Cross-sectioneel onderzoek naar het maken van herhaalvoorschriften voor chronische medicatie in de eerste lijn buiten het fysieke arts-patiënt contact en de impact van de Covid-19 pandemie

De Schuijmer Joachim, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. De Sutter Ann, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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

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

Dankwoord

Het afronden van deze masterproef vormt het sluitstuk van mijn driejarige opleiding tot huisarts.

Dit onderzoek heeft me gaandeweg doen inzien dat de organisatie van gezondheidszorg, ook op praktijkniveau, een belangrijke invloed heeft op de gezondheid van patiënten. Het was een leerzaam en inspirerend traject.

Graag wil ik de mensen bedanken die mij hierbij geholpen hebben.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof. dr. De Sutter, bedanken voor de begeleiding, bereikbaarheid en de constructieve feedback gedurende het volledige traject.

Daarnaast wens ik mijn dichte vrienden, familie en partner te bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, begrip en geduld.

Inhoudsopgave

Dankwoord 3
Lijst van figuren 6
Lijst van tabellen 6
Verklarende woordenlijst 7
Afkortingen 7
Abstract 8
1. Inleiding 9
1.1. Covid-19 pandemie 9
1.2. Herhaalvoorschriften 9
1.3. Onderzoeksdoelstellingen en onderzoeksvragen 10
2. Literatuuronderzoek 11
2.1. Opzoekvraag 11
2.2. Kernwoorden, MESH-termen en databanken 11
2.3. Selectiecriteria 11
2.4. Resultaten literatuurstudie 11
2.4.1. Regelgevend kader herhaalvoorschriften zonder consultatie 11
2.4.2. Evolutie van herhaalvoorschriften zonder consultatie 11
2.4.3. Voordelen arts en patiënt 13
2.4.4. Risico's 13
2.4.5. Richtlijnen 14
2.4.6. Rol van apothekers 14
3. Methodologie 15
3.1. Onderzoeksdesign 15
3.2. Opstellen van de vragenlijst 15
3.3. Onderzoekspopulatie en steekproef 16
3.4. Analysemethode 17
4. Resultaten 19
4.1. Demografische gegevens 19
4.2. Ligging en type praktijk 19
4.3. Aantal patiëntencontacten 19
4.4. Aantal elektronische geneesmiddelvoorschriften 20
4.5. Aantal herhaalvoorschriften vóór en na Covid-19 20
4.6. Methodes voor het aanvragen van herhaalvoorschriften 23

4.7. Onderscheid tussen medicatieklassen 24
4.8. Mate van controle 25
4.9. Afspraken in de huisartsenpraktijk 26
4.10. Redenen voor en tegen herhaalvoorschriften zonder consult 29
4.11. Nood aan een richtlijn 31
5. Discussie 33
5.1. Samenvatting resultaten 33
5.2. Interpretatie resultaten 33
5.2.1. Impact Covid-19 pandemie 33
5.2.2. Impact demografische kenmerken 33
5.2.3. Type medicatie 34
5.2.4. Praktijkafspraken 34
5.2.5. Controle bij opstellen herhaalvoorschrift 35
5.2.6. Voordelen en nadelen 35
5.3. Studiedesign 36
5.3.1. Zwakke punten 36
5.3.2. Sterke punten 37
5.4. Implicaties praktijk 37
5.5. Verder onderzoek 38
6. Conclusie 39
7. Referenties 40
8. Bijlages 43
Bijlage 1: Vragenlijst 43
Bijlage 2: Informed consent form 50
Bijlage 3: Goedkeuring Commissie voor medische ethiek UGent en UZ Gent 54
Bijlage 4: Vrije tekst antwoorden 55

Lijst van figuren

Figuur 1: Staafdiagram van het gemiddeld aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften per dag, gerapporteerd door huisartsen, voor en na de Covid-19 pandemie (n = 82) 21
Figuur 2: Staafgrafiek van de methodes waarop patiënten herhaalvoorschriften kunnen aanvragen (n=117) ... 24
Figuur 3: Gestapeld staafdiagram van de mate waarin respondenten aangeven herhaalvoorschriften op te stellen buiten een direct arts-patiënt contact voor verschillende medicatieklassen (n=116) 25
Figuur 4: Gestapeld staafdiagram van de mate waarin respondenten aangeven gegevens te controleren bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact (n=116) 25
Figuur 5: Voornaamste redenen voor het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact volgens respondenten (n=114), weergegeven in percentage (%) 29
Figuur 6: Voornaamste redenen tegen het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact volgens respondenten (n=114), weergegeven in percentage (%) 30

Lijst van tabellen

Tabel 1: Leeftijdsverdeling van de respondenten 19
Tabel 2: Gemiddeld aantal patiëntencontacten (consultaties + huisbezoeken) op een voltijdse werkdag 20
Tabel 3: Gemiddeld aantal aanvragen per dag voor herhaalvoorschriften zonder consultatie, gerapporteerd door huisartsen, voor en na de Covid-19 pandemie 20
Tabel 4: Verandering in aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact sinds de Covid-19 pandemie (n=82) 21
Tabel 5: Kruistabel van de ligging van de praktijk en het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie (n=117) 22
Tabel 6: Resultaat van de ordinale regressie analyse uitgevoerd in SPSS, met als afhankelijke variabele ‘gemiddeld aantal herhaalvoorschriften per dag’ en als onafhankelijke variabelen: ‘geslacht’, ‘leeftijd’ en ‘praktijktype’. 23
Tabel 7: Mate waarin er nog contact is (bv. telefonisch) met een arts indien de aanvraag voor een herhaalvoorschrift niet rechtstreeks via een arts verloopt (n=117) 24
Tabel 8: Afspraken in de huisartsenpraktijk over herhaalvoorschriften gewijzigd sinds de Covid-19 pandemie. 26
Tabel 9: Afspraken over wie herhaalvoorschriften mag opstellen 26
Tabel 10: Thema's uit de vrije tekst antwoorden i.v.m. de afspraken over wie herhaalvoorschriften mag opstellen 27
Tabel 11: Afspraken over herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact 28
Tabel 12: Thema's uit de vrije tekst antwoorden ‘Andere afspraken’ i.v.m. de afspraken over het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact 28
Tabel 13: Thema's uit de vrije tekst antwoorden ‘Andere reden’ i.v.m. de redenen voor het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact 30
Tabel 14: Thema's uit de vrije tekst antwoorden ‘Andere reden’ i.v.m. de redenen tegen het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact 31
Tabel 15: Mate waarin huisartsen aangeven gebruik te maken van een Vlaamse/Belgische richtlijn omtrent het maken van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact 31

Verklarende woordenlijst

Chronische medicatie	Onder chronische medicatie valt langdurig medicatiegebruik, hieronder valt ook langdurig 'zo nodig' gebruik.
Domus Medica	Belangenvereniging van huisartsen in de Vlaamse gemeenschap. Naast vertegenwoordiging van huisartsen focussen ze ook op begeleiding, wetenschappelijk onderzoek en promotie van het huisartsenberoep (1)
Herhaalvoorschrift/recept	Er is in de huidige literatuur geen eenduidige definitie. In dit onderzoek wordt een herhaalvoorschrift als volgt gedefinieerd: een voorschrift voor een geneesmiddel dat eerder al werd voorgeschreven. Indien er wordt verwezen naar een herhaalvoorschrift dat zonder een fysiek contact tussen arts en patiënt wordt opgesteld, wordt het er expliciet bij vermeld
Recall bias	Systematische fout die ontstaat wanneer respondenten zich eerdere gebeurtenissen of ervaringen niet nauwkeuring herinneren of details weglaten (2)
Recip-E	Een systeem voor de elektronische aanmaak, aflevering en raadpleging van ambulante farmaceutische voorschriften en verwijsvoorschriften in de Belgische gezondheidszorg (3)
Selection bias	Systematische fout die ontstaat wanneer individuen of groepen in een onderzoek systematisch verschillen van de doelgroep populatie (4).
Teleconsultatie	Telefonische raadpleging

Afkortingen

E-fact	Elektronische facturatie
FOD	Federale Overheidsdienst
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding.
NHG	Nederlands Huisartsgenootschap
NHS	National Health Service
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Abstract

Inleiding

Tijdens de Covid-19 pandemie diende alle niet dringende zorg te worden uitgesteld en was er een duidelijke toename van het aantal telefonische- en videoraadplegingen. Ook nu wordt er nog veel gebruik gemaakt van teleconsultaties in Belgische huisartsenpraktijken. Teleconsultaties worden vaak gebruikt om medicatie (herhaald) voor te schrijven. De perceptie is dat Covid-19 heeft geleid tot een toename van het aantal herhaalvoorschriften voor chronische medicatie buiten het directe arts-patiënt contact. In buitenlandse studies stelde men vast dat er de voorbije decennia reeds een toename is van het aantal herhaalvoorschriften opgesteld zonder een fysiek contact met de arts. Belgische gegevens en studies hierover zijn beperkt. Hoewel dit voorschrijfgedrag voordelen biedt voor artsen en patiënten, houdt het ook belangrijke risico's in. De onderzoeksdoelstelling van deze masterproef is om zicht te krijgen op de omvang en omgang van Vlaamse huisartsen met herhaalvoorschriften voor chronische medicatie opgesteld zonder een direct arts-patiënt contact en wat de impact van de Covid-19 pandemie hierop is.

Methode

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek aan de hand van een online vragenlijst, die werd verspreid onder huisartsen en huisartsen in opleiding actief in Vlaanderen en/of Brussel. De vragenlijst werd opgesteld op basis van de onderzoeksdoelstellingen en deels gebaseerd op de vragenlijst gebruikt in een studie van Lillis S. et al. Er werd opgeroepen om deel te nemen via persoonlijke berichten en mails, twee nieuwsbrieven en een facebookgroep. Aan elke deelnemer werd bij aanvang van de vragenlijst geïnformeerde toestemming gevraagd. De antwoorden werden anoniem verwerkt in SPSS via voornamelijk descriptieve statistiek. De studie werd goedgekeurd door de Commissie voor medische ethiek van de Universiteit Gent.

Resultaten

Aan de studie hebben 121 huisartsen en huisartsen in opleiding deelgenomen. Er zijn 82 respondenten (70%) die reeds actief waren als huisarts voor de Covid-19 pandemie. De studie toont aan dat er een significante toename is ($p<0.001$) na de Covid-19 pandemie van het aantal, door huisartsen gerapporteerde, aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact. Zo rapporteren 56 respondenten (68%) een toename, 21 respondenten (26%) merken geen verschil, 5 respondenten (6%) een afname. Huisartsen maken een onderscheid tussen medicatieklassen bij het al dan niet opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie. Zo geven ze aan deze het vaakst op te stellen voor antihypertensiva, antiaggregantia, antihistaminica, corticosteroïde neussprays en maagzuur secretie-inhibitoren en het minst vaak voor (atypische) antipsychotica, benzodiazepines, corticosteroïden, opioïde pijnmedicatie en antibiotica. Bij 95 respondenten (82%) zijn er binnen de praktijk afspraken gemaakt over het opstellen van herhaalvoorschriften. De voornaamste redenen voor huisartsen om herhaalvoorschriften op te stellen zonder consultatie zijn: tijdsefficiëntie voor arts (84%), gemak voor de patiënt (59%) en ondersteuning van de therapietrouw (42%). De voornaamste nadelen zijn volgens huisartsen het gebrek aan klinisch onderzoek en beoordeling (81%), risico op over- en/of ondergebruik van medicatie (59%) en minder mogelijkheid om de behandeling uit te leggen (55%).

Besluit

Herhaalvoorschriften opstellen zonder direct arts-patiënt contact is, net als bij huisartsen in andere ontwikkelde landen, ook bij Vlaamse huisartsen (in opleiding) een veelgebruikte methode om medicatie voor te schrijven. De Covid-19 pandemie lijkt een blijvende impact te hebben op zowel de omvang als omgang van huisartsen hiermee. Deze studie toont dat, hoewel huisartsen deze voorschrijfmethode gebruiken en nuttig vinden voor zowel arts als patiënt, ze zich ook bewust zijn van de risico's die hiermee gepaard gaan. Veel praktijken hebben al eigen praktijkafspraken, maar toch is er nog een hoge nood aan een overkoepelende richtlijn. Er is verder onderzoek nodig om de risico's beter in kaart te brengen om zo maatregelen te kunnen treffen die de risico's beperken.

1. Inleiding

1.1. Covid-19 pandemie

In 2020 werd de gezondheidszorg geconfronteerd met een plotse pandemie van een nieuw type coronavirus m.n. het SARS-CoV 2 virus. De zorgsector diende zich van de éne dag op de andere radicaal anders te organiseren. Alle niet-dringende medische zorgen werden uitgesteld. Een fysiek contact met een arts kon enkel nog bij medische hoogdringendheid (5). Een duidelijke toename van het aantal telefonische en videoconsultaties was het logische gevolg. Ook (herhaal)voorschriften werden frequent gemaakt door artsen zonder een fysiek contact tussen hulpverlener en patiënt (6).

Ondertussen is de gezondheidszorg terug geëvolueerd naar een zorgverlening zoals vóór de Covid-19 pandemie. Er zijn echter wel een aantal zaken veranderd. Zo zijn telefonische raadplegingen sinds de pandemie duidelijk ingeburgerd bij de Belgische artsen. Het RIZIV noteerde in 2023 op nog geen jaar tijd al 5,7 miljoen teleconsultaties (7). Een onderzoek van Domus Medica gaf reeds aan dat 23% van de teleconsultaties gebruikt worden voor het voorschrijven van medicatie (6). Vermoedelijk worden dus ook meer herhaalvoorschriften buiten de klassieke consultatie opgesteld. Concrete gegevens hierover zijn echter niet voorhanden.

1.2. Herhaalvoorschriften

Een herhaalvoorschrift wordt gedefinieerd als een voorschrift voor een geneesmiddel dat eerder al werd voorgeschreven (8,9). Ook in dit onderzoek wordt de term herhaalvoorschrift zo geïnterpreteerd. In sommige studies wordt de term herhaalvoorschrift gebruikt voor een voorschrift van medicatie opgesteld zonder consultatie tussen arts en patiënt. De afwezigheid van een fysiek contact tussen arts en patiënt zit dus vervat in de term (10,11)**.** Aangezien dit voor verwarring zou kunnen zorgen, wordt het in dit onderzoek steeds expliciet vermeld indien er wordt verwezen naar een herhaalvoorschrift dat zonder een fysiek contact tussen arts en patiënt wordt opgesteld.

Herhaalvoorschriften opstellen zonder een consultatie biedt voordelen voor zowel arts als patiënt zo is het gemakkelijk voor de patiënt, verhoogt het de therapietrouw en verlaagt het de werkdruk in huisartsenpraktijken (11–13).

Er zijn echter ook een aantal nadelen en risico's aan het voorschrijven zonder direct arts-patiënt contact. Zo kan het leiden tot suboptimale therapie met mogelijk ernstig nadelige gezondheidsproblemen op lange termijn door bijvoorbeeld over- of ondergebruik van medicatie, het niet opmerken van bijwerkingen of interacties, etc. (9,10,12,14).

Het vergelijken van studies wordt bemoeilijkt door verschillende classificatiesystemen voor medicatie, methodologische verschillen en de gehanteerde definitie voor 'een herhaalvoorschrift' (12,14). Bovendien kunnen de resultaten van buitenlandse studies niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar de Belgische context, vanwege onder andere de verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg en de financiering ervan.

Studies uit het buitenland en de populariteit van telefonische raadplegingen sinds de Covid-19 pandemie doen evenwel vermoeden dat er ook in België een toename is van het aantal herhaalvoorschriften opgesteld buiten een direct arts-patiënt contact. Concrete Belgische gegevens hierover zijn beperkt. Er is ook geen zicht op hoe Belgische huisartsenpraktijken de organisatie van herhaalvoorschriften aanpakken.

Omwille van de potentiële risico's die dit voorschrijfgedrag met zich meebrengt, is het zinvol een beeld te krijgen op de wijze waarop Belgische huisartsen en praktijken omgaan met herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact.

1.3. Onderzoeksdoelstellingen en onderzoeksvragen

De primaire onderzoeksdoelstelling is om de impact van de Covid-19 pandemie op het maken van herhaalvoorschriften voor chronische medicatie buiten het fysieke arts-patiënt contact in de eerste lijn te onderzoeken. Het onderzoek omvat zowel de omvang van dit voorschrijfgedrag als de omgang van Vlaamse huisartsen en huisartspraktijken hiermee.

Secundaire onderzoeksvragen zijn:

- Op welke wijze vragen patiënten herhaalvoorschriften aan?
- In welke mate wordt er een onderscheid gemaakt in type medicatie bij het al dan niet verstrekken van een herhaalvoorschrift zonder consultatie?
- In welke mate is er een medicatienazicht bij het maken van herhaalvoorschriften zonder consultatie?
- Welke afspraken zijn er in huisartsenpraktijken over het maken van herhaalvoorschriften en hoe worden die gecommuniceerd?
- Is er nood aan een richtlijn aangepast aan de Vlaamse/Belgische context omtrent het maken van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact?

2. Literatuuronderzoek

2.1. Opzoekvraag

Met het oriënterend literatuuronderzoek werd getracht een zicht te krijgen op de huidige omvang van het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact, de evolutie doorheen de voorbije decennia, voor welke medicatieklassen het voornamelijk gebeurt, wat de reeds gekende voor- en nadelen zijn, het wettelijk kader en welke richtlijnen er bestaan.

