# De huisarts en de apotheker:

# antibioticabeleid

# en

# algemene samenwerking

Debunne Charlotte, Katholieke Universiteit Leuven
Declercq Greet, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof.Dr. Bert Aertgeerts, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Apr. Inge Huysentruyt, voorzitster West-Vlaamse Apothekersvereniging

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde, opleidingsjaar 2011-2013

# Inhoudstafel


1. Motivatie ..... 4
2. Literatuur ..... 5
2.1. Literatuurstudie 1: Strategieën om het antibioticagebruik bij bovenste luchtweginfecties te reduceren. ..... 5
A. INLEIDING ..... 5
B. METHODE ..... 5
C. RESULTATEN ..... 6
1. Artsgerelateerde interventies ..... 6
2. Patiëntgerelateerde interventies ..... 7
3. Multifacettaire interventies ..... 8
D. DISCUSSIE ..... 8
E. CONCLUSIE ..... 9
F. LITERATUUR ..... 10
2.2. Literatuurstudie 2: De rol van de apotheker in de samenwerking met de huisarts ..... 11
A. INLEIDING ..... 11
B. METHODE ..... 11
C. RESULTATEN ..... 12
1. De apotheker als gezondheidscoach ..... 12
2. Drempels bij de interprofessionele samenwerking ..... 12
D. DISCUSSIE ..... 13
E. CONCLUSIE ..... 14
F. LITERATUUR ..... 15
3. Praktijkproject-studie ..... 16
A. INLEIDING ..... 16
B. METHODE ..... 16
1. Enquêtes bij de apothekers ..... 16
2. Interviews met de apothekers ..... 17
C. RESULTATEN ..... 18
1. Enquêtes bij de apothekers ..... 18
2. Interviews met de apothekers ..... 19
D. DISCUSSIE ..... 31
1. Algemeen ..... 31
2. Enquêtes ..... 31
3. Interviews ..... 32
E. CONCLUSIE ..... 34
1. Antibioticagebruik en het uitgesteld voorschrift ..... 34
2. Samenwerking tussen de huisarts en de apotheker ..... 34

3. Algemeen ..... 34
F. LITERATUUR ..... 35
4. Abstract thesis ..... 36
5. Dankwoord ..... 37
6. Bijlagen ..... 38
A. TABELLEN ..... 38
B. FIGUREN ..... 40
7. Addendum ..... 44
A. Addendum 1: ENQUÊTE ..... 44
B. Addendum 2: INTERVIEW ..... 46
C. Addendum 3: FIGUREN ..... 47

# 1. Motivatie

Wij volgden onze haio-opleiding in dezelfde gemeente. Initieel werd onze aandacht getrokken naar het antibioticabeleid in onze opleidingspraktijk tijdens ons eerste opleidingsjaar. Het viel ons op dat het antibioticabeleid in beide praktijken beter kan. Er wordt nog te vaak antibiotica voorgeschreven bij bovenste luchtweginfecties en bij het voorschrijven van antibiotica wordt te weinig gebruik gemaakt van een uitgesteld voorschrift[noot 1]. Wij stellen tevens vast dat de voorwaarde bij het gebruik van een dergelijk uitgesteld voorschrift de communicatie/informatieoverdracht naar de patiënt toe is. Om de patiënt optimaal te informeren, moeten we niet alleen naar de huisarts kijken, maar ook naar de apotheker, aangezien hij aan de basis staat van de geneesmiddelendistributie. Wij vermoeden dat een betere samenwerking binnen de eerste lijn, de efficiëntie van het voorschrijven van antibiotica kan optimaliseren, of dit nu uitgesteld gebeurt of niet.

Na een gesprek met onze copromotor Apr. Inge Huysentruyt, voorzitster van de West-Vlaamse apothekersvereniging, werd ons duidelijk dat er qua algemene samenwerking tussen arts en apotheker ook nog heel wat werk aan de winkel is, en dus niet alleen wat het voorschrijven van antibiotica betreft. Dit was dan ook de aanleiding om in het tweede luik van onze Manama-thesis de nadruk te leggen op de samenwerking tussen arts en apotheker. Via enquêtes en interviews met de apothekers willen we met deze Manama-thesis dan ook nagaan waar die knelpunten liggen en hoe die volgens de apotheker kunnen verbeterd worden.

Noot 1: 'Het uitgesteld voorschrift': Het voorschrijven van bijvoorbeeld een antibioticum kan in de tijd uitgesteld worden. Dit betekent dat de arts aan de patiënt een voorschrift geeft en hierbij vermeldt in welke precieze omstandigheden, dus niet onmiddellijk, de patiënt dit voorschrift kan gebruiken (met eventuele aanduiding van een datum op het voorschrift bij de rubriek 'afleverbaar vanaf bovenvermelde datum'). Dit is de fase waarin de huisarts alle klinische argumenten samenbrengt en bespreekt zodat de patiënt goed begrijpt waarom de behandeling wordt uitgesteld. De beslissing van het al of niet nemen van een antibioticum gebeurt dan niet onmiddellijk, maar na een zekere tijd in functie van de individuele evolutie. Aan de patiënt uitleggen is hierbij zeer belangrijk en educatief.

# 2. Literatuur

## 2.1. *Literatuurstudie 1: Strategieën om het antibioticagebruik bij bovenste luchtweginfecties te reduceren.*

### A. *INLEIDING*

Bovenste luchtweginfecties zijn de meest frequent acute aandoeningen waarvoor patiënten de huisarts consulteren (1). Vroeger werd hiervoor vaak antibiotica voorgeschreven omdat men vreesde voor complicaties. In het huidig gezondheidszorgsysteem met zijn moderne middelen, zijn de indicaties waarvoor een antimicrobiële behandeling op zijn plaats is, echter beperkt. Al jaren probeert men via verschillende soorten campagnes, mediatechnieken, websites en opleidingsmodules, informatie aan te bieden voor een rationeler gebruik van antibiotica, en dit met succes. In vergelijking met de winter voor de start van de nationale campagnes in 2000-2001 wordt nu één derde minder antibiotica gebruikt in de ambulante praktijk. Ook het percentage pneumokokken dat resistent is voor penicillines, tetracyclines en macroliden, is duidelijk afgenomen (2).

Ondanks het bestaan van duidelijke richtlijnen over de plaats van antibiotica bij bovenste luchtweginfecties, blijkt uit onderzoek bij de huisarts dat het toch moeilijk blijft om deze aanbevelingen in de praktijk te hanteren (1,3,4). Er blijft volgens hen een grijze zone bestaan, zowel bij het klinisch beeld (lichte koorts, algemene malaise, geen co-morbiditeit, geen risicopatiënt, moeilijk voorspelbaar verloop) als bij de ICE (de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen) van de patiënt, die de huisarts al eens doet twijfelen. Bij dergelijke twijfelgevallen opteert de huisarts nog te vaak voor antibiotica (al dan niet via een uitgesteld voorschrift) omdat hij zich onder druk gezet voelt door de patiënt die zegt antibiotica te wensen, anderzijds doordat de arts zelf denkt dat de patiënt antibiotica verwacht (1,5). Nochtans is er uit onderzoek gebleken dat de patiëntentevredenheid niet afhangt van het feit of er al dan niet antibiotica voorgeschreven wordt. De patiënt wenst vooral goed geïnformeerd te worden over het te verwachten ziekteverloop, welke behandelingen hij zelf kan starten (inname van antipyretica, antitussiva) of wat hij moet doen bij een afwijkend verloop (5). Aangezien de arts te weinig peilt naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt, worden antibiotica bij bovenste luchtweginfecties dikwijls verkeerdelijk voorgeschreven (5). In onderstaande literatuurstudie wordt nagegaan welke interventies het antibioticagebruik bij bovenste luchtweginfecties kunnen doen dalen.

### B. *METHODE*

Twee auteurs deden onafhankelijk de zoektocht naar artikels volgens de zoektermen en selecteerden op basis van vastgelegde inclusie- en exclusiecriteria (tabel 1).
MEDLINE werd doorzocht van 2002 tot en met 2012 via PubMed met als zoektermen: ("Anti-Bacterial Agents"[Mesh]) AND "Pharmacists"[Mesh]; (“Anti-Bacterial Agents” [MESH] AND “inappropriate prescribing” [MESH]; ("Anti-Bacterial Agents"[Mesh]) AND "Respiratory Tract Infections"[Mesh]) AND "Pharmaceutical Services"[Mesh]. Ook niet - MESHtermen werden gebruikt, zoals “delayed prescription” AND “antibiotics”. De filter werd hierbij ingesteld op Meta-Analysis,

Practice Guideline, Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review, English, Dutch en 'free full text available'.
Voor de zoekopdracht "Anti-Bacterial Agents" AND "Pharmacists" werd geen selectie gemaakt in studietype aangezien RCT's, meta-analyses en guidelines hierover zeldzaam zijn.

Ook werd gezocht via www.cebam.be in de COCHRANE-databank, in MINERVA en via www.tripdatabase.be. Zoektermen waren "delayed prescription" AND "antibiotics", "delayed prescription" AND "upper respiratory tract infection" en voor de Nederlandstalige MINERVA-databank "uitgesteld voorschrift" en "antibiotic en apotheker".

De gevonden artikels werden verder gefilterd op basis van inclusie-en exclusiecriteria. Eerst volgens de titel en het abstract, en verder door het lezen van volledige studies (tabel 1). De weerhouden artikels werden uitsluitend beschrijvend verwerkt. Er werd geen verdere analyse toegepast. De zoektocht werd gedestilleerd in een flowchart (figuur 1).

## *C. RESULTATEN*

Meer dan 10.000 artikels werden bekeken. Na het toepassen van de inclusie- en exclusiecriteria werden 18 artikels weerhouden: 11 uit MEDLINE, drie uit TRIPDATABASE, drie uit de COCHRANE-databank en één artikel uit MINERVA. Het betreft twee guidelines, twee meta-analyses, zes systematic reviews, vier randomised controlled trials, twee controlled trials en twee kwalitatieve onderzoeken.

Daarnaast werd één artikel uit het tijdschrift 'Huisarts Nu', verschenen bij aanvang van het thesisonderzoek, weerhouden.

**Strategieën om het antibioticagebruik te reduceren**

In een review wordt nagegaan welk soort interventies succesvol zijn in het reduceren van het antibioticagebruik bij bovenste luchtweginfecties (3). De klemtoon ligt op het overdreven gebruik van antibiotica bij virale infecties en de problemen in antibioticakeuze en -duur. Zowel artsgerelateerde interventies (zoals het beschikbaar stellen van educatiemateriaal voor artsen, het organiseren van hoorcolleges en videocolleges…), patiëntgerelateerde interventies (zoals patiënteneducatie) als multifacettaire interventies (interventies waarbij verschillende technieken gecombineerd worden) worden onderzocht (3).

Hoewel de soorten interventies van studie tot studie verschillen, blijkt uit deze analyse dat de multifacettaire interventies het meest efficiënt zijn. Van de artsgerelateerde interventies kan in deze analyse geen significant effect op het antibioticagebruik vastgesteld worden. Wat betreft de patiëntgerelateerde interventies, had enkel het gebruik van het uitgesteld voorschrift goede resultaten (3).

### *1. Artsgerelateerde interventies*

Bovenstaande review toont aan dat zowel het gebruik van uitgeprint educatiemateriaal als het organiseren van hoor- en videocolleges geen invloed heeft op het voorschrijfgedrag van artsen. Educatieve bezoeken aan de artsen het beschikbaar stellen van reminders aan artsen geven

gemengde resultaten (3). Artsgerelateerde interventies leiden dus niet tot een significante daling in het antibioticagebruik (3).

Daarentegen werd in enkele andere studies vastgesteld dat het voorschrijfgedrag van artsen wel kan beïnvloed worden door in te spelen op hun ideeën en overtuigingen (6,7). In een van deze onderzoeken wordt gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie en motivatietechnieken om artsen te stimuleren tot gedragsverandering (6). De artsen die onderricht werden, rapporteerden dat ze meer zelfvertrouwen hadden tijdens consultaties waar de patiënt, die zich presenteert met een bovenste luchtweginfectie, de vraag naar antibiotica stelt. Bij deze groep ziet men ook een daling in het aantal voorschriften antibiotica in vergelijking met de artsen die deze training niet kregen. Het onderzoek gebeurde echter met simulatiepatiënten in een gecontroleerde setting en slechts op korte termijn waardoor de auteurs nog geen conclusies kunnen trekken naar het effect van artseneducatie in de praktijk en op lange termijn (6).

In een andere systematic review werd nagegaan hoe het komt dat bepaalde interventies wel, en andere niet het voorschrijfgedrag van huisartsen beïnvloeden (8). Een interventie maakt het meest kans op slagen wanneer de huisarts de uitvoering ervan praktisch haalbaar ziet en het nut ervan blijft inzien op lange termijn. Een artsgerelateerde interventie moet vijf kenmerken bevatten om succesvol te zijn: de interventie moet de huisarts toelaten na te denken over zijn eigen voorschrijfgedrag, de onzekerheid bij het al dan niet voorschrijven van antibiotica wegnemen, educatief zijn betreffende de juiste wijze van voorschrijven, leiden tot een zorgverlening waarbij de patiënt meer centraal staat en gemakkelijk te implementeren zijn in de praktijk(8).

### 2. ***Patiëntgerelateerde interventies***

De NICE-guideline beschrijft drie manieren om bovenste luchtweginfecties aan te pakken: geen antibiotica meegeven en de infectie louter symptomatisch behandelen, antibiotica voorschrijven voor onmiddellijk gebruik en antibiotica voorschrijven via een uitgesteld voorschrift (1).

Wanneer antibiotica zowel anamnestisch als klinisch niet op hun plaats zijn, wordt aangeraden om de patiënt gerust te stellen en hem te informeren over het natuurlijk verloop van de aandoening en de plaats van antibiotica hierbij (1).

Anderzijds dienen antibiotica direct te worden voorgeschreven wanneer er duidelijke, alarmerende symptomen zijn, of wanneer het gaat over een patiënt met belangrijke co-morbiditeit en bij wie dus complicaties kunnen verwacht worden (1).

Het uitgesteld voorschrift is een mogelijkheid wanneer het gaat over een grijze zone, zoals bij mogelijke bacteriële aandoeningen als sinusitis en otitis media (1,3,9,10). De patiënten krijgt reeds een voorschrift voor antibiotica mee, maar wordt geïnstrueerd om enkel bij een abnormaal verloop de medicatie te gaan halen. Deze aanpak zou geen invloed hebben op de patiënttevredenheid en is veilig gebleken (1,3,9-12).

Wat de arts betreft, is er onderlinge verdeeldheid over de bruikbaarheid van het uitgesteld voorschrift (13). De meeste artsen gebruiken deze strategie bij rhinosinusitis en otitis wanneer een virale oorzaak niet zeker is. Allen zijn ze het erover eens dat deze techniek enkel kan toegepast worden na goede informering van de patiënt die hiervoor openstaan en educeerbaar zijn. Vooral artsen die vertrouwd zijn met patiënteneducatie zien dit als een hanteerbare techniek en een extra

opportuniteit om de patiënt te informeren. Anderen daarentegen vinden deze manier minder nuttig en gebruiken het uitgesteld voorschrift enkel wanneer ze zich onder druk gezet voelen door de patiënt of twijfelen over een al dan niet gunstig verloop van de aandoening. In één studie werd het uitgesteld voorschrift zelfs als inefficiënt beschouwd omdat artsen het te weinig of verkeerdelijk toepassen, bijvoorbeeld in geval van diagnostische onzekerheid (14).

### *3. Multifacettaire interventies*

De multifacettaire interventies blijken het meest succesvol te zijn in het reduceren van het antibioticagebruik (3,15,16). De voornaamste factoren die bepalen of een interventie in een bepaalde regio succesvol zal zijn, zijn afhankelijk van het specifieke voorschrijfgedrag van de artsen en de barrières van verandering in die bepaalde streek(3,15-17).

Geen enkele interventie is echter honderd procent succesvol in eender welke regio (17). Daarom is een multifacettaire aanpak waarbij op verschillende niveaus aan educatie gedaan wordt, het meest efficiënt (3). Zo werd een interventie opgezet die bestond uit het educeren van zowel huisartsen, apothekers, apotheekassistenten én patiënten over de indicatiestelling voor antibiotica en de verschillende soorten antibiotica voor bovenste luchtweginfecties (15). Dit gebeurde via informatiefolders in de wachtzaal en het beschikbaar stellen van richtlijnen voor de huisartsen. Naast educatie was er eveneens communicatietraining, registratie van en feedback over de voorgeschreven medicatie. Deze interventie had een duidelijke impact op het aantal voorschriften antibiotica zonder een vermindering te veroorzaken van de patiëntentevredenheid (15). Er zijn wel nog te weinig gelijkaardige onderzoeken verschenen om uitspraak te kunnen doen over de efficiëntie ervan (3,15, 18).

Momenteel is onderzoek bezig naar het effect van een multifacettaire benadering van het antibioticagebruik bij bovenste luchtweginfecties bij kinderen en volwassenen (19). Hier wordt gebruik gemaakt van publieke educatie (via posters, TV, radio, kranten en websites), het beschikbaar stellen van informatie bij de huisarts en de apotheker (via brochures over de voor-en nadelen van antibiotica in de wachtzaal en de apotheek) en het sensibiliseren van huisartsen en apothekers over de overmaat van antibioticagebruik door hen specifieke data over lokale antibioticaresistentie voor te leggen.

