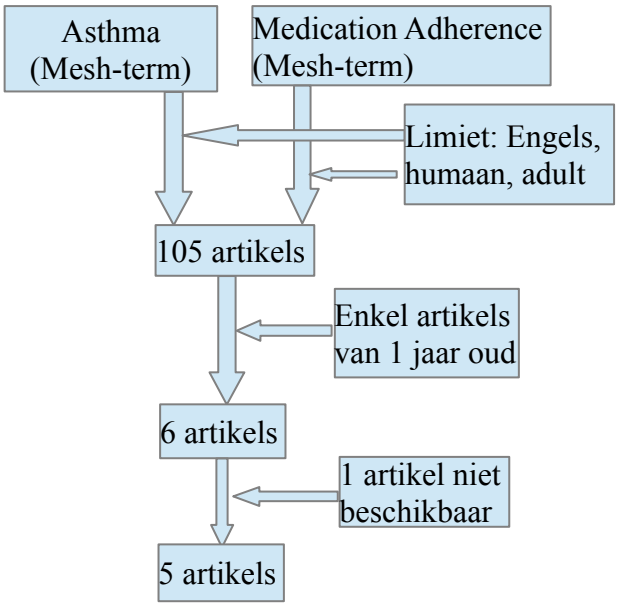
8.1 Nood aan een individuele aanpak

Patiënten geven verschillende redenen aan waarom ze voorschriften aanvragen zonder consultatie. Daaruit valt te concluderen dat er geen alomvattende interventie is waarmee bij alle patiënten het aantal voorschriftaanvragen daalt. Bij bepaalde patiënten is het nog maar de vraag of een daling van het aantal voorschriftaanvragen een teken zou kunnen zijn van een betere compliance. Zo is te vermoeden dat een daling van aanvragen tot voorschriften bij patiënten behorende tot groep 1 (voldoende consultaties, weinig voorschriften buiten de consultatie) weinig zal veranderen. Deze patiënten komen voldoende op consultatie en gebruiken hun medicatie correct (op enkele uitzonderingen na). Het enige effect zou een lichte daling van de werkbelasting voor de arts zijn.

Wil men de vraag tot voorschriften buiten de consultatie doen dalen, met als doel het verlenen van een betere zorg, dan zal een meer individuele aanpak nodig zijn. Als aanzet voor verder onderzoek, wordt hieronder al een denkkader uitgezet, toegepast op een specifieke patiënt. Deze patiënte is 23 jaar en heeft als voorgeschiedenis astma, atopisch eczeem, platvoeten en obesitas. Als chronische medicatie gebruikt zij Seretide 50/500, Duovent, Inuvair 6/100, Montelukast 10, Zyrtec 10 en Ventolin. Zij behoort tot groep 2: ze komt voldoende op consultatie, soms na aandringen van de huisarts, maar ze vraagt tussendoor veel voorschriften wegens overgebruik van Duovent en Ventolin en ondergebruik van Seretide en Inuvair. In haar medisch dossier wordt, zowel door de huisarts als door de behandeld pneumoloog, herhaaldelijk een slechte tot zeer slechte compliance beschreven met als resultaat een astma die onvoldoende onder controle is. De vraag is “Welke interventie kan voor een optimale astmacontrole zorgen bij deze patiënte?”

8.2 Literatuur

Via Medline/Pubmed wordt een kleine literatuurstudie gedaan. “Asthma” en “Medication Adherence” zijn de gebruikte meshtermen en de limits worden gezet op engels en humaan. Dit geeft 196 resultaten. Na instelling van de limiet “only adults” worden er nog 105 resultaten gevonden. Als extra limiet worden enkel artikels van het laatste jaar geselecteerd wat het eindresultaat op 19 artikels brengt. Hieruit worden 4 artikels geselecteerd die een mogelijk antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag. 1 artikel blijkt niet opvraagbaar te zijn en er wordt nog 1 artikel (over het chronic care model) specifiek opgezocht wat het finale eindresultaat op 4 artikels brengt. (Tekening 2)



