Samenwerking tussen huisarts en apotheker via het medicatieschema

Julie Vancaillie, UGent

Promotor: Professor Koen Boussery
Co-promotor en praktijkopleider: Dokter Olivier Gernay

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
2014-2016

Inhoudsopgave

1. ABSTRACT 3

2. DANKWOORD 4

3. INLEIDING 5

3.1 PROBLEEMSTELLING 5

3.2 DOELSTELLINGEN 6

3.3 KWALITEITSCIRKEL 6

4. LITERATUURONDERZOEK 8

4.1 ZOEKSTRATEGIE 8

4.2 SAMENWERKING TUSSEN ARTS EN APOTHEKER 8

4.2.1 Communicatie en samenwerking tussen arts en apotheker 8

4.2.2 Farmaceutische zorg 9

4.2.3 Medicatie nazicht door de apotheker 9

4.3 THERAPIETROUW 12

4.3.1 Definitie 12

4.3.2 Therapietrouw meten 13

4.3.3 Therapietrouw bevorderen 14

4.4 HET MEDICATIESCHEMA 16

4.4.1 Het papieren medicatieschema 16

4.4.2 Het elektronisch medicatieschema: Vitalink 18

5. METHODOLOGIE 18

5.1 PLAATS EN SITUERING VAN DIT ONDERZOEK 18

5.2 INCLUSIECRITERIA 18

5.3 VERLOOP VAN HET ONDERZOEK 19

6. RESULTATEN 20

6.1 KENMERKEN VAN DE GEÏNCLUDEERDE PATIËNTEN 20

6.2 GEBRUIK VAN HET MEDICATIESCHEMA 20

6.3 GEBRUIK EN KENNIS VAN DE MEDICATIE 21

6.4 TEVREDENHEID OVER ARTS EN APOTHEKER 22

6.5 NABESCHOUWING DOOR DE ARTSEN VAN DE PRAKTIJK 23

7. DISCUSSIE 23

7.1 ALGEMEEN 23

7.2 SWOT- ANALYSE 25

7.2.1 Sterktes 25

7.2.2 Zwaktes 25

7.2.3 Opportuniteiten 26

7.2.4 Bedreigingen 26

8. BESLUIT 27

9. REFERENTIES 27

10. BIJLAGEN 29

1. Abstract

Context

Als huisarts schrijven we dagelijks tientallen medicatievoorschriften voor. Deze medicatie brengt jammer genoeg ook negatieve zaken met zich mee zoals bijwerkingen of interacties die moeilijk te vermijden zijn. Maar ook verkeerd voorschrijven door de artsen of foutief innemen door de patiënt zijn veel voorkomende problemen. Een goede samenwerking en communicatie tussen arts en apotheker, alsook het gebruik van een gedeeld medicatieschema kan een hulp zijn dergelijke medicatiefouten te voorkomen.

Doelstelling

Het doel van dit kwaliteitsverbeterend project was tweeledig: enerzijds de communicatie en samenwerking tussen artsen en apothekers uit de buurt verbeteren m.b.v. een medisch-farmaceutisch overleg (MFO) en anderzijds via vragenlijsten het potentieel effect van het gebruik van een medicatieschema door de patiënt op zijn/haar kennis van medicatie en zelfgeraporteerde therapietrouw nagaan.

Methode

De doelgroep bestond uit patiënten van 65 jaar of ouder die dagelijks 4 of meer verschillende geneesmiddelen innemen. Aan hen werd een actueel medicatieschema meegegeven, en werd gevraagd dit te tonen aan de apotheker, en vervolgens opnieuw mee te brengen op volgende consultaties. De patiënten vulden bij aanvang en op het einde van de studie vragenlijsten in die peilden naar de kennis van medicatie en therapietrouw.

Resultaten

Op het MFO waren 10 van de 12 uitgenodigde apothekers aanwezig. Aan de hand van een handleiding werden een aantal (knel)punten in de samenwerking besproken. Aan 50 patiënten werd een medicatieschema meegegeven. Iets meer dan de helft van de patiënten (n=27) toonden hun medicatieschema aan hun apotheek en slechts 2 patiënten brachten het nadien terug mee naar de huisarts.

Besluit

Het organiseren van een MFO lijkt nuttig voor de communicatie en samenwerking tussen huisarts en apotheker. De implementatie van een papieren medicatieschema gaat moeilijk indien dit via de patiënt gebeurt. Wel lijkt het medicatieschema een nuttige tool te zijn voor de samenwerking met apothekers wat betreft medicatiebeleid. Het rechtstreeks bezorgen van het schema aan de apotheker lijkt hier een grotere meerwaarde te bieden. Invoering van het elektronisch gedeeld medicatieschema via Vitalink biedt hier een oplossing voor.

2. Dankwoord

Dankzij het maken van deze masterproef heb ik heel wat bijgeleerd over een goede communicatie met de apotheker en een goed medicatiebeleid, meer bepaald om bewuster om te gaan met chronische medicatie en kritisch voor te schrijven.

Ik wil hierbij een aantal mensen bedanken voor hun hulp en begeleiding, wat het maken van de masterproef toch een stuk vlotter deed gaan.

Mijn praktijkopleider en co-promotor Dr. Olivier Gernay, voor de hulp bij de keuze van dit onderwerp, bij het uitvoeren van de studie en het stimuleren me aan het tijdschema te houden.

Mijn collega Dr Biot voor de enthousiaste medewerking aan de studie.

Het LMN van Gent voor de hulp bij het organiseren van het overleg met apothekers.

Mijn promotor Prof. Apr. Koen Boussery voor het aanreiken van informatie, hulp bij het definiëren van het onderwerp en voor het kritisch nalezen van dit werk.

3. Inleiding

3.1 Probleemstelling

Als huisarts schrijven we dagelijks tientallen medicatievoorschriften ter preventie en behandeling van elke denkbare aandoening. Deze medicatie kan tijdelijk zijn, maar vaak wordt ook een levenslange behandeling gestart. Indien dit gaat over patiënten met meerdere aandoeningen, die ook bij verschillende specialisten op consultatie gaan, kunnen hier geneesmiddelen gebonden problemen (GGP) binnensluipen. Een goede samenwerking en communicatie met de apotheker, alsook het gebruik van een medicatieschema kan een hulp zijn dergelijke GGP's te voorkomen.

Een significant deel van de hospitalisaties bij ouderen wordt veroorzaakt door geneesmiddelen gebonden problemen. Bijna de helft van deze GGP's wordt veroorzaakt door vermijdbare medicatiefouten. Deze medicatiefouten omvatten onbehandelde indicaties, ongepaste medicatiekeuze, subtherapeutische doseringen of overdosering, interacties, enz.[1] Hierbij spelen medicatiegerelateerde factoren (bv gelijkaardige namen, nauwe toxisch-therapeutische marge), patiëntfactoren (bv verminderde nier- of leverfunctie, verminderd cognitief vermogen, gebrekkige therapietrouw en vooral (toenemende) polyfarmacie) en professionele factoren (bv gebrekkige communicatie, gefragmenteerde zorg waardoor gefragmenteerd voorschrijven en gebrek aan kennis bv. van interacties) een rol. Zowel artsen als patiënten onderschatten de mortaliteit veroorzaakt door medicatiefouten. Deze fouten ontstaan vaak tijdens een gevoelige overgangsperiode, zoals ontslag uit het ziekenhuis naar huis of naar het RVT. [2,3,4,5]

Inpikken op de risicofactoren voor medicatiefouten, zoals verminderde cognitie, polymorbiditeit en polyfarmacie, verminderde cognitie, gedaalde nierfunctie en therapie ontrouw kan mogelijks zorgen voor het voorkomen van medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames.[5] Hier zijn verschillende interventies voor nodig, zoals het gebruik van informatie technologie, betere aanduidingen op de verpakkingen van medicatie, bevorderen van de communicatie tussen arts en apotheker en medicatienazicht door de apotheker. Eén enkel medicatieschema van elke patiënt dat gedeeld wordt tussen gespecialiseerde en primaire zorg en met apothekers lijkt hier een noodzakelijke stap te zijn. [2,3,4]

Informatietechnologie integreren in de dagelijkse praktijk heeft mogelijks de kracht om deze fouten te doen dalen. Het is echter niet eenvoudig om dergelijke organisatorische veranderingen aan te brengen in de routine praktijk. [6,7]

Een belangrijke oorzaak van fouten in medicatiegebruik is een gebrekkige therapietrouw. Uit studies blijkt dat slechts ongeveer een derde van patiënten met polyfarmacie hun medicatie kan opsommen, en nog minder kenden de bedoeling van hun medicatie. Aanmoedigen van het bijhouden van een medicatieschema en educatie van de patiënt door zowel huisarts als apotheker zouden kunnen bijdragen aan een betere therapietrouw. [2,3,4]

Daarnaast is de communicatie en samenwerking tussen artsen, verpleging en apotheek van essentieel belang om dergelijke medicatiefouten te voorkomen. Dit kan o.a. door meer te investeren in onderlinge samenwerking en overleg, door het organiseren van medisch-farmaceutisch overleg (MFO) op lokaal niveau. Zo zal het vertrouwen tussen de twee beroepsgroepen groeien en zullen ze in overleg voor een geschikt medicatiebeleid aangepast aan de patiënt kunnen zorgen. De praktische, dagelijkse toepassing van de maatregelen die de huisartsen en apothekers dagelijks tegemoetzien, kunnen daar besproken worden. In een volgende stap kan de apotheker aan 'treatment review' doen, m.n. het nakijken van de medicatielijst van patiënten, met feedback naar de huisarts. [8]