2.2. Kernwoorden, MESH-termen en databanken

Er werd in eerste instantie gezocht naar richtlijnen in verband met herhaalvoorschriften op de NHG-site, Domus Medica en de NHS. Daarnaast werd ook gezocht naar studies in volgende databanken: Pubmed, Google Scholar, ICHO scriptiebank en Cochrane Library. Daarbij werden volgende zoektermen gebruikt: herhaalvoorschriften, herhaalrecepten, repeat prescription(s), repeat prescribing, refill medication/drug(s), primary care, general practitioner (MESH).

2.3. Selectiecriteria

Er werd gezocht naar studies in verband met herhaalvoorschriften opgesteld in de eerste lijn door huisartsen. Er werd gefocust op studies van de laatste 15 jaar. De evolutie van het elektronisch medisch dossier en het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen maakt dat oudere studies minder relevant zijn op het actuele voorschrijfgedrag en -methodes. Sommige oudere studies werden wel weerhouden om de evolutie doorheen de voorbije decennia te illustreren. Er werden enkel studies weerhouden uit ontwikkelde landen, omwille van een min of meer gelijkaardige gezondheidszorgstructuur en met name een uitgebouwde eerste lijn.

2.4. Resultaten literatuurstudie

2.4.1. Regelgevend kader herhaalvoorschriften zonder consultatie

De Orde der artsen geeft aan dat het stellen van een diagnose zonder direct arts-patiënt contact niet is toegestaan. Het elektronisch doorsturen van een (herhaal)voorschrift wordt wel toegestaan. De Orde vermeldt hierover het volgende: “Voor zover er gebruik gemaakt wordt van Recip-e (…) is het (deontologisch) toegelaten dat patiënt op basis van een dergelijk elektronisch voorschrift de geneesmiddelen bij een apotheek bekomt, zonder dat hij het voorschrift fysiek ontvangen heeft van de arts. Het elektronisch verzenden naar de patiënt van een herhaalvoorschrift wordt eveneens aanvaard. Een herhaalvoorschrift is een voorschrift dat deel uitmaakt van een langdurige behandeling waarvoor de patiënt reeds op raadpleging is gekomen. In dergelijke gevallen kan het volstaan, mits waarborgen wat betreft veiligheid en medisch beroepsgeheim, dat het herhaalvoorschrift via elektronische weg aan de patiënt wordt bezorgd” (15).

Sinds 1 januari 2020 is het in België overigens verplicht geneesmiddelen elektronisch voor te schrijven, op enkele uitzonderingen na zoals op huisbezoek, door overmacht of door artsen die ouder waren dan 63 jaar op 1 januari 2020 (16).

2.4.2. Evolutie van herhaalvoorschriften zonder consultatie

2.4.2.1. Vlaamse gegevens en onderzoek

In Vlaanderen is er tot op heden nog geen significant onderzoek uitgevoerd naar herhaalvoorschriften opgesteld buiten het directe arts-patiënt contact. Concrete gegevens over het aantal herhaalvoorschriften en de methoden waarop deze worden opgesteld, ontbreken.

In de ICHO thesis-databank zijn er echter twee masterproeven uit 2013 gevonden. Hoewel de studies waardevolle inzichten bieden, beperkt de kleinschaligheid ervan de mogelijkheid om de resultaten te generaliseren.

De eerste studie, uitgevoerd door Truijens J. (17), onderzocht aan de hand van registraties in een apotheek en een huisartsenpraktijk de omvang van het aantal herhaalvoorschriften die afgeleverd werden zonder consultatie en voor welk type medicatie dit gebeurde. Daarnaast werd via interviews met patiënten en artsen in twee praktijken de visie in verband met deze voorschrijfmethode onderzocht. Uit de resultaten bleek dat meer dan 70% van de patiënten minstens de helft van zijn/haar totale hoeveelheid voorschriften per jaar zonder consultatie kreeg. Anti-infectieuze medicatie, psychofarmaca en pijnstilling werden systematisch vaker voorgeschreven zonder consultatie dan met consultatie. Patiënten gaven aan tevreden te zijn over het systeem en wensten dit niet te veranderen. Artsen gaven aan dat het de werkdruk vermindert en/of dat ze er geen negatieve ervaringen mee gehad hebben. De redenen van patiënten om voorschriften te vragen zonder op consultatie te komen liepen uiteen. Sommige patiënten wilden consultaties vermijden om bepaalde problemen niet ter sprake te hoeven brengen zoals bij middelmisbruik of bij psychische/psychiatrische problemen. Anderen gaven aan geen toegevoegd nut te zien in een consultatie. Zo beschouwden sommigen hun lichamelijke toestand als stabiel of wilden ze enkel op consultatie komen bij ziekte. Jonge vrouwen die om een pilvoorschrift vroegen, zagen bijvoorbeeld geen toegevoegde waarde in een consultatie.

De tweede studie, uitgevoerd door Van Puymbroeck L. (18), onderzocht in het kader van een kwaliteit verbeterend praktijkproject in een huisartsenpraktijk de omvang en redenen van het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact. Gemiddeld werden er 2,2 herhaalvoorschriften per dag opgesteld zonder consultatie. Voornamelijk antihypertensiva (13,8%) en analgetica (13,8%) werden het meest zonder consultatie aangevraagd, gevolgd door anti-aggregantia (8,5%) en benzodiazepines (8,5%). De twee voornaamste redenen voor patiënten om niet op consultatie te komen, waren dat ze recent nog bij de arts waren geweest en dat de medicatie op was, of dat ze een consultatie niet nuttig vonden als ze zich niet ziek voelden.

2.4.2.2. Buitenlands onderzoek

Uit studies in andere landen waaronder Groot-Brittannië, Nederland en Finland blijkt er de voorbije decennia al een duidelijke toename van het aantal herhaalvoorschriften zonder een fysiek contact tussen arts en patiënt (9,10,14,19).

Al in 2001 bestond, volgens een Finse studie, 19% van alle voorschriften bij de huisarts uit herhaalvoorschriften zonder een consultatie. Dit percentage varieerde wel sterk in functie van het type medicatie. Zo werd slechts 2% van de herhaalvoorschriften voor antibiotica buiten een consultatie gemaakt in tegenstelling tot 57% van de herhaalvoorschriften voor antipsychotica. Bij oudere patiënten werden het vaakst herhaalvoorschriften zonder consultatie gemaakt en met name voor cardiovasculaire medicatie (zoals antihypertensiva) en psychotrope medicatie (waaronder hypnotica en sedativa) (14). Dit ligt in lijn met een Britse studie waar gastro-intestinale, cardiovasculaire geneesmiddelen voor het centraal zenuwstelsel het meest werden voorgeschreven zonder een consultatie. Van alle voorgeschreven geneesmiddelen bestond 64,5% uit herhaalvoorschriften zonder consultatie. Er viel wel een grote interpraktijkvariabiliteit op te merken (10). In een Nederlandse studie in 1997 was 41% van alle voorschriften gemaakt door huisartsen een herhaalvoorschrift zonder direct arts-patiënt contact. Ook hier stelde men vast dat er meer herhaalvoorschriften zonder consultatie gemaakt werden bij oudere patiënten. Er bleek ook een verband te zijn tussen type praktijk en het

aantal herhaalvoorschriften. Zo werden er minder herhaalvoorschriften zonder consultatie opgesteld in groepspraktijken en praktijken in stedelijk gebied. Bij huisartsen die al lang een praktijk hadden, zag men een hoger aantal herhaalvoorschriften (9). In een Franse studie naar het voorschrijfgedrag van Z-drugs, middelen verwant aan benzodiazepines, stelde men ook vast dat er significant meer ($p < 0,0001$) herhaalvoorschriften zonder consultatie werden afgeleverd bij huisartsen actief in landelijke gebieden, bij huisartsen met een groter patiëntenbestand, bij vrouwelijke en bij jongere huisartsen (20).

Een recentere Britse studie uit 2014 toonde aan dat van alle voorgeschreven geneesmiddelen 77% herhaalvoorschriften zijn. Bij 43% van de populatie werd minstens één herhaalgeneesmiddel per jaar voorgeschreven met een duidelijke toename bij oudere patiënten. De voorbije decennia is het aantal herhaalvoorschriften per patiënt ook toegenomen, op ongeveer 20 jaar tijd zelfs verdubbeld. Dit leidt tot een toenemende werklast in huisartsenpraktijken, een toenemende kost voor het gezondheidszorgsysteem en creëert risico's voor patiënten (19).

De Covid-19 pandemie heeft daarenboven ook tot een forse toename van de werkdruk in huisartsenpraktijken geleid door de vele telefonische aanvragen voor herhaalvoorschriften. Het gebruik van een systeem voor elektronisch herhaald voorschrijven, waarbij patiënten online herhaalvoorschriften kunnen aanvragen, in Engelse huisartsenpraktijken steeg van 7,2% naar 10,4% als gevolg van de Covid-19 pandemie (21). Het gebruik van een systeem voor elektronisch herhaald voorschrijven wordt aanbevolen door de NHS omwille van de efficiëntiewinst, het verhogen van de tevredenheid en zelfredzaamheid van patiënten, het verminderen van verspilling van geneesmiddelen en het zou veiliger zijn (22).

In een studie van Lillis S. et al. werd aan de hand van een digitale vragenlijst in 2018 onderzocht hoe Nieuw-Zeelandse huisartsen en praktijken omgaan met herhaalvoorschriften, wat hun meningen hierover zijn en of er praktijkrichtlijnen beschikbaar zijn. Herhaalvoorschriften kunnen er bij nagenoeg alle praktijken telefonisch worden aangevraagd, bij 63-97% van de praktijken (afhankelijk van de grootte van de praktijk) via een patiëntenportaal, bij ongeveer 50% via mail en bij minder dan 10% via sms. Bij het opstellen van herhaalvoorschriften werd in 35% van de praktijken de secretariaatsmedewerker betrokken. De meerderheid (70%) van de huisartsen (in opleiding) gaven aan dat ze, met uitzondering van orale contraceptiva, patiënten die chronisch medicatie nemen om de 6 maanden op consultatie willen zien (11).

2.4.3. Voordelen arts en patiënt

Er zijn verschillende redenen waarom huisartsen herhaalvoorschriften opstellen zonder een direct arts-patiënt contact. In de Nieuw-Zeelandse studie gaven huisartsen als voornaamste voordelen aan: het gemak voor de patiënt, tijdsefficiëntie voor de arts en de ondersteuning van therapietrouw bij patiënten (11).

Ook andere studies en richtlijnen wijzen aan dat deze voorschrijfmethode gemakkelijker is voor de patiënt en de werkdruk in praktijken verlaagt (12,13). Het wordt gezien als kosteneffectief en als een methode om de therapietrouw en zelfzorg van patiënten te bevorderen (11).

2.4.4. Risico's

Meerdere studies wijzen echter ook op de risico's en nadelen van het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact. Zo is er het risico op suboptimale therapie met mogelijk ernstig nadelige gezondheidsproblemen op lange termijn (9,10,12,14).

Onvoldoende therapienazicht kan leiden tot vermijdbare geneesmiddel gerelateerde problemen met negatieve gevolgen op de effectiviteit, veiligheid en kost van deze geneesmiddelen. Een Nederlandse review studie concludeert dat het opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie niet de adequate controle biedt die hierbij vereist is (12).

Concreet kan het opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie leiden tot: onder- en of overgebruik van geneesmiddelen, minder controle op de indicatie, grotere kans op interacties en het niet opmerken van bijwerkingen (9,12).

Dat het voorschrijven van geneesmiddelen zonder consultatie leidt tot een gebrek aan controle op het gebruik ervan door patiënten wordt met name problematisch bevonden bij herhaalvoorschriften voor benzodiazepines. Deze worden echter toch frequent voorgeschreven zonder een consultatie (14). Ook in de studie van Truijens J. bleek dat er een reëel risico is op overgebruik van medicatie. Verschillende patiënten gaven zelf toe soms te veel medicatie in te nemen bijvoorbeeld voor benzodiazepines, kortwerkende sympathicomimetica en pijnstillende medicatie (17).

Huisartsen lijken zich echter wel (deels) bewust te zijn van de risico's bij dit voorschrijfgedrag. Zo was in de Nieuw-Zeelandse studie van Lillis S. et al. voor huisartsen 'het welzijn van de patiënt' de voornaamste bezorgdheid bij herhaald voorschrijven zonder consultatie. Ze gaven aan bezorgd te zijn over het gebrek aan klinisch onderzoek en beoordeling, niet in staat te zijn zich te verzekeren dat de patiënt de behandeling begrijpt en dat er minder opportunistische interventies mogelijk zijn. Daarnaast zijn huisartsen er ook bezorgd over de medico-legale aansprakelijkheid bij herhaald voorschrijven zonder consultatie (11).

Om de risico's bij herhaald voorschrijven zonder consultatie te beperken werd in het Verenigd Koninkrijk een studie uitgevoerd waarbij er aan de hand van verschillende interventies per praktijk risico's werden geïdentificeerd en concrete verbeteringsmaatregelen werden geformuleerd. Deze interventies hielden in: workshops, een online geautomatiseerde monitoringstool en fysieke bezoeken van externe clinici aan de praktijken (23). Dit studiemodel behaalde goede resultaten in risicoreductie maar was wel tijds- en arbeidsintensief.

2.4.5. Richtlijnen

De voorbije jaren werden door huisartsenverenigingen in een aantal buurlanden richtlijnen en aanbevelingen geformuleerd. Zo stelde het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) in 2013 een voorbeeldprotocol op voor huisartsen 'Veilig voorschrijven van herhaalrecepten' en vernieuwde deze in 2022 (8). Ook de National Health Service (NHS) voorzag in 2016 de Britse huisartsen van een richtlijn omtrent het maken van herhaalvoorschriften (13). In België is er momenteel geen specifieke richtlijn over het opstellen van herhaalvoorschriften.

2.4.6. Rol van apothekers

Hoewel het tijdbesparend aspect een belangrijk argument is voor huisartsen om herhaalvoorschriften te maken zonder consultatie, is het niet altijd zeker of dit wel het geval is. Zo rapporteren huisartsen in een studie uit Engeland dat de toename van telefonische herhaalvoorschriften tot een toename van de werklast leidde in de praktijk. Meer dan één op drie van de huisartsenpraktijken die telefonische herhaalvoorschriften maakt, heeft er een specifieke telefoonlijn of belmomenten voor. Artsen omschrijven er de werklast van telefonische herhaalvoorschriften als hoog tot heel hoog. Om de werklast voor artsen te verlichten, wil de National Health Service (NHS) dat er een toenemende verantwoordelijkheid voor herhaalvoorschriften bij de apothekers komt (21).

Ook in België was er de voorbije jaren een toenemende rol weggelegd voor apothekers in de opvolging van chronische medicatie bij patiënten. Zo bestaat er sinds 2017 het systeem van huisapotheker waarbij er een soort contract tussen patiënt en apotheker wordt afgesloten. De apotheker engageert zich het medicatieschema van patiënten up-to-date houden en het toegankelijk te maken voor andere zorgverleners. Er wordt hiervoor een jaarlijks forfaitaire vergoeding van het RIZIV voorzien (24). Het onderzoeken van de impact van de rol van de apotheker op patiënten en huisartsen valt buiten de onderzoeksdoelstelling van deze studie.

3. Methodologie

3.1. Onderzoeksdesign

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek aan de hand van een online Nederlandstalige vragenlijst. De vragenlijst werd opgesteld in Qualtrics en werd verspreid onder huisartsen en huisartsen in opleiding actief in Vlaanderen en/of Brussel. Qualtrics is een online bevragingstool waarvoor de Universiteit Gent een licentie heeft afgesloten om te gebruiken in het kader van onderzoek door medewerkers en studenten.

Voor de onderzoeksdoelstellingen in deze studie bestaat geen gevalideerde vragenlijst. Er werd geopteerd om een vragenlijst op te stellen op basis van de primaire en secundaire onderzoeksdoelstellingen en deels te baseren op de vragenlijst gebruikt in de studie van Lillis S. et al. (11). Deze studie had een gelijkaardig studiedesign met een online vragenlijst die onder Nieuw-Zeelandse huisartsen (in opleiding) werd verspreid in 2018. (Zie 3.4.2.2 Buitenlandse studies)

Aan elke deelnemer werd bij aanvang van de enquête geïnformeerde toestemming (informed consent) gevraagd.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) met volgend referentie nummer: THE-2024-0041. (Zie Bijlage 3)

3.2. Opstellen van de vragenlijst

Hieronder wordt kort toegelicht hoe de vragenlijst tot stand kwam. De volledige vragenlijst wordt weergegeven in Bijlage 1.

1. **Demografische en algemene gegevens**
   Demografische gegevens (geslacht, leeftijd, provincie werkzaam), alsook het type praktijk (bv. solopraktijk) en ligging van de praktijk (stedelijk of landelijk) werden categorisch bevraagd om een beeld te krijgen over de samenstelling van de respondenten. Daarnaast werd ook gepolst naar het aantal patiëntencontacten en het aantal elektronische geneesmiddelvoorschriften omwille van de mogelijke impact op het aantal herhaalvoorschriften.
2. **Aantal herhaalvoorschriften vóór en na Covid-19**
   Eerst werd aan de respondenten gevraagd of ze reeds actief waren voor de Covid-19 pandemie, met name vóór 20/03/2020. Respondenten die hierop bevestigend antwoordden, werd gevraagd wat hun inschatting was m.b.t het gemiddeld aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie op een voltijdse werkdag. Aan alle respondenten werd gevraagd hoeveel aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie zij nu gemiddeld op een voltijdse werkdag schatten te ontvangen. Het geeft een beeld op het door

huisartsen gerapporteerde aantal herhaalvoorschriften zonder consultatie en op de perceptie van huisartsen omtrent de impact van de Covid-19 pandemie hierop.