Tekening 2: Tekening 2

8.3 Het Chronic Care Model

Er zijn verschillende strategieën om astma beter onder controle te krijgen: dagelijkse monitoring van PEF (piek expiratoire flow), opstellen van actieplannen bij symptoomexacerbatie, verminderde expositie aan gekende astmatriggers en dagelijks juiste inname van controlerende medicatie (vb: inhalatiecorticosteroïden of ICS). Patiënten nemen deze (controlerende) medicatie vaak te weinig in. Om dit te verbeteren zijn al verschillende gedragsstudies opgezet maar hier zat telkens geen theoretische rationele achter. Wagner's Chronic Care Model (CCM) is een theoretisch raam om de zorg bij chronische ziekten te verbeteren. Het model integreert een aantal elementen waardoor er meer productieve interacties ontstaan tussen gezondheidszorgleden en patiënten.
Dit model is ook toegepast bij astmapatiënten voor een betere ICS-adherence. Blijkt dat hoe meer modules van CCM gebruikt worden, hoe sterker het effect op ICS-adherence. Het is nog niet geweten welke component het meest effectief is voor een beter ICS-gebruik.(19)

Wat is het chronic care model? (20)
Het probleem bij patiënten met een chronische ziekte is dat op relatief korte consultaties vaak de urgente klachten voorrang krijgen op de onderliggende chronische ziekte waardoor deze laatste sluimerend voortschrijdt. Het chronic care model is een model om ten gronde chronische ziekten aan te pakken. Het speelt zich af op drie niveau's: 1) de hele gemeenschap die oneindig veel hulpbronnen bevat, 2) het gezondheidssysteem met o.a. de bijbehorende betalingsstructuren en 3) de artsen en hun organisatie.
In deze drieledigheid zijn er 6 domeinen waarop het model actief is:

1) hulpbronnen en beleid van de overheid:
   Om chronische zorg te verlenen, moeten artsen toegang hebben tot gemeenschapshulpbronnen (vb: oefenprogramma's, zelfhulpgroepen, ziekenhuizen die patiënteneducatie aanbieden, ...)
2) organisatie van de gezondheidszorg:
   Indien de gezondheidszorg niet op die manier georganiseerd wordt dat chronische zorg wordt gezien als een speerpunt, zal er weinig innovatie gebeuren door de volgende 4 domeinen.
3) ondersteunen van zelfzorg:
   bij chronische ziekten worden patiënten zelf de eerste zorgverleners: verschillende segmenten van de ziekte hebben ze zelf onder controle en hen kan ook aangeleerd worden hoe de ziekte onder controle te krijgen.
4) Design van het systeem:
   Een verandering van de medische praktijk wordt doorgevoerd waarbij er verschillende teams ontstaan met elk hun eigen werk en ook een scheiding van acute versus de geplande chronische therapie. Dokters gaan om met acute en moeilijke chronische problematiek, anderen (verpleegkundigen) ondersteunen de zelfzorg van de patiënt, volgen routinetaken periodisch op en zorgen voor een verzekerde follow-up.
5) Ondersteuning bij beslissingen:
   Voor het verlenen van optimale chronische zorg worden wetenschappelijke richtlijnen geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Ideaal gezien is er ook een goed contact met de specialist zodat snel bijkomend advies kan gevraagd worden.
6) Klinische informatiesystemen:
   Het medisch elektronisch dossier heeft drie functies: 1) herinneringen geven om aan de praktijkrichtlijnen te voldoen, 2) feedback geven naar artsen door informatie te

geven over de verschillende meetwaarden van patiënten, 3) registers om individuele patiëntenzorg te plannen en populatie-gebaseerde zorg uit te voeren

Deze 6 domeinen zijn onderling afhankelijk van elkaar waardoor ze op elkaar kunnen bouwen.