## *D. DISCUSSIE*

De grote moeilijkheid van dit literatuuronderzoek was de heterogeniteit van de gevonden studies, zowel wat betreft de opzet (concrete inhoud van het type interventie), de populatie (volwassenen alleen versus kinderen en volwassenen) als de pathologie (bovenste versus bovenste en onderste luchtweginfecties). Zo is het voor wat de artsgerelateerde en de multifacettaire interventies betreft, moeilijk om uitspraak te doen over de efficiëntie van deze strategieën omdat de opzet van elk onderzoek telkens heel verschillend was. Het begrip artseneducatie wordt bijvoorbeeld in elke studie anders geïnterpreteerd, wat leidt tot een verschillende uitkomst (3,6,7,17,18). De ene keer wordt met artseneducatie het organiseren en geven van hoorcolleges bedoeld, de andere keer gaat het om educatieve bezoeken bij de arts thuis of over interventies via internet (3,6,7,17,18).
Dit kan ook verklaren waarom sommige studies tot een andere uitkomst komen dan de Cochranereview over het effect van artseneducatie. Hierin wordt als artseneducatie gekozen voor het theoretisch onderrichten van artsen over de plaats en werking van antibiotica (3). In een andere

studie daarentegen wordt ingespeeld op het denken en het gewoontegedrag van artsen en worden technieken aangeleerd om dit te doorbreken (6).
Aangezien de Cochranereview wetenschappelijk gezien het sterkst onderbouwd is, hebben we onze eindconclusies hoofdzakelijk hierop gebaseerd (3). Aangezien deze analyse dateert uit 2009, kan dit als zwak punt beschouwd worden in dit literatuuronderzoek. Eén recent multifacettair onderzoek dat gestart is in 2011 en momenteel lopende is, sluitinhoudelijk perfect aan bij ons literatuuronderzoek. Voorlopig echter kan er nog geen uitspraak gedaan worden over de efficiëntie van dit onderzoek. Bovendien geldt dat het al dan niet succesvol zijn van een multifacettaire strategie niet alleen afhangt van de opzet en de inhoud ervan, maar ook van de populatie waarin deze wordt opgesteld. Een interventie kan dus in de ene groep slagen, maar in een andere groep inefficiënt blijken (8). In een aansluitend literatuuronderzoek zou dus meer aandacht besteed moeten worden aan de factoren die belangrijk zijn om een interventie al dan niet te doen slagen.
Een andere opmerking is dat voor wat het onderdeel 'uitgesteld voorschrift' betreft deels gebaseerd werd op de NICE-guideline, waarin echter niet alleen volwassenen betrokken waren, maar ook kinderen. Deze laatste groep behoorde strikt genomen niet tot de inclusiecriteria waardoor de resultaten dus gebiasd kunnen zijn. Er zijn echter voldoende andere studies over het gebruik van het uitgesteld voorschrift bij volwassenen alleen, die de resultaten van de NICE-richtlijnen bevestigen (9-13).

## *E. CONCLUSIE*

De afgelopen jaren zijn er verschillende strategieën uitgetest om het antibioticagebruik bij bovenste luchtweginfecties te beperken. De meest efficiënte interventies zijn de multifacettaire interventies en het uitgesteld voorschrift voor antibiotica. Deze laatste techniek wordt echter vaak door de arts misbruikt, vooral wanneer hij zich onder druk gezet voelt door de patiënt. Er is meer onderzoek nodig naar de toepassing van de verschillende types interventies bijde algemene populatie. Welke factoren maken dat een interventie bij de ene groep werkt, maar niet bij de andere? Eveneens moet er meer aandacht besteed worden aan een correcte toepassing van het uitgesteld voorschrift.

## *F. LITERATUUR*


1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Respiratory tract infections - antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. Clinical Guideline 69. 2008.
2. Coenen S, Costers M, De Corte S, De Sutter A, Goossens H. De eerste Europese Antibioticadag. Huisarts Nu 2008;37:446-550.
3. Sandra RA, Strauss SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database Syst Rev. 2009.
4. Brink AJ, Cotton MF, Feldman C, Geffen L, Hendson W, Hockman MH, et al. Guideline for the management of upper respiratory tract infections. Working Group of the Infectious Diseases Society of South Africa. Med J. 2004 Jun;94:475-83.
5. Best J, Buckley N, Donovan J, Dowden J, Emblen G, Norton D, et al . Managing expectations for antibiotics in respiratory tract infections. National Prescribing service 2009:69;876-80.
6. Hrisos S, Eccles M, Johnston M, Francis J, Kaner EF, Steen N, et al. Developing the content of two behavioural interventions: using theory-based interventions to promote GP management of upper respiratory tract infection without prescribing antibiotics. BMC Health Serv Res. 2008;8:11.
7. Hrisos S, Eccles M, Johnston M, Francis J, Kaner EF, Steen N, et al. An intervention modelling experiment to change GPs' intentions to implement evidence-based practice: using theory-based interventions to promote GP management of upper respiratory tract infection without prescribing antibiotics.BMC Health Serv Res. 2008;8:10.
8. Tonkin-Crine S, Yardley L, Little P. Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: a systematic review and meta-ethnography. J Antimicrob Chemother. 2011 Oct;66(10):2215-23.
9. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for respiratory infections.Cochrane Database Syst Rev. 2007;3:CD004417.
10. Chevalier P. Uitgesteld gebruik van antibiotica. Minerva 2009 8(7):89-89.
11. Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. Br J Gen Pract. 2003;53(496):871-7.
12. Worrall G, Kettle A, Graham W, Hutchinson J. Postdated versus usual delayed antibiotic prescriptions in primary care: Reduction in antibiotic use for acute respiratory infections? Can Fam Physician. 2010;56(10):1032-6.
13. Høye S, Frich J, Lindbœk M. Delayed prescribing for upper respiratory tract infections: a qualitative study of GPs' views and experiences. Br J Gen Pract. 2010;60(581):907-12.
14. Peters S, Rowbotham S, Chisholm A, et al. Managing self-limiting respiratory tract infections: a qualitative study of the usefulness of the delayed prescribing strategy. BJGP 2011:61;579–89.
15. Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJ. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. BMJ. 2004;329(7463):431.
16. Parrino TA. Controlled trials to improve antibiotic utilization: a systematic review of experience, 1984-2004. Pharmacotherapy. 2005;25(2):289-98.
17. Smeets HM, Kuyvenhoven MM, Akkerman AE, Welschen I, Schouten GP, van Essen GA, et al.Intervention with educational outreach at large scale to reduce antibiotics for respiratory tract infections: a controlled before and after study. Fam Pract. 2009;26(3):183-7.
18. Nancy Nkansah , Olga Mostovetsky , Christine Yu , Tami Chheng , Johnny Beney , Christine M, et al. Effect of outpatient pharmacists ' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. Cochrane January 2011.
19. Doctors and local media: a synergy for public health information? a controlled trial to evaluate the effects of a multifaceted campaign on antibiotic prescribing (protocol).Local Campaign on Antibiotics ALliance (LOCAAL) study group. BMC Public Health. 2011;11:816.

## 2.2. Literatuurstudie 2: De rol van de apotheker in de samenwerking met de huisarts

### A. INLEIDING

De laatste jaren is er toenemende belangstelling voor de rol van de apotheker in de gezondheidszorg en is er discussie ontstaan over de grenzen van die taak (1,2). De apotheker heeft sowieso een centrale plaats in het gezondheidszorgsysteem als verdeler van de geneesmiddelen (1). Maar de rol van de apotheker kan echter veel meer zijn dan enkel het beschikbaar stellen van geneesmiddelen. Apothekers werken immers nauw samen met andere gezondheidszorgmedewerkers en spelen daarenboven een belangrijke rol in de publieke gezondheidseducatie en -voorlichting (3). Zo is het de taak van de apotheker om medicatie-gerelateerde problemen te identificeren, te voorkomen en eventueel op te lossen. Daarnaast is de apotheker een belangrijke spilfiguur om de patiënt te motiveren zijn geneesmiddelen op een correcte manier in te nemen. Dit is vooral belangrijk bij patiënten met polyfarmacie (4).

Toch is het uitvoeren van deze uitgebreide taak niet vanzelfsprekend. In een onderzoek aan de Université Paris-Décartes werd via enquêtes de mening van 143 toekomstige apothekers over de rol van de apotheker (bij bijvoorbeeld screening naar chronische aandoeningen, management, medicatietoezicht en deelname aan zorgtrajecten) bevraagd. Hier vormen volgens de ondervraagden tijdsnood, gebrek aan training en organisatorische problemen de grootste obstakels (5).

In deze literatuurstudie wordt nagegaan welke taken de apotheker op zich wil nemen in de algemene preventie. Ten tweede wordt nagekeken welke barrières bestaan in de samenwerking met de huisarts, die het de apotheker bemoeilijken om deze ruimere taak op zich te nemen.

### B. METHODE

Twee auteurs deden onafhankelijk de zoektocht naar artikels volgens de zoektermen en selecteerden op basis van vastgelegde inclusie- en exclusiecriteria (tabel 2). De elektronische databank MEDLINE werd via Pubmed doorzocht naar artikels, gepubliceerd vanaf juli 2002, met als gebruikte zoektermen: (“Pharmacist [Mesh]” AND “General practitioners [Mesh]”), (“Pharmacist [Mesh]” AND “General practice [Mesh]”), (“Pharmacist role” AND “General practitioners”) en (“Pharmacist” AND “Expectation”). Dit leverde 51 hits op. De artikels werden gefilterd op Engels- of Nederlandstalig en op beschikbaarheid van de free full tekst.

Ook TRIPDATABASE en de COCHRANE-databank werden met dezelfde zoektermen doorzocht. Geen enkel artikel voldeed echter aan de inclusiecriteria.

Via MINERVA werd met de zoekterm ‘apotheker’ 25 artikels gevonden, waaruit geen enkel artikel behouden werd na het toepassen van de inclusiecriteria (tabel 2).

De gevonden artikels werden gefilterd op basis van de inclusie- en exclusiecriteria. Eerst volgens de titel en het abstract, en verder door het lezen van volledige studies (tabel 2). Bij het analyseren van de artikels werden enkel kwalitatieve studies behouden en werd er louter beschrijvend gewerkt.

De zoektocht werd gedestilleerd in een flowchart (figuur 2).

## C. RESULTATEN

Op basis van de opgestelde zoekstrategieën werden na het toepassen van de opgestelde inclusiecriteria vier artikels uit MEDLINE weerhouden. Het betreft één systematic review, één kwalitatieve studie met semi-gestructureerde interviews en twee kwalitatieve studies met interviews in focusgroepen.

### 1. De apotheker als gezondheidscoach

In een systematic review die 63 studies en 67 papers includeert, werd nagegaan wat de mening is van de apotheker over zijn rol in de algemene gezondheidszorg. Er werd hierbij ingegaan op verschillende pathologieën en topics. Tevens werd aan de patiënt gevraagd wat hij verwacht van de apotheker (2).

In de geïncludeerde studies over rookstop, gaat zo goed als de totale meerderheid van de bevraagde apothekers akkoord met het feit dat zij een sleutelrol willen en kunnen hebben in de begeleiding van patiënten die willen stoppen met roken (2).

De meningen over de rol van de apotheker bij seksuele gezondheidsproblemenzijn echter meer verdeeld. Zo stemt 98% van de apothekers uit een Schotse studie toe voor het beschikbaar stellen van Chlamydia testkits, maar wordt het afleveren van de noodpil daarentegen meer in vraag gesteld (2). Tegenargumenten zijn over het algemeen gerelateerd aan religie en moraliteit. Ook het vermoeden van een stijging van onbeschermd seksueel contact door de laagdrempeligheid om de noodpil te verkrijgen bij de apotheker, is een reden om contra te stemmen(2). Als voordelen van deze 'service' worden enerzijds een daling in ongewenste zwangerschappen en anderzijds een toenemende professionele status van de apotheker aangehaald. De meerderheid van de apothekers wil deze preventieve zorg op zich nemen, mits ze aangepaste trainingssessies krijgt over gedragstherapie en motivatietechnieken. Hoewel de patiënt zich comfortabel voelt om seksuele problemen met de apotheker te bespreken, voelt de apotheker zich erg onzeker. Een ander obstakel is het gebrek aan privacy in de apotheek. Hoewel meer en meer aandacht besteed wordt aan een privaat consultplaatsje ('het intieme hoekje'), blijft dit toch een twistpunt (2,3).

Een Britse studie onderzocht de ervaringen en meningen van 13 huisartsen en zeven apothekers omtrent de opvolging van polyfarmacie (4). Het grootste hekelpunt bij een goede opvolging is tijdsgebrek door werkdruk, zowel bij de apotheker als bij de huisarts (2,4). Daarnaast wordt ook een zwakke interprofessionele communicatie aangehaald (4). Er wordt betwist wie nu de verantwoordelijkheid van de opvolging van de polyfarmacie moet dragen. Enkele huisartsen vinden dat beslissingen maken omtrent het medicatieschema niet de rol is van de apotheker; enkele apothekers beweren dat de huisarts te weinig aandacht schenkt aan de medicatielijst. Er wordt geopteerd om trainingssessies aan huisartsen te geven voor een beter management van de polyfarmacie (2,4). Subsidies van de overheid zouden hier een mogelijkheid kunnen bieden om de uitbreiding van de taak van de apotheker als gezondheidscoach mogelijk te maken (2,3).

### 2. Drempels bij de interprofessionele samenwerking

In een kwalitatief onderzoek in Noord-Ierland werd nagegaan welke obstakels er volgens de apotheker en de huisarts een goede interprofessionele samenwerking in de weg staan. Aan deze studie namen 31 apothekers en 22 huisartsen deel. Onderstaande drempels worden door de

apotheker als barrière beschouwd in de interdisciplinaire samenwerking (3). Er worden ook voorstellen gedaan om de samenwerking te verbeteren.

Ten eerste is het grootste hekelpunt het imago van winkeluitbater waarmee de apotheker vaak bestempeld wordt (3). Artsen hebben vaak de indruk dat de prioriteiten van de apotheker commercieel gericht zijn in plaats van in belang van het welzijn van de patiënt (3).

Het uitbreiden van de taak van de apotheker overlapt uiteraard met de taak van de huisarts. Beide partijen zijn echter bang voor inbreuk op de rol van de huisarts. Sommige huisartsen zien dit als een bedreiging, apothekers voelen zich hierdoor dan weer uitgesloten (3,6).

Vervolgens vormt de toegankelijkheid ook een belemmering in de goede samenwerking (3). De apotheker kan niet altijd met zijn vragen bij de arts terecht omdat die moeilijk bereikbaar is (secretariaat neemt telefoon op, arts is bezig met patiënten en wil niet gestoord worden…). Sommige huisartsen verwijten de apothekers op hun beurt dat ze enkel bereikbaar zijn gedurende de openingsuren (wat opnieuw gerelateerd is aan het winkeluitbater-imago) en dat een arts 24 op 24 arts is en de knop niet kan omdraaien rond sluitingstijd (3).

Het laatste hekelpunt ten slotte, is volgens de apotheker het feit dat de huisarts er zich niet van bewust is wat er zich allemaal afspeelt in de apotheek. Ze hebben een beperkt inzicht in en kennis over de taak van de apotheker en wat de patiënt soms verwacht van zijn apotheker. Verder ziet de huisarts ook niet in wat de mogelijkheden zijn en de positieve invloed die het werk van de apotheker zou kunnen hebben op de gezondheidszorg. Daarom zijn beide kanten voorstander voor infoavonden voor zowel artsen als apothekers zodat men kan leren van elkaar en meer als team kan samenwerken (3).

## *D. DISCUSSIE*

De voornaamste focus van deze literatuurstudie lag bij de opvattingen en bedenkingen van zowel apothekers als huisartsen over de mogelijke rol van de apotheker in de preventieve gezondheidszorg en welke factoren de onderlinge samenwerking bemoeilijken. Dergelijke kwalitatieve studies zijn echter schaars. Ten eerste zijn kwalitatieve studies die de opinie van de apotheker peilen over hun rol als gezondheidscoach moeilijk te vinden, maar ook het aantal studies omtrent de mening van huisartsen en apothekers over hun onderlinge samenwerking is beperkt. Eén van de betrokken studies telt slechts 22 huisartsen die deelnamen terwijl 140 huisartsen uitgenodigd waren (3). De kans bestaat dat hierdoor enkel diegene die een uitgesproken mening heeft over dit onderwerp, de moeite deed om zijn mening te uiten en dus niet representatief is voor de huisartsen uit de streek. Ook geografische verschillen kunnen hierdoor niet in kaart gebracht worden en de besluiten van deze studie kunnen dus niet zomaar doorgetrokken worden naar andere landen waar de organisatie van de gezondheidszorg vaak anders is (6). Eén cross-sectionele kwantitatieve studie, die enquêtes uitvoerde bij laatstejaarsstudenten farmacie, werd bestudeerd, maar voldoet niet aan de inclusiecriteria (5). Hier werd dan ook niet verder op ingegaan in de resultatenbeschrijving aangezien enkel kwalitatieve studies geïncludeerd werden.
Naar de toekomst toe zouden meer soortgelijke studies moeten gebeuren, en dit in verschillende regio's, om uitspraken te kunnen doen over andere geografische gebieden. Ook lijkt het interessant dat de arts en de apotheker meer samenkomen om de drempels in de samenwerking te bespreken. Op die manier kunnen meer afspraken gemaakt worden over de onderlinge taakverdeling

## *E. CONCLUSIE*

Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat de apotheker wel bereid is om meerdere taken op zich te nemen maar dat een aantal factoren dit bemoeilijken. Uit de weinige studies die gevonden werden, komen hekelpunten in de interdisciplinaire samenwerking als de toegankelijkheid van de apotheek, de telefonische bereikbaarheid van de huisarts en het imago van de apotheker als winkeluitbater naar voren. Ook de tijdsdruk waaronder de apotheker lijdt, het gebrek aan privacy in de apotheek en gevoelens van onzekerheid belemmeren de apotheker om zijn uitgebreide taak als gezondheidscoach te vervullen. Sommige van deze hinderpalen zouden kunnen opgelost worden door trainingssessies te organiseren voor de apotheker. Enkele van deze sessies zouden kunnen gegeven worden aan de arts en de apotheker samen zodat de kloof tussen beide gedicht wordt. Het houden van gezamenlijke bijeenkomsten lijkt ons een noodzakelijke stap om deze problemen aan te pakken. Tot slot kunnen we besluiten dat er nood is aan meer onderzoek over de mening van zowel de apotheker als de huisarts over dit onderwerp, en dit binnen verschillende regio's.

## *F. LITERATUUR*


1. Spinewine A. Heeft samenwerking tussen apothekers en huisartsen een impact op de gezondheid van de patiënt? Minerva 2012;11(6):73-74
2. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. BMC Public Health 2011;11:582.
3. Hughes CM, McCann S.Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. Br J Gen Pract. 2003;53(493):600-6.
4. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T.GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'. Br J Gen Pract. 2010;60(576):285-94.
5. Perraudin C, Brion F, Bourdon O, Pelletier-Fleury N.The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy students'opinions.BMC Clin Pharmacol. 2011;11:6.
6. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, et al.Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study.BMC Health Serv Res. 2012;12:188.

# 3. Praktijkproject-studie

## *A. INLEIDING*

Zoals uit het literatuuronderzoek blijkt, bestaan verschillende strategieën om het antibioticagebruik te reduceren, waarvan het uitgesteld voorschrift en de multifacettaire interventies het meest efficiënt zijn. Een belangrijke bemerking bij het gebruik van het uitgesteld voorschrift van antibiotica, is dat het zinvol lijkt dat de arts de apotheker inlicht wanneer hij deze strategie toepast, door bijvoorbeeld systematisch op het voorschrift 'uitgesteld' te noteren. Op die manier heeft zowel de arts als de apotheker meer zicht over het tijdstip waarop de patiënt het voorschrift gaat inleveren. Door de apotheker meer te betrekken bij de patiëntgerichte interventies (zoals het uitgesteld voorschrift), ontstaat een nauwere samenwerking tussen drie zeer belangrijke pijlers van de gezondheidzorg: de arts, de patiënt en de apotheker.