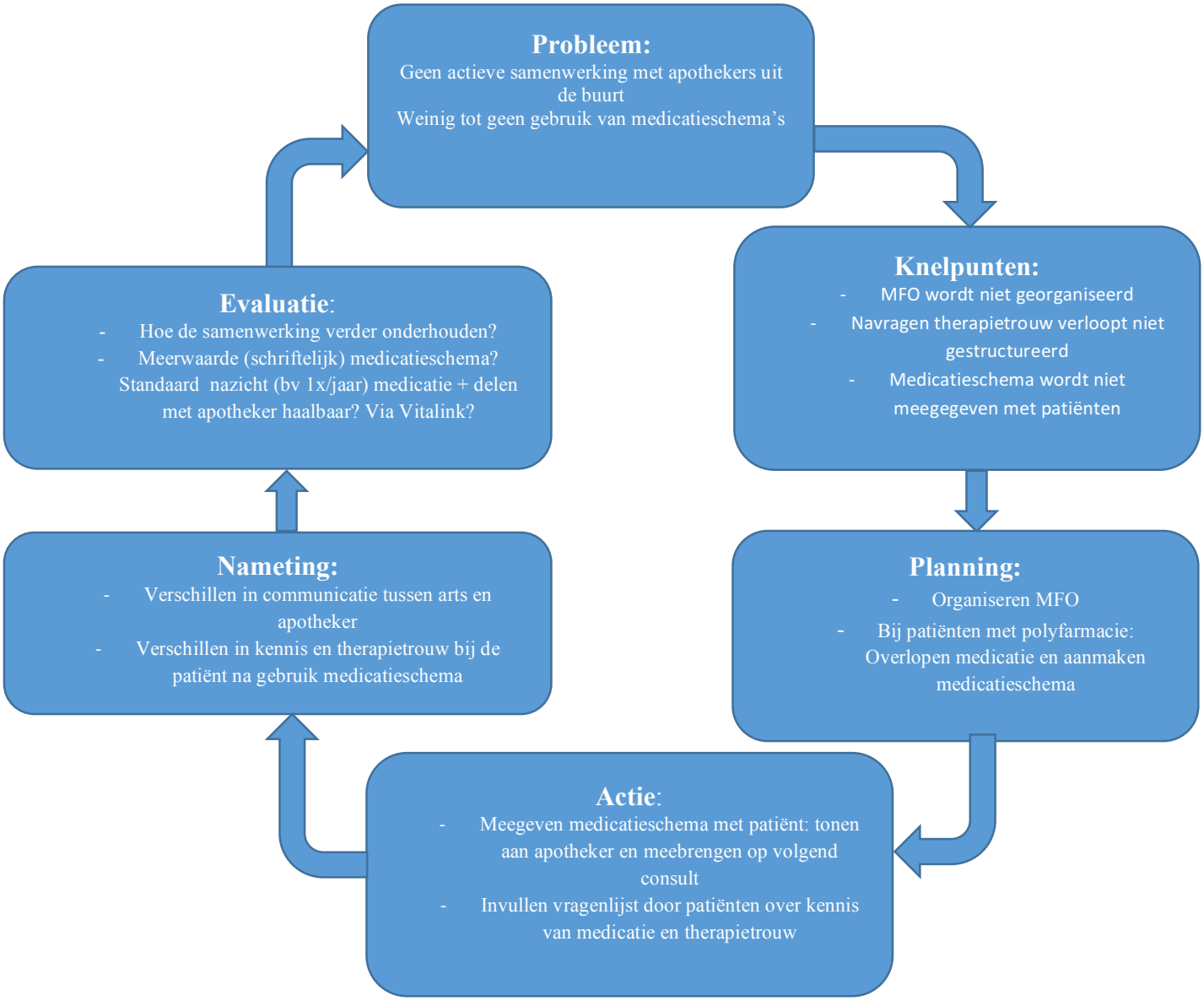
3.2 Doelstellingen

In dit kwaliteitsverbeterend project werden twee objectieven vooropgesteld. Enerzijds werd door een medisch-farmaceutisch overleg een betere communicatie en samenwerking tussen de huisartspraktijk en de apothekers uit de buurt beoogd. Anderzijds werd bij patiënten met polyfarmacie een actueel medicatieschema meegegeven, en werd gevraagd dit te tonen aan de apotheker, en vervolgens opnieuw mee te brengen op volgende consultaties bij de huisarts. Er werd via vragenlijsten gepeild bij de patiënten naar het potentieel effect van het gebruik van dit medicatieschema op de kennis van medicatie en therapietrouw. Door het tonen van het medicatieschema aan de apotheker ontstond de gelegenheid om het schema nog eens te bespreken met de apotheker, waarbij uitleg kon gegeven worden en dit schema kon aangevuld worden met niet-voorschriftplichtige medicatie. (zogenaamde 'over the counter' of OTC medicatie) Het medicatieschema werd ook rechtstreeks bezorgd aan de apotheker, zodat de schema's steeds op elkaar afgestemd konden worden. De apotheker werd dan gevraagd om bij opmerkingen/aanvullingen contact op te nemen met de voorschrijvende arts. Op het einde werd in de eigen praktijk gepeild naar de ervaring van de artsen met deze terugkoppeling.

3.3 Kwaliteitscirkel

Om het kwaliteitsbevorderend onderzoek helder en overzichtelijk te maken werd een kwaliteitscirkel of PDCA-cirkel (Plan, Do, Check, Act) opgesteld. Bij Plan stellen we een plan op voor het kwaliteitsverbeterend project en leggen we een aantal doelstellingen vast. Bij Do

voeren we onze geplande verbetering uit. Bij Check meten we onze resultaten en toetsen we deze aan onze doelstellingen. Tenslotte kijken we bij Act hoe we onze aanpak kunnen aanpassen op basis van de gevonden resultaten.



4. Literatuuronderzoek

4.1 Zoekstrategie

Over de volgende onderwerpen werd in de literatuur naar evidentie gezocht:

- Communicatie tussen huisarts en apotheker
- Nazicht van medicatie door de apotheker
- Gebruik van medicatieschema's
- Therapietrouw

Voor de literatuurstudie werd voornamelijk gezocht via het internet. Er werd gebruik gemaakt van de Pubmed databank, waarbij de volgende zoektermen gebruikt werden: 'communication, pharmacist, medication review, medication schedule, compliance, questionnaires, medication errors'. Daarnaast ben ik hiermee ook op zoek gegaan in Cochrane summaries, Minerva, en de ICHO database van masterproeven.

4.2 Samenwerking tussen arts en apotheker

4.2.1 Communicatie en samenwerking tussen arts en apotheker

Verbeteringen in de preventieve en curatieve geneeskunde, en een toename van de levensverwachting in de ontwikkelde landen hebben bijgedragen aan een toenemende polymorbiditeit. Dit wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van twee of meer chronische aandoeningen in hetzelfde individu. Hierdoor ontstaat ook een toenemende polyfarmacie, vaak gedefinieerd als het gelijktijdig gebruik van twee of meer geneesmiddelen bij één individu. Deze polyfarmacie geeft op zijn beurt meer kans op geneesmiddelen gebonden problemen. Een goede communicatie en samenwerking tussen huisarts en apotheker zal onmisbaar worden om hier goed mee om te gaan. [(9)]

Op dit moment werken huisartsen en apothekers (nog) niet nauw samen, wat in de toekomst wellicht meer zal aangemoedigd worden. Ook onderling bestaat weinig communicatie tussen apothekers. Uit een aantal studies blijkt dat interventies door apothekers binnen de eerstelijnsgezondheidszorg de fysieke en mentale toestand van patiënten kunnen verbeteren. Omgekeerd is een gebrek aan communicatie tussen arts en apotheker een oorzaak van vermijdbare ziekenhuisopnames. De barrières voor deze samenwerking die het meest naar voor gebracht worden zijn enerzijds het feit dat ze elkaar niet persoonlijk kennen, en anderzijds de belangenvermenging bij de apotheker die medicatie verkoopt. Andere barrières die genoemd worden zijn de perceptie van het nut van samenwerken, attitudes van beide partijen,

geografische ligging en gebrek aan ondersteuning door de overheid. Wanneer de beiden elkaar ontmoeten kunnen vooroordelen verdwijnen en gemeenschappelijke doelen en strategieën uitgewerkt worden. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met de privacy van de patiënt, m.n. bij het delen van informatie is de toestemming van de patiënt nodig. Het kunnen delen van medicatieschema's zal de samenwerking in de nabije toekomst makkelijker maken. [10] Daarnaast dient er vanuit de overheid een structurele ondersteuning te komen voor lokaal medisch-farmaceutisch overleg tussen beide beroepsgroepen, om hen dichter bij elkaar te brengen en de efficiëntie in de eerstelijnsgezondheidszorg te verhogen. [11]

4.2.2 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg wordt gedefinieerd als 'de verantwoorde aflevering van medicatie met als doel de levenskwaliteit van de patiënt gunstig te beïnvloeden.' [12]

Het is de wettelijke taak van de apotheker om farmaceutische zorg te leveren. Zowel bij het uitvoeren van een medisch voorschrift als bij de aflevering van een zelfzorggeneesmiddel doet de apotheker aan medicatiebewaking op basis van de gegevens uit het (gedeeld) farmaceutisch dossier. Bij aflevering doet de apotheker ook aan medicatiebegeleiding van de patiënt. Dit omvat onder meer het noteren van instructies op de verpakking en het motiveren en stimuleren van therapietrouw. [13]

In de PHARMACOP studie werd het effect onderzocht van farmaceutische zorg op inhalatietechniek en therapietrouw bij COPD patiënten. Hierbij werd informatie gegeven over de ziekte en de behandeling en werd de inhalatietechniek voor getoond en gecontroleerd. Men zag dat beide uitkomsten verbeterden, en bovendien zag men een daling in het aantal hospitalisaties omwille van een exacerbatie. In het geval van COPD zou farmaceutische zorg dus de hoge kost in de gezondheidszorg van ernstige exacerbaties kunnen verminderen. [14]

De mortaliteit van patiënten met polyfarmacie daalt wanneer ze naast de twee- tot viermaandelijkse routinebezoeken bij een arts tussendoor worden opgebeld door een apotheker. In gesprekken van 10-15 minuten kwamen aan bod: huidig medicatieschema, correctie van verkeerde inzichten, uitleg over ongewenste effecten, herinnering aan het volgende routinebezoek, belang van therapietrouw en leefstijladviezen. In hoeverre dit toepasbaar en kosteneffectief is in ons gezondheidszorgsysteem, dient verder onderzocht te worden. [15]