8.4 Het Chronic Care Model toegepast op de casus

Het probleem bij deze casus is een beperkte compliance. Nu spreekt men over 'adherence' in plaats van 'compliance'. Compliance slaat op de mate van toeval tussen medische voorschriften, aanbevelingen en het gedrag van de patiënt. Adherence is de vaardigheid om medicatie correct te nemen. Er zijn verschillende manieren om therapeutische adherence te meten. Deze zijn samengevat in tabel 1 met elk hun voor-en nadelen. (21)

Methode	*Voordelen*	*Nadelen*
Piekflowmeting, noteren op papier	Gemakkelijk lage kost ethisch veel extra informatie	Oncontroleerbaar geeft niet onmiddellijk info over medicatiegebruik
Elektronische piekflow	Objectief gecontroleerd ethisch?	Geeft niet onmiddellijke info over medicatiegebruik
Verborgen teller in inhalatietoestel	Objectief direct en accuraat	Onethisch meet vooral compliance ipv adherence duur niet routine verkrijgbaar geen onmiddellijke invloed op medicatie-inname
Vragenlijsten	Gemakkelijk ethisch makkelijk te herhalen lage kost	Oncontroleerbaar, steunt op geheugen niet accuraat geen onmiddellijke invloed op medicatie-inname
Dagboek	Makkelijk lage kost	Missers of vervalsingen mogelijk geen onmiddellijke invloed op medicatie-inname
Medicatiemetingen	Relatief lage kost herhaalbaar	Ethisch? Enkel mogelijk voor orale steroïden geen duidelijk gevalideerde drempelwaarden
Weging van inhalatietoestel	Relatief lage kost herhaalbaar	Niet gemakkelijk geen onmiddellijke invloed op medicatie-inname
Tellen van blisters	Gemakkelijk ethisch accuraat herhaalbaar relatief lage kost	geen onmiddellijke invloed op medicatie-inname
Rapportage van apotheek	Accuraat objectief lage kost	Ethisch geen onmiddellijke invloed op medicatie-inname
Opinie van arts	Herhaalbaar lage kost uitvoerbaar in routine	Niet zo gemakkelijk subjectief, vereist trainig meestal inaccuraat

Tabel 1: Tabel 1

Onze voorkeur gaat uit naar een piekflowmeting thuis verricht onder supervisie van een

(opgeleide) verpleegkundige. Deze verpleegkundige kan ook toezien op een correct medicatiegebruik. De geblazen longwaarden worden (elektronisch) doorgegeven aan de behandelende arts.
De verpleegkundige zorgt voor de chronische zorgverlening en vergroot ook de zelfzorg van de patiënte door een juiste inhalatietechniek aan te leren en haar te herinneren aan het gebruik van de ICS. De arts heeft een gedetailleerd overzicht van de patiënte haar longfunctie en kan, met behulp van de GINA-richtlijnen, gepast medicatiewijzigingen doorvoeren. In het begin, en bij exacerbaties, komt de patiënte regelmatig op consultatie bij de arts. Indien de arts duidelijk beterschap ziet, kan er een langzame afbouw gebeuren van verpleegkundige zorgen en consultatiefrequentie. Belangrijk is dat dit hele opzet gebeurt in overleg en met goedkeuring van de patiënte.

8.5 Mag hier effect van verwacht worden?

Vrouwen, met astma, met een onderhandeld behandelplan (zoals in deze casus) hebben grotere adherence aan hun medicatieregime en, bij de subgroep onder orale corticosteroïden, minder nood aan orale corticosteroïden.(22) Op korte termijn (1 jaar) is er een bij onderhandeld behandelplan nog geen lagere nood aan gezondheidszorg te merken. Misschien is hier een langere tijd voor nodig. De grotere adherence kan mogelijk verklaard worden door een betere relatie tussen patiënt en arts. De arts die moeite doet om de patiënt zijn behandelplan uit te leggen, kan de patiënt's kennis van klinische verwachtingen en vertrouwen in de aanbevelingen verhogen. (4)
Op basis van deze gegevens valt wel een gezondheidsverbetering te verwachten.

9. Conclusie

In de onderzochte populatie krijgt meer dan 70% van de patiënten minstens de helft van zijn/haar totale hoeveelheid voorschriften zonder consultatie. Er is een (relatief) hoog percentage van psychofarmaca, pijnstillers en anti-infectieuze medicatie die wordt afgegeven zonder consultatie. Patiënten vragen voorschriften aan omdat ze consultaties willen vermijden, geen toegevoegd nut zien in consultaties, verkeerd hun medicatie gebruiken, uit praktische redenen of omdat het toegelaten wordt door de huisarts. Via het Chronic Care model is er verbetering te verwachten.