Uit het tweede literatuuronderzoek wordt duidelijk dat er voor de apotheker een meer uitgebreide rol kan weggelegd zijn in de algemene gezondheidszorg. Om deze rol naar behoren te kunnen uitvoeren, zijn er echter nog heel wat beperkingen door problemen in de interdisciplinaire samenwerking.

Met dit praktijkproject wordt enerzijds nagegaan welke mening de apotheker in West-Vlaanderen hieromtrent heeft. Wat vindt de apotheker in West-Vlaanderen van het voorschrijfgedrag voor antibiotica en de werking van het uitgesteld voorschrift? Welke interventies lijken volgens hem haalbaar voor een beter antibioticabeleid?
Anderzijds wordt onderzocht wat de mening van de apothekers uit onze eigen wachtkring over de samenwerking met de huisartsen is en welke barrières verhinderen meer taken op zich te nemen.

## *B. METHODE*

### *1. Enquêtes bij de apothekers*

Er werden enquêtes opgesteld met vragen, die enerzijds over het antibioticagebruik gaan en anderzijds over de huidige samenwerking tussen de huisarts en de apotheker (addendum 1). Van de 544 apothekers van West-Vlaanderen, zijn er 490 ingeschreven bij de West-Vlaamse Apothekersvereniging. Deze apothekers werden allemaal aangesproken, om een voldoende groot deelnemersaantal te bekomen.
De enquêtes werden uitgedeeld tijdens de IPSA-opleidingen voor de apothekers op 09/10/2012 en 16/10/2012, respectievelijk te Kortrijk en te Brugge, waar aanwezige apothekers vooraf geregistreerd worden via hun identiteitskaart. Er werd verzocht de enquête ter plaatse volledig in te vullen en terug te bezorgen.
Vervolgens werden dezelfde enquêtes elektronisch gedistribueerd via de West-Vlaamse nieuwsbrief voor apothekers. Er werd via deze mail gevraagd dat apothekers die deze enquête reeds hadden ingevuld (via de IPSA- avonden) dit niet meer elektronisch zouden doen, om zo duplicate resultaten uit te sluiten. Het invullen van de enquêtes gebeurde volledig anoniem. Wel werden enkele

specifieke gegevens zoals geslacht, leeftijd en postcode, gevraagd om na te gaan of deze gegevens de resultaten zouden beïnvloeden.
De enquête bestaat uit drie delen: een eerste deel rond de leeftijd, het geslacht en de regio van de apotheker, een tweede deel over het antibioticagebruik, inclusief het gebruik van het uitgesteld voorschrift voor antibiotica, en een derde deel over de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker. In deel 1 en 2 is er slechts één antwoordmogelijkheid, in deel 3 kunnen meerdere antwoorden per vraag aangekruist worden. Bovendien kan bij de antwoordmogelijkheid 'andere' met vrije tekst beantwoord worden. De laatste vraag is een openvraag. De antwoorden van de vrije tekst worden in thema's onderverdeeld.

Het onderzoek werd goedgekeurd door 'het Ethisch Comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de Master-na-Master Huisartsgeneeskunde'.

### *2. Interviews met de apothekers*

- *Deelname*

Enkel de provisor of titularis van elke apotheek in de gemeenten Wevelgem, Gullegem of Moorsele werden uitgenodigd voor dit kwalitatief onderzoek.

- *Interview*

In dit project werden semigestructureerde interviews uitgevoerd (addendum 2). De apotheker werd telefonisch gecontacteerd door één van de twee interviewers met de vraag naar hun bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek. Bij positieve bevestiging werd een concrete afspraak gemaakt. Dit persoonlijk contact vond plaats in de apotheek.
Het interview zelf werd opgesteld na het uitvoeren van de literatuurstudie en bestaat uit vier delen: zes vragen over het antibioticagebruik binnen de wachtkring, zeven vragen over het uitgesteld voorschrift voor antibiotica, zes vragen over de algemene samenwerking tussen de huisarts en de apotheker en één algemene vraag over de rol die de apotheker speelt als preventiecoach (addendum 2). De interviews duurden twintig tot veertig minuten. Beide interviewers waren steeds aanwezig en spraken onderling niet af wie welke vraag zou stellen. De interviews werden na goedkeuring van de apothekers opgenomen op een bandrecorder en daarna letterlijk uitgetypt. De geïnterviewde apothekers werden verzekerd dat de gegevens achteraf volledig anoniem verwerkt zouden worden.

- *Data-analyse*

De twaalf uitgetypte interviews werden verwerkt door middel van een thematische analyse, bestaande uit drie stappen (1).

De eerste stap was een *line-by-line* inductieve codering van de tekst op basis van vier interviews. Aan de hand van deze codering werd een codeboek opgesteld waarmee de overige acht interviews gecodeerd werden. Achteraf werden nog enkele codes aan het codeboek toegevoegd. Uiteindelijk werden alle codes verzameld en een definitief, tweede codeboek aangemaakt waarin ook de frequentie van elke code werd bijgehouden (addendum 3: fig.1).

In een tweede stap werden op basis van het definitieve codeboek, descriptieve thema's afgeleid (Addendum 3: fig.2).

Als derde stap werden analytische thema's opgesteld op basis van de descriptieve thema's en het definitieve codeboek.
Op basis van deze data-analyse werden de besluiten geformuleerd.

Het onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de Master-na-Master Huisartsgeneeskunde.

## *C. RESULTATEN*

### *1. Enquêtes bij de apothekers*

In totaal beantwoordden 173 apothekers, werkzaam in de regio West-Vlaanderen de enquêtes: 86 na de opleiding in Kortrijk, 53 na de opleiding in Brugge en 34 via de elektronische nieuwsbrief.

Uit deel 1 en 2 werden de resultaten herwerkt in cirkeldiagrammen omdat er slechts 1 antwoordmogelijkheid is, terwijl in deel 3 de resultaten worden weergegeven in staafdiagrammen, door de meerdere antwoordmogelijkheden.

- *DEEL 1: Leeftijd, postcode geslacht*

Er kunnen geen opmerkelijke verschillen aangetoond worden op basis van geslacht, leeftijd of regio. De gegevens van de aparte regio's zijn beschikbaar, maar een onderling onderscheid wordt niet verwerkt in de resultaten.

- *DEEL 2a: Vragen over antibioticagebruik*

De frequentie van vragen over antibiotica gesteld door de patiënt, is volgens de overgrote meerderheid van de apothekers vaak tot zeer vaak: 50,9% wekelijks, en 38,2% dagelijks. Slechts 8,1% beantwoordde de vraag met maandelijks, 2,3% met bijna nooit. 0.6% van de antwoorden werd niet goedgekeurd (Addendum 3: fig.3).
Het is moeilijk onderscheid te maken waarover de patiënt het meest vragen heeft wat betreft antibiotica, aangezien het merendeel van de apothekers meerdere antwoorden aangekruist heeft. Hierdoor wordt er vanuit gegaan dat er zowel vragen over de wijze van inname, als over nevenwerkingen, interacties, het al dan niet starten van antibiotica en veiligheid, aan bod komen. 28,3% duidt enkel 'de wijze van inname' aan, maar 62,4% duidt alle antwoorden aan. 5,2% antwoordt met 'vragen enkel over nevenwerkingen', 1,7% met 'vragen over interacties' en 1,7% met 'vragen over al dan niet uitstellen van starten' (Addendum 3:fig.4).
De kennis van de patiënt over antibiotica vinden de meeste apothekers 'matig' (43.4%) tot 'beperkt' (41.6%). 9,5% vindt de kennis van de patiënt 'goed', 4,0% antwoordt zelfs met een 'ondermaatse kennis', niemand kan de kennis 'zeer goed' noemen (fig.3).
Het voorschrijfgedrag van artsen wat betreft de frequentie van het voorschrijven van antibiotica wordt door 40.0% van de apothekers als 'normaal' beschouwd, terwijl 43.9% dit als 'frequent' aanduidt. Slechts 13,9% vindt dat de artsen 'zeer frequent' antibiotica voorschrijven, 2,30% vindt dit 'eerder beperkt' (fig. 4).
Bij de vraag of er veel fouten bij het voorschrijven voorkomen, wordt geen eenduidig resultaat bekomen (Addendum 3: fig. 5). 42.8% van de apothekers vindt van wel, 57.2 % niet. De artsen die 'ja'

antwoorden, zijn van mening dat er meerdere soorten fouten gemaakt worden: tegen zowel 'type antibiotica'(10,80%), als de 'posologie' (28,40%), als 'interacties' (28,40%). Maar ook hier duidt een groot deel van de apothekers meerdere antwoorden aan (32,40%) (Addendum 3:fig.5a).

- *DEEL 2b: Vragen over het uitgesteld antibioticavoorschrift*

Bijna de helft van de apothekers (43,90%) geeft aan dat het uitgesteld antibioticavoorschrift niet toegepast wordt, 24,9% heeft de indruk dat dit vaak gebruik wordt, 28.3% heeft hier geen zicht op aangezien er geen afgesproken codes op het voorschrift staan. Een kleine 1,2% duidt geen en 1,7% duidt meerdere antwoorden aan (fig.5).

- *DEEL 3: Vragen over de algemene samenwerking tussen de huisarts en de apotheker*

De meningen over de kwaliteit van de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker zijn uiteenlopend: slechts 4,0% vindt deze 'zeer goed', 43,4% vindt deze 'goed', 31,2% 'matig', 16,2% 'beperkt' en 5,2% 'ondermaats' (fig.6).
Op de vraag hoe deze samenwerking kan verbeteren op vlak van het antibioticagebruik, zijn 'het bestaan van duidelijke afspraken' (75 keer aangekruist) en 'duidelijke informatie op het voorschrift' (69 keer aangekruist) de meest gekozen antwoorden. Een 'betere telefonische bereikbaarheid' van de huisarts wordt 21 keer aangekruist. 29 keer wordt het antwoord 'andere' aangevinkt. Daarnaast worden bijeenkomsten met goede contacten en regionale overleggroepen (zeven maal), contact via e-mail (drie maal), een leesbaar geschrift (tweemaal) en een betere uitleg aan patiënt (eenmaal), voorgesteld (Addendum 3:fig.6).
Als strategieën die kunnen toegepast worden om het antibioticagebruik te verbeteren, worden 'het gebruik van gemeenschappelijke folders' (66 keer aangekruist) en 'beschikbare flow-chart met richtlijnen' (72 keer aangekruist) het meest naar voren geschoven. 'Informatie via een website' wordt 18 keer aangekruist. Bij het antwoord 'andere' (23 keer aangekruist), komen als voorstellen: 'betere uitleg gegeven door de huisarts aan de patiënt' (vijfmaal) en 'betere afspraken tussen de huisarts en de apotheker door overleg' (eenmaal)(Addendum 3: fig.7).
Om de algemene samenwerking tussen huisarts en apotheker te verbeteren, wordt twaalf keer geopteerd voor 'persoonlijk overleg via bijeenkomsten', vijfmaal 'een betere uitleg op het voorschrift', driemaal 'minder minachting van de artsen tegenover de apothekers driemaal 'stagedagen bij elkaar tijdens de opleiding'. Ook het voorschrijven op stofnaam (VOS) wordt tweemaal genoemd.

### *2. Interviews met de apothekers*

Twaalf van de dertien uitgenodigde apothekers (92%) namen deel aan het interview voor dit onderzoek. Slechts één apotheker uit Gullegem kon niet geïnterviewd worden wegens tijdsgebrek. De studiepopulatie bestond uit 6 mannen (50%) en 6 vrouwen (50%). De gemiddelde leeftijd van de apothekers is 41.6 jaar (bereik 25-55 jaar), wat een gemiddelde praktijkervaring van 17.6 jaar (bereik 1-31 jaar) betekent.

a. *Het algemene gevoel bij de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker*

a.1. Sfeer

De meeste apothekers vinden dat er een goede sfeer heerst tussen de huisarts en de apotheker.

"*… Ja, dat vind ik goed. Allez ik heb daar geen, geen euhm… Soms hoor je van andere apothekers van tgooh, die dokters, allez ja, je hoort dat zo algemeen soms zo ne keer. Maar allez, ik denk dat dat hier, dat da zeer goed verloopt…. "(A7)*

Enkele apothekers hadden daarentegen een gematigd tot zelfs ronduit slecht gevoel bij de samenwerking.

*"… Ik mag hier niet klagen, maar ik zou het wel liever nog wat euhh, nog wat optimaliseren of wat intensiveren hé. Tzou plezanter zijn om wat meer dingen samen te doen hé." (A9)*

*"… Slecht. Zeer slecht. Pff …" (A5).*

a.2. De relatie arts-apotheker

Uit de interviews blijkt dat er toch nog een hiërarchische verhouding bestaat tussen de huisarts en de apotheker, waarbij de apotheker zich de underdog voelt. De arts zit nog teveel in een ivoren toren en de apotheker heeft het gevoel dat hij soms als minderwaardig wordt beschouwd, of dat zijn mening minder meetelt.

*"… God, ja, wij hebben soms de indruk dat de artsen in het algemeen, ik spreek niet specifiek é, algemeen, nog altijd een klein beetje in een ivoren toren staan." (A3)*

De apothekers vinden eveneens dat er van de kant van de huisarts weinig enthousiasme en interesse lijkt te zijn om aan de samenwerking te werken. Initiatieven zoals georganiseerde bijeenkomsten of het oprichten van een gezamenlijk protocol, komen altijd vanuit de apothekerskring. Bovendien reageren de artsen vaak niet wanneer ze hiervoor uitgenodigd worden.

"*… Awel, we gaan nu binnenkort, van ons uit dus, niet van de dokters uit, gaan we proberen ne keer samen te zitten, dus apothekers en dokters, ne keer een avond, euh … … We gaan ne keer ne mail of een brief rondsturen om te kijken of er reactie op komt of niet. Voor hetzelfde geld komt er niemand hé. Allez, ik weet het niet … Ik denk dat er bepaalde wel gaan geïnteresseerd zijn om te komen maar dat er ook gaan zijn van euh, 'pfff'." (A5)*

De apotheker heeft bij de arts nog teveel het imago van commerçant. De arts denkt volgens de apotheker nog vaak dat zijn motief winstbejag en geld is. Zo is er de eeuwige discussie over het voorschrijven op stofnaam (VOS), aangezien dit door de apotheker gestimuleerd wordt en deze hiervoor een extra vergoeding krijgt.

"*… Tzitten hier drie oudere artsen, die hebben het ook soms gewoon moeilijk met het feit van 'jamaar de apothekers die krijgen er een vergoeding voor' en euh dat dat voor hun niet goed is. Dus dat voelt ge wel dat dat… (aarzelend) bij hun heel gevoelig ligt."(A8)*

Sommige apothekers merken wel een verschil in de samenwerking met de jongere artsen en de oudere artsen. De jongere artsen zouden meer openstaan voor discussie, terwijl de oudere garde vaak hardnekkiger vasthoudt aan bepaalde gebruiken en producten.

"*… Ma dat is vooral met de oudere dokters hé, die kunnen dat echt niet toegeven at den apotheker ne keer iet opmerkt, of ad den apotheker ne keer iet meegeeft da goe is, dan kunnen ze da nie toegeven hé. Met de jongere dokters ga de da nie hebben. Die gaan daar nie moeilijk over doen. Met oudere artsen kunde nie discussiëren. De jongere generatie is veel toegankelijker. Ma de oudere…. Die staan meer op under strepen hé… ."(A6)*

Op vlak van preventie vindt de apotheker dat de samenwerking met de huisarts wel goed verloopt. De apotheker krijgt vaak vragen van de patiënt over een bepaald onderwerp (bv. rookstop,osteoporose), waarover hij dan de uitleg geeft over de mogelijke behandeling en indien nodig, doorverwijst naar de arts.

*"… Dat je communicatie voert rond euh preventie, het opsporen van hartziekten, van diabetes, euh, van gewicht, euh dat je die mensen sensibiliseert en dat je ze zo van bottom-up naar de arts of apotheker zendt om dat te bespreken, zodanig dat die kan zeggen van 'das een geval da we kunnen doorzenden', euh, das nodig, da vind ik positief want dat brengt iets bij."(A9)*

### a.3. Contacteren van de arts

De meeste apothekers vinden de drempel om de arts te bereiken klein: ze hebben geen schrik om de arts te contacteren. De redenen hiervoor zijn dat zij de arts goed kennen en dat zowel de arts als de apotheker handelt vanuit het welzijn van de patiënt.

*"… Dat vind ik wel ja, maar ik vind, als je de dokters al goed kent en een vlot, een gemakkelijk contact hebt met de dokters, is dat wel een groot punt. 'tZou erger zijn als je ze niet goed kent. Ze zijn gemakkelijk toegankelijk hé. Wij staan open voor hun vragen en de huisdokters open voor onze vragen." (A11)*

Sommige apothekers vinden dan weer dat er toch een grote drempel is om een arts op te bellen. Dit vooral ten opzichte van artsen die ze minder goed kennen en waarbij ze niet kunnen inschatten hoe die reageren op een telefoontje.

*"… Sowieso krijg je een antwoord van 'waar moei je je eigenlijk mee?' Allez, ik doe dat niet. Of toch praktisch niet." (A5)*

De apotheker heeft daarbij ook vaak een onzeker gevoel over hoe hij overkomt bij de arts.

"*… Ik denk dat de dokters zeggen van 'hij is daar weer'."(A5)*

Bijna alle apothekers geven ook aan dat ze het gevoel hebben de arts te storen wanneer ze hem moeten opbellen met een bepaalde vraag. De meeste apothekers proberen dan ook vaak de dingen eerst zelf op te lossen en bellen pas wanneer het echt nodig is.

*"Want age moe bellen, ja dan weet ge, dienen dokter is ook aan het werk, ge weet en ge voelt soms da ge die gewoon aan het storen zijt hé."(A6)*

### b. *Faciliterende factoren in de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker*

#### b.1. De relatie arts-apotheker

Eén van de zaken die de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker vergemakkelijkt, is het wederzijds begrip dat er bestaat voor de moeilijkheden en problemen die elke partij ondervindt in zijn job. De apotheker begrijpt dat de arts soms fouten maakt of attesten te laat invult, bijvoorbeeld door tijdsdruk of verstrooidheid.

*"… Bij bepaalde artsen weet je dat er veel computerfouten gemaakt worden. Dus dat je duidelijk ziet: hij is verstrooid. En dan hoor je van de patiënten, jamaja, hij is veel keren verstrooid. En de telefoon gaat continu, alle…. Das normaal hé, wij missen ook wel een keer. Dat er mensen met een antibiotica flesje hier staat dat niet goed opgelost is, alle, dat mag niet maar het gebeurt wel een keer, niemand is perfect hé…."(A3)*

Een andere positieve invloed op de samenwerking is het gevoel van collegialiteit. De arts en de apotheker gaan respectvol met elkaar om, ze proberen op een praktische manier hun jobs uit te voeren, met het doel goed te doen voor de patiënt. Ze nemen het voor elkaar op wanneer er misverstanden gebeuren. Wanneer de arts of de apotheker dus een fout zou maken, zou de apotheker dit niet uitvergroten en verwacht hij hetzelfde van de arts.