4.2.3 Medicatie nazicht door de apotheker

Medicatie nazicht is een gestructureerde evaluatie van de medicatie van de patiënt, met als doel een overeenkomst te bekomen met de huisarts en de patiënt over de medicamenteuze therapie,

de werking van de medicatie te optimaliseren en het aantal medicatie gerelateerde problemen te minimaliseren. Concreet betekent dit een analyse van het volledige geneesmiddelengebruik van een patiënt, rekening houdend met alle relevante medische gegevens. [16,17]

Medicatie nazicht kan zowel gebeuren via geschreven feedback als in persoonlijk overleg. Het opmaken van een behandelingsplan via persoonlijk overleg tussen apotheker en huisarts kan leiden tot een betere implementatie van klinisch relevante adviezen, vermindering van polyfarmacie en een verbetering van de therapietrouw. De extra kosten lijken te worden opgevangen door extra besparing (minder ziekenhuisopnames). Medicatie nazicht zou bij ouderen dus moeten geïntegreerd worden in de routine samenwerking tussen huisarts en apotheker. [17]

Vooral het medicatiegebruik van hoogrisico patiënten (zoals oudere patiënten met polyfarmacie) zou moeten regelmatig nagekeken worden voor mogelijke medicatie-gerelateerde problemen. In ziekenhuizen bestaat reeds de deelname van apothekers aan het team op de afdeling om zo de medicatie na te kijken. In studies deed dit reeds de kost van medicatie en aantal hospitalisaties dalen. [5,18] Er werd ook reeds geopperd dat een ziekenhuisapotheker de medicatie in het ziekenhuis kan nazien en dit nadien kan doorgeven aan de apotheker van de patiënt. Dit op voorwaarde natuurlijk dat de patiënt een vaste apotheker heeft. [9]

In de eerstelijnszorg werden reeds verschillende studiemethoden gebruikt om het effect van medicatie nazicht op levenskwaliteit en gebruik van gezondheidszorg na te gaan, maar geen enkele toonde een gunstig effect.[5,18] Dergelijke interventies lijken positieve effecten te hebben op een brede waaier van intermediaire uitkomsten, zoals een betere kennis van medicatie en betere therapietrouw, alsook een daling in het aantal geneesmiddelen, maar er zijn onvoldoende gegevens om te weten of daardoor de levenskwaliteit verbetert.[16] Zo kan co-management van apotheker en huisarts leiden tot een significant betere bloeddrukcontrole bij hypertensiepatiënten.[12] De Cochrane Collaboration heeft echter in een systematische review geconcludeerd dat er op heden nog geen overtuigend bewijs is dat medicatie nazicht de primaire eindpunten, zijnde morbiditeit en mortaliteit doet dalen.[3] In de HOMER studie bijvoorbeeld, ging men na of een huisbezoek van de apotheker met een nazicht van de medicatie bij oudere patiënten zorgde voor een wijziging in ziekenhuisopnames. Ze vonden een toename in opnames en geen verbetering in levenskwaliteit of mortaliteit. Ook de RESPECT studie toonde geen voordeel van het betrekken van apothekers bij het management van medicatie van geriatrische patiënten. [19] Ook Holland et al. vond dat medicatie nazicht door de apotheker niet zorgt voor een daling in de mortaliteit of ziekenhuisopnames bij oudere patiënten, en men kon ook niet aannemen dat het zorgt voor een duidelijk klinisch voordeel. Hierbij kan de opmerking gemaakt worden dat er op dit moment ook geen evidentie bestaat over het voordeel van het systematisch nazicht van de medicatie van ouderen door de huisarts, ondanks dat vele richtlijnen dit wel

aanbevelen. Daarnaast lijkt nazicht meer specifiek voor bepaalde aandoeningen, bv bij patiënten met hartfalen, wel heel effectief te zijn, vermoedelijk omdat dit meer aangepast aan de noden van de patiënt kan gebeuren. [16] Toename van zorg resulteert dus niet automatisch in besparingen en zelfs niet altijd in een beter resultaat. [12]

Methodes waarbij de apotheker deel uitmaakt van een team lijken betere resultaten op te leveren. Een gestructureerd medicatienazicht door een getrainde apotheker binnen een team van eerstelijns zorgverleners kan het aantal medicaties doen dalen, maar geeft geen daling in gebruik van gezondheidszorg. Verschillende studies tonen aan dat interdisciplinaire samenwerking waarbij de apotheker betrokken is bij de behandeling van bepaalde aandoeningen of bij de beoordeling van complexe behandelingen, nuttig is. De sleutel tot het behalen van resultaten ligt dus in het werken van de apotheker samen met anderen binnen een klinische setting, eerder dan alleen. [5,16,18,19]

Aangezien studieresultaten twijfels hebben doen rijzen over de effectiviteit van interventies door de apotheker alleen is er dus een veelzijdige aanpak nodig. In de PINCER studie vond men dat een IT gebaseerde feedback, waarbij de apotheker overleg pleegde met de praktijk en de computer-gegenereerde feedback besprak, zorgde voor een significante daling in medicatiefouten tot 12 maand follow-up. Bovendien bleek de interventie kosteneffectief te zijn. Een essentiële voorwaarde hiervoor is het gebruik van elektronische dossiers, wat ook op zich reeds medicatiefouten effectief vermindert op voorwaarde dat ze volledig en correct zijn ingevuld. Een dergelijke interventie kan gepast zijn voor implementatie in verschillende landen waar dossiers elektronisch zijn en waar de apotheker proactief medicatie kan monitoren en zo fouten kan detecteren. [6,7]

Een dergelijk medicatie nazicht kan best op regelmatige basis en op een gestandaardiseerde manier gebeuren. De Beers criteria of de START-STOPP criteria werden ontwikkeld met de bedoeling ongepast voorschrijven van medicatie bij ouderen te doen dalen. Hierbij werd medicatie onderverdeeld in drie categorieën: medicatie die gemeden dient te worden bij ouderen, medicatie die een maximum aanbevolen dosis niet mag overschrijden en medicatie die gemeden zou moeten worden in combinatie met bepaalde comorbiditeit. Er is echter ook kritiek op de Beers criteria, namelijk dat ze niet alle oorzaken van mogelijks ongepast voorschrijven omvatten (bv medicamenteuze interacties worden niet vervat) en dat ze soms gepast voorschrijven als ongepast gaan definiëren. Het is ook niet gekend in welke mate deze criteria de prognose van oudere patiënten kunnen beïnvloeden. [20]

Een andere tool die men hiervoor kan gebruiken is de GheOP3S-tool. Deze aan de Ugent ontwikkelde tool groepeert de geneesmiddelengebonden problemen die een Belgische apotheker kan oplossen, al dan niet in overleg met de voorschrijver. M.a.w. het gaat om problemen waarvoor de apotheker over voldoende informatie beschikt. [21]

In België kunnen patiënten echter hun apotheek vrij kiezen en kunnen ze ook telkens veranderen, wat het bijhouden en nazien van medicatie met feedback gericht aan de vaste huisarts bemoeilijkt. Er moet dus nog gezocht worden naar de mogelijkheden van een dergelijke interventie in de eerste lijn in de Belgische context. [17]

Succesvolle implementatie vraagt daarnaast ook de medewerking van voorschrijvers, apothekers en patiënten. Uit studies blijkt dat artsen over het algemeen gunstig reageren op interventies van apothekers. In de studie van Prasadini et al. werd nagegaan in welke mate artsen positief ingingen op een schriftelijk advies voor medicatiewijzigingen door de apotheker. Algemeen reageerde 47% positief op dergelijk advies, waarbij meer positief werd gereageerd op adviezen die betrekking hadden op kostenbesparingen in vergelijking met adviezen omtrent veiligheid of volgen van richtlijnen. De meeste adviezen hadden betrekking op het volgen van richtlijnen zoals een onbehandelde indicatie. Huisartsen reageerden vaker positief dan specialisten. Goedkeuring van farmaceutisch advies van meer dan 90% werd gerapporteerd bij face-to-face interacties en samenwerkingsverbanden in klinische settings. Dit duidt aan dat men zich ondermeer zal moeten focussen op optimaliseren van communicatie en opleiding. [1]

4.3 Therapietrouw

4.3.1 Definitie

De WHO definieert therapietrouw als “de mate waarin het gedrag van een persoon die medicatie neemt, een dieet volgt en/of leefstijl veranderingen toepast overeenstemt met de aanbevelingen van een zorgverlener.” [22] Het omvat niet alleen het starten met de behandeling, maar ook het nemen in de juiste dosis en het volhouden ervan.[23]

Het belang van therapietrouw werd reeds meermaals aangetoond, en bovendien is therapietrouw een van de enige te beïnvloeden determinanten van succes van een behandeling. [13,22]

Therapietrouw voor chronische medicatie is echter vaak laag. De therapietrouw voor langdurige behandeling van chronische aandoeningen in ontwikkelde landen wordt geschat op 50%, en zelfs lager in ontwikkelingslanden. Gebrekkige therapietrouw is een frequent probleem bij ouderen en leidt tot verminderde effectiviteit van therapieën, een hogere kost, verminderde veiligheid en een hogere morbiditeit en zelfs mortaliteit.[22] Dit probleem zal in de toekomst vermoedelijk toenemen met de toename van leeftijd en chronische aandoeningen.[23] De factoren die hierbij een rol spelen zijn de patiënt-gerelateerde factoren, zoals kennis en ideeën over hun ziekte(s), cognitieve functie, socio-economische status en comorbiditeit alsook medicatie-gerelateerde factoren zoals kostprijs, bijwerkingen en polyfarmacie. Ook de arts-patiëntrelatie en logistieke barrières om aan medicatie te raken spelen een rol.[24]

4.3.2 Therapietrouw meten

Voor het opsporen van gebrekkige therapietrouw bij patiënten is het voor de medische hulpverlener essentieel om een accurate methode om therapietrouw te meten ter beschikking te hebben. In feite zou het nagaan van therapietrouw een onderdeel moeten vormen van de dagelijkse klinische praktijk. [22] Om therapietrouw te meten bestaan er een aantal directe (bijvoorbeeld metingen van plasmawaarden) en indirecte methodes. (bv het ophalen van voorschriften door de patiënt, zelf-gerapporteerde therapietrouw via vragenlijsten, bijhouden van een dagboek door de patiënt, en tellen van pillen)[25,26]