3. **Methodes voor het aanvragen van herhaalvoorschriften**
   Deze vraag werd deels overgenomen uit de studie van Lillis S. et al. (11). Er werden enkele bijkomende antwoordopties toegevoegd zoals rechtstreeks contact met een secretariaatsmedewerker.
4. **Onderscheid tussen medicatieklassen**
   Om te onderzoeken of huisartsen een onderscheid maken tussen medicatieklassen, werden 22 gevarieerde medicatiegroepen weergegeven en dienden de respondenten volgens een Likertschaal (gaande van altijd tot nooit) aan te geven in welke mate ze die groep van medicatie herhaald zouden voorschrijven zonder consultatie.
5. **Mate van controle**
   Er werd aan respondenten gevraagd aan te geven, volgens een Likertschaal (gaande van altijd tot nooit), in welke mate zij bepaalde gegevens controleren bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie bv. datum van laatste consultatie. Deze vraag werd opgesteld op basis van de richtlijnen over herhaalvoorschriften in Groot Brittannië (25) en Nederland (8).
6. **Afspraken in de huisartsenpraktijk.**
   Er werd aan de respondenten gevraagd of er in de praktijk afspraken zijn gemaakt m.b.t. het opstellen van herhaalvoorschriften. Indien bevestigend werd geantwoord, werden bijkomende vragen gesteld die dieper ingingen op het type afspraken. Deze vragen werden gebaseerd op de vragenlijst gebruikt in de studie van Lillis S. et al. (11)
7. **Voordelen en risico's**
   Ook deze vragen werden gebaseerd op de vragenlijst gebruikt in de studie van Lillis S. et al. (11). Er werd aan respondenten gevraagd om de drie voornaamste redenen voor en tegen het opstellen van herhaalvoorschriften aan te duiden.
8. **Nood aan een richtlijn**
   Aan de hand van een Likertschaal (gaande van zeker wel tot zeker niet) konden respondenten aangeven in welke mate ze van een richtlijn over herhaalvoorschriften zouden gebruik maken.

3.3. Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie betreft huisartsen en huisartsen in opleiding actief in Vlaanderen en/of Brussel. Niet akkoord zijn met de 'informed consent' geldt als exclusiecriterium voor deelname.

Er werd via verschillende methodes getracht de onderzoekspopulatie te bereiken.

1. Er werd via Google gezocht naar huisartsen in de 5 Vlaamse provincies die een mailadres op hun website vermeldden. Vervolgens werd er naar 105 huisartsen een individuele mail verstuurd met oproep tot deelname en een link naar de online enquête.
2. Ook via de digitale nieuwsbrief van Domus Medica (op 21/03/2024) en via de digitale nieuwsbrief van Huisartsenkring Schelde-Leie (op 09/04/2024) werd een oproep verspreid tot deelname aan de studie.
3. Er werd via een bericht in de whatsapp-groep van huisartsen actief in De Pinte en Nazareth (n= 33) (op 22/02/2024) gevraagd om deel te nemen aan de studie.
4. Ook via een bericht in de facebook-groep van derdejaars huisartsen in opleiding aan de Universiteit Gent (n = 150) (op 19/03/2024) werd gevraagd om deel te nemen aan de studie.

De online enquête was beschikbaar van 22/02/2024 t.e.m. 27/04/2024.

3.4. Analysemethode

De antwoorden op de vragenlijst werden vanuit Qualtrics geëxporteerd naar het statistisch programma SPSS (versie 29). De kwantitatieve data werd hierin anoniem verwerkt. Tabellen en grafieken werden opgemaakt in Microsoft Excel.

De verzamelde gegevens werden hoofdzakelijk via descriptieve statistiek verwerkt. Om de resultaten visueel voor te stellen werd, waar zinvol geacht, gebruik gemaakt van frequentietabellen en staafdiagrammen. Alle weergegeven percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten dat de betreffende vraag heeft beantwoord, tenzij anders aangegeven. Percentages zijn afgerond tot gehele getallen. De resultaten van de vragen waarbij een Likertschaal gebruikt werd, zijn weergegeven aan de hand van een 100% gestapeld staafdiagram.

Bij een aantal vragen waren ook, optionele, vrije tekst modules. De antwoorden hierop zijn handmatig verwerkt. Na het verzamelen van de antwoorden zijn ze gegroepeerd en gecategoriseerd op basis van terugkerende woorden en onderwerpen. De gecategoriseerde onderwerpen zijn vervolgens in een tabel geplaatst met een weergave van de frequentie van de antwoorden. Er is steeds een representatieve voorbeeldzin vermeld om de categorie te illustreren.
Er werd geen gebruik gemaakt van een (geautomatiseerde) tekstverwerkingstool.

Naast de beschrijvende statistiek werden ook een aantal bijkomende statistische analyses uitgevoerd. Deze worden hieronder verder toegelicht. Het statistisch significantieniveau werd vastgelegd op 5% ($p < 0.05$).

Om te onderzoeken of er een significant verschil is in het, door huisartsen gerapporteerde, aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften per dag vóór en na de Covid-19 pandemie werd gebruik gemaakt van de gepaarde Wilcoxon test (Wilcoxon signed-rank test). Deze niet-parametrische test laat toe verschillen tussen twee gepaarde en ordinale gegevens te analyseren.

Om het verband tussen de ligging van de praktijk (landelijk of stedelijk) met het aantal door huisartsen gerapporteerde herhaalvoorschriften per dag te onderzoeken, werd een kruistabel opgesteld. De significantie analyse gebeurde aan de hand van de (Pearson) Chi-kwadraat test. De voorwaarden om deze test uit te voeren, zijn dat niet meer dan 20% van de verwachte frequenties in de cellen kleiner mag zijn dan 5 en dat er nergens een verwachte frequentie kleiner dan 1 mag zijn. Om aan deze voorwaarden te voldoen, werd het aantal categorieën van de variabele ‘aantal herhaalvoorschriften’ gereduceerd van 5 categorieën naar 3 categorieën. De categorieën ‘<1x/dag en 1-5x/dag’ werden samengevoegd tot ‘<6x/dag.’ En de categorieën ’10-15x/dag’ en ‘>15x/dag’ werden samengevoegd tot ‘>= 10x/dag.’ De categorie ‘5-10x/dag’ bleef behouden.

Om te onderzoeken of er een significant verband is tussen kenmerken van huisartsen, met name leeftijd, geslacht, type praktijk en aantal patiëntencontacten (onafhankelijke variabelen), en het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact (afhankelijke variabele), werd gebruik gemaakt van een ordinale logistische regressie analyse. Deze analysemethode laat toe om het verband met een ordinale afhankelijke variabele te onderzoeken. Ook hier werden categorieën van variabelen samengenomen om de betrouwbaarheid van de analyse te vergroten en het aantal nul frequenties te verkleinen. Zo werd de afhankelijke variabele ‘aantal herhaalvoorschriften’ zoals hierboven op dezelfde wijze beperkt tot 3 categorieën. Daarnaast werd de leeftijdsvariabele van 6

categorieën teruggebracht tot 3 categorieën met name ‘<35 jaar’; ’35-54 jaar’ en ’>54 jaar.’ Ook de variabele ‘aantal patiëntencontacten’ werd van 5 categorieën gereduceerd tot 3 categorieën: ‘<21’; ’21-30’ en ‘>30.’ Bij de categorie ‘praktijktype’ werd de categorie ‘Anders’ weggelaten omwille van de moeilijkheid om deze te interpreteren en het gebrek aan aantal respondenten die de optie had aangeduid.

4. Resultaten

4.1. Demografische gegevens

Er zijn 121 huisartsen en huisartsen in opleiding die de vragenlijst invulden, waarvan 114 respondenten (94%) de enquête volledig hebben doorlopen. Er zijn 83 vrouwen (70%) en 35 mannen (30%). Geen enkele respondent (0%) heeft bij geslacht de categorie 'Anders' aangeduid.

Er zijn deelnemers van alle leeftijdscategorieën. Een overzicht van de leeftijdsverdeling wordt weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1: Leeftijdsverdeling van de respondenten

Leeftijdscategorie	Aantal artsen	Percentage (%)
< 25 jaar	2	2%
25-34 jaar	64	54%
35-44 jaar	20	17%
45-54 jaar	11	9%
55-64 jaar	16	14%
≥ 65 jaar	5	4%
Totaal	**118**	**100%**

4.2. Ligging en type praktijk

Een meerderheid van de respondenten is actief in een groepspraktijk (met 3 of meer artsen) met name 69 artsen (58%), gevolgd door 22 artsen (18%) die solo werken, 12 artsen (10%) werken in een wijkgezondheidscentrum en nog 12 artsen (10%) in een duopraktijk. Slechts 3 respondenten (3%) geven aan in een ander type praktijk te werken, waarvan 2 actief zijn in een 'Medisch Huis' en 1 in een 'Netwerkpraktijk'.

Van de deelnemende huisartsen (in opleiding) zijn 84 artsen (71%) actief in Oost-Vlaanderen, 25 artsen (21%) in West-Vlaanderen, 4 artsen (3%) in Antwerpen, 3 artsen (3%) in Limburg, 1 arts (1%) in Brussel en 1 arts (1%) in Vlaams-Brabant.

De ligging van de praktijk is bij 60 respondenten (51%) in eerder stedelijk gebied en bij 58 respondenten (49%) in eerder landelijk gebied.

Een grote meerderheid van 86 deelnemers (73%) heeft in de praktijk een secretariaatsmedewerker. Nog 26 respondenten (22%) maken gebruik van een telesecretariaat.

4.3. Aantal patiëntencontacten

Meer dan de helft van de respondenten met name 62 artsen (53%) heeft tussen 21 en 30 patiëntencontacten (consultaties en huisbezoeken) per dag. Er zijn 42 artsen (36%) die tussen de 10 en 20 patiënten per dag zien, 9 artsen (8%) zien tussen de 31 en 40 patiënten per dag en 4 artsen (3%) zien meer dan 40 patiënten per dag. Slechts 1 arts (1%) heeft minder dan 10 patiëntencontacten per dag. Een overzicht van het aantal patiëntencontacten per dag wordt weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: Gemiddeld aantal patiëntencontacten (consultaties + huisbezoeken) op een voltijdse werkdag

Aantal patiëntencontacten per dag	Aantal artsen	Percentage (%)
< 10	1	1%
10-20	42	36%
21-30	62	53%
31-40	9	8%
> 40	4	3%
Totaal	**118**	**100%**

4.4. Aantal elektronische geneesmiddelvoorschriften

Van alle voorgeschreven geneesmiddelen schrijven 110 respondenten (93%) meer dan 80% elektronisch voor. Er zijn 3 artsen (3%) die tussen de 60 en 80% elektronisch voorschrijven, 1 arts (1%) tussen de 20 en 40% en nog 4 artsen (3%) minder dan 20%.

4.5. Aantal herhaalvoorschriften vóór en na Covid-19

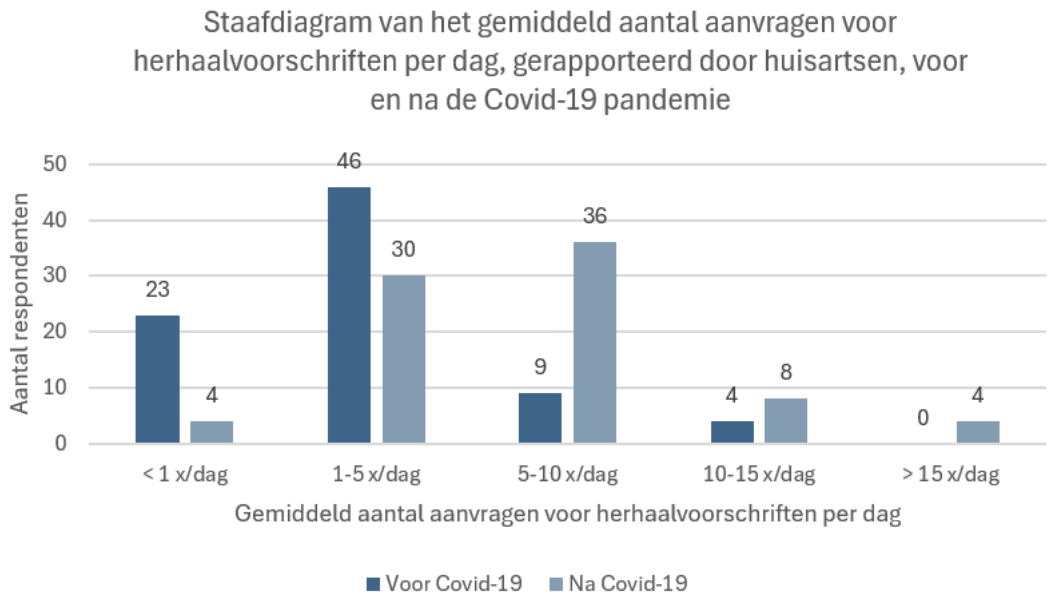
Er zijn 82 huisartsen (70%) die reeds actief waren als huisarts voor de Covid-19 pandemie, met name vóór 20/03/2020.

Aan de deelnemers die reeds actief waren als huisarts vóór de Covid-19 pandemie werd gevraagd hoeveel aanvragen voor herhaalvoorschriften zij inschatten toen gemiddeld te ontvangen op een voltijdse werkdag. Aan alle deelnemers werd gevraagd hoeveel aanvragen voor herhaalvoorschriften zij inschatten momenteel gemiddeld op een voltijdse werkdag te ontvangen. De resultaten worden weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3: Gemiddeld aantal aanvragen per dag voor herhaalvoorschriften zonder consultatie, gerapporteerd door huisartsen, voor en na de Covid-19 pandemie

Gemiddeld aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften per dag		Artsen die reeds actief waren voor Covid-19 pandemie		Alle artsen
		Voor Covid-19	Na Covid-19	Na Covid-19
<1x/dag	Aantal	23	4	7
	Percentage (%)	28%	5%	6%
1-5x/dag	Aantal	46	30	56
	Percentage (%)	56%	37%	48%
5-10x/dag	Aantal	9	36	40
	Percentage (%)	11%	44%	34%
10-15x/dag	Aantal	4	8	10
	Percentage (%)	5%	10%	9%
>15x/dag	Aantal	0	4	4
	Percentage (%)	0%	5%	3%
Totaal	**Aantal**	**82**	**82**	**117**
	Percentage (%)	**100%**	**100%**	**100%**

In Figuur 1 wordt in een gepaard staafdiagram een visuele vergelijking tussen het gerapporteerde aantal herhaalvoorschriften ‘voor’ en ‘na’ de Covid-19 pandemie weergegeven.



Figuur 1: Staafdiagram van het gemiddeld aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften per dag, gerapporteerd door huisartsen, voor en na de Covid-19 pandemie (n = 82)

Van de 82 respondenten, die reeds actief waren voor de Covid-19 pandemie, geven 56 artsen (68%) aan dat er een toename is van het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact ten opzicht van voor de pandemie. Bij 21 artsen (26%) is het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften gelijk gebleven. Bij 5 artsen (6%) is er een afname. De resultaten worden ook weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4: Verandering in aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact sinds de Covid-19 pandemie (n=82)

Verandering in aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften	Aantal artsen	Percentage (%)
Afname	5	6%
Geen verschil	21	26%
Toename	56	68%
Totaal	**82**	**100%**

De meeste artsen ervaren dus een toename van het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften sinds de Covid-19 pandemie. Om te onderzoeken of er een significant verschil is, wordt de Wilcoxon-signed rank test uitgevoerd. De analyse toont dat er een significante toename is na de Covid-19 pandemie van het door huisartsen gerapporteerde aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie ten opzichte van voor de Covid-19 pandemie ($Z = 6{,}299$; $p < 0{,}001$).

Om te onderzoeken of er een significant verband is tussen de ligging van de praktijk (eerder landelijk of eerder stedelijk) en het aantal herhaalvoorschriften per dag, volgens huisartsen, wordt een kruistabel opgesteld. Zie Tabel 5.

Tabel 5: Kruistabel van de ligging van de praktijk en het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie (n=117)

Praktijkligging	Aantal herhaalvoorschriften			**Totaal**
	<5x/dag	5-10x/dag	>10x/dag	
Eerder stedelijk gebied	35	18	6	**59**
Eerder landelijk gebied	28	22	8	**58**
Totaal	**63**	**40**	**14**	**117**

De Pearson Chi-kwadraat test geeft een waarde van 1,455 met 2 vrijheidsgraden, wat resulteert in een p-waarde van 0,483. De Chi-kwadraat test toont dus aan dat er geen significant verschil is tussen eerder landelijke praktijken en eerder stedelijke praktijken wat betreft het door huisartsen gerapporteerde aantal herhaalvoorschriften ($p > 0,05$).