"*… Ja, iedereen maakt fouten he, en we zijn er voor elkaar te helpen he. Ja ik denk wel, alst er zo iets zou zijn,dan weet ik zeker dat we het voor elkaar zouden opnemen he. Ik ga da altijd proberen niet te zeggen als de dokter iets mis heeft voorgeschreven, ik ga da zodanig zeggen dat da niet opvalt voor de patiënt he en eigenlijk verwacht ik dat ook omgekeerd, want een dokter zou kunnen een fout van een apotheker kunnen dramatiseren maar ook goedbabbelen he, want meestal allez ik vind da allez ja collegialer."(A7)*

#### b.2. Contacteren van de arts

Het merendeel van de apothekers vindt dat de huisarts gemakkelijk telefonisch te bereiken is, voor problemen of vragen, hetgeen het samenwerken vergemakkelijkt.

*"… Ja ik ondervind eigenlijk geen problemen. Alst er iets is met een voorschrift, ….euh, als ik iets niet kan lezen, of als er een andere dosis opstaat dan dat de patiënt gewoonlijk krijgt, ja dan bel ik gewoon efkes op naar de arts."(A4)*

De helft van de apothekers is van mening dat ze de artsen goed kennen, wat de drempel om een arts op te bellen erg verlaagt.

*"… Hier valt dat wel goed mee, we komen toch een keer per jaar samen en je hebt dan toch wel een band dat je hebt die er anders niet is, dat je gemakkelijk tegen elkaar ga praten als er dan een keer iets is, vind ik." (A12)*

Dit goed persoonlijk contact is wel erg streekgebonden. Een apotheker uit Gullegem kent de artsen van Moorsele niet en omgekeerd. De drempel om een arts van een andere gemeente te contacteren wordt dan ook als groter aangeven.

*"… Ik vind dat goed eigenlijk. Kpeis dat als zij een probleem hebben naar ons toe dat ze het zei gaan zeggen en omgekeerd, allé… Tis natuurlijk, ja, lijk Gullegem bijvoorbeeld wij kennen die dokters niet hé. Van Wevelgem wij kennen ze, de meeste kennen we toch en alle, ge weet azo rapper toch hoe dat ze bestaan, de dokters, doordat je ze al een keer gezien hebt en door de jaren. Maar lijk van bij jullie… Ik kan azo geen beeld vormen van een dokter bij jullie. Totaal niet. Allé, wel azo een beetje aan het voorschrijfgedrag, maar als persoon, ofdat dat dan iemand is dat je anders moet aanpakken… Hier in Wevelgem weten we dat wel een beetje maar in de, in de… En soms vanuit, door de wacht weten we het soms vanuit Moorsele en Gullegem, maar anders euh, vind ik dat wat moeilijker."(A8)*

c. <u>*Barrières in de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker*</u>

c.1. <u>Voorschriften</u>

Veel apothekers merken wel op dat er af en toe fouten op de voorschriften worden gemaakt door de artsen. Meestal gaat dit over elektronische voorschriften (cfr. infra), want er worden eigenlijk weinig fouten gezien bij de handgeschreven voorschriften. Als dit toch voorkomt, zijn de apothekers toch sneller geneigd om een telefoontje te plegen naar de arts.

*"…. Als het geschreven is, dan bel ik natuurlijk he. Ik moet niet zoveel bellen eigenlijk. Soms zo een keer…." (A7)*

Het maken van fouten bij het voorschrijven door de arts is individueel bepaald. Sommige artsen maken al meer fouten dan de andere. Hierdoor zijn de apothekers meer op hun hoede als ze voorschriften krijgen van een bepaalde arts.

*"…Het is te zien welke dokter… Sommige veel! Andere valt da goed mee. Maar op den duur weet je dat wel…….er wordt daar soms toch nonchalant in gehandeld, vind ik. Maar veelal bij dezelfde artsen. En dat zijt ge toch al op uw hoede, van pas op. Of toch ne keer in de fiche kijken. We weten dat de huisarts nonchalant is, we gaan toch eens controleren." (A12)*

Door het gebruik van de computer en het elektronisch voorschrift worden heel vaak fouten gezien. De artsen drukken de voorschriften af en controleren te weinig de posologie en het moment van inname op het voorschrift dat automatisch wordt afgedrukt.

*"… Ziet u vaak fouten in voorschriften? Ja, ja. Heel veel. Eén oplossing: geen voorschrift maken op computer. Das ongelofelijk…" (A3)*

De apothekers worden dit uiteraard gewoon en op de duur bellen ze hiervoor niet meer naar de arts omdat dit te vaak voorkomt. In dat geval passen ze het voorschrift vaak zelf aan, in tegenstelling tot wanneer het fouten op de handgeschreven voorschriften betreft.

*"… Tgooh, met de computer wel he, dat zijn standaarddinges. Ik ben blij dat ik wat ervaring allez ja, al zoveel jaren, allez tien jaar en kheb zelf kleine kinderen. Voor volwassenen zijn het standaard dosissen, maar als het een computervoorschrift is voor kinderen, zal ik het in individueel bekijken, en das pas ik het eigenlijk aan, allez, als da standaard gedrukt is."(A7)*

Een ander hekelpunt in het voorschrijfgedrag volgens de apotheker is het te weinig voorschrijven op stofnaam. Hierdoor geraakt de apotheker soms in de problemen wat betreft de stockvoorraad. Vooral tijdens de wachtdienst kan dat vervelend zijn wanneer er een bepaald merk uitgeput raakt.

*"… Hier wordt er wel weinig op stofnaam voorgeschreven, vindik, hier in de gemeente. Ja. Dat vind ik wel weinig. Hetgeen soms vervelend is voor ons….. Maar uiteindelijk ken je uw patiënt en je weet wat de historiek is van die patiënt, dus. Tis niet, … niet een grootstad hier, weinig passage, je kent de mensen. Just in de wacht. Das dan het probleem hé…"(A11)*

*"… Effectief op VOS voorschrijven. Nu is het meestal, staat er EG of Sandoz achter, en soms is dat allez ja, ambetant. De patiënt is gewend van bijvoorbeeld om EG te nemen. En er staat Sandoz op het voorschrift. Officieel mogen we da niet aanpassen." (A1)*

Volgens enkele apothekers bestaat er een misverstand tussen de arts en de apotheker over het VOS: de arts vindt dat de motivatie van de apotheker voor VOS aan het extra honorarium te wijten is, terwijl voor de apotheker het probleem eerder in het aanschaffen van een uitgebreide voorraad ligt. Aan de andere kant vindt de apotheker dat er hem niets te verwijten valt, want de arts laat zich toch ook meeslepen door de vermoedelijke extra's die ze van vertegenwoordigers krijgen.

*"… Dat je dan zegt van waarom moet dat per se Apotex zijn en onderlijnd? Allez, dan rinkelt er ook wel een belleke hé, er moet daar dan toch een of andere vertegenwoordiger of weet ik veel wat achter zitten … Zie je, daar lukt dat wel maar omgekeerd … Dat gunnen ze ons niet. Versta je? Ze willen dat echt bij zich houden en dat vind ik zo een beetje, maar ja … Maar onder stofnaam komt er echt heel weinig. En wij hebben de historiek dus ik ga ook niet zeggen tegen iemand die altijd een Teva pakt, ga ik niet zelf zeggen van "pak nu ne keer een EG"." (A5)*

*"… Allez, de artsen denken nu al da we hen continu zitten te pushen voor voor te schrijven op stofnaam enzo, dus dan nog ne keer via zo'n bijeenkomst die gesponsord wordt door nen Sandoz of nen EG, alle de artsen gaan denken……. nee voor mij hoeft da zeker nie."(A4)*

Een bijkomende moeilijkheid voor de apotheker is dat de artsen minder of niet dateren. Voor hem is het dan moeilijk in te schatten of de medicatie dringend is of wanneer de aanpassing in medicatie gebeurd is.

*"… De laatste tijd schrijven de huisartsen geen datum meer op en je weet niet of dat het voorschrift van het moment zelf is hé." (A11)*

Twee apothekers geven aan dat er te weinig magistrale bereidingen worden voorgeschreven. Vooral bij jonge artsen is er volgens hen te weinig kennis hieromtrent. Zowel naar prijs en kwaliteit toe kunnen magistrale bereidingen voordelig zijn voor de patiënt.

"*… Kga nie zeggen altijd ma der zijn toch een aantal formules, magistrale bereidingen die krachtiger en beter zijn dan de merkproducten. Ja kzou toch durven stellen dat ik da een tekortkoming in de opleiding vind." (A4)*

Een andere opmerking van verschillende apothekers is dat het voorschrijfgedrag van de arts teveel onder invloed staat van de medische firma's. Ook dit kan vooral problemen geven tijdens de

wachtdienst met de stockvoorraad. Sommige artsen zijn ook te koppig om iets anders te laten afleveren.

*"… Soms hebben we wel eens een glimlach, zo van tiens, de vertegenwoordiger van die of die firma is weer ne keer gepasseerd want het is weer allemaal sandoz of het is weer allemaal mylan. Dat valt op, ik bedoel, allez ja, iedereen moet leven … Soms is het zo eens een periode van het is allemaal dat, dan is het weer allemaal dat … Enfin, het is een deel van de job." (A3)*

### c.2. De relatie arts-apotheker

Er werden nog te weinig concrete afspraken gemaakt over een gezamenlijk beleid of protocol dat de apotheker en de arts zouden kunnen volgen. Een beperking in de samenwerking is te weinig overleg tussen beide partijen over hoe bepaalde zaken praktisch kunnen aangepakt worden.

Over het antibioticagebruik:
*"… Ik moet eerlijk zeggen, wij hebben nog geen communicatie gehad rond antibiotica met de huisartsen. Nog nooit." (A7)*

Over algemene preventie:
*"… Maar mits goede afspraken he, mits goed protocol, mits, euh dat iedereen duidelijk weet van wat is uw plaats, wat doet ge, wat doet ge niet, dan kunnen we aan goede preventie doen." (A9)*

Een andere factor die de samenwerking bemoeilijkt, is het gebrek aan flexibiliteit van de huisarts tegenover de apotheker. Als de apotheker de arts opbelt wanneer een bepaald product niet te verkrijgen is, dan kunnen sommige artsen echt moeilijk doen en weigeren ze bijvoorbeeld om naar een ander merk over te gaan. Zowel de patiënt als de apotheker worden hierdoor benadeeld.

*"… (verontwaardigd) Ik heb nog ne keer gehad da kik ne keer belde naar nen arts, twas ook een van die oudere generaties, voor een product da nie te verkrijgen was, en die zei gewoon van, ja ma ge moet niks anders meegeven! Maar alle, ad da nie te verkrijgen is, waarom schrijft ge dat dan voor!?" (A6)*

Een derde van de apothekers is van mening dat hun job bemoeilijkt wordt door de bemoeienissen vanuit de overheid. De druk die de apotheker ondervindt inzake substitutie en het voorschrijven op stofnaam, de toename van administratieve taken, verschuivingen van taken… maken de samenwerking moeilijker.

*"… Ja, ze schudden met jullie taken, ze schudden met onze taken. We zijn in volle evolutie… In onze branche is dat van hetzelfde. Al is het maar dat alles overgenomen wordt door extra administratie enzo. Maar ze zijn aan het schudden en ik denk dat ze gewoon zelf niet weten wat ze moeten doen. Kijk naar klinieken, kijk naar rusthuizen. Dat is ook een zeer bedroevende situatie voor ons als apotheker, gans dat rusthuisgebeuren. Tja, met wat zijn ze bezig." (A3)*

Wat sommige apothekers ook vervelend vinden, is dat de patiënt een verschillend advies krijgt. De arts zegt het op de ene manier en de apotheker vaak op een andere. Dit zorgt voor verwarring bij de patiënt en is niet goed voor de vertrouwensrelatie.

*"… Ja ik denk wel, alst er zo iets zou zijn, dat we het voor elkaar zouden opnemen he. Ik ga da altijd proberen niet te zeggen als de dokter iets mis heeft voorgeschreven, ik ga da zodanig zeggen dat da niet opvalt voor de patiënt he en eigenlijk verwacht ik dat ook omgekeerd." (A7)*

### c.3. Contacteren van de arts

Enkele apothekers geven aan dat het soms moeilijk is om de arts op te bellen bij problemen. Zij vinden dat er bij het melden van fouten/problemen eerder een slechte toegankelijkheid is.

*"… 't gebeurt dan bij sommige artsen dat je niet welkom bent, dat ze zeggen van: allez, ge weet dat toch…."(A12)*

Voor de kleine minderheid van de geïnterviewde apothekers is er toch een slecht persoonlijk contact tussen de huisarts en de apotheker. Dit zorgt voor een hoge drempel om een arts te contacteren wat de samenwerking niet ten goede komt.

*"… Moet je vaak bellen naar een huisarts?" -Apotheker: "Ik doe dat niet. Maar dat … Moet je dan gaan zeggen 'maar wat heb jij hier nu voorgeschreven, zou je dat niet beter euh …' Sowieso krijg je een antwoord van 'waar moei je je eigenlijk mee?' Allez, ik doe dat niet. Of toch praktisch niet … 't Moet al heel erg zijn…." (A5)*

### c.4. Wachtdienst

Bij de meeste apothekers bestaat er toch enige frustratie rond de aparte organisatie van de wachtdiensten. De apotheker heeft een ander wachtgebied dan de arts en ook een andere indeling van de uurregeling. Er is dus geen samenloop van wachtdiensten, niet qua gebied, niet qua tijdsverdeling, wat toch een beperking is.

*"… Dus euhm. Zucht.Wat is een grote handicap daarbij, dat is het feit dat de wachtdienstengroep van de apothekers, is uit zijn eigen gegroeid en nooit afgestemd geweest op de wachtdienstgroep van de artsen. Dat is zeer vervelend." (A9)*

Eveneens ontstaan frustraties bij de apotheker omdat hij de lijst met de dokter van wacht niet ter beschikking heeft en dus niet op de hoogte is met welke arts hij van wacht is. Meestal moet hij het afleiden van het aantal voorschriften van een bepaalde arts dat passeert tijdens de wachtdienst.

*"… Dat vind ik al altijd… dat heb ik altijd… theeft zijn voordelen en theeft zijn nadelen. Want soms durven de mensen hem opbellen om te vragen, wie is er van wacht. …. Dat heb ik altijd al gezegd, dat ik dat wel wil weten."(A11)*

Een belangrijke frustratie over de wachtdienst, ten slotte, is de ongelijkheid in vergoeding. De arts verdient veel meer in de wachtdienst dan de apotheker, die enkel de wachttaks van €5,04 (op 01/04/2013) mag aanrekenen aan de patiënt.

*"… Maar wij hebben dus € 4.90 voor eigenlijk een … En als je dan weet dat een dokter voor te starten nog maar van wacht is, da's al … Ik durf er geen getal op plakken maar ik heb gehoord € 500 om gewoon van wacht te willen zijn!"(A5)*

c.5. De relatie arts-patiënt

Enkele apothekers vinden dat de patiënt te weinig geïnformeerd wordt. De patiënt weet dikwijls niet wat hij neemt, waarvoor hij iets moet nemen en hoe en wanneer hij het moet innemen. Dit is een gedeelde taak, waarvan de verantwoordelijkheid zeker ook bij de artsen ligt.

*"… Dat merk ik soms wel, dat de patiënt niet altijd weet van bepaalde dingen waarom ze het eigenlijk nemen en hoe belangrijk dat het is dat ze het nemen. Ze beseffen het gevolg niet. Ze weten azo niet van, euh, moja. Ja dat zou wel een keer gebeuren. Misschien daarop een keer goed informeren naar medicatie toe" (A10).*

c.6. Preventie- en gezondheidscoach

Een hekelpunt dat de taak van de apotheker als preventie- en gezondheidscoach in de weg staat, is ongetwijfeld het tijdsgebrek van de apotheker.

*"… Das tijdsintensief en allez ja,…" (A1)*

Er zijn toch enkele misverstanden rond de taakverdeling. De meeste apothekers voelen zich ten eerste niet bevoegd om extra taken in de preventiezorg op zich te nemen. Bovendien vindt een minderheid van de apothekers toch dat preventie niet tot hun takenpakket van apotheker behoort.

*"… Wij kunnen de mensen wel aanraden van een bloeddrukmeter in huis te nemen en hem thuis te meten, maar om die taak over te nemen, ik dat we inderdaad nog veel werk hebben. Is dat onze taak? Zucht, ik denk dat dat onze taak niet is. Ik denk dat het meer de taak is van de arts of verpleegster toch niet, niet van een apotheker." (A12)*

Verder vindt de apotheker het jammer dat er hier geen nomenclatuur voor bestaat. Ze zijn op zich wel bereid om deze taak op hun te nemen, maar willen niets doen voor niets.

*"… We willen da wel doen, maar als er daar niets tegenover staat…Das tijdsintensief en allez ja, we zijn als apothekers die als enige universitair die eigenlijk raadpleging en advies geeft zonder ervoor betaald te zijn." (A1)*

*d. Voorstellen voor een betere samenwerking*

d.1. Voorschriften

Eén apotheker geeft aan om in de toekomst meer te werken met programma's zoals e-health waarbij de arts en de apotheker informatie aan elkaar kunnen uitwisselen. Op deze manier zou de apotheker de arts minder moeten opbellen, en hem dus minder moeten storen.

*"… Maar, ik denk dat da wel kan verbeteren met e-health . Dus als de dokter eigenlijk het voorschrift kan doormailen naar ons en daar dan opmerkingen kan bijtypen, die wij kunnen lezen ma de patiënt bijvoorbeeld nie, dan kunnen we daar beter op inspelen, ja."(A4)*

d.2. De relatie arts-apotheker

Het werken met afgesproken codes die op het voorschrift genoteerd worden, wordt door de helft van de apothekers vermeld als een goed voorstel om de samenwerking te verbeteren. Op die manier

weet de apotheker waar hij aandacht aan moet besteden en spreken de arts en de apotheker meer dezelfde taal naar de patiënt toe. Ook bij het werken met een uitgesteld voorschrift mag een opschrift niet ontbreken.

*"… Er zou kunnen overeengekomen worden om met een bepaalde formule of afkorting op de voorschriftjes, zodanig dat we weten standaard, van aah ok, dat moet hier een beetje aandacht krijgen." (A9)*

Ook het geven van dezelfde informatie aan de patiënt door zowel de arts als de apotheker zou zowel de zorg voor de patiënt als de samenwerking ten goede komen.