Het gebruik van vragenlijsten over de eigen therapietrouw wordt vaak voorgesteld als de meest geschikte methode voor de klinische praktijk, gezien het gebruiksgemak en lage kost. Er bestaan op heden verschillende gevalideerde vragenlijsten om therapietrouw te meten, er bestaat vandaag echter nog geen gouden standaard vragenlijst. Weinig studies vergeleken vragenlijsten met meer objectieve methodes zoals het afhalen van voorschriften. Bepaalde studies tonen een associatie tussen vragenlijsten en bv. virale load bij de opvolging van HIV medicatie[22] of het ophalen van voorschriften bij hypertensie[2], maar over het algemeen beschreven studies een lage correlatie tussen de twee meetmethodes. Perez-Escamilla et al. onderzocht een aantal gevalideerde vragenlijsten op validiteit (in welke mate wordt gemeten wat men wenst te meten) en betrouwbaarheid (hoe nauwkeurig wordt er gemeten). Geen enkele vragenlijst bezit voldoende betrouwbaarheid en validiteit om absoluut aanbevolen te worden. De vragenlijst ontwikkeld door Morisky-Green-Levine (Morisky Medication Adherence Scale = MMAS) werd vooropgesteld als een goede keuze, en is ook de meest gebruikte vragenlijst. Deze MARS5-schaal werd eigenlijk initieel ontworpen om problemen en barrières voor een goede therapietrouw te identificeren, eerder dan om therapietrouw te gaan kwantificeren. Op die manier is de vragenlijst wel nuttig om dergelijke barrieres na te gaan, wat niet mogelijk is met de andere meetmethodes (=het kwalificeren van therapietrouw), maar minder nuttig om de mate van therapietrouw na te gaan (=het kwantificeren van therapietrouw). Een ander voordeel van de vragenlijst is dat ze zowel het innemen zelf als het innemen op de juiste tijdstippen kunnen navragen. [26]

Vragenlijsten neigen vaak naar overschatting van de therapietrouw, tot zelfs 20%. Mogelijks heeft dit te maken met het feit dat de vragenlijsten geen onderscheid maken tussen intentionele en niet-intentionele therapie ontrouw, waarbij de niet-intentionele niet aangegeven wordt door de patiënten gezien ze zich hiervan niet bewust zijn. Bovendien gaan mensen ook de intentionele therapie ontrouw met opzet onderschatten omwille van sociale druk.

De manier waarop de vragenlijsten gebruikt en opgesteld worden is verschillend. Zo kunnen ze gebruikt worden in interviews of via vragenlijsten op de computer. Mogelijks geven patiënten

een meer sociaal gewenst antwoord indien de vragen afgenomen worden door een interviewer, en zijn ze eerlijker indien de vragenlijst anoniem kan ingevuld en ingediend worden.[22,25] Patiënten zouden het makkelijker vinden om vragen te beantwoorden volgens Likert schalen (waarbij ze aanduiden in welke mate ze akkoord zijn met een bepaalde stelling) waarbij een schatting wordt gebruikt van de inname van medicatie, eerder dan naar een specifiek aantal gemiste dosissen te vragen. Foutief herinneren zou zo laag mogelijk kunnen gehouden worden door de 'recall' periode relatief kort te houden. Ook de manier waarop de informatie wordt verzameld is belangrijk. Intentioneel de therapietrouw overschatten zal sneller gebeuren wanneer de patiënt denkt dat de antwoorden zullen terechtkomen bij hun arts, zoals bij een interview. Een optie is om vragenlijsten aan patiënten te geven waarvan ze zeker zijn dat ze niet bij de arts terechtkomen. Indien de arts hiervoor is opgeleid kan echter een interview – met een open, niet veroordelende houding - waardevolle gegevens verstrekken, en bovendien bijdragen tot een positieve patiënt-arts relatie, wat op zich ook weer een positieve invloed kan hebben op de therapietrouw. [22]

Er zal moeten een selectie gemaakt worden van alle vragenlijsten, en deze selectie zou daarop moeten aangepast worden om de accuraatheid te verbeteren, liefst in samenwerking met psychologen die gespecialiseerd zijn in geheugen en cognitief interview.[22]

Toekomstig onderzoek zou zich moeten focussen op het opstellen van een gestandaardiseerde meting van therapietrouw om beter begrip te krijgen van de beïnvloedende factoren, en om op die factoren te kunnen inspelen om therapietrouw te bevorderen. Therapietrouw is echter een extreem complex gedrag en een duidelijke reeks factoren identificeren die van toepassing is op alle patiënten is vermoedelijk niet mogelijk. Een beïnvloeding van deze therapietrouw zal dus ook op een geïndividualiseerde manier moeten gebeuren. [24]

4.3.3 Therapietrouw bevorderen

Patiënten met een verhoogd risico op een gebrekkige therapietrouw zouden moeten kunnen geïdentificeerd worden, waarna men hierop zou kunnen inspelen met de gepaste interventies. [22]

Vermoedelijk spelen verschillende risicofactoren een rol bij therapietrouw. Naast de kostprijs spelen patiënt-gerelateerde factoren, zoals leeftijd, kennis en ideeën over hun ziekte(s), eigen overtuigingen i.v.m. de therapie, cognitieve functie, socio-economische status en comorbiditeit een rol. Patiënteducatie zou op die manier mogelijks therapietrouw positief beïnvloeden. Mogelijke medicatie-gerelateerde factoren zijn het aantal pillen die ingenomen worden, bijwerkingen en eenvoud van medicatieschema. Resultaten over het effect van het aantal pillen zijn niet eenduidig, terwijl er een duidelijke associatie bestaat tussen een complex

medicatieschema en lagere therapietrouw. Men zou zich dus meer moeten focussen op het schema dan op het aantal pillen op zich. Andere factoren die mogelijks een rol spelen zijn de arts-patiëntrelatie, toegang tot medicatie, zelfvertrouwen en sociale steun. [22,24]

Men is uitgebreid op zoek naar effectieve manieren om de therapietrouw te bevorderen. Intensieve begeleiding door een multidisciplinair team met motivationele gesprekken zou een positieve invloed hebben op therapietrouw. Een dergelijk programma is echter niet uitvoerbaar in de algemene klinische praktijk. Het wijst wel op het belang van een goede arts-patiëntrelatie voor een betere therapietrouw. Opdat methodes algemeen zouden gebruikt worden moeten ze passen in de normale klinische praktijk, goedkoop en weinig tijdsintensief zijn, zoals bv een medicatieschema. De studie van Raynor et al. wees erop dat een individueel medicatieschema de therapietrouw verbeterde. De resultaten waren nog iets beter indien een uitgebreide uitleg erover werd gegeven, maar dit verschil was klein. [27]

Verschillende interventies om therapietrouw te verbeteren zijn echter niet effectief gebleken. De meeste van deze interventies zijn ontwikkeld zonder een goede theoretische basis, wat het voorgaande zou kunnen verklaren. Daarnaast bleken succesvolle interventies vaak te complex om te integreren in de dagelijkse klinische praktijk. Het voorzien van informatie alleen is onvoldoende om gedrag te veranderen. Men legt nu steeds meer het accent op het overtuigen, motiveren en het verbeteren van het vermogen te plannen van patiënten om therapietrouw te bevorderen. Men gaat met andere woorden therapietrouw als een bepaald gedrag zien, die men wenst te beïnvloeden, zoals het stimuleren van fysieke activiteit. Factoren die bepalen of een gedrag al dan niet wordt veranderd zijn de fysieke en psychische mogelijkheden van de patiënt, de kansen in de omgeving die het gedrag mogelijk maken, en motivatie. Op die manier kunnen interventies gericht zijn op precies die factoren die bij de patiënt ontbreken. [23]

Interventies om therapietrouw te optimaliseren zijn over het algemeen effectiever indien rekening wordt gehouden met de perceptie over de behandeling, alsook met praktische mogelijkheden en financiële middelen. Deze perceptie wordt beïnvloed door sociale, culturele en economische factoren, en kan ruwweg onderverdeeld worden in het oordeel over de persoonlijke nood aan medicatie en bezorgdheden over de mogelijke bijwerkingen die ze ervan kunnen ondervinden. Hiermee rekening houden kan de therapietrouw verbeteren, door artsen te helpen patiënten te betrekken in de behandelingskeuzes. De eerste stap hiervoor is een open niet veroordelende houding van de arts zodat de patiënt zijn zorgen en bedenkingen durft te uiten. [28]

Indien het belang van therapietrouw vanuit verschillende hoeken wordt geuit, wordt de boodschap versterkt, wat de therapietrouw kan bevorderen. Zoals eerder opgemerkt kan de apotheker hierin een belangrijke rol spelen, door bijvoorbeeld de patiënt tussendoor op te bellen. Ook het geregeld opbellen door verpleegsters heeft een positief effect op de

therapietrouw. [15]

Zoals eerder gesteld zal de ontwikkeling en evaluatie van therapietrouw interventies echter pas echt zinvol worden wanneer het duidelijk is hoe therapietrouw het best wordt gemeten. Een keer meetmethodes gestandaardiseerd zullen zijn, kunnen interventies die geïndividualiseerde begeleiding bieden getest worden en opgenomen worden in de praktijk. [22]

4.4 Het medicatieschema

4.4.1 Het papieren medicatieschema

Het medicatieschema is 'het geheel van gestandaardiseerde informatie over alle actieve medicatie van een patiënt, met inbegrip van de identiteit van de geneesmiddelen, hun posologie, hun indicatie, relevantie gebruiksaanwijzingen en bijkomende informatie waar nodig.' Het moet minstens volgende informatie bevatten:

- Identificatie van de patiënt
- Identificatie van de geneesmiddelen d.m.v. de stofnaam, merknaam of verpakking
- Posologie van de geneesmiddelen
- Indicatie van de geneesmiddelen
- Gebruiksaanwijzingen
- Bijkomende informatie waar nodig (bv therapieduur, bewaring, uitzicht tablet…)
- Datum waarop het schema is aangemaakt of gewijzigd
- Zorgverstrekker door wie het is gemaakt, gewijzigd of gevalideerd