Er wordt een ordinale logistische regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken of er een significant verband is tussen kenmerken van huisartsen, met name leeftijd, geslacht, type praktijk en aantal patiëntencontacten (onafhankelijke variabelen), en het huidig aantal geschatte aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact (afhankelijke variabele). Om te beoordelen of deze statistische analyse geschikt is voor de data worden een aantal 'model fit' indicatoren gebruikt. Deze worden automatisch berekend in SPSS.

- -2 Log Likelihood

  Het resultaat van de test is significant ($p < 0,001$), wat aantoont dat het model met de voorspellende variabelen een significant betere fit heeft dan het model zonder voorspellers.
- Goodness-of-Fit Test
  - Pearson Chi-kwadraat: 71,790 met 62 vrijheidsgraden; $p = 0,185$
  - Deviance Chi-kwadraat: 68,319 met 62 vrijheidsgraden; $p = 0,271$

  Beide testen zijn niet significant ($p > 0,05$), wat suggereert dat het model goed past bij de data.
- Pseudo R-kwadraat Waarden
  - Cox and Snell: 0,225
  - Nagelkerke: 0,266
  - McFadden: 0,136

  Deze waarden geven aan hoeveel van de variantie in de afhankelijke variabele kan worden verklaard door de onafhankelijke variabelen opgenomen in het model. De waarden zijn hier relatief laag, wat betekent dat de onafhankelijke variabelen slechts deels de variantie in de afhankelijke variabele kunnen verklaren.

Na het uitvoeren van de ordinale regressie analyse bekomt men onderstaande tabel. (Tabel 6)

Tabel 6: Resultaat van de ordinale regressie analyse uitgevoerd in SPSS, met als afhankelijke variabele 'gemiddeld aantal herhaalvoorschriften per dag' en als onafhankelijke variabelen: 'geslacht', 'leeftijd' en 'praktijktype'.

Predictoren	Geschat	Stand. error	Wald	df	**Sig.**	95% betrouwbaarheids-interval	
Drempelwaarden						Ondergrens	Bovengrens
Herh. VS < 6x/dag (1)	-3,167	1,16	7,451	1	0,006	-5,441	-0,893
Herh. VS 5-10x/dag (2)	-0,815	1,124	0,525	1	0,469	-3,018	1,388
Locatieparameters							
Praktijktype: solo (1)	-1,364	0,836	2,662	1	0,103	-3,003	0,275
Praktijktype: duo (2)	-0,627	0,909	0,476	1	0,49	-2,408	1,154
Praktijktype: groep (3)	-1,211	0,707	2,937	1	0,087	-2,595	0,174
Praktijktype: WGC (4)	0a*	.	.	0	.	.	.
Leeftijd < 35 jaar (1)	-0,88	0,628	1,965	1	0,161	-2,11	0,35
Leeftijd 35-54 jaar (2)	-0,021	0,636	0,001	1	0,974	-1,268	1,226
Leeftijd > 54 jaar (3)	0a*	.	.	0	.	.	.
Geslacht: man (1)	-0,322	0,501	0,412	1	0,521	-1,304	0,661
Geslacht: vrouw (2)	0a*	.	.	0	.	.	.
Pt-contacten <21 (1)	-2,935	0,758	14,994	1	**<,001**	-4,42	-1,449
Pt-contacten 21-30 (2)	-1,306	0,632	4,268	1	**0,039**	-2,544	-0,067
Pt-contacten > 30 (3)	0a*	.	.	0	.	.	.

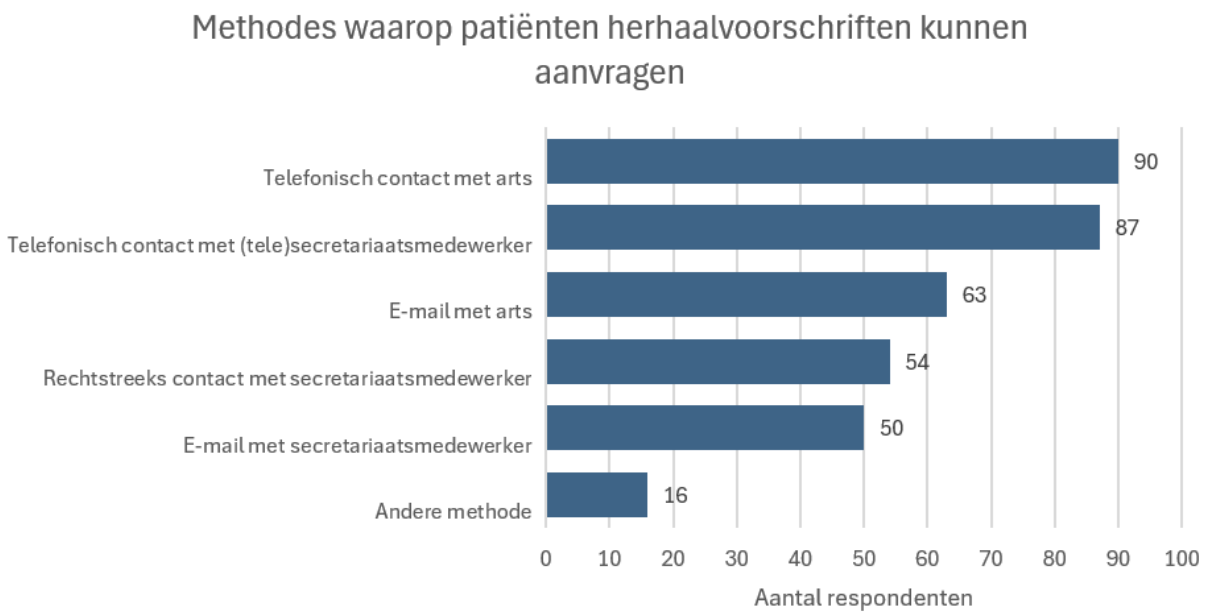
*0a = referentiecategorie

De analyse toont aan dat huisartsen die gemiddeld minder dan 21 patiëntencontacten per dag hebben ($p < 0,001$) en huisartsen die gemiddeld tussen de 21 en 30 patiëntencontacten per dag hebben ($p = 0,039$), significant minder aanvragen voor herhaalvoorschriften per dag rapporteren, in vergelijking met huisartsen die gemiddeld meer dan 30 patiëntencontacten per dag hebben. Er is dus een significant verband tussen het gemiddeld aantal patiëntencontacten per dag en het gemiddeld aantal gerapporteerde aanvragen voor herhaalvoorschriften per dag.

Er is geen significante invloed van de variabelen geslacht, leeftijd en praktijktype op het aantal gerapporteerde herhaalvoorschriften.

4.6. Methodes voor het aanvragen van herhaalvoorschriften

Bij 90 respondenten (77%) kunnen herhaalvoorschriften rechtstreeks telefonisch bij de arts worden aangevraagd, bij 87 respondenten (74%) via telefonisch contact met een secretariaatsmedewerker, bij 63 respondenten (54%) via mail met de arts, bij 54 respondenten (46%) via rechtstreeks (fysiek in de praktijk) contact met een secretariaatsmedewerker, bij 50 respondenten (43%) via e-mail met secretariaatsmedewerker en bij 16 respondenten (14%) (ook) via een andere methode. In de vrije tekst module geven 5 artsen aan dat herhaalvoorschriften ook worden aangevraagd via een familielid die op consultatie komt. Bij 3 artsen komen ook via whatsapp aanvragen voor herhaalvoorschriften binnen. Nog 2 artsen geven aan dat patiënten via een tool op de praktijkwebsite aanvragen voor herhaalvoorschriften kunnen doen. Een overzicht van de frequentieverdeling is opgenomen in Figuur 2.



Figuur 2: Staafgrafiek van de methodes waarop patiënten herhaalvoorschriften kunnen aanvragen (n=117)

Indien de aanvraag voor een herhaalvoorschrift niet rechtstreeks via een arts verloopt, is er bij 21 respondenten (18%) meestal tot altijd nadien nog contact tussen de patiënt en een arts. Bij 46 respondenten (39%) is er nadien soms nog contact tussen de patiënt en een arts en bij 29 respondenten (25%) zelden tot nooit. Bij 21 deelnemers (18%) is de vraag voor hen niet van toepassing. De concrete frequentieverdeling per antwoordoptie wordt weergegeven in Tabel 7.

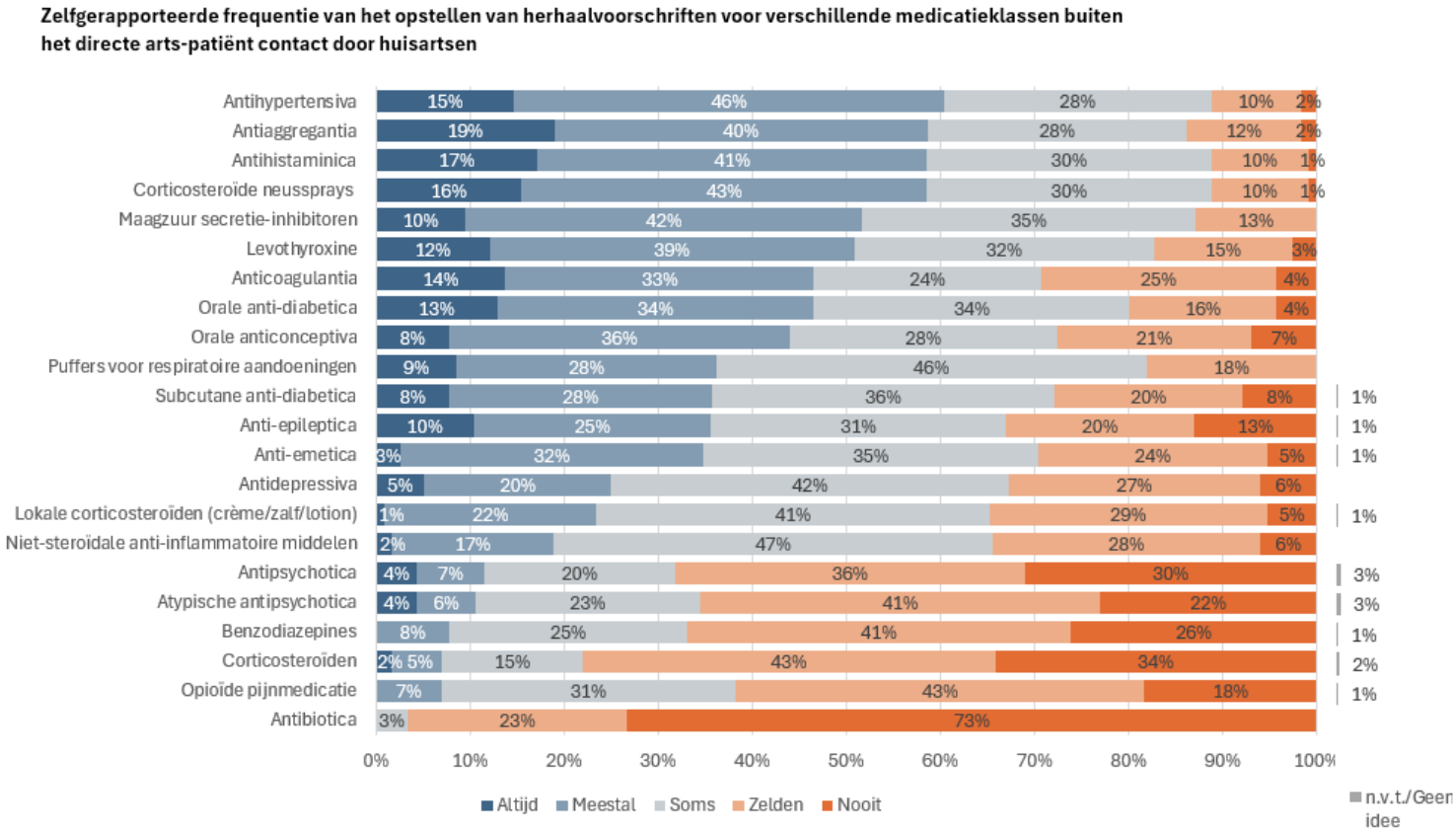
Tabel 7: Mate waarin er nog contact is (bv. telefonisch) met een arts indien de aanvraag voor een herhaalvoorschrift niet rechtstreeks via een arts verloopt (n=117)

Nog contact met arts?	Aantal respondenten	Percentage (%)
Altijd	4	3%
Meestal	17	15%
Soms	46	39%
Zelden	27	23%
Nooit	2	2%
Niet van toepassing	21	18%
Totaal	**117**	**100%**

4.7. Onderscheid tussen medicatieklassen

In dit deel van het onderzoek wordt nagegaan of huisartsen een onderscheid maken tussen verschillende medicatieklassen bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact. De deelnemers aan de vragenlijst konden voor 22 verschillende medicatieklassen aangeven in welke mate ze een herhaalvoorschrift zouden opstellen buiten de consultatie, variërend van altijd tot nooit. Er werd aangegeven dat het een patiënt betrof die bij het laatste onderzoek goed onder controle was.

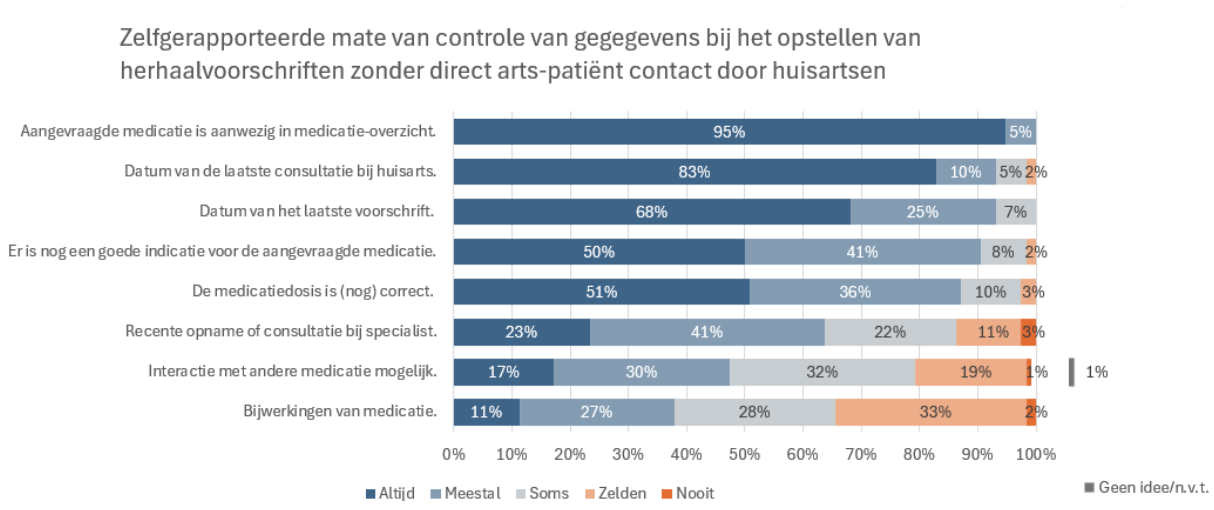
De resultaten worden procentueel, en gerangschikt volgens afnemende mate van voorschrijven, weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3: Gestapeld staafdiagram van de mate waarin respondenten aangeven herhaalvoorschriften op te stellen buiten een direct arts-patiënt contact voor verschillende medicatieklassen (n=116)

4.8. Mate van controle

Er werd aan de respondenten gevraagd aan te geven in welke mate ze bepaalde gegevens controleren bij het opstellen van herhaalvoorschriften buiten een consultatie of huisbezoek, gaande van altijd tot nooit. De resultaten hiervan worden procentueel, en gerangschikt volgens afnemende mate van controle, weergegeven in Figuur 4.



Figuur 4: Gestapeld staafdiagram van de mate waarin respondenten aangeven gegevens te controleren bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact (n=116)

4.9. Afspraken in de huisartsenpraktijk

Bij 95 huisartsen (82%) zijn er afspraken gemaakt in de praktijk (tussen artsen, secretariaatsmedewerkers, etc.) in verband met het opstellen van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact. Indien er afspraken zijn gemaakt binnen de praktijk worden die bij 46 artsen (50%) schriftelijk gecommuniceerd.

Bij 48 artsen (52%) zijn de afspraken gewijzigd sinds de Covid-19 pandemie. Bij 19 artsen (20%) zijn de afspraken niet gewijzigd sinds de Covid-19 pandemie en nog 26 artsen (28%) hebben aangegeven niet te weten of de afspraken zijn gewijzigd. Zie ook Tabel 8.

Tabel 8: Afspraken in de huisartsenpraktijk over herhaalvoorschriften gewijzigd sinds de Covid-19 pandemie

Afspraken gewijzigd sinds Covid-19	Aantal artsen	Percentage (%)
Gewijzigd	48	52%
Ongewijzigd	19	20%
Geen idee	26	28%
Totaal	**93**	**100**%

Aan de huisartsen, bij wie er afspraken zijn gemaakt binnen de praktijk, werd ook gevraagd wat de afspraken zijn met betrekking tot welke arts herhaalvoorschriften mag opstellen zonder direct arts-patiënt contact. Bij 34 artsen (37%) mag elke arts voor een patiënt in de praktijk een herhaalvoorschrift maken. Er zijn 20 artsen (22%) bij wie iedere arts enkel voor de eigen (GMD-houder) patiënten herhaalvoorschriften mag opstellen. Bij 10 artsen (11%) zijn er geen afspraken gemaakt over welke arts herhaalvoorschriften mag opstellen. Nog 2 artsen (2%) geven aan dat elke dag één arts alle herhaalvoorschriften van die dag maakt. Bij 27 artsen (29%) zijn er nog andere afspraken over herhaalvoorschriften. Een overzicht wordt weergegeven in Tabel 9.