*"… Maar das niet enkel bij apothekers, das ook een stuk bij huisartsen dat de verantwoordelijkheid ligt. Meestal bij een patiënt moet je het drie keer herhalen: bij de arts, bij de apothekers en op het stickerke dat we meegeven. En dan gaan ze het hopelijk voldoende gezien hebben." (A1)*

Eén apotheker beklemtoont zeer nadrukkelijk het gebrek aan therapeutische vrijheid als een barrière in de samenwerking. Aangezien zowel de arts als de apotheker hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk het welzijn van de patiënt, vindt de apotheker het frustreren dat hij niks eigenhandig mag beslissen en voor elke banaliteit het akkoord van de arts moet vragen. Deze apotheker is dan ook voorstander van het gebruik van een naschrift.

*"… Ik kan bellen naar de dokter é, maar dokter X is op baan, hij is misschien aan het rijden in de sneeuw... Ik ken zijn reactie, ik weet wat ie zal zeggen. Y, trekt uw plan, doe voor wel. Maakt dat het juist is, maakt dat de patiënt het correct inneemt en denkt aan haar of zijn portemonnee. Doe voor wel, punt. En dat is drie letters of drie woorden tenminste en dat zit het eigenlijk in gans de boodschap en eigenlijk is 't een beetje de bedoeling van geef ons die vrijheid." (A3)*

Verder zou het voor sommige apothekers een meerwaarde zijn om kennis van elkaars werk inhoud te verwerven, bijvoorbeeld door eens mee te volgen met elkaar, wat nu meer en meer in de opleiding vervat is. De apotheker is daar alleszins enthousiast over, want zo leer je van elkaar en zie je hoe elk een probleem aanpakt.

*"… Toch wel, want soms vraag ik mij af, euhm als wij advies geven over bepaalde dingen dat we ne keer op het terrein van jullie komen. Soms zou ik ne keer in jullie schoenen willen staan, hoe dat jullie dat benaderen en hoe dat wij dat benaderen. Zoals met wondzorg toe. Dat ik denk, hmm, wat zou de arts hier op zeggen bijvoorbeeld, wat zou hij doen. Ik denk zelfs dat het ne keer niet slecht zou zijn om mee te gaan op een toer met een arts. Dat we een keer zien hoe het er aan toe gaat. Zit dat nu niet in de opleiding? Ik denk dat dat interessant is. Wij maken ons soms druk, van waarom heeft diene arts da of da. Maar als we zouden ne keer meegaan, zouden misschien beter verstaan."(A12)*

### d.3. Bijeenkomsten

Voor de meeste apothekers lijkt het een goed idee om meer interdisciplinaire bijeenkomsten te organiseren. Zo kan er gepraat worden over de hindernissen en problemen die elke partij ondervindt bij het uitoefenen van zijn job. Dit kan gebeuren op zowel een vrijblijvende receptie met een etentje of eerder op een geaccrediteerde bijscholing.

*"… Ik moet zeggen dat is veel verbeterd de laatste denk ik… 7de -8 jaar, komen we zo 1-2 keer samen met de huisartsen en de apothekers van Wevelgem en de drempel daardoor is veel verlaagd.En eigenlijk, eigenlijk opleidingen ook. En eigenlijk, zou dat goed zijn moesten we dat ook…. Omdat we dan weten waarop jullie letten en waarop dat jullie bezig zijn. Dat is ook belangrijk. Soms is da ne keer met een onderwerp , andere keren is da gewoon ne keer tesamen komen met een etentje en is da gewoon allé….da moe nie van zo hoog vallen, ma gewoon , tfeit da je ne keer samen zijt da je ne keer babbelt met elkaar da je ne keer….. da maakt dat die drempel veel lager ligt…en ook voor jongere collega's da je kunt tonen of zeggen van 'kijk en hier in de gemeente gaat dat op die manier….'"(A2)*

De meeste apothekers zijn het erover eens dat door een jaarlijkse of tweejaarlijkse receptie (eventueel met partner) het contact kan verbeteren. Een kennismaking tijdens bijvoorbeeld een etentje zou de drempel om elkaar te contacteren, verlagen.

*"… Ik vind dat wel goed, als je elkaar zo ne keer gezien hebt, is da zo weer handiger dat ja, soms is da soms een beetje nen drempel, allez soms durven apothekers niet te bellen naar nen dokter, ge hoort da dan ne keer zeggen."(A7)*

Een andere mogelijkheid is samen opleiding volgen over een onderwerp dat voor beide partijen interessant is. Zo kan de arts eens te weten komen waar de problemen hierover liggen bij de apotheker en omgekeerd. Er kan dan eventueel gezamenlijk naar een oplossing of beleid gezocht worden.

"*… Tgooh ik denk dat dat het meest efficiënt zou zijn, want we hebben dan alletwee een erkende euhh avond, en ge moet toch aan uw punten komen en op zo'n avond, tfeit dat het geaccrediteerd is, ik denk dat de meeste mensen ook wel een ernstige ingesteldheid gaan hebben om te zeggen van goed, we gaan hier onze tijd nuttig besteden." (A9)*

Dergelijke bijeenkomsten zijn ook het ideale moment om aan probleembespreking te doen. Casussen over een bepaalde problematiek kunnen worden voorgesteld en de moeilijkheden daaromtrent toegelicht. Dit kan een zeer leerrijk opleidingsmoment zijn voor beide partijen.

*"… Kvond dat wel leuk, omdat je zo… Wij hebben het probleem van die attesten en zij hebben het probleem van de aanvraag en ik vond dat, ja, ik vond dat wel een keer tof. Kvind dat zo van, ja, wij weten niet altijd wat jullie problemen zijn, en omgekeerd weten jullie ook onze problemen ook niet altijd en daarom…."(A10)*

### d.4. Wachtdienst

Verschillende apothekers zouden het aangenaam vinden als de arts zich in de wachtdienst weerhoudt om bereidingen voor te schrijven. Dit is tijdsintensief en niet altijd praktisch haalbaar in de wachtdienst. Bovendien moet de patiënt hierop vaak lang wachten en de apotheker moet hiervoor achteraan in de apotheek werken waardoor hij het zicht verliest op zijn apotheek, wat hem een onveilig gevoel geeft.

*"… Maar dat vind ik wel ook een dingk, persoonlijk vindik als we van wacht zijn, dat de dokter van wacht dat n beetje moet incalculeren: zo weinig mogelijk bereidingen. Dat is soms het probleem. Die middelen tegen sinusitis, die gelulekes soms, of soms krijg je voorschriften, voorschriften: drie*

*bereidingen op een voorschrift. Dat moetje snappen dat die apotheker dat niet direct kan klaarmaken. De mensen moeten dan wachten of weerkomen. Ze staan dan te wachten en tkomt dan volk binnen." (A11)*

Bijna elke geïnterviewde apotheker is voorstander om de lijst met de dokter van wacht ter beschikking te hebben. Op die manier weet de apotheker tijdig welke arts wanneer van wacht is. Zo kan hij de patiënt vlot doorverwijzen en indien nodig zijn stockvoorraad aanpassen.

*"… Dat heb ik altijd al gezegd, dat ik dat wel wil weten."(A11)*

*"… Dat zou wel handig zijn. Maar eigenlijk is dat maar een meerwaarde als jullie zouden organiseren dat dat ook online beschikbaar is."(A9).*

Anderzijds vragen enkele apothekers de dokter ook terugbetaalde geneesmiddelen op het voorschrift zet. Als het dringend is, moet de patiënt dan tenminste geen wachttaks betalen.

"*… In de wacht kijken er niet naar het geld. Enkel als de wachtgeld moeten betalen. Wachttaks. Er iets opzetten op voorschrift dat weerbetaalt, iets dat de patiënt toch neemt, dan moet de patiënt dat wachtgeld niet betalen als het dringend is en niet terugbetaald is." (A11)*

Over de bereikbaarheid van de arts in het weekend wordt er weinig tot niet geklaagd. Op zaterdag is de arts meestal nog bereikbaar en op zondag probeert de apotheker wel zijn plan te trekken.

*"Als het bijvoorbeeld de zaterdag is en tis dringend, meestal probeer ik die dan nog te bereiken. Want veel huisartsen zijn de zaterdag toch, toch, toch bezig. Maar voor int weekend, tjah …..Dan is da ambetant, alst iets dringend is. In zeldzame gevallen kan da eens vervelend zijn, maar ja jullie kunnen ook niet 24/24u beschikbaar zijn." (A1)*

### d.5. Contacteren van de arts

Verschillende apothekers geven aan dat het nuttig zou zijn om de arts via e-mail te kunnen contacteren. Zo heeft de apotheker niet continu het gevoel dat hij de arts stoort en kan hij advies vragen over niet-dringende zaken (bv Bf-attesten).

*"… Goh ja wat da kik nog ne keer interessant zou vinden is als we de emailadressen eens zouden hebben van de dokters. Alst er iets is, ge kunt altijd een mailke sturen, en dan stoort ge den dokter ook niet." (A6)*

### d.6. Preventie- en gezondheidscoach

Het opstarten van een gezamenlijk project tussen bijvoorbeeld de artsen en apothekers van een gemeente over een bepaald onderwerp, zou de preventie ten goede komen.

*"… Het is gewoon een kwestie van een project op te starten en te zeggen van kijk, we gaan in de eerste fase, ik zeg zomaar iets, beginnen met iets eenvoudigs, we gaan dit jaar bijvoorbeeld screenen op antibiotica of weet ik veel welke groep jullie eruit pikken, en we werken er een aantal avonden uit waarin we zeggen wat we gaan doen. En dan dienen we voor accreditering en als dat goedgekeurd is, dan vertrekt het. Dan heb je tenminste iets in een bepaalde tijdspanne waarvan da je zegt, als we dat achter de rug hebben."(A9)*

Een voorwaarde die de apotheker stelt om aan preventie te doen, is de mogelijkheid om training en opleiding hierover te krijgen.

*"… Dat zou goed zijn, maar daar zou goeie opleiding voor nodig zijn. Het heeft geen zin om te zeggen ja kijk, vanaf nu apothekers doe jullie dat maar. Want uiteindelijk ja, de meeste apothekers hebben al jaren weinig bijles gehad." (A1)*

## D. DISCUSSIE

### 1. Algemeen

Tijdens het uitvoeren van het praktijkproject bleek dat automatisch meer aandacht werd besteed aan de samenwerking tussen de apotheker en de huisarts, en minder aan de indrukken over het antibioticagebruik. Aanvankelijk was de idee om zowel in de interviews als in de enquêtes beide thema's aan bod te laten komen, maar omdat de indruk gecreëerd werd dat deze thesis te omslachtig zou worden, hebben we gekozen om ons in de enquêtes vooral toe te leggen op het thema 'antibiotica' en in de interviews op het thema 'samenwerking'. Aangezien de reactie van de apothekers hieromtrent het grootst was, werden niet twee, maar slechts één onderzoeksvraag gecodeerd uit de interviews. De vragen die daarin gesteld werden over antibioticagebruik hebben we niet meer verwerkt in de resultaten, omdat deze geen meerwaarde geven bij de resultaten uit de enquêtes over het antibioticagebruik**.**

### 2. Enquêtes

- *Korte samenvatting van de resultaten*

Uit de resultaten van de enquêtes wordt afgeleid dat het merendeel van de apothekers nog veel vragen over antibiotica krijgt van de patiënt. De meeste apothekers zijn van mening dat de kennis van de patiënt over antibiotica matig tot beperkt is, en dat de arts normaal tot vrij veel antibiotica voorschrijft.
Iets minder dan de helft van de apothekers komt niet in aanraking met een uitgesteld voorschrift antibiotica. Een derde zegt hier eigenlijk geen zicht op te hebben aangezien er geen melding van op het voorschrift staat.
Mogelijke manieren om het antibioticagebruik te verbeteren, zijn het gebruik van gemeenschappelijke folders en het ontwerpen van een flowchart die aangeeft wanneer antibiotica dienen opgestart te worden.
De kwaliteit van de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker in West-Vlaanderen wordt bestempeld als matig tot goed, en zou verbeterd kunnen worden wanneer er meer bijeenkomsten en overleg zouden zijn.

- *Sterktes van dit onderzoek*

Via de IPSA-lessen en via de elektronische versie van de enquêtes werden 173 apothekers bereikt, wat een uitgebreid beeld geeft van de mening van de West-Vlaamse apothekers over dit onderwerp.

- *Beperkingen van het onderzoek*

Hoewel vooraf werd aangekondigd slechts één antwoord aan te kruisen, hebben sommige apothekers op bepaalde vragen meerdere antwoorden aangeduid. Aangezien 139 van de 173 enquêtes met de hand werden ingevuld, hadden we hier geen controle over. Dit maakt het moeilijker om deze resultaten correct te beoordelen.
Het is ook mogelijk dat enkele apothekers zowel een papieren als een elektronische versie hebben ingediend hoewel ook hier uitdrukkelijk gevraagd werd dit niet te doen. Helaas hebben we hier geen controle op indien dit toch zou gebeurd zijn, aangezien de gegevens anoniem bekomen werden.

### *3. Interviews*

- *Korte samenvatting resultaten*

Het merendeel van de apothekers heeft globaal gezien een eerder positief gevoel bij de samenwerking met de huisarts uit het bevraagde wachtgebied.

Factoren die de samenwerking vergemakkelijken, zijn vooral het goede persoonlijke contact en de bereikbaarheid van de arts. Ook het gevoel van collegialiteit tussen de arts en de apotheker en het wederzijds begrip voor de moeilijkheden in elkaars job, worden aangegeven als belangrijke pluspunten voor de samenwerking.

Factoren die de samenwerking bemoeilijken, situeren zich op verschillende vlakken: fouten in het voorschrijven, een gebrek aan flexibiliteit van de arts en de druk die vanuit de overheid op de apotheker gelegd wordt. Ook worden heel wat frustraties over het wachtdienstsysteem geuit.

Barrières voor de apotheker om een grotere rol te spelen in de algemene preventie zijn tijdsgebrek, het gevoel van onbekwaam te zijn, het gebrek aan opleiding hierover en de angst dat de arts zal denken dat hij hun taken wil afpakken. Ook het ontbreken van een nomenclatuurnummer is een drempel om bijkomende taken op zich te nemen.

Meer opleiding aanbieden aan de apotheker en het opstarten van een gezamenlijk preventieproject met verschillende gezondheidsmedewerkers, worden als voorstellen naar voren geschoven om de taak als preventiecoach mogelijk te maken.

Ook het houden van meer bijeenkomsten met beide partijen wordt door bijna alle apothekers als nuttig beschouwd om in de toekomst beter te kunnen samenwerken.

- *Sterktes van het onderzoek*

Twaalf van de dertien apothekers uit onze wachtkring werden geïnterviewd, zodat de resultaten als representatief kunnen beschouwd worden. Er is een mooie verdeling qua leeftijd en geslacht tussen de geïnterviewde apothekers.
De interviews werden steeds door twee interviewers afgenomen, zodat we meer controle hadden op het verloop van de interviews en elkaars uitspraken.

- *Beperkingen van het onderzoek*

Er zijn enkele beperkingen die de verkregen resultaten kunnen beïnvloeden hebben.

Allereerst zijn de interviewers als Huisarts-in-Opleiding tewerkgesteld in de wachtkring Wevelgem-Gullegem-Moorsele en staan onder toezicht van twee artsen. Het is mogelijk dat de apothekers bepaalde ergernissen of frustraties niet durfden te vermelden uit schrik dat hun anonimiteit zou geschonden worden, hoewel ze verzekerd werden op een volledig anonieme verwerking van de gegevens.

Een tweede bemerking is dat we zelf als interviewer niet volledig objectief zijn gebleven. Zo werden we bij een nieuw interview beïnvloed door de antwoorden of voorstellen die reeds uit voorbije interviews naar voor kwamen. Naar mate de interviews zich dus opvolgden, werden we wellicht wat suggestiever in onze vragen naar de apothekers toe. Dit kan de frequentie van bepaalde codes vertekend hebben.

Een deel van de vragen uit de interviews ging specifiek over antibiotica. Wegens het idee dat dit onderzoekswerk te omvangrijk zou worden en de beperkte meerwaarde van de resultaten uit het interview ten opzichte van de resultaten uit de enquêtes, werd beslist om slechts één onderzoeksvraag (nl. de samenwerking) te coderen en de mening van de apotheker over antibioticagebruik enkel uit de enquêtes te halen.

- *Link met de literatuur*

Heel wat aspecten van de rol van de apotheker in het gezondheidszorgsysteem zoals beschreven in deel twee, komen ook duidelijk naar voor in de interviews (2-4). Zoals blijkt uit de literatuurstudie ondervindt de apotheker nog heel wat barrières om meer taken als gezondheidsmedewerker op zich te nemen. Het gevoel van tijdsgebrek, de vrees dat de arts hen zal beschuldigen van taken af te nemen, gevoelens van onbekwaamheid en nood aan meer theoretische begeleiding, zijn aspecten die ook in andere studies aan bod komen (2). Ook een nomenclatuurnummer voor een correcte vergoeding van deze bijkomende dienst werd aangegeven.

Het probleem dat de arts niet altijd even toegankelijk is en dat apotheker het gevoel heeft hem te storen, wordt meermaals vermeld door de geïnterviewde apothekers. Anderzijds is dit erg afhankelijk van de regio waar de apothekers werken. Hoe beter het persoonlijk contact, hoe lager de drempel om de arts te bereiken.

Uit verschillende studies blijkt dat de apotheker bij de arts nog steeds het imago van winkeluitbater heeft, wat ook in onze interviews door een derde van de apothekers gemeld wordt (3,4).

- *Implementaties in de praktijk*

De bedoeling van dit praktijkproject is om zowel de apotheker als de huisarts te motiveren om in de toekomst meer bijeenkomsten te organiseren, waarbij beide partijen samen aan tafel zitten voor overleg.

Vanuit de apothekersgroep uit Moorsele is er reeds een initiatief gekomen en werd een samenkomst tussen de lokale huisartsen en apothekers georganiseerd met als doel elkaar beter te leren kennen.

De resultaten van dit onderzoeksproject zullen ook gepubliceerd worden in het 'Collegazetje', een nieuwsbrief die verspreid wordt onder de apothekers met als doel zoveel mogelijk apothekers te bereiken en aan te zetten tot een initiatief.

Daarnaast zullen we op de wachtdienstbijeenkomst van juni 2013 de huisartsen van Wevelgem-Gullegem-Moorsele confronteren met de resultaten van dit project. Hiermee hopen we te bekomen dat er meer en betere communicatie mogelijk gemaakt wordt tussen de huisarts en de apotheker. Idealiter kunnen ze tweemaal per jaar samenkomen rondom een bepaald thema, waarbij tevens regionale afspraken gemaakt worden.

Een interessante opvolgstudie hierop zou via een kwalitatief onderzoek kunnen nagaan wat de mening van de arts hieromtrent is.