Een medicatieschema is bij voorkeur een gedeeld hulpmiddel dat beheerd wordt door het multidisciplinair zorgteam van de patiënt en niet door een individuele zorgverstrekker. Een dergelijke gedeelde informatiebron kan een motor zijn voor multidisciplinaire samenwerking. Andere informatie, zoals relevante klinische parameters of allergieën, moet ook gedeeld kunnen worden. [13]

Het medicatieschema is belangrijke informatie voor de patiënt en kan dienen als uitgangspunt voor zowel medisch-farmaceutisch overleg (MFO), individuele medicatievoorbereiding (IMV) als transmurale zorg. Medicatieschema's moeten worden aangemaakt door zorgverstrekkers die geneesmiddelen voorschrijven of afleveren, met name artsen op basis van het globaal medisch dossier en apothekers op basis van het farmaceutisch dossier. Ook wijzigingen en aanvullingen behoren tot hun bevoegdheid. Medicatieschema's moeten in de eerste plaats beschikbaar zijn voor de patiënt zelf. Daarnaast kunnen schema's gedeeld worden tussen zorgverleners die betrokken zijn bij de therapie en een therapeutische relatie hebben met de patiënt. De patiënt

moet toestemming geven voor zijn medicatieschema gedeeld kan worden. Het schema kan gebruikt worden als instructie voor het innemen of klaarzetten van geneesmiddelen, als opvolging van de therapie en als communicatiemiddel tussen zorgverstrekkers, zowel binnen de eerste lijn als transmuraal.[13]

Goed ontworpen medicatieschema's kunnen helpen bij factoren die geassocieerd zijn met gebrekkige therapietrouw: ze linken innamemomenten met vaste dagelijkse gebeurtenissen, ze verduidelijken vage instructies bij de dosering zoals '3x per dag innemen' door specifieke tijdstippen te geven waarop medicatie moet ingenomen worden en helpen bij verwarring indien meerdere medicijnen ingenomen moeten worden door het aangeven van medicatie die op hetzelfde moment kan ingenomen worden. Raynor et al. vond dat een dergelijk medicatieschema de therapietrouw van patiënten kan verbeteren, waarbij de resultaten slechts in geringe mate beter waren indien een gedetailleerde uitleg hierbij werd gegeven. De therapietrouw werd gemeten via telling van de pillen thuis. [27]

Een medicatieschema kan op verschillende manieren aangeboden worden: in een rooster met rijen en kolommen, tekstueel per innamemoment of geneesmiddel, toedieningsschema per dag of per week… [13] Hierbij leek de eenvoud van ontwerp een belangrijke voorwaarde voor succes te zijn. Het voorzien van een vakje voor 'voor' 'tijdens' en 'na' de maaltijd lijkt daarbij het schema wat onoverzichtelijk te maken. [27] Wanneer een schema goed opgebouwd en goed te begrijpen is, kan het voor vele (oudere) patiënten een hulp bieden bij het correct innemen van hun medicatie. Het tabelvormige medicatieschema, wat o.a. gebruikt wordt voor Vitalink is niet voor iedereen goed te begrijpen. Een schema in tekstvorm lijkt echter niet beter begrepen te worden. Hierbij kan de uitleg bij het schema door de apotheker een belangrijke meerwaarde bieden. Wanneer deze ook na de uitleg toetst of alle aspecten van het schema begrepen zijn door de patiënt kan het medicatieschema een meerwaarde bieden bij het correct opvolgen van de voorgeschreven therapie.

Voornamelijk patiënten met een laag opleidingsniveau en weinig gezondheidsvaardigheden vertonen moeilijkheden bij het begrijpen van een medicatieschema, of de instructies op voorschriften. Gezondheidsvaardigheid wordt gedefinieerd als de mogelijkheid om basis gezondheidsinformatie te bekomen, te verwerken en te begrijpen, om dan op basis hiervan gepaste beslissingen te maken i.v.m. de eigen gezondheid. [29] Lage kennisgraad over gezondheid is ook een belangrijke risicofactor voor verminderde therapietrouw. Voor deze patiënten kan een geïllustreerd medicatieschema, waarbij de dagelijks in te nemen medicatie aangeduid wordt met foto's van de pil en icoontjes die het tijdstip aangeven, beter geschikt zijn. Een alternatief hierop is het kleven van de pillen van de patiënt op het schema. Er wordt aangeraden de figuren te combineren met geschreven instructies om verwarring te voorkomen. Op het schema staat ook best een telefoonnummer die de patiënt moet bellen bij wijzigingen

van medicatie, of als de pil die ze kregen van de apotheek er anders uitziet dan op het schema. Het geïllustreerde medicatieschema verhoogde de tevredenheid van patiënten alsook de mogelijkheid om de instructies te begrijpen en zich te houden aan het medicatieschema. Ook hun familieleden verwezen naar de kaart om de patiënt te herinneren aan medicatie inname. Bovendien kan dit ook een goed systeem zijn om te gebruiken bij patiënten die de taal (nog) niet beheersen. Verhogen van het zelfvertrouwen van de patiënt kan door het vereenvoudigen van specifieke stappen in gedrag, zoals het vereenvoudigen van het medicatieschema. Dit geeft dan weer een hogere kans op therapietrouw als gedrag. [30]

4.4.2 Het elektronisch medicatieschema: Vitalink

Vitalink is een digitaal platform dat gebruikt wordt om gegevens over de gezondheid van de patiënt te delen tussen gezondheidszorgverleners. Het eerste project van Vitalink was om medicatieschema's online te delen. Verder zal het via dit platform mogelijk worden sumehrs en vaccinatiegegevens te delen. In 2012 werd het eerste proefproject gelanceerd in Vlaanderen. De besluiten waren toen gelijkaardig in de verschillende testregio's: de software was nog onvoldoende op punt om Vitalink vlot te gebruiken. De samenwerking en communicatie tussen zorgverleners was door dit project wel verbeterd. De uitdaging ligt momenteel nog voornamelijk in de vlotte integratie in de verschillende software pakketten die arts en apotheker gebruiken. [31] Op dit moment loopt in Vlaanderen opnieuw een project om Vitalink te testen, helaas is het medisch programma van de eigen praktijk op dit moment nog niet in staat het gebruik van Vitalink mogelijk te maken.

5. Methodologie

5.1 Plaats en situering van dit onderzoek

Dit onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten uit huisartsenpraktijk De Bijloke in Gent. In deze praktijk werken twee vaste huisartsen, twee HAIO's en één secretaresse. Alvorens te starten werd een onderzoeksproject uitgeschreven en een protocol ingestuurd naar het ethisch comité ter goedkeuring. Een definitief gunstig advies werd op 12/05/2015 door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Gent afgeleverd.

5.2 Inclusiecriteria

Patiënten die 65 jaar of ouder zijn en vier of meer pillen innemen per dag, en die op routine consultatie komen. Patiënten in RVT's en bij wie op huisbezoek wordt gegaan werden geëxcludeerd. Het doel van de studie werd aan hen uitgelegd en een toestemmingsformulier

werd bij akkoord getekend.

5.3 Verloop van het onderzoek

Voor de start van het onderzoek werd een medisch-farmaceutisch overleg of MFO georganiseerd tussen de artsen van de praktijk en apothekers uit de buurt. Op dit overleg werden een aantal punten die van belang zijn in de samenwerking besproken. Het samenstellen van deze punten gebeurde op basis van de "handleiding voor een kwalitatief overleg tussen huisarts en apotheker" van het Huis voor gezondheid. Het LMN bood hulp bij de organisatie zoals het aanvragen van accreditatie. Op dit overleg werd ook de bedoeling van de studie uit de doeken gedaan.

Op 1/06/2015 ging het project van start. Bij patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden werd de medicatie overlopen en werd een medicatieschema meegegeven. Er werd gevraagd dit schema te tonen aan de apotheker en ook weer mee te brengen op elk volgend consult bij de huisarts. Op dat moment werd een eerste vragenlijst door de patiënt ingevuld. De naam van de vaste apotheker werd in het dossier aangevuld. Deze periode duurde tot 1/09/2015 waarna we in totaal 50 patiënten hadden geïncludeerd. Om zeker te zijn dat de medicatieschema's daadwerkelijk bij de apothekers terechtkwamen, werden de schema's ook rechtstreeks bezorgd aan de betreffende apotheker. De apotheker werd uitgenodigd ons te contacteren bij opmerkingen of aanvullingen op het schema. Na 6 maanden werd het gebruik van het medicatieschema nagevraagd en werd een tweede vragenlijst ingevuld door de patiënt.

Via deze vragenlijsten werd bij de patiënten gepeild naar therapietrouw, kennis over medicatie en ideeën over de rol van hun arts en apotheker in het bijhouden van hun medicatieschema. De bedoeling hierbij was dan om na te gaan of na het introduceren van een medicatieschema de patiënten een verschil in zelfgerapporteerde therapietrouw en kennis van medicatie aangaven. De therapietrouw werd getoetst aan de hand van de 8-item Morisky Medication Adherence Scale. Drie niveaus van therapietrouw werden daarbij beschouwd gebaseerd op de volgende scores: 0 tot 6 (laag) 6 tot 8 (matig) en 8 (hoog). Aanvullend werd bij de beginenquête gevraagd naar bijwerkingen en het volgen van de correcte tijdstippen. In de eindenquête werd dan bijkomend gevraagd naar het gebruik van OTC medicatie, en of ze zelf de indruk hadden tijdens het project meer therapietrouw te zijn. In de enquête is men ook nagegaan welke informatiebehoefte de patiënten hebben, hiervoor werd de Extent of Information Desired Scale gebruikt.