Bij 28 artsen (30%) mag de praktijkassistent, verpleegkundige of secretariaatsmedewerker, in bepaalde gevallen, een herhaalvoorschrift maken. Bij 57 artsen (61%) is dit niet toegelaten en bij 8 artsen (9%) was de vraag niet van toepassing.

Tabel 9: Afspraken over wie herhaalvoorschriften mag opstellen

Afspraken over wie herhaalvoorschriften mag opstellen	Aantal artsen	Percentage (%)
Elke arts voor elke patiënt	34	37%
Iedere arts voor eigen patiënten (GMD-houder)	20	22%
Geen afspraken hierover	10	11%
Iedere dag één arts alle voorschriften	2	2%
Andere afspraken (vrije tekst)	27	29%
Totaal	**93**	**100%**

Bij de optie ‘Anders’ kon een vrije tekst genoteerd worden. De antwoorden hierop zijn gegroepeerd in een aantal categorieën. Zo worden bij 9 artsen herhaalvoorschriften bij voorkeur door de vaste huisarts/GMD-houder opgesteld, maar bij afwezigheid of uitzondering kan dit ook door collega-huisartsen gedaan worden. Nog 6 respondenten zijn solo-arts. Er zijn 5 artsen die geen herhaalvoorschriften (meer) opstellen zonder consultatie. Bij 2 artsen worden de aanvragen voor

herhaalvoorschriften eerst nagekeken en klaargezet door de secretariaatsmedewerker of verpleegkundige en nadien nog goedgekeurd door een arts. Bij nog 5 respondenten wordt het antwoord gecategoriseerd als onduidelijk of niet van toepassing op de vraag. Een overzicht van de vrije-tekst antwoorden met een representatief voorbeeldantwoord is opgenomen in Tabel 10. In Bijlage 4 worden alle vrije tekst antwoorden weergegeven.

Tabel 10: Thema's uit de vrije tekst antwoorden i.v.m. de afspraken over wie herhaalvoorschriften mag opstellen

Thema	Aantal artsen	Voorbeeld van antwoord
Voorkeur vaste huisarts/GMD-houder	9	"Bij voorkeur de gmd houder maar dit is niet absoluut"
Solo-arts	6	"Niet van toepassing (solo-arts !)"
Geen herhaalvoorschriften zonder consultatie	5	"sinds enkele maanden geen voorschriften meer zonder consult, tenzij bij uitzonderingen die telefonisch met een arts worden besproken"
Secretariaatsmedewerker of verpleegkundige bereidt herhaalvoorschriften voor	2	"Onze medicatieaanvragen gaan via verpleegkundige; zij kijken dossier na (wanneer laatste bloedname [sic], laatste consult, preventieve onderzoeken in orde, ...). Als alles ok, krijgt arts taak om vs op te laden. Als niet ok; consult bij VPK of art [sic], afhankelijk wat er niet in orde is"
Antwoord onduidelijk of niet van toepassing op de vraag	5	"Haio past toe wat PO bepaalt" "De patiënt moet zich houden aan de gemaakte afspraken rond herhaalconsulten"

In een volgend deel werden de respondenten bevraagd over welke andere afspraken er zijn gemaakt binnen de praktijk met betrekking tot het maken van herhaalvoorschriften. Bij 64 respondenten (69%) zijn er afspraken over op welke wijze herhaalvoorschriften kunnen aangevraagd worden door patiënten bv. telefonisch en/of via mail, via secretariaatsmedewerker, etc. Bij 48 respondenten (52%) zijn er afspraken over specifieke medicatie of medicatieklassen die, in bepaalde omstandigheden, wel of niet kunnen voorgeschreven worden buiten het directe arts-patiënt contact. Bij 43 respondenten (46%) zijn er afspraken over ziekte-gerelateerde geschiktheidscriteria die een herhaalvoorschrift zonder direct arts-patiënt contact kunnen rechtvaardigen zoals bv. stabiele chronische aandoeningen. Bij 41 respondenten (44%) zijn er afspraken over het aantal herhaalvoorschriften die per patiënt mogen worden gemaakt zonder een consultatie. Nog 34 respondenten (37%) geven aan dat er afspraken zijn over het vereiste medicatie nazicht bv. wat er zeker moet gecontroleerd worden om de effectiviteit en veiligheid van medicatie te waarborgen. Bij 32 respondenten (34%) zijn er afspraken over patiënt-gerelateerde geschiktheidscriteria die een herhaalvoorschriften zonder direct art-patiënt contact kunnen rechtvaardigen zoals bv. naleving behandelplannen. Bij 21 artsen (23%) zijn er nog andere afspraken gemaakt in de praktijk. Een overzicht van de frequentieverdeling van de gemaakte afspraken wordt weergegeven in Tabel 11.

De antwoorden in de vrije tekst module bij de antwoordoptie 'Andere afspraken' werden gegroepeerd en gecategoriseerd zoals beschreven in de methodologie. Zo zijn er bij 11 artsen afspraken over het tijdsinterval waarin de patiënt op consultatie moet komen. Bij 3 artsen geldt 3 maanden als maximum periode om een voorschrift zonder consultatie te maken en bij 2 artsen ligt de maximum periode op 6 maanden. Nog 3 artsen geven aan dat het een individuele verantwoordelijkheid is van de voorschrijvende arts om te bepalen of een voorschrift kan opgesteld worden. Bij 2 artsen hangt het van de individuele patiënt af of een voorschrift kan opgesteld worden. Nog één arts specifieert over welke medicatieklassen er afspraken zijn. Nog één arts geeft aan geen voorschriften meer te maken zonder consultatie. Bij 3 respondenten wordt het antwoord gecategoriseerd als onduidelijk of niet van toepassing op de vraag. De resultaten zijn ook weergegeven in Tabel 12. In Bijlage 4 worden alle vrije tekst antwoorden weergegeven.

Tabel 11: Afspraken over herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Afspraken over herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact	Aantal respondenten	Percentage (%)
Wijze van aanvragen	64	69%
Specifieke medicatie/ medicatie-klassen	48	52%
Ziekte-gerelateerde geschiktheidscriteria	43	46%
Aantal herhaalvoorschriften	41	44%
Vereiste medicatie-nazicht	34	37%
Patiënt-gerelateerde geschiktheidscriteria	32	34%
Andere afspraken	21	23%

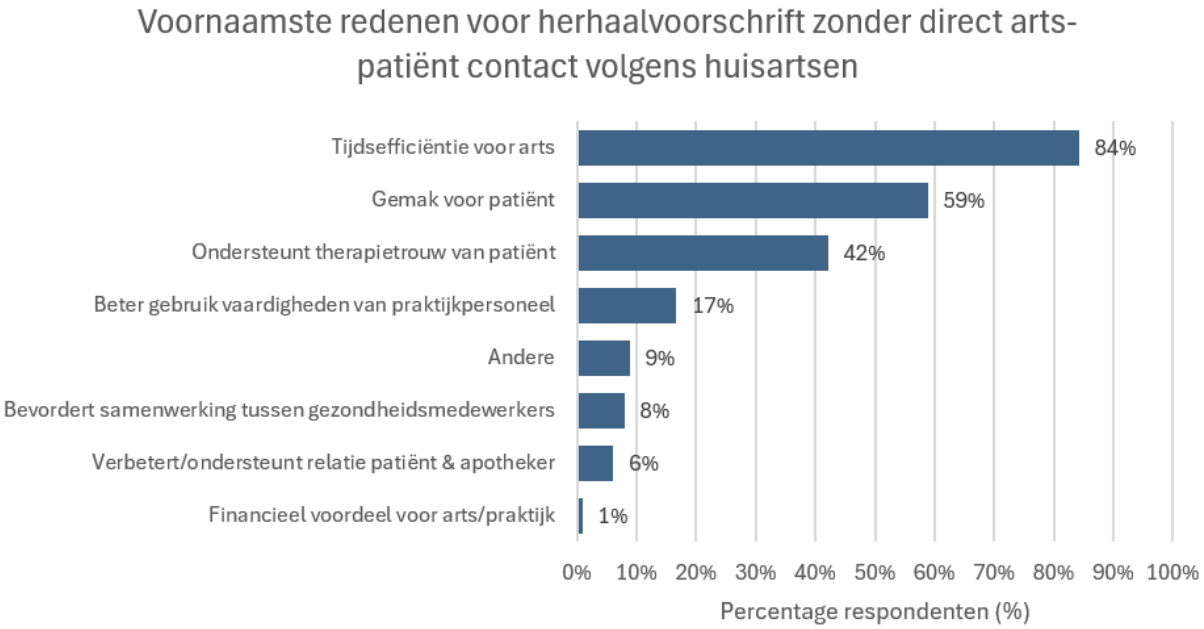
Tabel 12: Thema's uit de vrije tekst antwoorden 'Andere afspraken' i.v.m. de afspraken over het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Thema van de afspraken	Aantal artsen	Voorbeeld van antwoord
Tijdsinterval voor consultatie	11	"Afspraak dat dit maximaal binnen de 6 maanden kan. Indien langer geleden dan wordt een consult aanbevolen/medicatie wordt niet meer verlengd zonder afspraak."
Individuele verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts	3	"iedereen bepaalt zelf of het verantwoord is een vs te schrijven zonder pt contact en er wordt dan soms genoteerd indien voor de volgende x een fysiek contact nodig is"
Hangt van individuele patiënt af	2	"veel van die afspraken zijn ook afspraken op maat d.i. per patiënt"
Medicatieklassen	1	"Pilvoorschrift, benzo's zijn voorbeelden van medicatie die vrijwel nooit zonder consultatie voorgeschreven worden"
Geen voorschriften zonder consultatie	1	"We proberen geen voorschriften meer te maken zonder consultatie en tijdens consultatie voldoende mee te geven"
Antwoord onduidelijk of niet van toepassing op de vraag	3	"Dat we checken of de patiënt recht heeft op die medicatie en het nodig heeft, is vanzelfsprekend. Verder is dit obv gezond verstand"

4.10. Redenen voor en tegen herhaalvoorschriften zonder consult

Er werd in de enquête ook aan de respondenten gevraagd om aan te geven wat hun voornaamste redenen zijn voor het al dan niet opstellen van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact. Respondenten konden meerdere antwoorden aanduiden, maar maximaal 3. Er was ook een antwoordoptie 'andere reden' voorzien met een vrije tekst module.

De resultaten van de voornaamste redenen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie worden weergegeven in Figuur 5.



Figuur 5: Voornaamste redenen voor het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact volgens respondenten (n=114), weergegeven in percentage (%)

De antwoorden in de vrije tekst module bij de antwoordoptie 'Andere reden' voor herhaalvoorschrift zonder consultatie werden gegroepeerd en gecategoriseerd zoals beschreven in de methodologie. Ze worden weergegeven in Tabel 13. In Bijlage 4 worden alle vrije tekst antwoorden weergegeven.

Tabel 13: Thema's uit de vrije tekst antwoorden ‘Andere reden’ i.v.m. de redenen voor het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Thema van de redenen **voor** herhaalvoorschriften	Aantal artsen	Voorbeeld van antwoord
Vergeten medicatie tijdens consult	3	“Binnen een bepaalde termijn na het laatste contact. Als de patiënt een vs is vergeten vragen binnen de 2 weken voor het telefonisch contact bevordert dit de efficiëntie en blijf je toch veilig”
Voorschrift in afwachting van consult	2	“Patiënten merken soms te laat dat ze geen medicatie meer hebben. Ze kunnen niet altijd dezelfde dag fysiek gezien worden dus dan is het maken van een herhaalrecept handig.”
Moeite met weigeren	1	“Moeilijk om dit te weigeren/ patiënten aanvaarden weigering moeilijk”
Tijdsefficiëntie voor patiënt	1	“Tijdsefficiëntie voor de patiënt”
Onduidelijk antwoord of niet van toepassing op de vraag	3	“Praktische regels ivm tijd”

De resultaten van de voornaamste redenen tegen herhaalvoorschriften zonder consultatie worden weergegeven in Figuur 6.



Figuur 6: Voornaamste redenen tegen het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact volgens respondenten (n=114), weergegeven in percentage (%)

De antwoorden in de vrije tekst module bij de antwoordoptie ‘Andere reden’ tegen herhaalvoorschrift zonder consultatie werden gegroepeerd en gecategoriseerd zoals beschreven in de methodologie. Ze worden weergegeven in Tabel 14. Zie Bijlage 4 voor alle vrije tekst antwoorden.

Tabel 14: Thema's uit de vrije tekst antwoorden 'Andere reden' i.v.m. de redenen tegen het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Thema van de redenen **tegen** herhaalvoorschriften	Aantal artsen	Voorbeeld van antwoord
Gedragsverandering van patiënten/normalisatie telefonische aanvragen	2	"gedrag van patiënten verandert: ze hebben niet meer de reflex om op controle alle medicatie voor de komende 3 maanden te vragen, kijken dit op voorhand niet na en bellen dan meerdere keren tussendoor telkens er een doosje leeg is. Dit geeft mogelijks op termijn meer versnipperd voorkomende vragen voor herhaalvoorschriften."
Te groot tijdsinterval tussen consultaties	2	"Fysiek contact te lang geleden"
Risico op verslaving	1	"patiënten met risico op verslaving krijgen geen herhaalrecepten zonder consult"
Gebrek aan respect voor (verantwoordelijkheid van) arts	1	"Net minder goed voor therapietrouw. Een voorschrift is niet als een boodschappenlijstje maar vereist een verantwoordelijkheid. Respect die de arts verdient voor die verantwoordelijkheid.."
Onduidelijkheid over medicatie	1	"Als er onduidelijkheid is waarvoor het genomen moet worden."
Onduidelijk antwoord of niet van toepassing op de vraag	0	/

4.11. Nood aan een richtlijn

In de vragenlijst werd ook gevraagd aan de respondenten in welke mate ze zouden gebruik maken van een Belgische of Vlaamse richtlijn omtrent het maken van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact. De resultaten worden weergegeven in Tabel 15.

Tabel 15: Mate waarin huisartsen aangeven gebruik te maken van een Vlaamse/Belgische richtlijn omtrent het maken van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact

Mate van gebruik van richtlijn	Aantal artsen	Percentage (%)
Zeker wel	24	31%
Eerder wel	56	49%
Neutraal	19	17%
Eerder niet	7	6%
Zeker niet	1	1%
Geen idee	7	6%
Totaal	**114**	**100%**

Uit de resultaten blijkt dat 80 artsen (70%) eerder wel tot zeker wel gebruik zou maken van een richtlijn. Een neutrale houding wordt door 19 artsen (17%) aangenomen. Er waren 8 artsen (7%) die eerder niet tot zeker niet gebruik zouden maken van een richtlijn. Nog 7 artsen (6%) geven aan geen idee te hebben of ze van een richtlijn zouden gebruik maken.

5. Discussie

5.1. Samenvatting resultaten

De studie toont aan dat er een significante toename is ($p < 0.001$) sinds de Covid-19 pandemie van het, door huisartsen gerapporteerde, aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact.

De voornaamste methodes voor patiënten om herhaalvoorschriften aan te vragen zijn via telefonisch contact met arts (77%) of secretariaatsmedewerker (74%), gevolgd door e-mail met arts (54%). Huisartsen geven aan een onderscheid te maken tussen medicatieklassen bij het al dan niet opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie. Zo geven ze aan deze het vaakst op te stellen voor antihypertensiva, antiaggregantia, antihistaminica, corticosteroïde neussprays en maagzuur secretie-inhibitoren en het minst vaak voor (atypische) antipsychotica, benzodiazepines, corticosteroïden, opioïde pijnmedicatie en antibiotica.

Bij een grote meerderheid van de huisartsen (82%) zijn er binnen de praktijk afspraken gemaakt over het opstellen van herhaalvoorschriften.

De voornaamste redenen voor huisartsen om herhaalvoorschriften op te stellen zonder consultatie zijn: tijdsefficiëntie voor arts (84%), gemak voor de patiënt (59%) en ondersteuning van de therapietrouw (42%). De voornaamste nadelen zijn volgens huisartsen het gebrek aan klinisch onderzoek en beoordeling (81%), risico op over- en/of ondergebruik van medicatie (59%) en minder mogelijkheid om de behandeling uit te leggen (55%).

Een meerderheid van de respondenten (70%) geeft aan eerder wel tot zeker wel gebruik te zullen maken van een richtlijn.

5.2. Interpretatie resultaten

5.2.1. Impact Covid-19 pandemie

Huisartsen ervaren een toename van het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften sinds de Covid-19 pandemie. Het is echter belangrijk om te benadrukken dat deze bevindingen gebaseerd zijn op percepties van huisartsen, verzameld via een vragenlijst, en niet op objectieve metingen. Dit betekent dat er op basis van deze studie dus geen uitspraken kunnen worden gedaan over het werkelijk aantal herhaalvoorschriften dat zonder consultatie wordt opgesteld, noch over de werkelijke omvang van de toename sinds de Covid-19 pandemie.