## *E. CONCLUSIE*

### *1. Antibioticagebruik en het uitgesteld voorschrift*

Uit dit praktijkproject blijkt dat het voorschrijfgedrag voor antibiotica in West-Vlaanderen normaal tot frequent bevonden wordt. De patiënt is echter, volgens de apothekers, nog altijd slecht gesensibiliseerd over het nut en de indicatiestelling van antibiotica.
Hoewel het uitgesteld voorschrift antibiotica een efficiënte strategie is om het antibioticagebruik te reduceren, geeft bijna de helft van de apothekers aan dat de huisarts niet frequent met dit principe werkt. Een vierde van de apothekers vermeldt dat zij eigenlijk niet op de hoogte zijn, wanneer het om een uitgesteld voorschrift gaat. Een voorstel om de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker hieromtrent te verbeteren, is dan ook om meer concrete afspraken te maken tussen beide partijen. Zo zou het opstellen van een flow-chart of code waar artsen en apothekers zich aan kunnen houden, een manier kunnen zijn om beter met een uitgesteld voorschrift antibiotica te werken.

### *2. Samenwerking tussen de huisarts en de apotheker*

De samenwerking tussen de huisarts en de apotheker van Gullegem-Wevelgem-Moorsele wordt als eerder positief beschouwd, maar toch worden door de apotheker nog heel wat barrières aangegeven die de samenwerking in de weg staan. Ook hier is er vraag om meer concrete afspraken te maken tussen beide partijen en om meer bijeenkomsten te organiseren over gezamelijke onderwerpen of over een concreet probleem.
De apotheker ziet wel een grotere rol voor zichzelf weggelegd in de algemene preventie, maar voelt zich, zoals ook uit de literatuurstudie blijkt, nog niet klaar om deze taken op zich te nemen. Er is nood aan meer erkenning, meer opleiding, en een betere vergoeding alvorens zijn takenpakket uit te breiden.

### *3. Algemeen*

Het houden van meer bijeenkomsten tussen de huisarts en de apotheker, alsook het maken van concrete afspraken zijn enkele eenvoudige zaken die de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker kan verbeteren, ook op het vlak van antibioticabeleid en het uitgesteld voorschrift. Daarnaast heeft de apotheker meer steun nodig van de overheid (nomenclatuurnummer, opleiding…) om nog meer taken op zich te nemen.

## *F. LITERATUUR*


1. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2008;8:45.
2. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment.Hughes CM, McCann S.Br J Gen Pract. 2003; 53(493):600-6.
3. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'.Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T.Br J Gen Pract. 2010;60(576):285-94.
4. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. BMC Public Health 201;11:582.

# 4. Abstract thesis


**DE HUISARTS EN DE APOTHEKER: ANTIBIOTICABELEID EN ALGEMENE SAMENWERKING**

**HAIO:** DEBUNNE Charlotte (Katholieke Universiteit Leuven) – DECLERCQ Greet (Katholieke Universiteit Leuven)
**PROMOTOR:** Prof. Dr. AERTGEERTS Bert (Katholieke Universiteit Leuven)
**CO-PROMOTOR:** Apr. HUYSENTRUYT Inge (West-Vlaamse Apothekersvereniging)
**PRAKTIJKOPLEIDER:** Dr. JOSSON Frans /Dr. VERSCHEURE Jan - Dr. CORNE Frank
**CONTACT:** charlottedebunne@msn.com – greet_declercq@hotmail.com

**ACHTERGROND** – Al jaren wordt campagne gevoerd voor een correcter gebruik van antibiotica. Een goede samenwerking tussen de huisarts en de apotheker bij het antibioticabeleid, maar ook in het algemeen, is van groot belang voor de patiëntenzorg.

**DOEL** – Via literatuuronderzoek wordt nagegaan welke strategieën efficiënt zijn om het antibioticagebruik voor bovenste luchtweginfecties te reduceren. Daarnaast worden studies in verband met de mening van de apotheker over zijn rol in de preventieve gezondheidszorg en de samenwerking met de huisarts samengevat. Vervolgens wordt met dit praktijkproject gepeild naar wat de idee van de West-Vlaamse apotheker hieromtrent is.

**METHODE** – Via Cebam worden verschillende databanken zoals MEDLINE, Tripdatabase, COCHRANE en MINERVA doorzocht. De mening van de West-Vlaamse apotheker over het huidig antibioticabeleid, het uitgesteld voorschrift en de algemene samenwerking, wordt nagegaan via enquêtes, die verspreid worden tijdens de IPSA-lessen te Kortrijk en te Brugge, maar ook via een elektronische nieuwsbrief. Daarnaast wordt de provisor of titularis van elke apotheek in het gebied Wevelgem-Moorsele-Gullegem gecontacteerd om deel te nemen aan een interview. De interviews worden verwerkt via thematische analyse.

**RESULTATEN** - Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de meest efficiënte technieken om het antibioticagebruik te reduceren, het uitgesteld voorschrift en de multifacettaire interventies zijn. Daarnaast tonen kwalitatieve studies aan dat de apotheker bereid is om meerdere taken in de preventieve gezondheidszorg op zich te nemen. Dit wordt echter bemoeilijkt door barrières in de samenwerking en een gebrek aan opleiding.
173 apothekers vulden de enquêtes in. Hieruit blijkt dat de West-Vlaamse apotheker vindt dat het voorschrijfgedrag voor antibiotica normaal tot frequent is. De patiënt is volgens hen echter slecht gesensibiliseerd over het nut en de indicatiestelling van antibiotica. Bijna de helft van de apothekers geeft aan dat de huisarts niet met een uitgesteld voorschrift werkt, of dat de apotheker hiervan niet op de hoogte is. Voorstellen om het antibioticabeleid te verbeteren, gaan vooral over het maken van meer concrete afspraken, bijvoorbeeld via afgesproken protocollen of folders.
12 van de 13 apothekers uit het gebied Wevelgem-Moorsele-Gullegem namen deel aan het interview. Het merendeel van de apothekers heeft een min of meer positief gevoel bij de samenwerking met de huisarts. De verschillende factoren die de samenwerking zouden vergemakkelijken of in de weg staan, werden aangehaald. Het aanbieden van meer gezamenlijke opleidingen aan de apotheker en de huisarts en het opstarten van een gezamenlijk preventieproject, worden als voorstellen aangeboden om de taak als preventiecoach mogelijk te maken en de samenwerking te verbeteren.

**DISCUSSIE EN BESLUIT** - Zowel uit de literatuur als het praktijkproject blijkt dat de apotheker bereid is meer taken op zich te nemen, maar dat bepaalde drempels binnen en buiten de samenwerking met de huisarts dit in de weg staan. Deze barrières zouden kunnen overwonnen worden door meer interdisciplinaire bijeenkomsten te organiseren. Er is nood aan bijkomende studies om het effect van multifacettaire interventies op het antibioticabeleid na te gaan. Ook dient meer kwalitatief onderzoek te gebeuren in diverse regio's over de mening van de arts en de apotheker wat betreft de onderlinge samenwerking en hun taak in de preventieve gezondheidzorg.

# 5. Dankwoord

Wij willen graag alle apothekers bedanken die bereid waren onze enquête in te vullen. Ook willen we aan alle apothekers uit onze wachtkring dank betuigenvoor de tijd die ze hebben vrijgemaakt voor onze interviews. We appreciëren hun openheid en interesse voor het onderwerp van onze thesis.

Daarnaast willen we ook onze promotor Prof. Dr. Bert Aertgeerts, onze copromotor Apotheker Inge Huysentruyt, alsook Dr. Mieke Vermandere bedanken voor het begeleiden van dit project. Dankzij hun aanwijzingen zijn we tot dit interessant onderwerp gekomen en zijn we wegwijs geraakt in de wereld van het kwalitatief onderzoek, het verwerken van gegevens en het kritische reflecteren over de bekomen resultaten. Hun professionele kennis over het opzetten van een wetenschappelijk project, de inspanningen voor het verkrijgen van de data, maar ook hun enthousiasme voor het onderwerp, heeft geleid tot deze interessante bevindingen, die hopelijk in de praktijk kunnen geïmplementeerd worden en die de samenwerking tussen apothekers en artsen in het algemeen, maar ook in kader van antibioticagebruik ten goede kunnen komen.

Verder willen we ook onze dank betuigen aan Mevr. Windels Laurence en de medewerkers van de West-Vlaamse Apothekersvereniging die ons hulp geboden hebben bij het verspreiden van de enquêtes tijdens de IPSA-lessen en via de elektronische nieuwsbrief, en bij het verwerken van de verkregen data.

Tenslotte willen we ook onze praktijkopleiders bedanken voor de flexibiliteit en de motivatie die ze hebben getoond zodat we deze thesis tijdig konden afwerken.

# 6. Bijlagen

## *A. TABELLEN*

**Tabel 1. Criteria voor in- en exclusie in Literatuurstudie 1**

| | |
|---|---|
| **Inclusiecriteria** | - Patiëntenpopulatie: 18-99 jaar<br>- Pathologie: bovenste luchtweginfectie (rhinosinusitis, common cold, otitis media, pharyngitis, chronic cough)<br>- Type studies: meta-analyse, RCT, systematic review, practice guideline<br>- Interventie: strategieën die het antibioticagebruik reduceren binnen de eerste lijn<br>- Taal: Engelstalige of Nederlandstalige artikels<br>- Periode: 2002-2012<br>- Beschikbaarheid volledige tekst: beschikbaar in de campusbibliotheek Biomedische Wetenschappen of Arenberg van de Katholieke Universiteit Leuven |
| **Exclusiecriteria** | - Artikels waarvan geen volledige tekst beschikbaar is in de campusbibliotheek Biomedische Wetenschappen<br>- Artikels die niet beschikbaar zijn in het Engels of Nederlands<br>- Artikels gepubliceerd meer dan 10 jaar geleden sinds de aanvang van de literatuurstudie (mei 2002-mei 2012)<br>- Studies buiten de eerste lijn (bv.Hospitaalmilieu)<br>- Studies bij kinderen/ personen onder de 18 jaar<br>- Artikels gaande over aandoeningen die buiten de categorie bovenste luchtweginfectiegaan (common cold, chronic cough, rhinosinutis, faryngitis, sore troat)<br>- Alle artikels die geen RCT, systematic review, practice guideline, guideline of meta-analysis zijn |

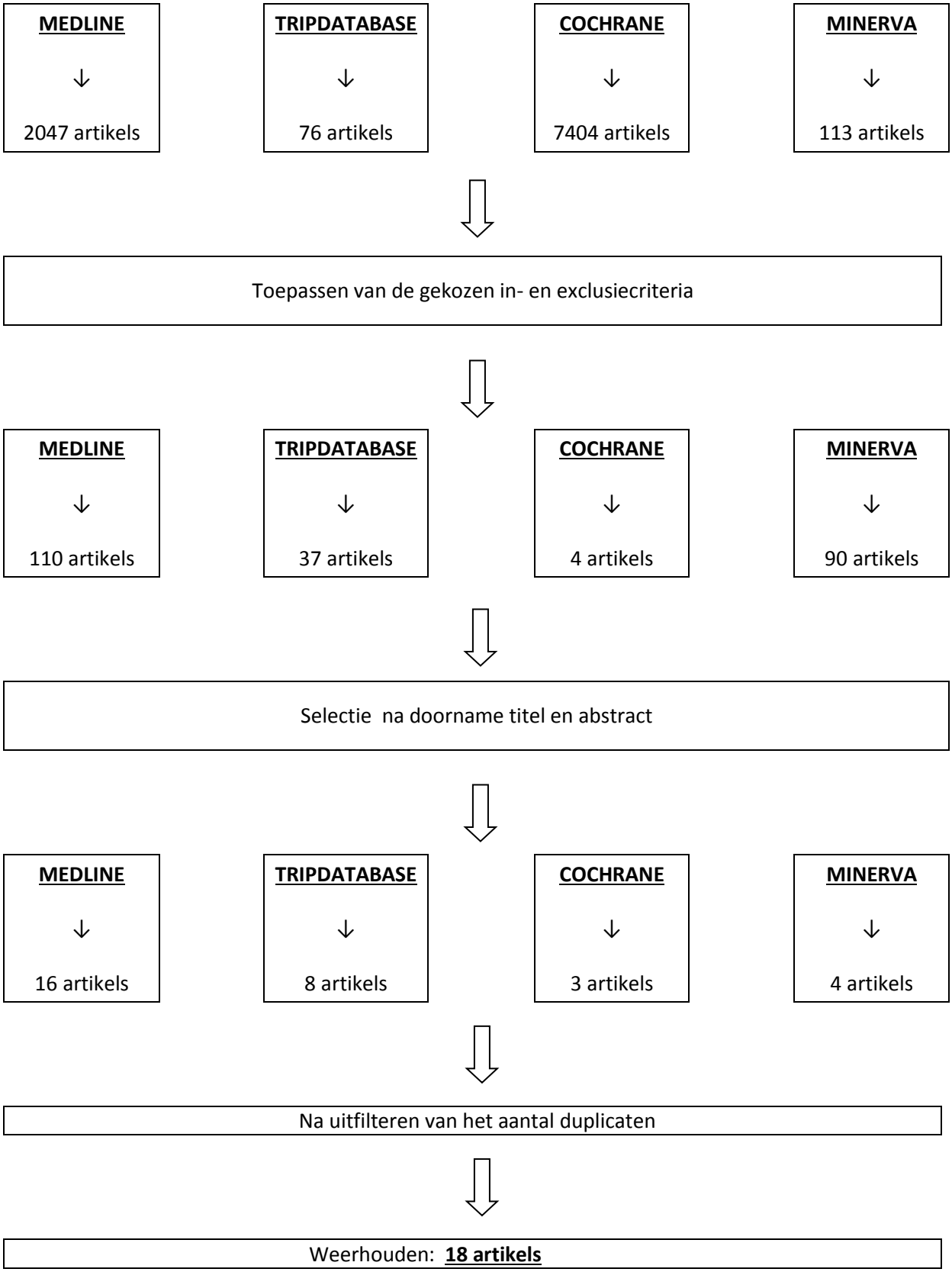
**Tabel 2. Criteria voor in- en exclusie in Literatuurstudie 2**

| | |
|---|---|
| **Inclusiecriteria** | - Type studies: kwalitatieve studies<br>- Interventie: interviews bij de apotheker over zijn mening over de taakverdeling en onderlinge samenwerking<br>- Taal: Engelstalige of Nederlandstalige artikels<br>- Periode: 2002-2012<br>- Beschikbaarheid volledige tekst:beschikbaar in de campusbibliotheek biomedische wetenschappen of Arenberg van de Katholieke Universiteit Leuven |
| **Exclusiecriteria** | - Artikels waarvan geen volledige tekst beschikbaar is in de campusbibliotheek Biomedische Wetenschappen of Arenberg van de Katholieke Universiteit Leuven<br>- Studies bij kinderen/ personen onder de 18 jaar<br>- Artikels die niet beschikbaar zijn in het Engels of Nederlands<br>- Artikels gepubliceerd meer dan 10 jaar geleden vanaf de aanvang van de literatuurstudie (juli 2002-juli 2012)<br>- Artikels over niet-officina-apothekers, zoals ziekenhuisapothekersof apothekers werkende in 'health clinics', en artikels over transmurale zorg.<br>- Artikels over het gebruik van (technologische) informatica bij het uitoefenen van het beroep van apotheker<br>- Artikels over de rol van de apotheker bij het afleveren van één specifiek geneesmiddel<br>- Artikels over de rol van de apotheker bij één specifieke pathologie |