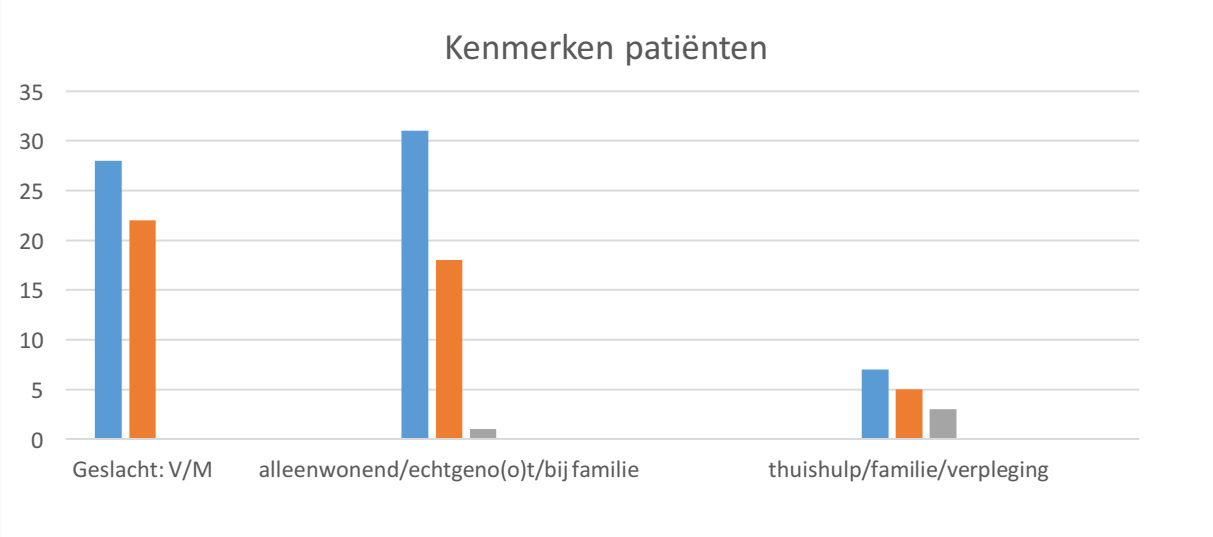
Tenslotte werd bij de artsen van de eigen huisartspraktijk een korte navraag gedaan over het gebruik van het medicatieschema en de communicatie met de apothekers.

6. Resultaten

6.1 Kenmerken van de geïncludeerde patiënten

Er werden in totaal 50 patiënten geïncludeerd in de studie, 28 vrouwen en 22 mannen met een gemiddelde leeftijd van 77 jaar. De meesten van hen wonen alleen thuis (31), één iemand woonde in bij familie en de rest woont samen met zijn/haar echtgeno(o)t(e). 7 patiënten hebben thuishulp, 5 van hen worden geholpen door familieleden en bij 3 van hen komt thuisverpleging standaard langs.

Van de geïncludeerde patiënten vulden 47 patiënten de eindenquête in. 1 patiënte was langdurig opgenomen tijdens de eindregistratie, de andere patiënten werden niet teruggezien op consultatie gedurende de tweede registratieperiode. 61% (n=29) van deze patiënten ging maandelijks naar de apotheker en 53% (n=25) had maandelijks een afspraak met de huisarts.

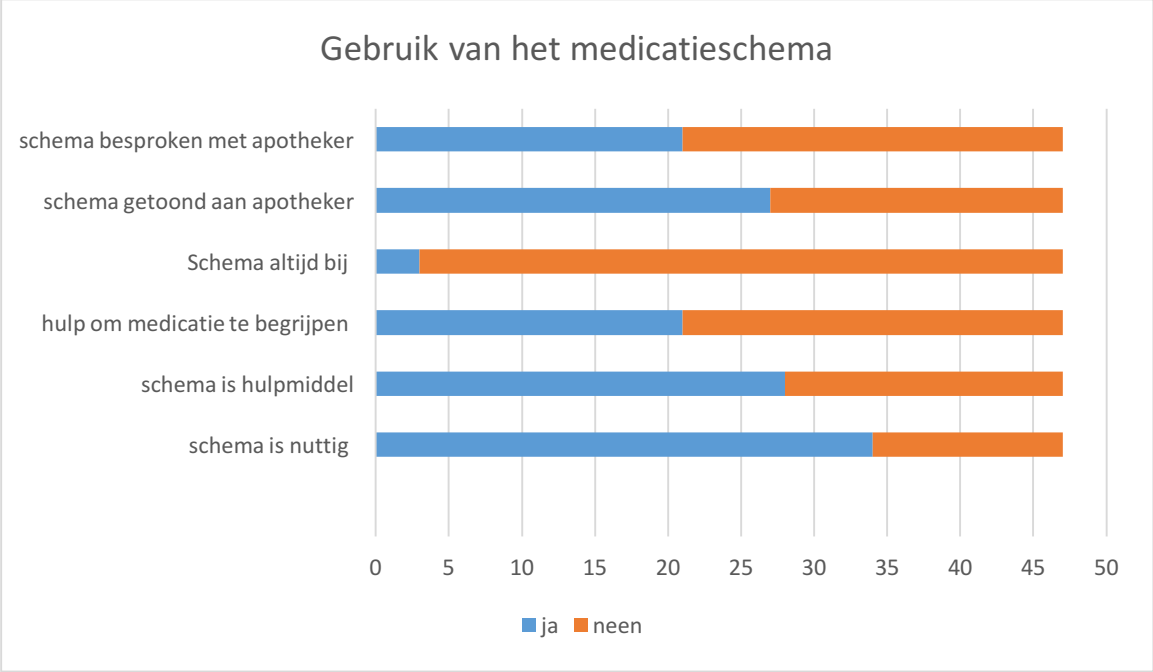


6.2 Gebruik van het medicatieschema

Het merendeel van de patiënten gaat ervan uit dat de huisarts een overzicht heeft van de medicatie die zij moeten nemen (n=33) waarvan een groot deel aangeeft dat ook de apotheker een overzicht heeft (n=20). Iets minder dan de helft (n=22) vindt het belangrijk dat niet voorschrift plichtige medicatie op het medicatieschema staat. De meesten vonden dat het schema door alle zorgverleners zou moeten gebruikt worden (n=45).

Wanneer men op het einde van de onderzoeksperiode de patiënten ondervroeg over hun ervaringen met het medicatieschema, dan vond 72% (n=34) het medicatieschema nuttig en bij

60% (n=28) had het medicatieschema effectief dienstgedaan als extra hulpmiddel. Ongeveer de helft van de patiënten (n=21) gaf aan dat het schema een hulp was om hun medicatie beter te begrijpen, en ongeveer evenveel patiënten (n=22) stelde dat het moeilijk is de medicatie op te noemen zonder gebruik van het schema. Wanneer men hen vroeg hoe vaak ze het schema zelf bij zich hadden dan had slechts 1 patiënt het meestal bij en 3 patiënten hadden het altijd bij. Bij het laten invullen van de eindenquêtes noteerden de artsen van de praktijk inderdaad dat een kleine minderheid het schema op consultatie bij zich had (n=6). Wel had 60% hun schema getoond aan hun apotheker (n=27) en werd dit schema in de meeste gevallen (n=21) door de apotheker overlopen en indien nodig aangevuld met uitleg. Daarnaast ziet slechts 4% (n=2) een voordeel in het gebruik van een digitaal schema in plaats van een papieren versie. Er werden verder geen grote problemen vastgesteld door de patiënten.



6.3 Gebruik en kennis van de medicatie

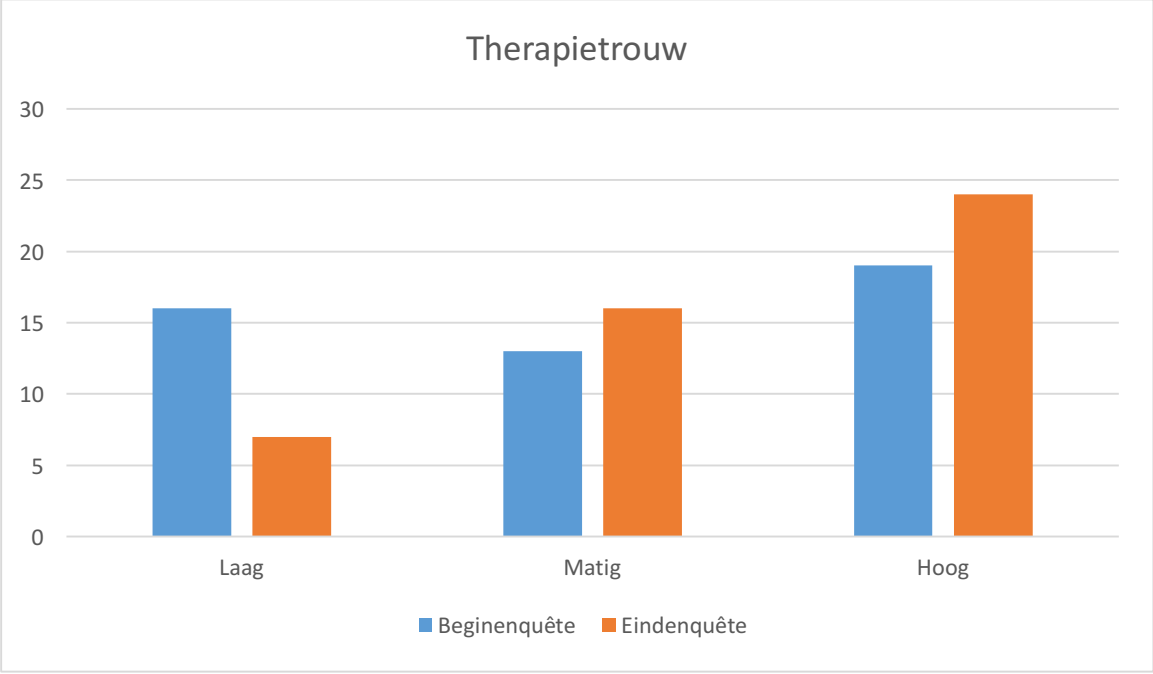
Aan de geïncludeerde patiënten werd bij de start van de studie de inname van medicatie bevraagd. De patiënten zetten meestal zelf hun medicatie klaar (n=46), waarvan ongeveer de helft dit doet met behulp van een medicatieschema (n=2) of een pillendoos (n=22). Bij de anderen wordt de medicatie klaargelegd door verpleging (n=2) of door de echtgeno(o)t(e) (n=2).