Opmerkelijk is dat 21 respondenten (26%) aangeven dat het aantal herhaalvoorschriften gelijk is gebleven, terwijl 5 respondenten (6%) zelfs een afname melden sinds de Covid-19 pandemie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat sommige huisartsen sinds de pandemie ervoor kiezen om geen herhaalvoorschriften meer op te stellen zonder consultatie. Dit vermelden enkele respondenten namelijk in de vrije tekst modules van de vragenlijst. Het is echter ook mogelijk dat er nog andere redenen zijn voor een afname, aangezien niet alle artsen die een afname rapporteerden aanvullende informatie hebben gegeven.

5.2.2. Impact demografische kenmerken

In de studie van Rat C. et al. (20) en Dijkers F.W. (9) werd vastgesteld dat er vaker herhaalvoorschriften werden opgesteld zonder consultatie in landelijk gelegen praktijken dan in stedelijk gelegen praktijken. Er is in deze studie echter geen significant verschil gevonden tussen landelijk en stedelijk gelegen praktijken wat betreft het, door huisartsen gerapporteerde, aantal herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact.

Ook andere factoren zoals het geslacht en de leeftijd van de huisartsen, evenals het praktijktype, bleken geen significante invloed te hebben op het aantal herhaalvoorschriften zonder consultatie.

Wat wel een significante invloed had, was het gemiddeld dagelijks aantal patiëntencontacten. Hoe meer patiënten een arts per dag ziet, hoe meer aanvragen voor herhaalvoorschriften werden gerapporteerd. Toch moet er ook rekening gehouden worden met de beperking van het statistisch model, ordinale logistische regressie. De pseudo R-waarden zijn relatief laag, wat erop wijst dat de onafhankelijke variabelen slechts voor een beperkte mate de verschillen in de afhankelijke variabele verklaren, met andere woorden: er zijn mogelijk andere factoren die het aantal herhaalvoorschriften beïnvloeden en die niet zijn opgenomen in deze test.

Volgens Britse studies zijn de voornaamste factoren die invloed hebben op de variatie in voorschrijfgedrag van artsen afhankelijk van de patiëntenpopulatie en met name van de leeftijd- en socio-economische samenstelling ervan (26,27). Ook de studie van Rat. C. et al. haalde patiëntenfactoren aan die invloed hebben op het al dan niet opstellen van herhaalvoorschriften van Z-drugs zonder consultatie. Patiënten met een lagere socio-economische status ontvingen minder vaak herhaalvoorschriften zonder consultatie. Daarnaast was het aantal herhaalvoorschriften zonder consultatie hoger bij oudere patiënten, maar nam dit terug af bij patiënten ouder dan 65 jaar (20).

Ook in deze studie kwam naar voren dat patiëntenkenmerken een impact hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Zo gaf ongeveer een derde van de huisartsen aan dat zij praktijkafspraken hebben gemaakt over patiëntspecifieke factoren, zoals het naleven van behandelplannen, die het opstellen van een herhaalvoorschrift zonder consultatie kunnen rechtvaardigen.

5.2.3. Type medicatie

Huisartsen maken onderscheid tussen medicatieklassen wanneer ze herhaalvoorschriften opstellen zonder consultatie. Zo geven ze aan deze het vaakst op te stellen voor antihypertensiva, antiaggregantia, antihistaminica, corticosteroïde neussprays en maagzuur secretie-inhibitoren. Daarentegen geven ze aan deze het minst vaak op te stellen voor (atypische) antipsychotica, benzodiazepines, corticosteroïden, opioïde pijnmedicatie en antibiotica.

Deze bevindingen sluiten gedeeltelijk aan bij eerdere studies, waarin cardiovasculaire en gastro-intestinale geneesmiddelen het vaakst zonder consultatie werden voorgeschreven (10,18). In sommige studies werd ook geconstateerd dat veel herhaalvoorschriften zonder consultatie werden opgesteld voor geneesmiddelen voor het centraal zenuwstelsel/psychotropica (10,14). Dit komt overeen met de bevindingen van de studie van Van Puymbroeck waarin eveneens werd opgemerkt dat benzodiazepines regelmatig zonder consultatie werden voorgeschreven (18). Er lijkt dus een zekere discrepantie te zijn tussen de perceptie van huisartsen en hun daadwerkelijke voorschrijfgedrag.

Hoewel de meeste huisartsen in deze studie aangeven meestal niet tot nooit herhaalvoorschriften op te stellen zonder consultatie voor benzodiazepines en opioïde pijnmedicatie, valt wel op te merken dat ongeveer één op drie zegt dit soms tot meestal wel te doen. Dit is toch opvallend, gezien net deze medicatieklassen risico's inhouden zoals overgebruik en misbruik (9,10,14,20).

5.2.4. Praktijkafspraken

Bij 95 respondenten (82%) zijn er binnen de praktijk afspraken gemaakt over het opstellen van herhaalvoorschriften. Deze afspraken betreffen hoofdzakelijk de wijze waarop patiënten

herhaalvoorschriften kunnen aanvragen (69%), specifieke medicatieklassen (52%) en ziekte-gerelateerde geschiktheidscriteria, zoals stabiele chronische aandoeningen, die een herhaalvoorschrift kunnen rechtvaardigen (46%). Daarnaast gaven 11 huisartsen in de vrije tekstmodule aan dat ze afspraken hebben over het tijdsinterval voor consultaties.

De richtlijnen van zowel de NHS als de NHG bevelen aan dat alle praktijken een schriftelijke richtlijn opstellen voor het afhandelen van herhaalvoorschriften zonder consultatie (8,13). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt echter dat, van de huisartsen die hierover in de praktijk afspraken hebben gemaakt, slechts de helft deze schriftelijk communiceert.

Het is cruciaal dat naast het opstellen van een praktijkrichtlijn, ook alle betrokken medewerkers voldoende getraind worden in hun rol en verantwoordelijkheid bij dit proces (13). Uit de studie van Lillis S. et al. blijkt echter dat slechts ongeveer de helft van de huisartsen in opleiding op de hoogte waren van het praktijkbeleid rondom herhaalvoorschriften (11).

5.2.5. Controle bij opstellen herhaalvoorschrift

Huisartsen geven aan bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie voornamelijk te controleren of de aangevraagde medicatie aanwezig is in het medicatie-overzicht, wat de datum van de laatste consultatie bij de huisarts is en wat de datum van het laatste voorschrift is. Opvallend weinig geven ze aan te controleren op interacties of bijwerkingen en op een recente opname of consultatie bij de specialist. Deze resultaten bevestigen opnieuw dat bijwerkingen en interacties van medicatie één van de risico's vormen bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact.

In een Britse studie werd vastgesteld dat veel huisartsen moeilijkheden ervaren bij het lezen en interpreteren van medicatieveranderingen op ontslagbrieven en werd dit als een hoog veiligheidsrisico beschouwd (23). Dat veel artsen in deze studie aangeven hierop niet te controleren is dus evenzeer als een hoog veiligheidsrisico te beschouwen in de Vlaamse huisartsenpraktijken.

Het valt ook op te merken dat 28 respondenten (30%) aangeven dat de praktijkassistent, verpleegkundige of secretariaatsmedewerker, in bepaalde gevallen, een herhaalvoorschrift mag maken. Nochtans hebben alleen artsen de bevoegdheid om een geneesmiddelvoorschrift op te stellen (28). Dit werd ook vastgesteld in de Britse studie waar in ongeveer 10% van de praktijken verpleegkundigen nieuwe medicatie konden genereren, aanpassingen konden doen aan medicatie op eigen initiatief, of het systeem konden overrulen nog voor dit aan de arts werd voorgelegd ter goedkeuring. Ook dit werd geclassificeerd als een hoog veiligheidsrisico (23).

5.2.6. Voordelen en nadelen

De voornaamste redenen voor huisartsen om herhaalvoorschriften op te stellen zonder consultatie zijn: tijdsefficiëntie voor arts (84%), gemak voor de patiënt (59%) en ondersteuning van de therapietrouw (42%). Dit ligt volledig in lijn met de resultaten van de studie van Lillis S. et al. waarbij de meeste Nieuw-Zeelandse huisartsen dezelfde drie argumenten aangaven als voordelen van herhaalvoorschriften zonder consultatie (11).

De voornaamste nadelen zijn volgens huisartsen het gebrek aan klinisch onderzoek en beoordeling (81%), risico op over- en/of ondergebruik van medicatie (59%) en minder mogelijkheid om de behandeling uit te leggen (55%). Dit komt deels overeen met de studie van Lillis S. et al. waar huisartsen ook aangaven bezorgd te zijn over het gebrek aan klinisch onderzoek en het niet ervoor kunnen zorgen

dat de patiënt de behandeling begrijpt. Velen gaven echter ook aan bezorgd te zijn over de verminderde mogelijkheid tot opportunistische interventies (79%) en de medico-legale aansprakelijkheid (60%) (11). In deze studie vormden deze zaken niet één van de voornaamste nadelen van huisartsen. Een nuancering hierbij is dat respondenten in deze vragenlijst slechts maximaal drie antwoorden konden aanduiden omdat er werd gepolst naar de voornaamste redenen en niet alle redenen. Het is dus wel mogelijk dat huisartsen ook de andere zaken een nadeel vinden, maar niet één van de voornaamste.

5.3. Studiedesign

5.3.1. Zwakke punten

- De studie heeft een relatief kleine steekproef (n = 121). Er zijn 13 570 huisartsen en huisartsen in opleiding in Vlaanderen en Brussel (op 31/12/2023) volgens de planningscommissie van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieurond (29). Op basis van deze cijfers is de steekproef 0.9% van de totale doelpopulatie. Al moet dit met enige nuance bekeken worden. Het betreft hier namelijk cijfers van de FOD over het aantal beroepsbeoefenaars gemachtigd om het beroep uit te oefenen, en is dus geen exacte weergave van het aantal effectief actieve huisartsen.
- Er werd actief opgeroepen om deel te nemen aan de studie en er zou bij dit proces sprake kunnen zijn van een selectie-bias. Respondenten werden namelijk niet willekeurig uit de doelpopulatie geselecteerd. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat sommige respondenten hebben deelgenomen aan de studie omdat ze reeds geïnteresseerd waren in het onderwerp, al praktijkrichtlijnen rond herhaalvoorschriften hadden of de indruk hadden dat er sinds de Covid-19 pandemie een toename is van het aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder consultatie.
- Er werd geen gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst, wat de kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten kan beïnvloeden.
  Zo werd bijvoorbeeld in de vraag ‘Wat zijn de afspraken over welke arts herhaalvoorschriften mag maken zonder direct arts-patiënt contact?’ geen optie ‘niet van toepassing’ voorzien. Er zijn zes artsen die ‘andere afspraken’ hebben aangeduid en hierbij invulden solo-arts te zijn en/of dat de vraag voor hen niet van toepassing is. De andere solo-artsen hebben gevarieerde antwoorden gegeven, wat de resultaten enigszins verstoort.
- De resultaten van de studie zijn geen objectieve meting van het aantal herhaalvoorschriften die zonder consultatie worden opgesteld of voor welke geneesmiddelen dit het vaakst gebeurt. Daarnaast zou er, wat betreft de inschatting van huisartsen over het gemiddeld aantal herhaalvoorschriften vóór de Covid-19 pandemie, sprake kunnen zijn van een recall-bias. De doelstelling van de studie was echter ook eerder gericht op de perceptie van huisartsen dan over het effectief aantal herhaalvoorschriften.
- Er werd in deze studie niet gepeild bij de respondenten naar de impact en het belang van verschillende patiëntenkenmerken op de mate van het al dan niet opstellen van herhaalvoorschriften. Nochtans tonen studies aan dat patiëntenkenmerken zoals socio-economische status en leeftijd van patiënten een belangrijke impact hebben op de mate van herhaald voorschrijven zonder consultatie bij huisartsen (20,26,27).

5.3.2. Sterke punten

- Er is nog maar weinig onderzoek verricht naar het opstellen van herhaalvoorschriften afgeleverd buiten het directe arts-patiënt contact in Vlaanderen en België. Deze studie biedt een recent inzicht op de omvang, aanpak en visie van Vlaamse huisartsen hierbij.
- Hoewel het een eerder kleine steekproef betreft, is deze wel als vrij representatief te beschouwen. De Belgische huisartsenpopulatie bestaat uit ongeveer evenveel mannen (52%) als vrouwen (48%) en ongeveer 45% van de huisartsen is ouder dan 55 jaar (30,31). In deze studie zijn er meer vrouwelijke (70%) dan mannelijke respondenten (30%). Verder is de respondentengroep ook gevoelig jonger, met name iets meer dan de helft is jonger dan 35 jaar en ongeveer 20% is 55 jaar of ouder. Er zijn wel respondenten van alle leeftijdscategorieën. Er waren ook veel huisartsen (70%) reeds actief voor de Covid-19 pandemie wat impliceert dat het aandeel respondenten die nog huisarts in opleiding zijn, vrij beperkt is. Er is ook een goede verdeling van het type en de ligging van de praktijk. Enkel bij de provincieverdeling blijkt dat Oost-Vlaanderen (71%) en West-Vlaanderen (21%) oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van de andere provincies.
- De onderzoeksmethode met een online vragenlijst creëert kwantitatieve data. Het laat toe om deze data te vergelijken met de gegevens uit andere studies en in het bijzonder met de studie van Lillis S. et al. die een gelijkaardig onderzoek heeft uitgevoerd bij Nieuw-Zeelandse huisartsen.

5.4. Implicaties praktijk

Heel wat huisartsen (82%) geven aan binnen de praktijk al afspraken te hebben gemaakt in verband met herhaalvoorschriften zonder direct-arts patiënt contact. Gezien de risico's die gepaard gaan met dit voorschrijfgedrag, zou het ook voor de huisartsen die momenteel nog geen afspraken hebben gemaakt binnen de praktijk zinvol zijn hierrond praktijkrichtlijnen op te stellen. Daarnaast is er ook in de praktijken waar al afspraken zijn, nog ruimte voor verbetering. Zo zijn er bij minder dan de helft van de respondenten afspraken over het type medicatie en het aantal herhaalvoorschriften die per patiënt kunnen worden afgeleverd zonder consultatie. Over het vereiste medicatienazicht heeft slechts ongeveer één op de drie huisartsen afspraken gemaakt.

Hoewel de NHG en de NHS richtlijnen hebben die toegepast zijn op de Nederlandse en Engelse gezondheidszorgcontext, kunnen er toch bepaalde elementen overgenomen worden in Vlaamse praktijkafspraken of richtlijnen. Zo worden er aanbevelingen geformuleerd over het tijdsinterval waarbinnen patiënten met bepaalde chronische ziektes en chronische medicatie best op controle komen. Er wordt ook geadviseerd welke zaken dienen gecontroleerd te worden bij het opstellen van herhaalvoorschriften, etc. … Veel van deze elementen zijn vrij universeel voor huisartspraktijken in ontwikkelde landen.

De afspraken binnen praktijken zouden in het bijzonder ook betrekking moeten hebben op het type medicatie. In deze studie bleek ongeveer één op drie van de huisartsen soms tot meestal in te gaan op aanvragen voor herhaalvoorschriften van benzodiazepines en opioïde pijnmedicatie. Eerdere studies wezen reeds op het risico van misbruik en overgebruik van deze geneesmiddelen, en met name bij het herhaald voorschrijven ervan zonder consultatie (14,20).

5.5. Verder onderzoek

De onderzoeksresultaten in deze studie geven een zicht op de perceptie van huisartsen. Om te achterhalen wat het werkelijk gemiddeld aantal aanvragen voor herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact is, en voor welk type medicatie dit gebeurt, zou men een ander studiemodel moeten gebruiken. Zo zou men bijvoorbeeld kunnen gebruik maken van gegevens uit elektronische medische dossiers, op voorwaarde dat er hierin een correcte en uniforme registratie gebeurt.

De resultaten in deze studie wijzen op een breed draagvlak onder huisartsen voor een Vlaamse/Belgische richtlijn omtrent het maken van herhaalvoorschriften buiten direct arts-patiënt contact. Via verder (kwalitatief) onderzoek zou men kunnen achterhalen wat huisartsen precies verwachten van deze richtlijn. Voor het opstellen hiervan zou bijvoorbeeld Domus Medica een rol kunnen spelen.

Naast het opstellen van een richtlijn, is er ook verder onderzoek nodig naar andere methodes om de zorg te verbeteren en veiliger herhaalvoorschriften zonder consultatie op te stellen. Zo werd in een studie in Groot-Brittannië via verschillende interventies voor verschillende praktijken risico's geïdentificeerd en concrete verbeteringsmaatregelen geformuleerd. Hoewel dit tijds- en arbeidsintensief was, legde het wel belangrijke risico's in praktijken bloot en werden er concrete verbeteringen aangebracht die leidden tot een lager risico op fouten (23). Ook in België zou men een gelijkaardig onderzoek kunnen op poten zetten die verder in kaart brengt wat hier de grootste valkuilen en risico's in huisartsenpraktijken zijn. Zo kan beter ingeschat worden waar praktijk verbeterprojecten en intervisies op kunnen focussen om veiliger herhaald voor te schrijven.

In Groot-Brittannië is er een toenemende rol voor de apotheker weggelegd in de opvolging van chronische medicatie, onder andere om de werkdruk voor huisartsen te verminderen (21). Ook in België werd in 2017 een initiatief geïntroduceerd door de Federale Overheid met de invoering van het concept 'huisapotheker.' De huisapotheker is verantwoordelijk voor het beheren van het farmaceutisch dossier van de patiënt en ontvangt hiervoor een vergoeding. Hoe vaak hiervan wordt gebruik gemaakt, welke impact dit heeft en of de rol van de apotheker in België nog verder zal toenemen, vormt een onderwerp voor toekomstig onderzoek.