10. Zwakke punten van dit onderzoek

Deze Manama is een kleine studie waardoor de statistische kracht zeer beperkt zal zijn. Er is geen onderzoek gedaan of de behandelingen die de patiënten krijgen nadelig beïnvloed worden door het feit of ze veel of weinig voorschriften krijgen zonder consultatie. Dit is niet gebeurd omdat uit het literatuuronderzoek blijkt dat een verbetering van het afgeven van herhaalvoorschriften niet automatisch resulteert in een verbetering van quality of life. Een vergelijking met een controlegroep (die geen voorschriften afhaalt zonder consultatie) zou ook interessant zijn om te ontdekken of er verschillen zijn in medicatiegebruik en consultatiefrequentie. Er is geen duidelijke interventie gebeurd, omwille van tijdsgebrek en de noodzaak aan verschillende interventies vanuit verschillende hoeken om een mooi resultaat te krijgen. Als tegengewicht wordt een theoretisch voorstel tot verbetering aangereikt.

11. Sterke punten van dit onderzoek

Er is een koppeling van kwalitatieve gegevens (de interviews met patiënten en artsen) en kwantitatieve gegevens (de gegevens uit de medische dossiers). Bepaalde trends (zoals een overgewicht van ouderen en vrouwen, een relatief hoge frequentie van psychiatrische medicatie en antibiotica) uit dit onderzoek komen overeen met vroegere studies. Er worden weinig (en meestal oudere) studies rond dit onderwerp gepubliceerd en dit onderzoek is een, recente, aanvulling erop.

12. Dankwoord

Hierbij wil ik graag de artsen, de patiënten en de apothekers bedanken voor hun tijd en medewerking. Speciale dank gaat naar mijn promotor, Prof. Dirk Avonts, en mijn praktijkopleider, Dr. Roland De Vogelaere voor hun extra inzet tijdens het tot stand komen van deze Manama. Extra dank aan Ines Reynders-Frederix voor het nalezen.

13. Referenties

1: NHG-Standpunt, Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' (2006)
2: De Smet and Dautzenberg, Repeat Prescribing: Scale, Problems and Quality Management in Ambulatory Care Patients, Drugs 2004; 64 (16): 1779-1800
3: Harris CM, Dajda R. The scale of repeat prescribing. Br J Gen Pract 1996;46:649-53.
4: Audit Commission. A prescription for improvement. Towards more rational prescribing in general practice. London: HMSO, 1994.
5: Dunnell, K. & Cartwright, A. (1972). Medicine Takers, Prescribers and Hoarders, p. 17. London: Routledge & Kegan Paul.
6: Medical Sociology Research Centre(1976). Prescribing in General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 26, Suppl. No. 1.
7: Harris, The scale of repeat prescribing, British Journal of General Practice, 1996, 46, 649-653.
8: Richard, A study of repeat prescription cards in a general practice (Journal of the Royal College of General Practitioners, August 1979)
9: Johnson, J. & Clift, A. D. (1968). Dependence on hypnotic drugs in general practice. British Medical Journal, 4, 613-617.
10: Chaput de Saintonge, D. M. (1978). Why patients do not take their treatment. Update, 16,635-645.
11: McGavock, Repeat prescribing management — a cause for concern?, British Journal of General Practice, 1999, 49, 343-347.
12: Zermansky, Who controls repeats?, British Journal of General Practice, 1996, 46, 643-647.
13: Shakib and George, Monitoring: to infinity and beyond!, Australian Family Physician Vol. 31, No. 12, December 2002 2003
14: Zermansky, Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice, BMJ vol 323, dec 2001
15: Bond, Repeat prescribing: a role for community pharmacists in controlling and monitoring repeat prescriptions, British Journal of General Practice, 2000, 50, 271-275.
16: Drury, Repeat prescription cards, Journal of the Royal College of General Practitioners, 1973, 23, 511
17: depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts (richtlijn Domus Medica 2008)
18: NHS, saving time, helping patients. a good practice guide to quality repeat prescribing
19: Gregory Moullec, Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: Impact of using components of the chronic care model, Respiratory Medicine (2012) 106, 1211e1225
20: Bodenheimer, Improving primary care for patients with chronic illness, Jama, 2002, vol 288, nr. 14
21:A. Bourdin, Adherence in severe asthma, Clinical & Experimental Allergy, 42, 1566–1574
22: Noreen M Clark, Yi-An Ko, Z Molly Gong and Timothy R Johnson, Outcomes associated with a negotiated asthma treatment plan, Chronic Respiratory Disease 2012 9: 175