Men ging na hoe de zelf gerapporteerde therapietrouw van de patiënt was voor en na de introductie van het medicatieschema. Dit werd getoetst aan de hand van de 8-item Morisky Medication Adherence Scale. Uit de bevraging bij inclusie kwam dat 38% (n=19) van onze

patiënten hoog therapietrouw was, 26% (n=13) had een matige therapietrouw en 36% (n=18) was laag therapietrouw. Na afloop van het project was 51% (n=24) van onze patiënten perfect therapietrouw, 35% (n=16) had een matige therapietrouw en 15% (n=7) was laag therapietrouw.

Bij de helft van de patiënten herinnerde het medicatieschema de patiënt eraan zijn geneesmiddelen in te nemen. De meesten (n=41) hadden echter niet de indruk dat ze tijdens het project minder hun medicatie vergaten dan ervoor. Een derde (n=15) geeft aan af en toe een extra medicijn in te nemen dat niet op het schema stond. Medicatie weglaten zonder hun arts op de hoogte te brengen doen patiënten zelden (n=4).

In de enquête werd ook nagegaan welke informatiebehoefte de patiënten hebben. Iets meer dan de helft van de patiënten (n=29) leest steeds de bijsluiter van de medicatie, een groter aandeel (n=36) vindt het belangrijk zo veel mogelijk informatie te krijgen over hun medicatie. Patiënten gaan iets vaker informatie over hun medicatie vragen aan hun arts (n=43) dan aan hun apotheker (n=32). Ongeveer een derde voelt zich soms geremd om vragen te stellen aan hun arts (n=18). Velen onder hen zouden een patiëntenbijsluiter, met medische informatie in 'mensentaal' een grote meerwaarde vinden (n=35).



6.4 Rol van arts en apotheker

Iedereen vond het belangrijk om steeds naar dezelfde apotheker of arts te gaan, en vond dat de naam van de vaste apotheker in het medisch dossier moest komen. Een groot deel vindt dat het medicatieschema opgesteld dient te worden door de huisarts in overleg met de apotheker

(n=20). Bijna de helft acht de huisarts alleen meest geschikt om hun medicatieschema op te stellen (n=21). Het merendeel van de patiënten (n=39) zal dan ook de huisarts contacteren wanneer zij vragen hebben omtrent hun medicatie, een deel van hen (n=7) zou zowel apotheker als huisarts contacteren. De meerderheid van de patiënten stelt dat huisarts en apotheker elkaar moeten contacteren bij opmerkingen of aanvullingen van het schema. (n=33)

6.5 Nabeschouwing door de artsen van de praktijk

In de praktijk waar de studie plaatsvond zijn in totaal 4 huisartsen aan het werk, 2 vaste artsen en 2 huisartsen in opleiding. Bij navraag d.m.v. een vragenlijst wensen alle artsen bij problemen of opmerkingen feedback van de apotheker over de voorgeschreven medicatie. In niet-dringende gevallen verkiezen ze deze informatie elektronisch te ontvangen. Zij vonden de ontvangen feedback van apothekers tijdens de studie nuttig, waarbij ze door de opmerkingen zelf ook bijleerden over een goed medicatiebeleid. Daarnaast vonden ze dat de communicatie met de apothekers een stuk vlotter verliep na het medisch-farmaceutisch overleg. Zij vonden allen dat een nazicht van chronische medicatie met een aanpassing van het medicatieschema standaard (bv jaarlijks) zou moeten gebeuren. Op dat moment zou het schema ook opnieuw moeten doorgegeven worden aan de apotheker. Zo blijven de beide schema's op elkaar afgestemd, ontstaat een moment waarop de therapietrouw kan nagevraagd worden en waarop medicatie indien nodig kan gewijzigd of gestopt worden. (i.k.v. leeftijd, nieuwe richtlijnen…)

7. Discussie

7.1 Algemeen

We konden concluderen dat het MFO door de artsen als nuttig werd ervaren om de communicatie en samenwerking tussen arts en apotheker te verbeteren. Het medicatieschema bleek een nuttige tool voor de verdere communicatie wat betreft de medicatie van patiënten. Het papieren medicatieschema als communicatiemiddel waarbij de patiënt als boodschapper gebruikt werd lijkt echter niet succesvol te zijn. Interessanter was het rechtstreeks delen van het schema tussen arts en apotheker, wat in de nabije toekomst een stuk eenvoudiger zal worden via het Vitalink platform.

De gevonden resultaten zijn op een aantal punten tegenstrijdig. Een meerderheid van de patiënten vond een medicatieschema nuttig, terwijl een minderheid door gebruik van het schema aangaf minder hun medicatie te vergeten. Mogelijke verklaringen hiervoor zouden

kunnen zijn dat een deel reeds een hoge therapietrouw aangaf, waardoor er geen verbetering kan optreden. Ook lijken ze het schema vooral nuttig te vinden als communicatiemiddel tussen arts en apotheker, en mogelijks minder als hulpmiddel om hun medicatie correct in te nemen. Een deel van de patiënten had ook reeds een eigen geschreven medicatieschema die ze al langer gebruikten.

Op basis van deze resultaten kunnen we besluiten dat een groot deel van de patiënten niet volledig therapietrouw is. Het regelmatig navragen van de arts naar de therapietrouw, met het overlopen van de medicatie, zou hierbij nuttig kunnen zijn. Patiënten zouden bewust gemaakt moeten worden van de risico's die complexe of onjuiste medicatieschema's met zich meebrengen. Ook gaf een aantal patiënten aan soms medicatie in te nemen die niet op het schema vermeld stond. Vermoedelijk gaat het hier meestal over 'over the counter' medicatie. Als zorgverlener is het dus belangrijk ook hierover regelmatig navraag te doen bij de patiënt. Sensibilisatie van de patiënt is dus uitermate belangrijk. Ook het frequenter inschakelen van thuisverpleging kan hier een hulp zijn. Algemeen lijkt de therapietrouw van de patiënten na afloop van de studie wel beter te zijn. Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen zijn dat patiënten in het kader van de studie meer bevraagd werden over hun therapietrouw, dat hierbij ook de apotheker hun schema en het doel van de medicatie met hen besprak, of dat ze in de eindenquête een meer als wenselijk geacht antwoord gaven.

Het project toonde ook aan dat patiënten over het algemeen verkiezen dat de huisarts het medicatieschema opstelt omdat hij meestal over een volledig overzicht van de medicatie beschikt. Ook voor vragen omtrent hun medicatie zullen zij meestal hun huisarts raadplegen. Patiënten leggen dus de belangrijkste verantwoordelijkheid wat betreft het medicatiemanagement bij de huisarts. Wel vinden ze de communicatie hierover tussen arts en apotheker heel belangrijk. Een behoorlijk deel patiënten geeft zelfs aan dat het schema in samenwerking zou moeten opgesteld worden.

Dit project heeft een aantal beperkingen. Deze resultaten zijn slechts een weergave van een beperkte groep patiënten en zorgverleners. Bovendien moet ook vermeld worden dat de enquêtes bij de patiënten in de praktijk in Gent door de patiënten alleen werden ingevuld om de anonimiteit te bewaren, waardoor mogelijks sommige vragen niet goed werden begrepen. Verder moet ook vermeld worden dat het verplegend personeel en de zorgkundigen niet betrokken werden. Dit had wel een meerwaarde kunnen zijn gezien zij frequenter in contact komen met de patiënten en hun op regelmatige basis kunnen stimuleren tot het gebruik van het schema. Tenslotte gebeurde geen nabeschouwing door de apothekers, waardoor hun visie op de samenwerking met de artsen en het gebruik van het medicatieschema niet gekend is.

Aangezien we slechts in beperkte mate kunnen rekenen op onze patiënt als communicator tussen huisarts en apotheker zullen we ons moeten focussen op het digitaal uitwisselen van

gegevens tussen de twee zorgverstrekkers. Een goede registratie in het EMD is de basis voor deze digitale uitwisseling. Vitalink, het digitaal platform van de Vlaamse Overheid voor het veilig delen van medische en welzijnsgegevens binnen de eerste lijn, is dus een zeer belangrijk project in dit kader. M.b.v. Vitalink heeft iedere zorgverlener maar ook de patiënt zelf toegang tot zijn medische gegevens.

In de toekomst zou ook verder onderzoek moeten gebeuren naar het toepassen van medicatie nazicht door de apotheker. Dit gebeurt reeds frequent in Nederland, waar patiënten ook een vaste apotheker hebben. In ons land is dit niet het geval, waardoor systematische review door de apotheker heel moeilijk wordt.

7.2 SWOT- analyse

7.2.1 Sterktes

Een correct elektronisch medisch dossier met een correct een up to date medicatieschema is belangrijk als huisarts, zeker in een groepspraktijk waarbij eenzelfde patiënt soms door verschillende artsen wordt opgevolgd. Ook de uitbreiding van specialistische zorg met meer superspecialisatie doet het aantal verschillende (voorschrijvende) artsen waarmee een patiënt in contact komt, toenemen.

Het opstellen van een medicatieschema is een goed moment om eens kritisch te reflecteren over het medicatiegebruik van onze patiënt, en ongepast gebruik te schrappen.

Arts en apotheker zijn complementair op het vlak van het correcte gebruik van een geneesmiddel. De arts kent zijn patiënt, stelt een diagnose en behandeling op. De apotheker is vaak beter vertrouwd met de farmacologie, de wisselwerkingen en de risico's van polymedicatie. Hun samenwerking is een meerwaarde voor het correcte gebruik en kan de risico's van geneesmiddelen beduidend verminderen.

7.2.2 Zwaktes

Patiënten als boodschapper gebruiken tussen arts en apotheker waarbij hij/zij het medicatieschema steeds moet bijhouden en tonen aan de apotheker lijkt niet vlot te lukken.

Er is geen vergoeding voor het organiseren van een MFO, of voor het opstellen van een medicatieschema.

Patiënten in deze studie gaven geen problemen aan met het interpreteren van het medicatieschema. Andere studies concludeerden dat het niet altijd evident is om zo een schema

te begrijpen als het zonder uitleg meegegeven wordt.