6. Conclusie

Herhaalvoorschriften opstellen zonder direct arts-patiënt contact is, net als bij huisartsen in andere ontwikkelde landen, ook bij Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding een veelgebruikte methode om geneesmiddelen voor te schrijven. De Covid-19 pandemie lijkt een blijvende impact te hebben op zowel de omvang als de omgang van huisartsen hiermee.

Deze studie toont dat, hoewel huisartsen deze voorschrijfmethode gebruiken en nuttig vinden voor zowel arts als patiënt, ze zich ook bewust zijn van de risico's die hiermee gepaard gaan. Veel praktijken hebben al eigen praktijkafspraken, maar toch lijkt er nog een hoge nood aan een overkoepelende richtlijn rond het opstellen van herhaalvoorschriften. Verder onderzoek zou hierop kunnen inpikken en aanzet geven tot het ontwikkelen van een richtlijn toegepast op de Vlaamse of Belgische eerste lijn. Daarnaast moet verder in kaart worden gebracht wat in Vlaamse huisartsenpraktijken de voornaamste valkuilen zijn bij herhaald voorschrijven zonder consultatie.

Het is opvallend dat nog relatief veel huisartsen in deze studie aangeven regelmatig herhaalvoorschriften op te stellen zonder consultatie voor benzodiazepines en opioïde pijnmedicatie. Toekomstig onderzoek, praktijk verbeterprojecten en beleidsmaatregelen zouden, gezien de risico's van deze medicatiegroepen, hier in het bijzonder aandacht voor moeten hebben. Ook in de mate van controle door huisartsen, bij het opstellen van herhaalvoorschriften zonder consultatie, is er nog ruimte voor verbetering.

7. Referenties

1. Domus Medica. Onze missie [Internet]. 2018 [geciteerd 11 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/onze-missie

2. Brassey J, Mahtani K. Catalogue of Bias Collaboration, Spencer EA. 2017 [geciteerd 11 augustus 2024]. Recall bias - Catalog of Bias. Beschikbaar op: https://catalogofbias.org/biases/recall-bias/

3. Recip-e - Een platform voor elektronische voorschriften [Internet]. [geciteerd 11 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://recip-e.be/nl/

4. Nunan D, Bankhead C, Aronson JK. Catalogue of Bias Collaboration. 2017 [geciteerd 11 augustus 2024]. Selection bias - Catalog of Bias. Beschikbaar op: https://catalogofbias.org/biases/selection-bias/

5. Pardon Paul, Facon Pedro, De Cock Jo, De Cuyper Xavier. Gezamenlijke brief_Maatregelen gezondheidszorgverstrekkers_NL. 16 april 2020;

6. Goesaert E, Van Hoof J, Kool E. Teleconsultatie bij de huisarts. Domus Medica. 2020;

7. Meeussen C. De Standaard. 2023 [geciteerd 11 augustus 2024]. Sinds corona boomt de digitale dokter: we bellen vooral graag. Beschikbaar op: https://www.standaard.be/cnt/dmf20231015_96408995

8. NHG. Voorbeeldprotocol Veilig voorschrijven van herhaalrecepten. https://www.nhg.org/ [Internet]. 2022 [geciteerd 11 augustus 2024]; Beschikbaar op: https://www.nhg.org/thema/farmacotherapie/voorbeeldprotocol-veilig-voorschrijven-van-herhaalrecepten/

9. Dijkers FW. Repeat prescriptions. A study in general practice in the Netherlands. 1997;

10. Connolly JP, Mcgavock H. Repeat Prescribing: Which Diagnoses Which Drugs. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2000;8(9(4):305-11).

11. Lillis S, MacKlin N, Thorn M, Wicks E, Good K, Lack L, e.a. Repeat prescribing safety survey. J Prim Health Care. 1 september 2019;11(3):243–8.

12. De Smet PAGM, Dautzenberg M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. Drugs [Internet]. 2004 [geciteerd 11 augustus 2024];64(16):1779–800. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15301562/

13. NHS. Repeat Prescribing Guidelines. Medication Review Guidance V1 SCCG adapted from: Sandwell and West Birmingham CCG. 2021;

14. Saastamoinen L, Enlund H, Klaukka T. Repeat prescribing in primary care: a prescription study. Pharm World Sci. oktober 2008;30(5):605–9.

15. Nationale Raad Orde der artsen. a148006. 2015 [geciteerd 11 augustus 2024]. Ordomedic | Artsen en digitale media. Beschikbaar op: https://ordomedic.be/nl/adviezen/telematica/informatica/artsen-en-digitale-media

16. Geneesmiddelen verplicht elektronisch voorschrijven | RIZIV [Internet]. [geciteerd 11 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-voorschrijven/geneesmiddelen-verplicht-elektronisch-voorschrijven

17. Truijens J. Bestuderen van voorschriften afgeleverd buiten het arts-patiëntcontact. ICHO Thesisdatabank - Masterproef huisartsgeneeskunde. 2013;

18. Van Puymbroeck Lorijn. Het bestuderen van voorschriften geleverd buiten het arts-patiëntencontact. ICHO thesisdatabank. 2013;

19. Petty DR, Zermansky AG, Alldred DP. The scale of repeat prescribing – time for an update. BMC Health Serv Res. 19 februari 2014;14:76.

20. Rat C, Werner EL, Pivette J, Senand R, Nguyen JM. Hypnotic prescription without face to face contact: A report from French family medicine. European Journal of General Practice. september 2013;19(3):158–61.

21. Sharma R, Javid FA. The impact of COVID-19 on electronic repeat dispensing (eRD) in general practice. J Pharm Policy Pract [Internet]. 1 december 2023 [geciteerd 12 augustus 2024];16(1). Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37198700/

22. NHS England. Why do it? Patient Online-encouraging patients to order repeat prescriptions online. 2017 [geciteerd 12 augustus 2024]; Beschikbaar op: www.england.nhs.uk/patient-online

23. Price J, Man SL, Bartlett S, Taylor K, Dinwoodie M, Bowie P. Repeat prescribing of medications: A system-centred risk management model for primary care organisations. J Eval Clin Pract. 1 augustus 2017;23(4):779.

24. RIZIV. Chronisch zieken: Gepersonaliseerde follow-up door een huisapotheker | RIZIV [Internet]. [geciteerd 12 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://www.inami.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/gepersonaliseerde-follow-up-door-een-huisapotheker

25. General Medical Councal (GMC). Good practice in prescribing and managing medicines and devices. [geciteerd 10 augustus 2024]. Repeat prescribing and prescribing with repeats - professional standards. Beschikbaar op: https://www.gmc-uk.org/professional-standards/professional-standards-for-doctors/good-practice-in-prescribing-and-managing-medicines-and-devices/repeat-prescribing-and-prescribing-with-repeats

26. Rice N, Dixon P, Lloyd DCEF, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. BMJ : British Medical Journal [Internet]. 1 januari 2000 [geciteerd 10 augustus 2024];320(7230):284. Beschikbaar op: /pmc/articles/PMC27276/

27. Roberts SJ, Harris CM. Age, sex, and temporary resident originated prescribing units (ASTRO-PUs): new weightings for analysing prescribing of general practices in England. BMJ : British Medical Journal [Internet]. 8 augustus 1993 [geciteerd 10 augustus 2024];307(6902):485. Beschikbaar op: /pmc/articles/PMC1678776/?report=abstract

28. Een geneesmiddel voorschrijven voor een niet-gehospitaliseerde patiënt (in ambulante zorg) | RIZIV [Internet]. [geciteerd 11 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-voorschrijven

29. Planningscommissie van de FOD Volksgezondheid V van de V en L. HWF STATAN 2023 (detailstatistieken) [Internet]. 2023 [geciteerd 12 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2023-detailstatistieken

30. STATBEL. Professionals in health care | Statbel [Internet]. 2020 [geciteerd 13 augustus 2024]. Beschikbaar op: https://statbel.fgov.be/en/themes/datalab/professionals-health-care#news

31. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Maertens Noordhout C DE, Obyn C, e.a. PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM: RAPPORT 2024. [geciteerd 13 augustus 2024]; Beschikbaar op: www.kce.fgov.be

8. Bijlages

Bijlage 1: Vragenlijst

Beste collega,

U wordt gevraagd om deze online vragenlijst in te vullen.

Via deze vragenlijst wordt onderzocht of er bij Vlaamse huisartsen een toename is van het aantal herhaalvoorschriften voor chronische medicatie gemaakt buiten het directe arts-patiëntcontact in vergelijking met vóór de Covid-19 pandemie. Daarnaast wordt ook bekeken hoe huisartsen en praktijken omgaan met herhaalvoorschriften zonder consultatie/huisbezoek en of er nood is aan een Vlaamse/Belgische richtlijn.

De studie kadert binnen mijn masterproef tot het behalen van de graad Master in de Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent en staat onder supervisie van Prof. Dr. De Sutter An.

De vragenlijst invullen duurt ongeveer 10-15 minuten.

Bij vragen of opmerkingen over de enquête of studie kan u contact opnemen via: joachim.deschuijmer@ugent.be

Alvast bedankt voor uw deelname.

Joachim De Schuijmer

Om deel te kunnen nemen aan de studie dient u het onderstaande document van geïnformeerde toestemming (Informed Consect Form – ICF) te lezen en goed te keuren.

Beschikbaar via volgende link: Document geïnformeerde toestemming.

Ik bevestig dat ik het formulier 'geïnformeerde toestemming' (ICF) heb gelezen en hiermee akkoord ga om deel te kunnen nemen aan de studie: Ja/Nee

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

1. Wat is uw geslacht?
   A. Man
   B. Vrouw
   C. Anders

2. Wat is uw leeftijd?
   A. < 25 jaar
   B. 25-34 jaar
   C. 35-44 jaar
   D. 45-54 jaar
   E. 55-64 jaar
   F. 65 jaar of ouder

3. Hoeveel jaar ervaring heeft u als huisarts?
   A. Minder dan 5 jaar
   B. 5-10 jaar
   C. 11-15 jaar
   D. 16-20 jaar
   E. Meer dan 20 jaar

4. In welk type praktijk werkt u?

a. Solopraktijk
b. Duopraktijk
c. Groepspraktijk (3 of meer artsen)
d. Wijkgezondheidscentrum
e. Anders: specifieer:_____

5. Is er in uw praktijk een secretariaatsmedewerker werkzaam (fysiek aanwezig)?
    a. Ja
    b. Nee
6. Maakt uw praktijk gebruik van een telesecretariaat?
    a. Ja
    b. Nee
7. In welke provincie ligt uw praktijk?
    a. Antwerpen
    b. Brussel
    c. Limburg
    d. Oost-Vlaanderen
    e. Vlaams-Brabant
    f. West-Vlaanderen
8. Wat is de beste omschrijving van de ligging van uw praktijk?
    a. Eerder stedelijk gebied
    b. Eerder landelijk gebied
9. Hoeveel patiëntencontacten (consultaties + huisbezoeken) heeft u gemiddeld per dag?
    a. Minder dan 10
    b. 10-20
    c. 21-30
    d. 31-40
    e. >40

- Hoe groot is het percentage van het totale aantal voorgeschreven geneesmiddelen dat u elektronisch via Recip-E verstuurd?
    A. <20%
    B. 20-40%
    C. 40-60%
    D. 60-80%
    E. >80%

HERHAALVOORSCHRIFTEN BUITEN HET DIRECTE ARTS-PATIENT CONTACT

Volgende vragen gaan over het maken van herhaalvoorschriften voor geneesmiddelen die een patiënt eerder al genomen heeft (chronisch, intermittent of indien nodig) buiten de context van een consultatie of huisbezoek.

- Was u reeds werkzaam als huisarts of huisarts-in-opleiding (haio) vóór de Covid-19 pandemie, m.n. voor 20 maart 2020?
    - Ja -> naar vraag 10 + 11
    - Nee -> naar vraag 11

10. Hoe vaak kreeg u **VOOR** 20 maart 2020 (start van de Covid-19 lockdown), op een voltijdse werkdag, gemiddeld de vraag van patiënten tot het maken van herhaalvoorschriften zonder consultatie/huisbezoek?

a. <1x/dag
b. 1-5x/dag
c. 5-10x/dag
d. 10-15x/dag
e. >15x/dag

11. Hoe vaak krijgt u **NU**, op een voltijdse werkdag, gemiddeld de vraag van patiënten tot het maken van herhaalvoorschriften zonder consultatie/huisbezoek?
    a. <1x/dag
    b. 1-5x/dag
    c. 5-10x/dag
    d. 10-15x/dag
    e. >15x/dag

12. Op welke wijze vragen patiënten herhaalvoorschriften aan?
    Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
    a. Tijdens consultatie en/of huisbezoek met arts
    b. Telefonisch contact met arts
    c. E-mail met arts
    d. Rechtstreeks (fysiek in de praktijk) contact met secretariaatsmedewerker
    e. Telefonisch contact met (tele)secretariaatsmedewerker
    f. E-mail met (tele)secretariaatsmedewerker
    g. Anders: specifieer: …

13. Indien de aanvraag voor een herhaalvoorschrift niet rechtstreeks via een arts verloopt. Is er nadien nog contact tussen de patiënt en een arts (bv. telefonisch).
    a. Altijd
    b. Meestal
    c. Soms
    d. Meestal niet
    e. Nooit
    f. Niet van toepassing

14. Hieronder vindt u een lijst van medicatie die chronisch kan genomen worden. We gaan ervan uit dat de patiënt bij het laatste onderzoek medisch goed onder controle was. Welke van onderstaande klassen schrijft u (wanneer de patiënt erom vraagt) buiten een consultatie of huisbezoek?

Antihypertensiva	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Antiaggregantia (vb. Acetylsalicylzuur, Clopidogrel)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Anticoagulantia bv. vit K-antagonisten, directe orale anticoagulantia (DOAC)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt

Anti-emetica (bv. Domperidone)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Maag-zuur secretie-inhibitoren bv. protonpompinhibitoren (PPI)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Corticosteroïden (bv. methylprednisolon)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Levothyroxine	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Orale anticonceptie	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Benzodiazepines	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Orale anti-diabetica	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Subcutane anti-diabetica	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Antidepressiva	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Opioïde-pijnmedicatie (bv. Tramadol)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID's)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Antipsychotica (bv. Haloperidol)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Atypische antipsychotica (bv. Risperdon)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Antibiotica	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Puffers voor respiratoire aandoeningen	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Lokale corticosteroïden (crème/zalf/lotion)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Antihistaminica	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Corticosteroïde neussprays (bv. Mometason)	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Anti-epileptica	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt

15. In welke mate kijkt u onderstaande gegevens na bij het maken van herhaalvoorschriften buiten een direct arts-patiënt contact (buiten een consultatie/huisbezoek)?