14. Bijlage 1: overzicht van voorkomen van verschillende morbiditeiten binnen elk specialisme

Gentse populatie

Orthopedie	Kraakbeenletsel	9
	Fractuur	11
	Spondylose	1
	Meniscusscheur	6
	Aseptische necrose	1
	Hallux valgus	1
	Common low back pain	6
	Peesletsel	10
	Plat/holvoet	4
	Springvinger	1
	Weke delen letsel (andere)	1
Neurologie	Hoofdpijn/migraine	8
	Radiculopathie	2
	Neuropathie	12
	Herpes	1
	Schedeltrauma	1
	Varia	1
Psychiatrie	Middelenmisbruik	11
	Anorexia	1
	Stemmingsstoornis	9
	Angststoornis	5
	CVS/fibromyalgie	3
Cardiovasculair	Lipidenstoornis	10
	Hypertensie	27
	Hartfalen	3
	Vaatvernauwingen	20
	Atheromathose	1
	Syncope	1
	Flebitis	1
	Bundeltackblok	1
	Peri/myocarditis	1
	Pacemaker	1
	Ritmestoornis	4
	Varices	4
gynaecologie	ZS-aandoeningen	1
	Abces	1
Endocrien	Schildklier	4
	Diabetes Mellitus 1 en 2	11
	Jicht	4
	Obesitas	4
	Osteoporose	1
Pneumologie	Slaapstoornis	
	Pulmonale infectie	2
	Astma/COPD	18
	Slaapapneu	1

Heelkunde	Wegname orgaan	18
	Bariatrische heelkunde	4
	Hernia/breuk zachte weefsels	5
	Perforatie	2
	Septoplastie neus	1
	Varia	1
GE	Reflux/ulcus	13
	Leveraandoeningen	2
	Cholecystitis	1
	IBD+IBS	4
	Gastroparese	1
	Hemorroïden	5
	Diverticulose	1
NKO	Rhinitis/sinusitis	6
	Varia	2
Oncologie	Tumor	7
Urologie	Erectiestoornis	1
	Incontinentie	3
	Nierinsufficiëntie	2
	Urolithiasis	2
	Pyelonefritis	1
Oftalmologie	Cataract	7
	Netvliesloslating	1
	Retinitis pigmentosa	1
Dermatologie	Urticaria	1
	Allergie	4
	Alopecia	1
	Eczeem	2
Andere	Systeemziekten	3
	Adenopathie	1
	Slechte medicatiecompliance	1
	Algemene pijnklachten	1

Lanaakse populatie

Orthopedie	Kraakbeenletsel	2
	Fractuur	2
	Peesletsel	3
	Chronische rugpijn	1
	Weke delen letsel (andere)	2
Neurologie	Hoofdpijn/migraine	1
	Radiculopathie	1
	Neuropathie	1
	Spinaalkanaalstenose	1
Psychiatrie	Stemmingsstoornis	1
	Angststoornis	1

Cardiovasculair	Lipidenstoornis	2
	Hypertensie	3
	Vaatvernauwingen	1
	Ritmestoornis	1
	Varices	1
Endocrien	Schildklier	1
	Diabetes Mellitus 1 en 2	2
	Jicht	1
	Obesitas	1
	Osteoporose	1
	Bijschildklier	1
Pneumologie	Astma/COPD	1
	Slaapapneu	1
Heelkunde	Wegname orgaan	3
	Bariatrische heelkunde	1
	Hernia/breuk zachte weefsels	1
	Varia	2
	Prothese	2
Gastro-enterologie	Reflux/ulcus	3
	Pancreatitis	2
	Obstipatie	1
Urologie	Recidiverende UWI	1