## *B. FIGUREN*

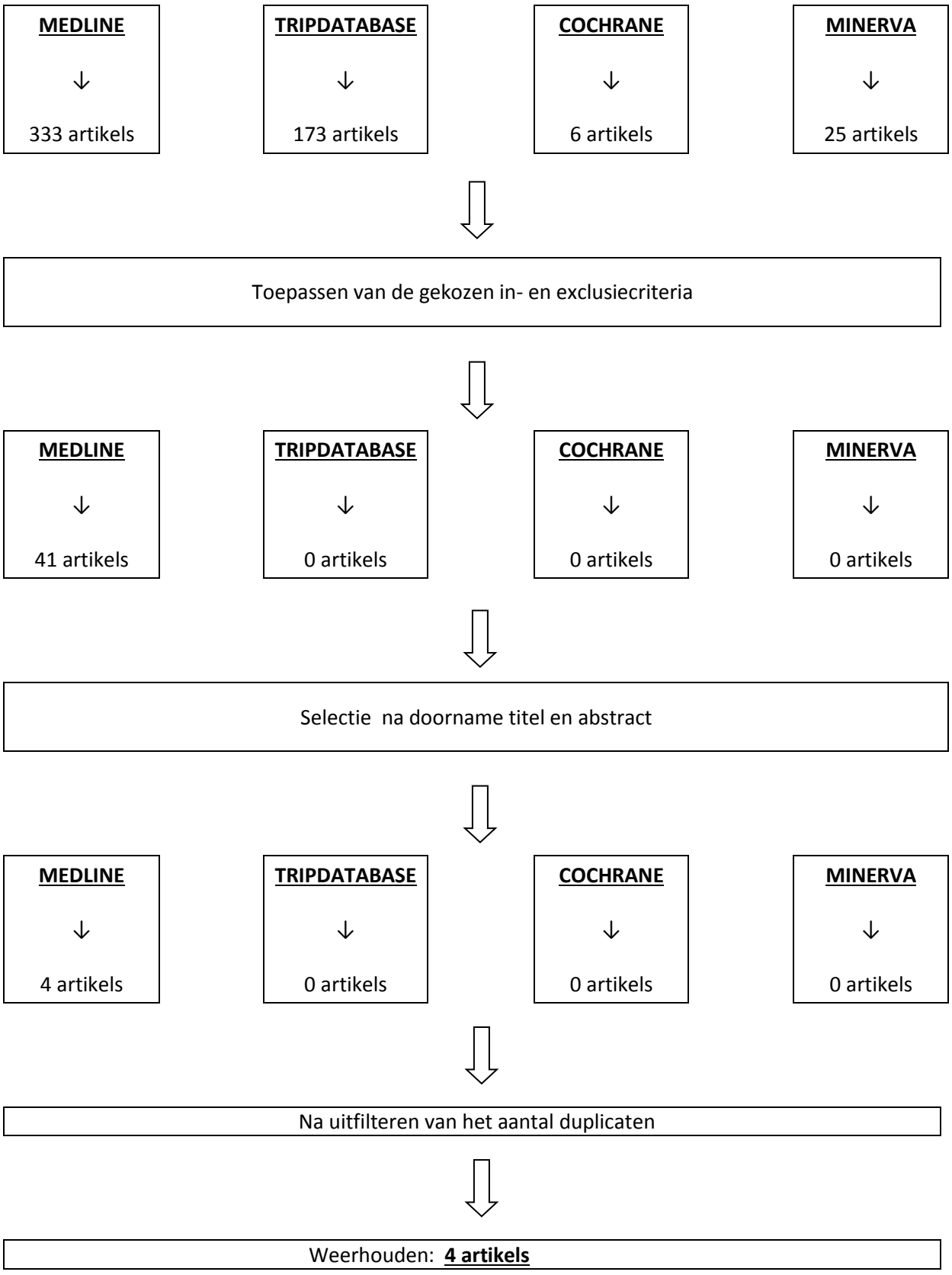
**Figuur 1. Flowchart 1**

*Weerhouden artikels door middel van de gebruikte zoektermen:*

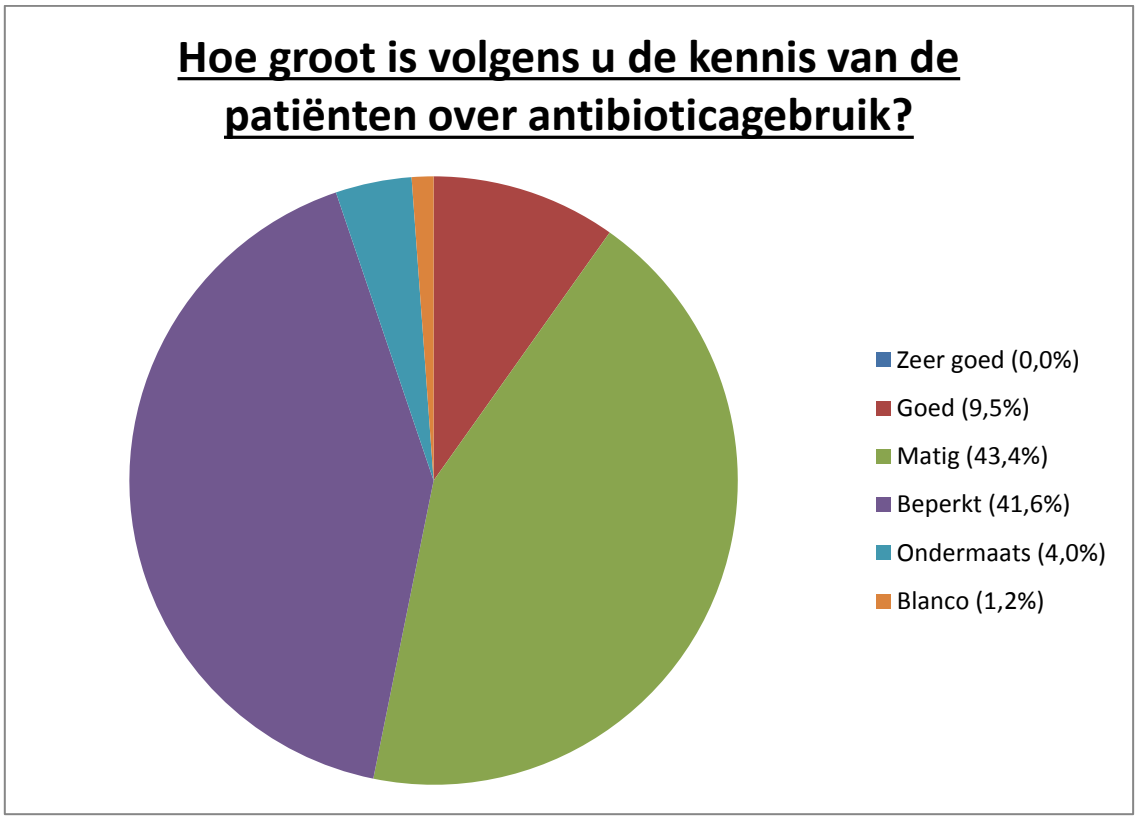


**Figuur 2. Flowchart 2**

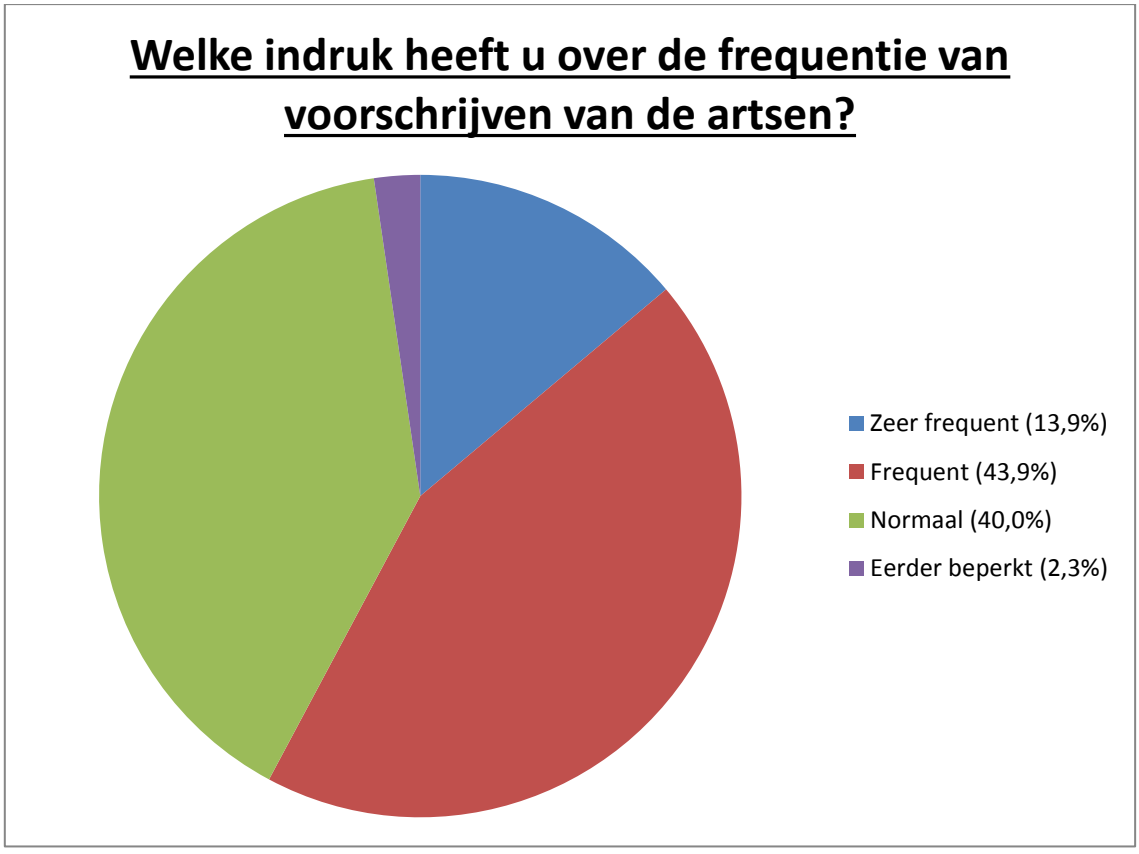
*Weerhouden artikels door middel van de gebruikte zoektermen:*



**Figuur 3:**



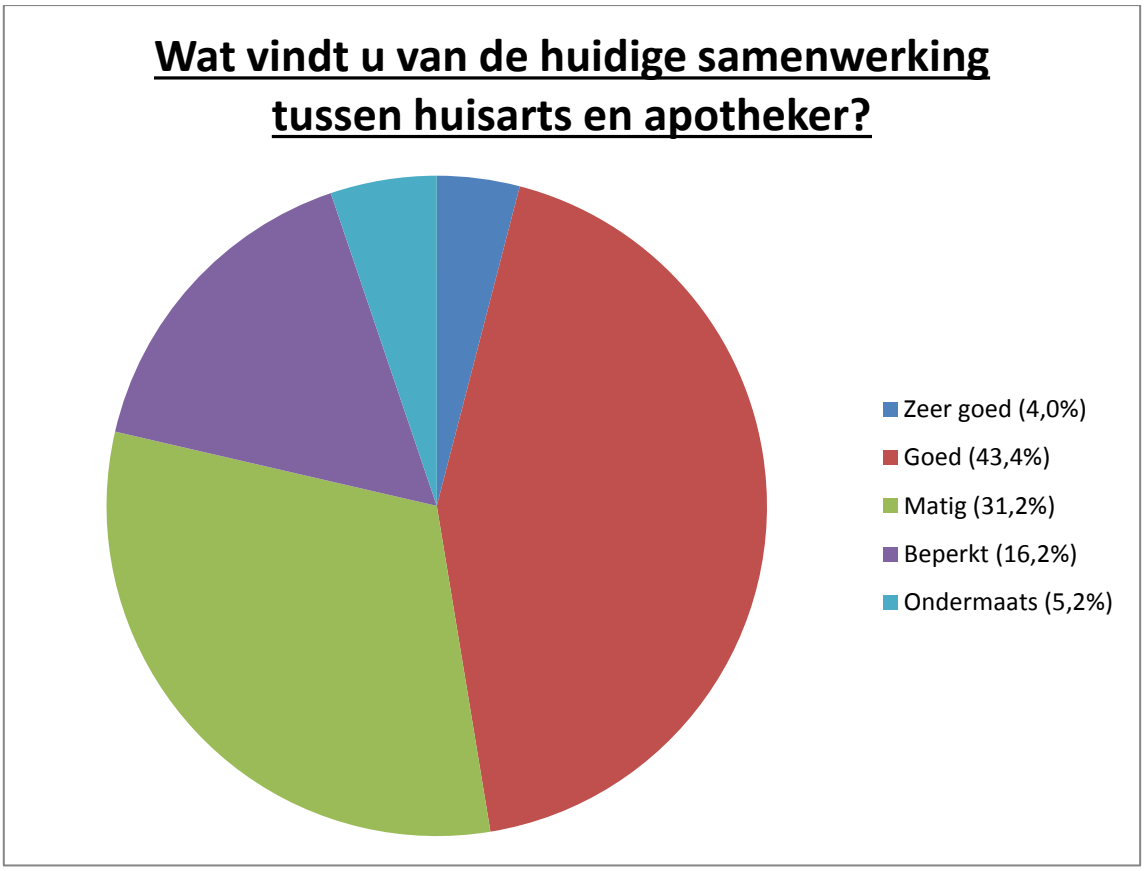

**Figuur 4:**



**Figuur 5:**




**Figuur 6:**



# 7. Addendum

## A. *Addendum 1: ENQUÊTE*

**DEEL 1: ANTIBIOTICAGEBRUIK**

**Vraag 1: Hoe vaak krijgt U vragen van patiënten over antibioticagebruik?**

a. Zeer vaak (dagelijks)
b. Vaak (wekelijks)
c. Zelden (maandelijks)
d. Bijna nooit

**Vraag 2 : Met welke vragen in verband met antibioticagebruik komt een patiënt bij U? Vragen over:**

a. de wijze van inname (aantal tabletten, voor/tijdens/na maaltijden…)
b. veiligheid (met bv borstvoeding)
c. interacties (met andere medicatie)
d. nevenwerkingen
e. het al dan niet starten met antibiotica (bv bij een uitgesteld voorschrift)

**Vraag 3 : Hoe groot denkt U dat de kennis is van patiënten over antibioticagebruik (bv voor-en nadelen, indicatiestelling…)?**

a. Zeer Goed
b. Goed
c. Matig
d. Beperkt
e. Ondermaats

**Vraag 4: Welke indruk heeft u over de frequentie van voorschrijven van antibiotica door huisartsen?**

a. Zeer frequent
b. Frequent
c. Normaal
d. Eerder beperkt

**Vraag 5 : Worden er volgens U nog veel fouten gemaakt van artsen naar voorschrijven toe?**

a. Ja
b. Nee

**Vraag 5a: Indien ja, welke fouten ziet U het meest?**

a. Fouten naar type antibiotica
b. Fouten over posologie en frequentie van inname

c. Interacties tussen het antibioticum en andere geneesmiddelen die de patiënt inneemt
d. Fouten over de duur van inname

**Vraag 6: Komen er vaak patiënten langs met een uitgesteld voorschrift?**

a. Ja, ik heb de indruk dat de huisarts hier vaak gebruik van maakt
b. Neen, de huisartsen uit onze regio passen dit niet toe
c. Ik weet het niet want ik heb hier geen zicht op (ik weet bijvoorbeeld niet wanneer artsen werken met een uitgesteld voorschrift want het staat niet aangegeven op het voorschrift)

## DEEL 2: SAMENWERKING ARTS EN APOTHEKER

**Vraag 1. Wat vindt U van de huidige samenwerking tussen de huisarts en de apotheker in het algemeen?**

a. Zeer Goed
b. Goed
c. Matig
d. Beperkt
e. Ondermaats

**Vraag 2: Op welke manier kan een goede samenwerking tussen arts en apotheker tot een beter antibioticagebruik leiden?**

a. Betere (telefonische) bereikbaarheid van de huisarts.
b. Bestaan van duidelijke afspraken tussen de artsenpraktijken en de verschillende apothekers (bv wat betreft substitutie, patiënt doorverwijzen naar de huisarts, enzovoort…)
c. Duidelijkere geschreven informatie op het voorschrift (bv duur, frequentie, betreft het een uitgesteld voorschrift, )
d. Andere:……
……

**Vraag 3: Welke strategieën zouden artsen en apothekers samen kunnen toepassen met oog op een rationaal gebruik van antibiotica?**

a. Meegeven van toegepaste **patiëntenfolders** die beschikbaar zijn bij zowel de arts als apotheker
b. Beschikbaar zijn van een **flow-chart met richtlijnen** wanneer antibiotica dienen opgestart te worden (bv bij uitgesteld voorschrift)
c. Informatie via **een website**
d. Andere……

**Vraag 4: Heeft u nog bepaalde opmerkingen of ideeën die de samenwerking tussen huisarts en apotheker kunnen verbeteren in het algemeen of in kader van het antibioticabeleid?**

……
……

## B. *Addendum 2: INTERVIEW*

**Vragen over het antibioticabeleid bij bovenste luchtweginfecties**

Heeft u als apotheker de indruk dat er in de wachtkring veel antibiotica wordt voorgeschreven voor bovenste luchtweginfecties?
Welke antibioticaklasse wordt het meest voorgeschreven voor bovenste luchtweginfecties?
Worden er vaak antibiotica magistraal voorgeschreven door de huisartsen in de wachtkring?
Wat is uw indruk van de globale kennis van patiënten over antibiotica?
Krijgt U veel vragen van patiënten naar het gebruik van antibiotica toe?
Werkt U als apothekers mee aan een rationeel antibioticagebruik( bv via folders)

**Vragen over het uitgesteld voorschrift**

Kent U het principe van een uitgesteld antibioticavoorschrift?
Heeft U de indruk dat veel huisartsen van de wachtkring hiermee werken?
Bent u op de hoogte wanneer het om een uitgesteld voorschrift gaat?
Op welke manier is aangegeven voor U dat het om een uitgesteld voorschrift gaat?
Heeft u de indruk dat patiënten met een uitgesteld voorschrift meer kennis hebben over het antibioticagebruik?
Heeft U de indruk dat patiënten meer raad aan U vragen over het gebruik van antibiotica wanneer zij een uitgesteld voorschrift hebben?
Heeft U de indruk dat patiënten met een uitgesteld voorschrift voldoende geïnformeerd zijn over de werking en indicatiestelling hiervan?
Heeft U een idee hoelang een patiënt gemiddeld wacht vooraleer de antibiotica te gaan halen?

**Vragen over de samenwerking tussen de apothekers en de huisartsen van de wachtkring**

Wat vindt U van de huidige samenwerking tussen de huisartsen van de wachtkring en de apothekers?
Zijn er grote verschillen tussen de huisartsen onderling wat betreft de samenwerking met de apothekers?
Zijn er afspraken gemaakt tussen de huisartsen en apothekers van de wachtkring (bv naar telefonische bereikbaarheid bij vragen, verspreiden van folders, substitutie van geneesmiddelen)
Wat kan er beter in de samenwerking tussen de huisartsen en de apothekers?
Welke voorstellen heeft U om de samenwerking tussen huisartsen en apothekers te verbeteren? – Hoe zou U dit toepassen voor het antibioticabeleid?
Vindt u dat er meer bijeenkomsten moeten georganiseerd worden voor huisartsen en apothekers samen?