Ik controleer in het medisch dossier of de aangevraagde medicatie aanwezig is in het medicatie-overzicht.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer of er bij de patiënt nog een goede indicatiestelling is voor de aangevraagde medicatie.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer of de medicatiedosis (nog) correct is.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer wanneer het laatste voorschrift gemaakt is.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer wanneer de patiënt het laatst op consultatie geweest is.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer of er bij de patiënt een mogelijke interactie kan zijn met andere medicatie?	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer of er bij de patiënt mogelijk bijwerkingen zijn.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt
Ik controleer of de patiënt recent opgenomen werd of op consultatie geweest is bij een specialist.	Altijd	Meestal	Soms	Meestal niet	Nooit	Geen idee/nvt

16. Zijn er binnen de praktijk (tussen artsen, secretariaatsmedewerkers, etc) bepaalde afspraken gemaakt in verband met herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact?
    a. Ja -> naar vraag 17 -20
    b. Nee
17. Geen idee

    Zo ja op vraag 16, Zijn dit mondelinge gecommuniceerde afspraken of werden deze ook schriftelijk geformuleerd?

        a. Mondeling
        b. Schriftelijk

18. Zo ja op vraag 16, wat zijn de afspraken in uw praktijk m.b.t. welke arts herhaalvoorschriften mag maken zonder direct arts-patiënt contact? (slechts 1 antwoord mogelijk)
    a. Elke dag één arts die alle herhaalvoorschriften van die dag maakt.
    b. Iedere arts maakt enkel voor de eigen (GMD-houder) patiënten herhaalvoorschriften.
    c. Elke arts mag voor een patiënt in de praktijk een herhaalvoorschrift maken.
    d. Anders: specifieer _____
    e. Hierover zijn geen afspraken gemaakt.
19. De praktijkassistent/verpleegkundige of secretariaatsmedewerker mag, in bepaalde gevallen, een herhaalvoorschrift maken?
    a. Ja
    b. Nee
    c. Niet van toepassing
20. Zo ja op vraag 16,
    De afspraken binnen de praktijk over het maken van herhaalvoorschriften **zonder** direct arts-patiënt contact hebben betrekking op volgende zaken:
    (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Er zijn afspraken over op welke wijze herhaalvoorschriften kunnen aangevraagd worden door patiënten bv. telefonisch en/of via e-mail, via secretariaatsmedewerker, etc.
    b. Er zijn afspraken over het vereiste medicatie nazicht bij herhaalvoorschriften, bv. wat er zeker moet gecontroleerd worden om de effectiviteit en veiligheid van medicatie te waarborgen.
    c. Er zijn afspraken over specifieke medicatie of medicatie klassen die, in bepaalde omstandigheden, wel of niet kunnen voorgeschreven worden buiten het directe art-patiënt contact.
    d. Er zijn afspraken over het aantal herhaalvoorschriften die per patiënt mogen gemaakt worden zonder een direct arts-patiënt contact.
    e. Er zijn afspraken over patiënt-gerelateerde geschiktheidscriteria die een herhaalvoorschrift zonder direct arts-patiënt contact kunnen rechtvaardigen. Zoals bv. naleving behandelplannen.
    f. Er zijn afspraken over ziekte-gerelateerde geschiktheidscriteria die een herhaalvoorschrift zonder direct arts-patiënt contact kunnen rechtvaardigen. Zoals bv. stabiele chronische aandoeningen.
    g. Anders: beschrijf: _____

21. Zijn de afspraken binnen de praktijk i.v.m. herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact gewijzigd sinds de Covid-19 pandemie?
    a. Ja
    b. Nee
    c. Geen idee

22. In welke mate zou u gebruik maken van een richtlijn omtrent het maken van herhaalvoorschriften buiten het directe arts-patiënt contact.
    a. Zeker wel
    b. Eerder wel
    c. Neutraal
    d. Eerder niet

e. Zeker niet
f. Geen idee

23. Wat zijn voor u de voornaamste redenen om een herhaalvoorschrift te maken buiten een direct arts-patiënt contact (zonder een consultatie/huisbezoek)? Meerdere antwoorden zijn mogelijk (max 3).
    a. Gemak voor de patiënt
    b. Ondersteunt de therapietrouw van de patiënt
    c. Verbetert/ondersteunt relatie tussen patiënt en apotheker
    d. Tijdsefficiëntie voor de arts
    e. Financieel voordeel voor de arts/praktijk
    f. Beter gebruik van de vaardigheden van het praktijkpersoneel
    g. Bevordert samenwerking tussen gezondheidsmedewerkers
    h. Andere: specifieer…

24. Wat zijn voor u redenen om GEEN herhaalvoorschrift te maken buiten een direct arts-patiënt contact (zonder een consultatie/huisbezoek)?
    Meerdere antwoorden zijn mogelijk (max 3).
    a. Gebrek aan klinisch onderzoek en beoordeling
    b. Minder mogelijkheid om de behandeling uit te leggen
    c. Vermindert de mogelijkheid tot opportunistische interventies
    d. Vermindert de kans op het identificeren van bijwerkingen
    e. Risico op onder- en/of overgebruik van geneesmiddelen
    f. Praktijk-/GMD-systemen zijn er niet of onvoldoende op voorzien
    g. Verspilling van geneesmiddelen
    h. Probleem van medico-legale aansprakelijkheid
    i. Financieel nadelig voor de arts/praktijk
    j. Tijdrovend voor de arts
    k. Andere: specifieer:

Bedankt voor het invullen van de enquête.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Cross-sectioneel onderzoek naar het maken van herhaalvoorschriften voor chronische medicatie in de eerste lijn buiten het fysieke arts-patiënt contact en de impact van de Covid-19 pandemie.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen. Indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst, kan u steeds contact opnemen met de onderzoeker via joachim.deschuijmer@ugent.be Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd.

Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie kan u bij aanvang van de vragenlijst aanduiden dat u onderstaand schrijven heeft gelezen en goedgekeurd. Zo geeft u officieel toestemming tot deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemt, zal u toegang worden verleend tot de vragenlijst. Indien u niet toestemt, zal de vragenlijst niet toegankelijk worden gesteld.

1. Beschrijving en doel van de studie

U werd door de onderzoekers aangesproken of kreeg via mail of andere kanalen de link naar dit onderzoek doorgestuurd. U wordt gevraagd een online vragenlijst in te vullen.
De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de evolutie van het aantal herhaalvoorschriften voor chronische medicatie gemaakt buiten een direct arts-patiënt contact sinds de Covid-19 pandemie en hoe Vlaamse huisartsen hiermee omgaan. De studie kadert binnen de masterscriptie van Joachim De Schuijmer voor het behalen van de graad Master in de huisartsgeneeskunde.

Indien u voldoet aan de inclusiecriteria (zoals hieronder geformuleerd), vragen wij u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen.

Dit zal ongeveer 10 à 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Inclusiecriteria: u bent momenteel actief als huisarts of huisarts-in opleiding in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. De Sutter An. Huisarts in opleiding Joachim De Schuijmer zal deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. Toestemming en weigering

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot meer inzicht in het voorschrijfgedrag van Vlaamse huisartsen, meer bepaald rond het maken van herhaalvoorschriften voor geneesmiddelen buiten een direct arts-patiënt contact.

4. Kosten

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent: https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde

gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. De Sutter An. (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

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

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

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

6. Contact

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. De Sutter An

Adres: Universiteit Gent

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping,
Corneel Heymanslaan 10
9000 Gent
België

Tel.: 0032 9 332 61 04

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgend **aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Gebruik van e-mail adres voor het versturen van de vragenlijst. - Invullen van de vragenlijst.	

Indien akkoord met bovenstaande, dan kan u dit aanduiden op de eerste pagina van de vragenlijst als ‘informed consent gelezen en goedgekeurd.’ U zal vervolgens toegang krijgen tot de vragenlijst. Indien u niet akkoord bent, zal u geen toegang tot de vragenlijst verleend worden.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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

Bijlage 3: Goedkeuring Commissie voor medische ethiek UGent en UZ Gent

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Annie De Sutter
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Joachim De Schuijmer	30/01/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2024-0041	nvt	nvt

Betreft:
Cross-sectioneel onderzoek naar het maken van herhaalvoorschriften voor chronische medicatie in de eerste lijn buiten het fysieke arts-patiënt contact en de impact van de Covid-19 pandemie. Scriptie: Joachim De Schuijmer

Positief advies

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 30/01/2024 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.
Dit project valt niet onder de bevoegdheid van de wet van 7/5/2004.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



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

Bijlage 4: Vrije tekst antwoorden

Hieronder worden alle vrije tekst antwoorden weergegeven, gecategoriseerd per thema.

Tabel 8: Thema's uit de vrije tekst antwoorden i.v.m. de afspraken over wie herhaalvoorschriften mag opstellen

Thema	Aantal artsen	Antwoorden
Voorkeur vaste huisarts/GMD-houder	9	- “Bij voorkeur de gmd houder maar dit is niet absoluut” - “diegene die de pt opvolgt wordt verondersteld de vs te schrijven” - “Een combinatie van de 3 bovenste zaken: altijd voorkeur voor vaste arts, soms niet mogelijk en dan is het de standby arts. Echter kan dit bij uitzondering door elke arts gebeuren.” - “GMD houder dozt dit, indien deze afwezig is en dringende vraag, wordt dit bekeken door een andere arts” - “herh vs bij vaste arts, tenzij afwezig: andere arts” - “idealiter maakt de arts dit voor zijn eigen gekende patiënten, maar als er geen vaste arts is, of wanneer de vaste arts niet in huis is, is er per dagdeel een 'duty' arts die deze voorschriften opmaakt” - “Meestal arts waar patiënt het meest bij gaat, tenzij deze overbevraagd of afwezig is” - “normaal worden herhaalvoorschriften door de GMD arts opgemaakt, binnen de drie werkdagen na aanvraag. Als het dringender is moeten ze op raadpleging komen. Bij afwezigheid van de GMD arts in de komende drie werkdagen bekijkt een andere arts in de praktijk deze vraag.” - “zoveel mogelijk de vaste arts, indien deze afwezig is de "duty" arts van de dag”
Solo-arts	6	- “Niet van toepassing (solo-arts !)” - “Ik ben solo-arts!” - “solo” - “Solo arts” - “ Solo praktijk. Ik ben de enige die Voorschriften maakt” - “Soloarts”
Geen herhaalvoorschriften zonder consultatie	5	- “sinds enkele maanden geen voorschriften meer zonder consult, tenzij bij uitzonderingen die telefonisch met een arts worden besproken” - “Patienten dienen altijd op consultatie te komen, tenzij in uitzonderlijke gevallen of als de PO akkoord is.” - “Sinds 2024 geen herhalingsvoorschriften meer zonder contact” - “sinds enkele maanden geen voorschriften meer zonder consult, tenzij bij uitzonderingen die telefonisch met een arts worden besproken” - “Sinds januari 2024 hebben we als praktijk nieuwe regel doorgevoerd wegens te hoge telefonische belasting en het feit dat we dit geen goede geneeskunde vinden: geen voorschriften meer telefonisch, voldoende mee te geven door de arts op consultatie of te vragen door de patiënt, geen voorschriften bij de verpleegkundige, indien toch dringend geval of bij uitzondering navraag door secretariaat aan arts van de patiënt”
Secretariaats-medewerker of verpleegkundige bereidt	2	- “Onze medicatieaanvragen gaan via verpleegkundige; zij kijken dossier na (wanneer laatste bloedname, laatste consult, preventieve onderzoeken in orde, ...). Als alles ok, krijgt arts taak om vs op te laden. Als niet ok; consult bij VPK of art afhankelijk wat er niet in orde is”

herhaalvoorschriften voor		- “Onze secretariaatsmedewerker zet de herhalingsvoorschrifteb klaar(op voorwaarde dat het gaat om gekende medicatie en patiënt minder dan 6 maand geleden op consult werd gezien. Deze voorschriften worden nadien voorgelegd aan de arts ter goedkeuring.”
Antwoord onduidelijk of niet van toepassing op de vraag	5	- “Haio past toe wat PO bepaalt” - “De patiënt moet zich houden aan de gemaakte afspraken rond herhaalconsulten” - “Per halve dag evalueert één arts de aanvragen voor herhaalmedicatie. Soms komen er vragen voor herhaalvoorschriften bij de vaste arts terecht (mail, via partner op consult, ...). In dat geval schrijft de vaste arts zelf als hij dit beslist te doen.” - “voorschriften worden enkel meegegeven indien de patient in de laatste week is gezien door een arts. Anders moeten ze altijd op consultatie komen. We proberen gemiddeld voor 6 maanden voor te schrijven op consultatie om op die manier de noodzaak tot een consultatie tot 2x/j te brengen. Bij risico's schrijven we max 3 maanden voor, soms maar 1 maand als we de patiënt sneller willen zien.” - “we proberen die VS zoveel mogelijk te beperken door ze aan consultaties te hangen”

Tabel 10: Thema's uit de vrije tekst antwoorden ‘Andere afspraken’ i.v.m. de afspraken over het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Thema van de afspraken	Aantal artsen	Antwoorden
Tijdsinterval voor consultatie	11	- “Afspraak dat dit maximaal binnen de 6 maanden kan. Indien langer geleden dan wordt een consult aanbevolen/medicatie wordt niet meer verlengd zonder afspraak.” - “er zijn afspraken over hoe lang geleden het laatste contact mag zijn: 3M, dan nog is beslissing aan de arts” - “laatste contact niet langer dan 3 maanden geleden” - “Patiënt moet laatste 6 maanden nog op raadpleging geweest zijn (3 maanden bij diabetici, ernstig zieke patiënten)” - “Tijd sinds laatste consult” - “arts kan vs weigeren of pt op cons laten komen (vb te lang geleden)” - “tijd sinds laatste consultatie niet langer dan 3 maand” - “Er wordt steeds gekeken wanneer de patiënt een laatste keer gekomen is en of er toen speciale zaken waren. Indien het niet lang geleden was, er zijn geen klachten en de laatste consultatie was goed (voor die medicatie) kan het voorgeschreven worden” - “Steeds nazicht van laatste consultatie en wanneer nood aan nieuwe fysieke controle” - “er wordt altijd gevraagd dat er een contact is met een arts : het secretariaat geeft de patiënt door tenzij die recent op consultatie was en medicatie vergat te vragen of een voorschrift liet vervallen” - “We kijken na in het dossier of patiënt recent genoeg is klinisch nagekeken (bloeddrukmeting, labo, ...) wanneer we een aanvraag ontvangen. Als medicatie niet chronisch is, als er overgebruik is of als patiënt al te lang niet is fysiek nagekeken, wordt het voorschrift geweigerd

		en wordt patiënt op consult uitgenodigd. Bij twijfel op basis van dossier wordt ook wel naar Cozo gekeken of soms patiënt gebeld (bv medicatie op 2de lijn gestart, geen verslaggeving in dossier)"
Individuele verantwoor-delijkheid van de voorschrijvende arts	3	- "iedereen bepaalt zelf of het verantwoord is een vs te schrijven zonder pt contact en er wordt dan soms genoteerd indien voor de volgende x een fysiek contact nodig is" - "over patiënt of ziekte gerelateerde criteria zijn er geen vaste afspraken, elke arts gaat hier anders mee om, maar deze factoren worden wel meegenomen." - "Ik bepaal zelf als arts, door inzage in dossier, of een voorschr kan."
Hangt van individuele patiënt af	2	- "veel van die afspraken zijn ook afspraken op maat d.i. per patiënt" - "De arts bij wie het voorschrift wordt aangevraagd maakt steeds de beslissing, gebaseerd op de indiviuele pt die het aanvraagt."
Medicatieklassen	1	- "Pilvoorschrift, benzo's zijn voorbeelden van medicatie die vrijwel nooit zonder consultatie voorgeschreven worden"
Geen voorschriften zonder consultatie	1	- "We proberen geen voorschriften meer te maken zonder consultatie en tijdens consultatie voldoende mee te geven"
Antwoord onduidelijk of niet van toepassing op de vraag	3	- "Dat we checken of de patiënt recht heeft op die medicatie en het nodig heeft, is vanzelfsprekend. Verder is dit obv gezond verstand" - "Zie hierboven" - "Ik ben de enige die voorschrijf. Als een patiënt tel of via mail een voorschrift vraagt en niet recent op raadpleging kwam moet hij een afspraak maken. Evt voorschrift om periode te overbruggen"

Tabel 13: Thema's uit de vrije tekst antwoorden 'Andere reden' i.v.m. de redenen voor het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Thema van de redenen **voor** herhaal-voorschriften	Aantal artsen	Antwoorden
Vergeten medicatie tijdens consult	3	- "Binnen een bepaalde termijn na het laatste contact. Als de patiënt een vs is vergeten vragen binnen de 2 weken voor het telefonisch contact bevordert dit de efficiëntie en blijf je toch veilig" - "indien een medicatie werd vergeten tijdens het consult" - "Meestal gaat het om zaken die hadden moeten voorgeschreven zijn en die toch niet werden voorgeschreven"
Voorschrift in afwachting van consult	2	- "Patiënten merken soms te laat dat ze geen medicatie meer hebben. Ze kunnen niet altijd dezelfde dag fysiek gezien worden dus dan is het maken van een herhaalrecept handig." - "Soms al voorschrift aanmaken en patiënt een week (of2) later zien omdat agenda nu vol staat. Altijd nakijken hoe lang het geleden is wanneer patiënt laatst gezien is. Bij benzo's goed opvolgen hoeveel medicatie wanneer voorgeschreven. Vaak zijn mensen slordig en zien ze te laat dat medicatie op is en niet direct afspraak vrij"
Moeite met weigeren	1	- "Moeilijk om dit te weigeren/ patiënten aanvaarden weigering moeilijk"
Tijdsefficiëntie voor patiënt	1	- "Tijdsefficiëntie voor de patiënt"

Onduidelijk antwoord of niet van toepassing op de vraag	3	- “Praktische regels ivm tijd” - “weinig voordelen volgens mij” - “Omdat het in de praktijk waar ik haio ben zo wordt gedaan. Zelf ben ik eerder voorstander van een aantal voorschriften geven tot een volgende consultatie nodig is.”

Tabel 14: Thema's uit de vrije tekst antwoorden ‘Andere reden’ i.v.m. de redenen tegen het opstellen van herhaalvoorschriften zonder direct arts-patiënt contact

Thema van de redenen **tegen** herhaal-voorschriften	Aantal artsen	Antwoorden
Gedrags-verandering van patiënten/ normalisatie telefonische aanvragen	2	- “gedrag van patiënten verandert: ze hebben niet meer de reflex om op controle alle medicatie voor de komende 3 maanden te vragen, kijken dit op voorhand niet na en bellen dan meerdere keren tussendoor telkens er een doosje leeg is. Dit geeft mogelijks op termijn meer versnipperd voorkomende vragen voor herhaalvoorschriften.” - “ptn vinden het op den duur normaal om vs via telefoon aan te vragen daarentegen vraagt het steeds tijdsinvestering om het niet te doen - hen opbellen edm om een ander beleid af te spreken en dit steeds te moeten herhalen (bv ik schrijf genoeg voor tot dat je moet terugkomen...)”
Te groot tijdsinterval tussen consultaties	2	- “Fysiek contact te lang geleden” - “ik schrijf medicatie tot ik patient opnieuw wil zien (soms voor half jaar), dan moet die geen telefonische aanvraag voor voorschrift doen”
Risico op verslaving	1	- “patiënten met risico op verslaving krijgen geen herhaalrecepten zonder consult”
Gebrek aan respect voor (verantwoor-delijkheid van) arts	1	- “Net minder goed voor therapietrouw. Een voorschrift is niet als een boodschappenlijstje maar vereist een verantwoordelijkheid. Respect die de arts verdient voor die verantwoordelijkheid..”
Onduidelijkheid over medicatie	1	- “Als er onduidelijkheid is waarvoor het genomen moet worden.”
Onduidelijk antwoord of niet van toepassing op de vraag	0	/