15. Bijlage 2: Welke medicatie wordt voorgeschreven op consultatie?

(Gentse populatie)

Cardiovasculair	Beta-blokkers	39 totaal	165
	diuretica	7 Cardiovasculair	
	Ca-antagonist	14	
	ACE-inhibitoren	8	
	Sartaan	8	
	statines	23	
	fibraten	7	
	ontstolling	14	
	Combinatiepreparaten	43	
	Angina pectoris	2	
Psychofarmaca	BDZ	52 totaal	99
	Z-drugs	18 Psychofarmaca	
	antidepressiva	26	
	antipsychotica	2	
	Rookstop	1	
Pijnstilling	Paracetamol	19 totaal	98
	NSAID	48 Pijnstilling	
	morfinederivaten	19	
	Dafalgan codeïne	9	
	Zaldiar	2	
	Traumeel	1	
Ademhaling	Puffer/Inhalator	58 totaal	94
	Antitussiva/Mucolytica	32 Ademhaling	
	Leukotrieënreceptorantag	1	
	Theofylline	3	
Infecties	Antibiotica	68 totaal	73
	Antivirale middelen	1 Infecties	
	Antischimmel	4	
Hormonen	Cortisone	20 totaal	50
	Schildklier	23 Hormonen	
	Insuline	4	
	Testosteron	3	
NKO & oftalmologie	Orale combinaties	9 totaal	64
	Antihistaminica	10 NKO & Oftalmologie	
	Nasale CS	13	
	Betahistine	12	
	Neusspray (varia)	9	
	Oordruppels	4	
	Anti-glaucoom	1	
	Oorstop	1	
	Keeltabletten	5	
Osteo-articulair	Osteoporose	6 totaal	8
	Jicht	2 Osteo-articulair	

Dermatologie	Cutane Corticosteroïden	4	totaal	9
	Combinatiepreparaten	1	Dermatologie	
	Antischimmel	1		
	Ontsmetting	3		
Gynaecologie	Anticonceptie	2	totaal	3
	Menopauze	1	Gynaecologie	
Diabetes	Sulfamiden	4	totaal	18
	Metformine	13	Diabetes	
	DPP4-inhibitoren	1		
Neurologie	Anti-epileptica		totaal	1
	Triptanen		Neurologie	
	Restless legs	1		
Gastro-intestinaal	Maagbescherming	34	totaal	83
	Inflammatoir darmlijden	2	Gastro-intestinaal	
	Anti-emetica	20		
	Spasmolytica	11		
	Antidiarreica	16		
Varia	Venotonica/arteriële vaat	3	totaal	12
	verbanden	3	Varia	
	Vitaminen	5		
	ijzer			
	Impotentie	1		
			totaal	777

16. Bijlage 3: Welke medicatie wordt er afgeleverd zonder consultatie?

(Gentse populatie)

Cardiovasculair	Beta-blokkers	73	totaal cardiovasculair	289
	Diuretica	18		
	Ca-antagonist	21		
	ACE-inhibitoren	20		
	Sartaan	11		
	Statines	57		
	Fibraten	10		
	Ontstolling	29		
	Combinatiepreparaten	40		
	Anti-aritmica	6		
	Angina pectoris	4		
Psychofarmaca	BDZ	129	totaal psychofarmaca	271
	Z-drugs	65		
	Antidepressiva	68		
	Antipsychotica	7		
	Plantderivaten	1		
	Rookstop	1		
Pijnstilling	Paracetamol	4	totaal pijnstilling	227
	NSAID	73		
	Morfinederivaten	70		
	Dafalgan codeïne	70		
	Zaldiar	10		
Ademhaling	Puffer/inhalator	124	totaal ademhaling	148
	Antitussiva/mucolytica	8		
	Cromoglycine	1		
	LeukotrieenRantagonist	8		
	Theofylline	7		
Infecties	Antibiotica	19	totaal infecties	24
	Antivirale middelen	2		
	Antischimmel	2		
	Antischurft	1		
Hormonen	Cortisone	38	totaal hormonen	72
	Schildklier	11		
	Insuline	12		
	Desmopressine	3		
	immunomodulator	7		
	calcitonine	1		
NKO & oftalmologie	Orale combinaties	2	totaal NKO & oftalmologie	65
	Antihistaminica	29		
	Nasale CS	17		
	Betahistine	7		
	Neusspray (varia)	3		
	Oordruppels	4		
	Anti-glaucoom	3		
Osteo-articulair	Osteoporose	3	totaal osteo-articulair	14
	Jicht	11		