## C. *Addendum 3: FIGUREN*

**Figuur 1: Codes en hun frequentie.**

| Codes | | Frequentie (…/12) |
|---|---|---|
| 1 | Fouten voorschrift | 8 |
| 2 | Elektronische fouten | 5 |
| 3 | Weinig magistrale bereidingen | 4 |
| 4 | Niet dateren | 2 |
| 5 | Te weinig VOS | 7 |
| 6 | Misverstand VOS | 4 |
| 7 | Invloed firma's | 3 |
| 8 | E-health | 1 |
| 9 | Goede toegankelijkheid | 8 |
| 10 | Slechte toegankelijkheid | 4 |
| 11 | Contact via e-mail | 4 |
| 12 | Weinig persoonlijk contact | 4 |
| 13 | Goed persoonlijk contact | 6 |
| 14 | Grote drempel | 2 |
| 15 | Lage drempel | 4 |
| 16 | Gevoel van storen | 5 |
| 17 | Advies apotheker aan huisarts | 2 |
| 18 | Goede sfeer samenwerking | 9 |
| 19 | Slechte sfeer samenwerking | 3 |
| 20 | Niet informeren patiënt | 3 |
| 21 | Wederzijds begrip | 6 |
| 22 | Koppigheid arts | 3 |
| 23 | Collegialiteit | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 24 | Verschillend advies | 4 |
| 25 | Hiërarchie | 4 |
| 26 | Afspraken code | 6 |
| 27 | Weinig enthousiasme | 4 |
| 28 | Gebrek aan afspraken | 2 |
| 29 | Imago van commerçant | 3 |
| 30 | Druk van overheid | 4 |
| 31 | Kennis werkinhoud | 4 |
| 32 | Afhankelijk van leeftijd | 5 |
| 33 | Beperkte flexibiliteit arts | 2 |
| 34 | Therapeutische vrijheid | 1 |
| 35 | Goede preventie | 2 |
| 36 | Meer bijeenkomsten | 8 |
| 37 | Receptie | 4 |
| 38 | Gezamelijke opleiding | 7 |
| 39 | Probleembespreking | 5 |
| 40 | Frustratie aparte organisatie | 3 |
| 41 | Geen bereidingen tijdens wachtdienst | 3 |
| 42 | Frustratie lijst dokter van wacht | 5 |
| 43 | Voorstander lijst dokter van wacht | 5 |
| 44 | Ongelijkheid vergoeding | 3 |
| 45 | Terugbetaling tijdens wacht | 3 |
| 46 | Bereikbaarheid weekend | 1 |
| 47 | Project | 2 |
| 48 | Tijdsgebrek apotheker | 4 |
| 49 | Niet bevoegd | 7 |

| | | |
|---|---|---|
| 50 | Nomenclatuurnummer | 3 |
| 51 | Training apothekers | 4 |
| 52 | Misverstanden taakverdeling | 4 |

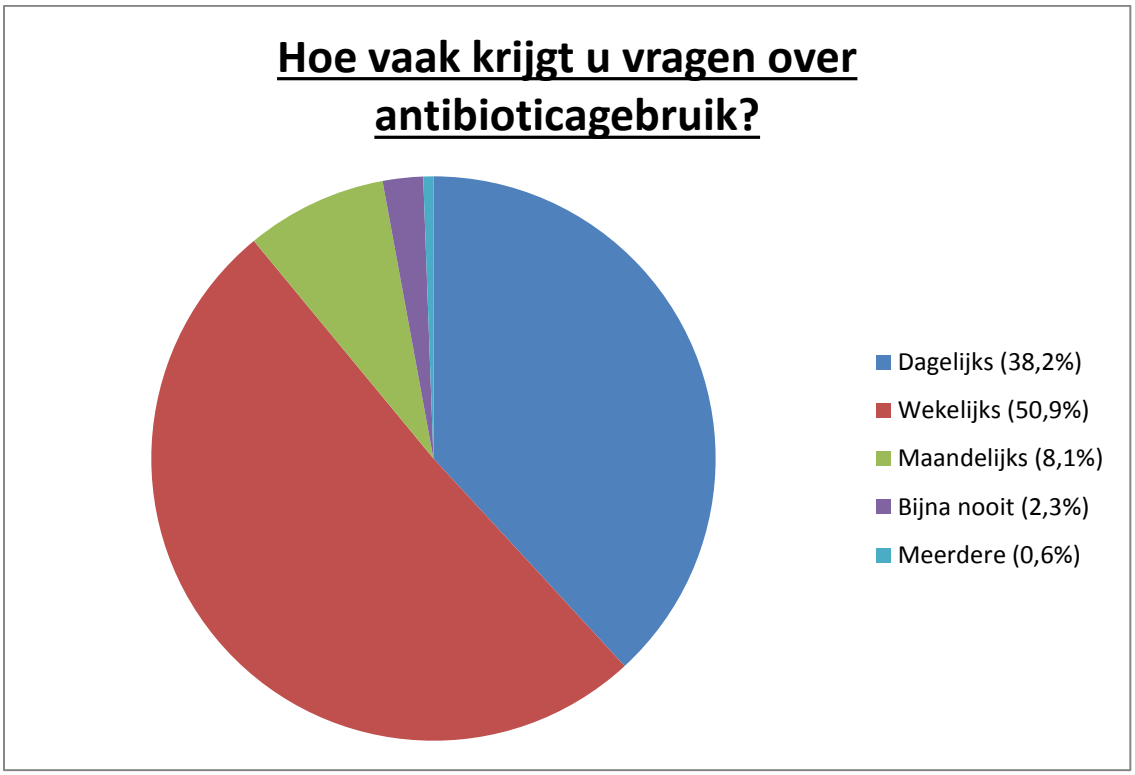
**Figuur 2: <u>Descriptieve codes.</u>**

| | Codes | Omschrijving |
|---|---|---|
| Voorschriften | 1. Fouten voorschrift | de artsen maken vaak voorschrijffouten: interacties, posologie |
| | 2. Elektronische fouten | door het elektronisch voorschrijven worden vaak fouten voorgeschreven zonder dat de arts het merkt |
| | 3. Weinig magistrale bereidingen | artsen kunnen niet meer zo correctmagistraal voorschrijven en doen dit niet vaak meer |
| | 4. Niet dateren | vervelend als voorschrift niet gedateerd is, apotheker kan patiënt niet sensibiliseren |
| | 5. Te weinig VOS | artsen schrijven nog te weinig voor op VOS |
| | 6. Misverstand VOS | artsen denken dat de apotheker wil dat de arts op VOS voorschrijft voor de winst, maar dit is eerder uit stockproblemen |
| | 7. Invloed firma's | de artsen worden beïvloed door de firma's om een bepaald merk of firma voor te schrijven |
| | 8. E-health | werken met e-health in toekomst zou positieve invloed hebben op de samenwerking |
| Contact arts | 9. Goede toegankelijkheid | de arts kan snel bereikt worden als ik hem opbel |
| | 10. Slechte toegankelijkheid | de arts kan niet snel bereikt worden als ik hem opbel |
| | 11. Contact via e-mail | het zou een verbetering zijn het e-mailadres van de arts te hebben |
| | 12. Weinig persoonlijk contact | artsen en apothekers kennen elkaar te weinig |
| | 13. Goed persoonlijk contact | er is een goed persoonlijk contact tussen apothekers en artsen, ze kennen elkaar goed |
| | 14. Grote drempel | er is een grote drempel om een arts te contacteren |
| | 15. Lage drempel | er is een lage drempel om een arts te contacteren |
| | 16. Gevoel van storen | apothekers storen artsen niet graag |
| | 17. Advies apotheker aan huisarts | onzekerheid over hoe advies van apotheker overkomt bij arts, |
| | | angst over wat artsen van hen denken, idee dat arts hen een zaag vindt |
| Sfeer | 18. Goede sfeer samenwerking | er is een goede samenwerking |
| | 19. Slechte sfeer samenwerking | er is geen goede samenwerking |
| Relatie arts-patiënt | 20. Niet informeren | er wordt te weinig advies/informatie gegeven door de arts aan de patiënt |
| Relatie arts-apotheker | 21. Wederzijds begrip | begrip rond de moeilijkheden en problemen in elkaars job |

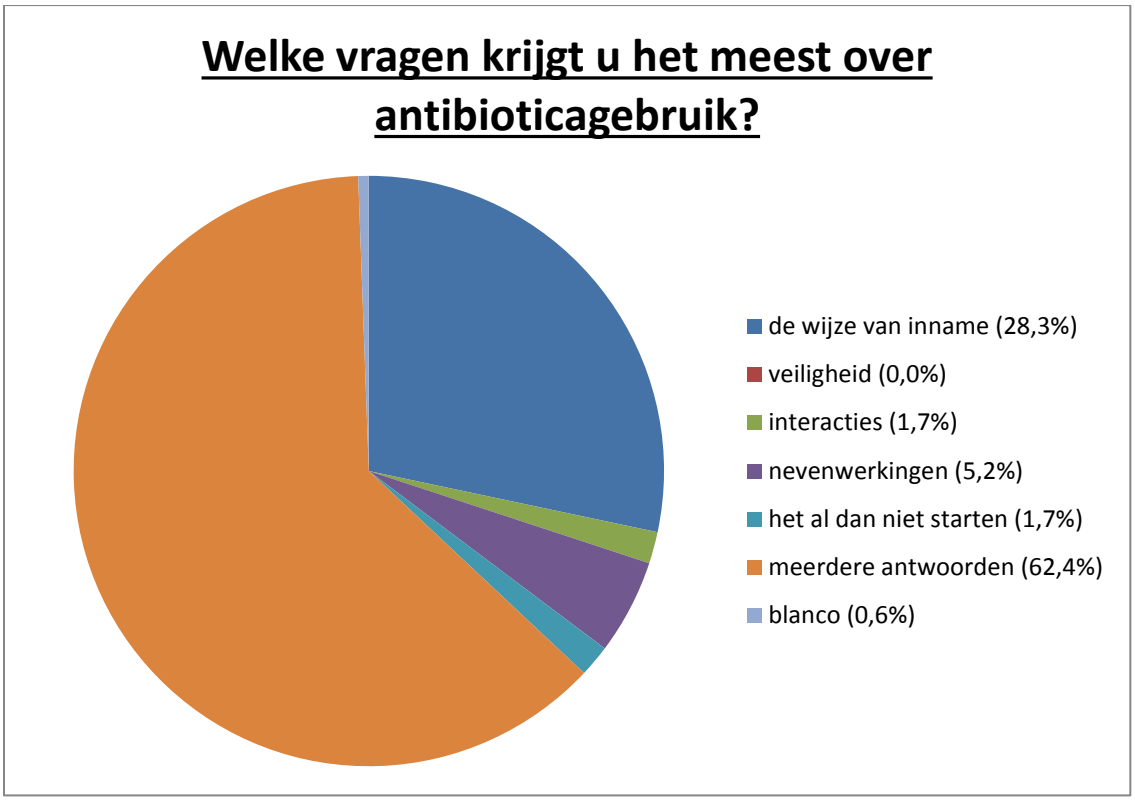
| | | |
|---|---|---|
| | 22. Koppigheid arts | arts weigert toe te geven dat apotheker iets goed gedaan heeft (schrijft bijvoorbeeld toch dezelfde siroop voor als de apotheker) |
| | 23. Collegialiteit | als de arts of apotheker een fout maakt, mag dit niet uitvergroot worden door de ander |
| | 24. Verschillend advies | er wordt door arts en apotheker een verschillend advies gegeven, de apotheker kan te weinig inspelen op wat de arts heeft gezegd |
| | 25. Hiërarchie | er is een hiërarchie aanwezig waar de arts het laatste woord heeft en de apotheker zich minderwaardig voelt |
| | 26. Afspraken code | er kan een code op het voorschrift afgesproken worden tussen de arts en de apothekerom de samenwerking te verbeteren |
| | 27. Weinig enthousiasme | van de kant van de artsen is er weinig enthousiasme rond het initiatief tot overleg tussen de apotheker en de huisarts |
| | 28. Gebrek aan afspraken | er zijn te weinig afspraken rondom een bepaald beleid: bijvoorbeeld het antibioticabeleid |
| | 29. Imago van commercant | de artsen denken dat het motief van de apotheker vooral commerce en geld is |
| | 30. Druk van overheid | overheid voert druk uit op apothekers wat samenwerking met huisarts bemoeilijkt |
| | 31. Kennis werkinhoud | er is nood aan meer kennis over elkaars onderlinge taken en problemen |
| | 32. Afhankelijk van leeftijd | gevoel van andere samenwerking met jongere in vergelijking met oudere artsen |
| | 33. Beperkte flexibiliteit arts | frustraties dat arts niet openstaat tot verandering van product wanneer een bepaald geneesmiddel niet te verkrijgen is |
| | 34. Therapeutische vrijheid | meer zelfstandig beslissingen kunnen nemen in kader van het welzijn van de patiënt, mogelijkheid naschrift |
| | 35. Goede preventie | gevoel dat er op vlak van preventie goed kan samengewerkt worden |
| Bijeenkomsten | 36. Meer bijeenkomsten | al dan niet wens naar één of tweejaarlijkse bijeenkomsten tussen arts en apotheker |
| | 37. Receptie | er kan op verschillend tijdstip een receptie georganiseerd worden met de artsen en huisartsen om elkaar beter te leren kennen |
| | 38. Gezamelijke opleiding | er kunnen gezamelijke geaccrediteerde lessen aangeboden worden aan artsen en apothekers over een gezamenlijk onderwerp |
| | 39. Probleembespreking | wens voor meer bijeenkomsten rond concrete problemen voor zowel de apotheker als de huisarts |
| Wachtdienst | 40. Frustratie aparte organisatie | frustratie rond de niet-samenlopende wachtdienstgebieden tussen arts en huisarts |
| | 41. Geen bereidingen tijdens wachtdienst | frustraties rond magistrale bereidingen tijdens de wachtdienst |

| | | |
|---|---|---|
| | 42. Frustratie lijst dokter van wacht | frustratie rond ontbreken lijst met dokter van wacht bij de apothekers |
| | 43. Voorstander lijst dokter van wacht | het is een goed idee de lijst met dokter van wacht te kennen |
| | 44. Ongelijkheid vergoeding | er is een ongelijke vergoeding in de wachtdienst |
| | 45. Terugbetaling tijdens wacht | artsen schrijven te weinig niet-terugbetaalde medicatie voor in de wacht |
| | 46. Bereikbaarheid weekend | mogelijkheid om ook in het weekend de arts te kunnen contacteren |
| Preventie-/gezondheidcoach | 47. Project | wens naar opstarten gefundeerde/multidisciplinaire projecten (bijvoorbeeld diabetesscreening) |
| | 48. Tijdsgebrek apotheker | apotheker heeft vaak te weinig tijd om extra taken op zich te nemen |
| | 49. Niet bevoegd | apotheker voelt zich niet bevoegd om bepaalde taken op zich te nemen |
| | 50. Nomenclatuurnummer | er is geen extra vergoeding om extra taken op zich te nemen |
| | 51. Training apothekers | apothekers beter opleiden als preventiecoach kan samenwerking met huisarts verbeteren |
| | 52. Misverstanden taakverdeling | het is moeilijk om als gezondheidscoach de grenzen van de arts niet te overschrijden en niet in zijn vaarwater te komen, huisarts denkt dat apotheker taken wil afpakken |

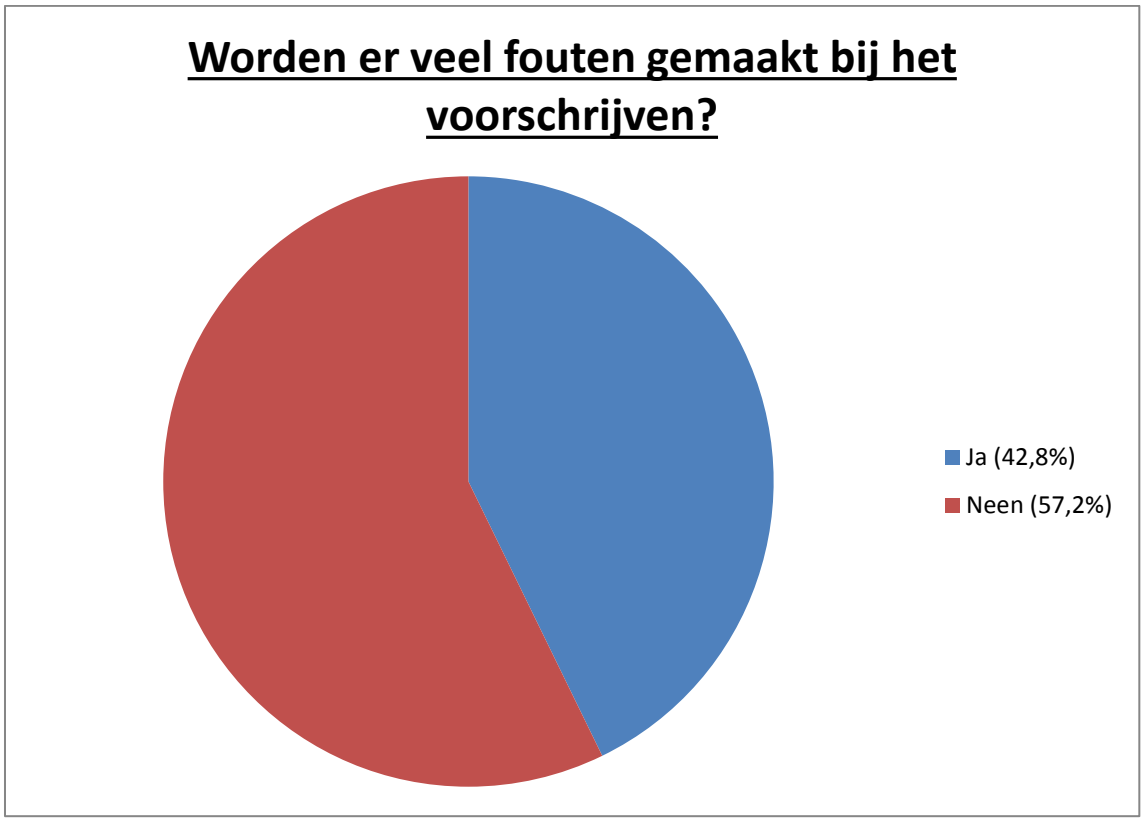
**Figuur 3:**




**Figuur 4:**



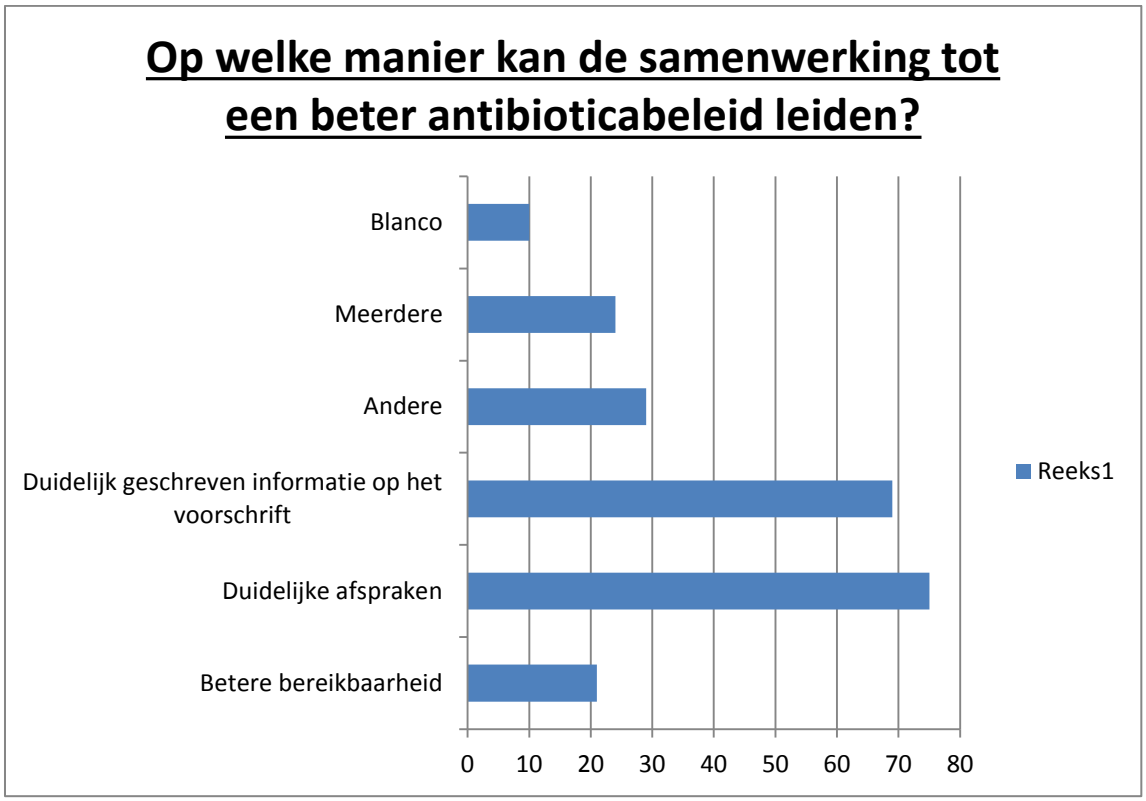
**Figuur 5:**




**Figuur 5a:**



**Figuur 6:**




**Figuur 7:**