Dermatologie	Smeerbare CS	2	totaal dermatologie	5
	Combinatiepreparaten	1		
	Antischimmel	2		
Gynaecologie	Anticonceptie	26	totaal gynaecologie	28
	Menopauze	2		
Diabetes	Sulfamiden	4	totaal diabetes	32
	Metformine	25		
	DPP4-inhibitoren	3		
Neurologie	Anti-epileptica	13	totaal neurologie	16
	Triptanen	3		
Gastro-intestinaal	Maagbescherming	57	totaal gastro-intestinaal	65
	Inflammatoir darmlijden	3		
	Anti-emetica	2		
	Spasmolytica	3		
Varia	Venotonica	1	totaal varia	17
	Verbanden	6		
	Vitaminen	5		
	ijzer	3		
	Impotentie	2		
			totaal	1273

17. Bijlage 4: Niet-chronische medicatie zonder consultatie

(Gentse populatie)

Cardiovasculair	Beta-blokkers	3
	Diuretica	2
	Ca-antagonist	1
	ACE-inhibitoren	4
	Sartaan	2
	Statines	3
	Ontstolling	2
Psychofarmaca	BDZ	12
	Z-drugs	3
	Antidepressiva	3
	Plantderivaten	1
	Rookstop	1
Pijnstilling	Paracetamol	1
	NSAID	20
	Morfinederivaten	5
	Dafalgan codeïne	3
	Zaldiar	1
Ademhaling	Puffer/inhalator	9
	Antitussiva/mucolytica	6
	Cromoglycine	1
	LeukotrieenRantagonist	1
	Theofylline	1
Infecties	Antibiotica	15
	Antivirale middelen	2
	Antischimmel	1
	Antischurft	1
Hormonen	Cortisone	8
	Insuline	3
	calcitonine	1
NKO & oftalmologie	Orale combinaties	1
	Antihistaminica	7
	Nasale CS	3
	Neusspray (varia)	4
	Oordruppels	1
Osteo-articulair	Jicht	1
Dermatologie	Smeerbare CS	2
	Combinatiepreparaten	1
	Antischimmel	1
Diabetes	Metformine	3
	DPP4-inhibitoren	2
Gastro-intestinaal	Maagbescherming	10
	Inflammatoir darmlijden	1
	Anti-emetica	2
	Spasmolytica	2

Varia	Venotonica	1
	Verbanden	3
	Vitaminen	3
	ijzer	2

18. Bijlage 5: Verhouding voorschriften afgegeven zonder consultatie ten opzichte van met consultatie

(Gentse populatie)

Cardiovasculair	Beta-blokkers	1,8717948718
	diuretica	2,5714285714
	Ca-antagonist	1,5
	ACE-inhibitoren	2,5
	Sartaan	1,375
	statines	2,4782608696
	fibraten	1,4285714286
	ontstolling	2,0714285714
	Combinatiepreparaten	0,9302325581
	Angina pectoris	3
Psychofarmaca	BDZ	2,4807692308
	Z-drugs	3,6111111111
	antidepressiva	2,6153846154
	antipsychotica	3,5
	Rookstop	1
Pijnstilling	Paracetamol	0,2105263158
	NSAID	1,5208333333
	morfinederivaten	3,6842105263
	Dafalgan codeïne	7,7777777778
	Zaldiar	35
	Traumeel	
Ademhaling	Puffer/Inhalator	2,1379310345
	Antitussiva/Mucolytica	0,25
	Leukotrieënreceptorantagonist	2,6666666667
	Theofylline	2,3333333333
Infecties	Antibiotica	0,2794117647
	Antivirale middelen	2
	Antischimmel	0,5
Hormonen	Cortisone	1,9
	Schildklier	0,4782608696
	Insuline	3
NKO & oftalmologie	Orale combinaties	0,2222222222
	Antihistaminica	2,9
	Nasale CS	1,3076923077
	Betahistine	0,5833333333
	Neusspray (varia)	0,3333333333
	Oordruppels	1
	Anti-glaucoom	3
Osteo-articulair	Osteoporose	0,5
	Jicht	5,5

Dermatologie	Cutane Corticosteroïden	0,5
	Combinatiepreparaten	1
	Antischimmel	2
Gynaecologie	Anticonceptie	13
	Menopauze	2
Diabetes	Sulfamiden	1
	Metformine	1,9230769231
	DPP4-inhibitoren	3
Neurologie	Anti-epileptica	
Gastro-intestinaal	Maagbescherming	1,6764705882
	Inflammatoir darmlijden	1,5
	Anti-emetica	0,0714285714
	Spasmolytica	0,2727272727
Varia	Venotonica/arteriële vaatstoornissen	0,3333333333
	verbanden	2
	Vitaminen	1
	Impotentie	2

19. Bijlage 6: Vragenlijsten gebruikt bij interviews

Vragenlijst patiënten

- Welke ziekten heeft u?
- Welke medicatie neemt u? Waarom?
- Bij welke apothekers gaat u die ophalen? Gaat u bij 1 of meerdere apothekers?
    - Zo meerdere apothekers: zou u bij 1 apotheek willen blijven?
- Hoe vaak gaat om medicatie? Hoe vaak gaat u om voorschriften zonder consultatie?
- Hoe vaak ziet u een arts? Om welke redenen ziet u een arts?
- Hoeveel voorschriften staat u gemiddeld in “schuld” bij uw apotheek?
- Maakt u fouten tegen uw medicatiegebruik?
- Zijn er voorschriften die u afhaalt of bestelt bij de arts maar nooit gebruikt? Is er medicatie die u afhaalt bij de apotheek waar u nooit een voorschrift voor binnen brengt?
- Waarom gaat u eerst naar de apotheek en daarna pas naar de arts?
- Zou u op consultatie komen, moest de arts dit vragen?
- Vindt u controleconsultaties nuttig? Waarom?
- Hoe vaak vindt u het nodig om bij de arts op controle te komen? Mag dit aantal bepaald worden door de arts?
- Wat zou u graag bespreken als u op controleconsultatie komt?
- Krijgt u opmerkingen van de arts/apotheker als u medicatie haalt zonder voorschriften? Zo neen: zou een opmerking uw gedrag veranderen? Zo ja: wat denkt u dan?
- Vindt u dat u goed behandeld wordt door uw arts indien hij u voorschriften aflevert zonder consultatie?
- Staat u open voor veranderingen in het systeem van afleveren van voorschriften en medicatie?

Vragenlijst artsen

Hoe loopt het proces van herhaalvoorschriften momenteel?

Welke veranderingen zou je graag hebben in het proces van herhaalvoorschriften?

Vindt u het nodig om het aantal herhaalvoorschriften via de balie te minderen?

Hoe weten patiënten dat ze op controle moeten komen?

Hoe pakt u patiënten aan die zich niet aanbieden op consultatie maar wel vragen voor herhaalvoorschriften?

Hoe houden jullie bij wie om herhaalvoorschriften komt?

Krijgen patiënten soms een opmerking als ze om herhaalvoorschriften komen?

Is er een controle dat de gevraagde herhaalvoorschriften ook overeen stemmen met de actuele medicatielijst van de patiënt?

Wanneer beschouwen jullie het een goed moment om de medicatie te herzien? gebeurt dit ook op deze momenten?

Rol van het secretariaat in herhaalvoorschriften? Kan deze rol uitgebreid worden?
Hoe worden handgeschreven voorschriften of familieleden die komen om voorschriften in het systeem gezet?
Is er een procedure voor niet-opgehaalde voorschriften?
Wat vindt van het idee om meer voorschriften mee te geven om zo het aantal herhaalvoorschriften aan de balie te verminderen?