7.2.3 Opportuniteiten

Wanneer huisartsen hun functie als beheerder van de gezondheidsgegevens van hun patiënten (globaal medisch dossier) willen uitoefenen, moeten deze gegevens op een voor uitwisseling geschikte manier in het EMD aanwezig zijn. De belangrijke voorwaarde hiervoor is een veralgemeend en kwalitatief goed gebruik van het EMD. De telematicapremie is een jaarlijkse subsidie die artsen krijgen voor de aankoop van de licentie van hun EMD. Het is een motivatie als de telematicapremie ook afhangt van een ingevuld medicatieschema. Een nadeel is dat de correctheid van het ingevoerde medicatieschema moeilijk te controleren is.

Daarnaast zou er ook vanuit de overheid steun moeten komen voor het organiseren van MFO's ter verbetering van de communicatie en samenwerking tussen huisartsen en apothekers.

Aangezien het moeilijk is om hiervoor te rekenen op de patiënt, is het beter onze energie te steken in het gebruik van het elektronisch dossier en op digitale wijze gegevens tussen arts en apotheker uit te wisselen. Het digitaliseren van patiëntengegevens maakt uitwisseling mogelijk en kan de efficiëntie van de zorg verhogen. We kijken uit naar een ongecompliceerd en veralgemeend gebruik van het elektronisch medicatieschema. We verwachten hiermee een betere communicatie tussen huisarts en apotheker. Het papieren schema zal wel een waarde behouden voor de (oudere) patiënt zelf, die zijn schema best in de buurt van zijn medicatievoorraad bewaart.

Het is een meerwaarde voor de apotheek als hij weet waarom een patiënt iets neemt. Eén geneesmiddel kan verschillende indicaties hebben. De arts beschrijft zijn diagnose op het voorschrift voor de fysiotherapeut en de verpleegkundige, waarom dan ook niet op dat voor de apotheker? Met de indicatie in het achterhoofd kan een apotheker meer gerichte info geven aan de patiënt, best in het kader van medicatie nazicht.

Het medicatieschema kan daarnaast een nuttig instrument zijn voor de specialist aangezien die vaak minder een overzicht heeft over de geneesmiddelen buiten zijn specialisme. Hij is niet steeds op de hoogte van andere aandoeningen en de bijhorende medicatie.

7.2.4 Bedreigingen

Uit de literatuur blijkt dat therapietrouw een moeilijk te omvatten en te beïnvloeden gedrag is. In deze studie werd niet alleen een betere communicatie tussen arts en apotheker beoogd, maar ook een kennistoename en verhoging van de therapietrouw via het medicatieschema. Het

beïnvloeden van therapietrouw lijkt echter complexer te zijn. Gedragsverandering is bovendien niet alleen de verantwoordelijkheid van de zorgverstrekker, maar ook van de patiënt zelf. Als zorgverstrekker moeten we ons daarvan bewust zijn.

Ontoereikende ICT-kennis, drempelvrees voor ICT, weerstand tegen vernieuwing en een subjectief gevoel van tijdsverlies kan het algemeen gebruik van het elektronisch medicatieschema in de weg staan.

Niet-voorschriftplichtige medicatie en de lagere drempel om medicatie via het internet te kopen, geeft ons niet altijd een goed zicht op het medicatiegebruik van onze patiënt.

8. Besluit

Het organiseren van een medisch farmaceutisch overleg lijkt dus nuttig voor de communicatie en samenwerking tussen huisarts en apotheker. De implementatie van een papieren medicatieschema gaat moeilijk indien dit via de patiënt gebeurt. Wel lijkt het medicatieschema een nuttige tool te zijn voor de samenwerking met apothekers wat betreft de medicatie van patiënten. Het rechtstreeks bezorgen van het schema aan de apotheker lijkt een grotere meerwaarde te bieden in deze samenwerking en medicatiebeleid. Invoering van het elektronisch gedeeld medicatieschema via Vitalink is veelbelovend, gezien men op die manier de stap via de patiënt overslaat. Het papieren schema zal wel een waarde kunnen behouden voor de (oudere) patiënt zelf, die zijn schema best in de buurt van zijn medicatievoorraad bewaart.

9. Referenties

1. P.N. Perera, M.C. Guy, A.M. Sweaney et al. Evaluation of prescriber responses to pharmacist recommendations communicated bij fax in a medication therapy management program (MTMP) J. Of Managed Care Pharmacy. 2011, 17 (5): 345-354
2. Z.A. Marcum, S.M. Handler, R. Boyce et al. Medication misadventures in the elderly: a year in review. Am. J. Geriatr. Pharmacother. 2010, 8(1): 77-83
3. C. M. Wittich, C. M. Burkle, W.L. Lanier. Medication errors: an overview for clinicians. Mayo Clin Proc. 2014, 89 (8): 1116-1125
4. J. Herrero-Herrero, J. Garcia-Aparicio. Medication discrepancies at discharge from an internal medicine service. European Journal of Internal Medicine. 2011, 22: 43-48
5. A. J. Leendertse, A. C. G. Egberts, L. J. Stoker et al. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch. Intern. Med. 2008, 168 (17): 1890-1896.

6. A. J. Avery, S. Rodgers, J. A. Cantrill, et al. A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trail and cost-effectiveness analysis. Lancet 2012, 379: 1310-19
7. D. Opondo, S. Eslami, S. Visscher, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. 2012, 7 (8): 1-9
8. Medisch-farmaceutisch overleg: een voorwaarde voor meer voorschriften op stofnaam. Bijdrage van J. Fraeyman PhD, Uantwerpen in MediQuality 20 april 2015
9. SM Smith, S. O'Kelly and T. O'Dowd. GP's and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'. British Journal of General Practice 2010, ***285-294
10. M. Rubio-Valera, A.M. Jové, C. M. Hughes, et al. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. BMC Health Services Research 2012, 12 (188): 1-10
11. "Overleg tussen artsen en apothekers kan gezondheidszorg goedkoper maken" artikel van J. Fraeyman in De Morgen 02-01-2015
12. Editoriaal: Apotheker en patiëntenzorg. Minerva 2007 6 (1): 1-1
13. VAN APB. Standpunt medicatieschema. 2013. p. 1-2
14. E. Tommelein, E. Mehuys, T. Van Hees et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. The British Journal of Clinical Pharmacology 2013, 77 (5): 756-766
15. "Een telefoontje van de apotheker: levensverlengend?" Minerva 2007 6 (4): 63-65
16. R. Holland, J. Desborough, L. Goodyer et al. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. British Journal of Clinical Pharmacology 2007, 65 (3): 303-316
17. "Treatment review door de apotheker met feedback aan de huisarts" Minerva 2008, 7 (4): 54-55
18. C. Lenander, B. Elfsson, B. Danielsson et al. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial 2014, 32: 180-186
19. "Heeft samenwerking tussen apothekers en huisartsen een impact op de gezondheid van de patiënt?" Minerva 2012, 11 (6): 3-7
20. C. S. Van Der Hooft, G. W. 't Jong, J. P. Dieleman, et al. Inappropriate drug prescribing in older adults: the updated 2002 Beers criteria – a population-based cohort study. British Journal of Clinical Pharmacology 2005, 60 (2): 137-144
21. K. Boussery, E. Tommelein, eenheid farmaceutische zorg Ugent. Medicatiereview bij een vrouw van 90 jaar: een beknopt verslag. Farmazine 2015 ***8-9
22. T. R. Glass, M. Cavassini. Asking about adherence – from flipping the coin to strong evidence. The European Journal of Medical Sciences. 2014, 144: 1-4
23. C. Jackson, L. Eliasson, N. Barber, J. Weinman. Applying COM-B to medication adherence. The European Health Psychologist. 2014, 16 (1): 7-14
24. W. F. Gellad, J. L. Grenard, Z. A. Marcum, et al. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly. Am. J. Geriatr. Pharmacother. 2011 9 (1): 11-23
25. E. Tommelein, E. Mehuys, I. Van Tongelen et al. Accuracy of the medication adherence report scale (MARS-5) as a quantitative measure of adherence to inhalation medication in patients witch COPD. Annals of Pharmacotherapy 2014, 48 (5): 589-595
26. B. Perez-Escamilla, L. Franco-Trigo, J. C. Moullin, et al. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. Patient Preference and Adherence 2015, 9: 569-578

27. D. K. Raynor, T. G. Booth, A. Blenkinsopp. Effects of computer generated reminder charts on patients' compliance with drug regimens. British Medical Journal 1993, 306: 1158-61
28. R. Horne, S. C. E. Chapman, R. Parham et al. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. PloS ONE 2013, 8 (12): 1-19
29. Masterproef Farmaceutische wetenschappen (eerste master) "Het Vitalink medicatieschema: wat is het best begrijpbare format voor de patiënt?" A. Philips
30. S. Kripalani, R. Robertson, M. H. Love-Ghaffari, L. E. Henderson et al. Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. Patient education and counseling 2007, 66: 368-377
31. L. Zwaenepoel, L. Hulshagen. Vitalink: a digital platform to share patient health records in primary care. Report of the pilot projects for sharing medication schemes. J. Pharm. Belg. 2014, 1: 16-27
32. Handleiding voor een kwalitatief overleg tussen apotheker en huisarts. Huis voor gezondheid.
33. Masterproef ICHO C. Van Hulle "Hoe goed kennen huisarts en apotheker het medicatieschema van hun patiënt?" 2015 UGent
34. Masterproef ICHO S. Conings "Veralgemeend gebruik van het medicatieschema in Zuid-Oost Limburg" 2013 Uhasselt

10. Bijlagen

1. Verslag MFO
2. Brief apothekers
3. Beginenquête patiënten
4. Eindenquête patiënten
5. Informatie- en toestemmingsformulier
6. Protocol
7. Goedkeuring ethisch comité
8. Voorbeeld van een medicatieschema

VERSLAG MFO 21/04/2015

Aanwezigen:

Apothekers:
De Jaeghere Annelies (apotheek Noord)
Simoens Dominiek (apotheek Noord) (info@apotheeknoord.be)
Van Craen Maaike (apotheek Nys)
Nys Hilde (apotheek Nys) (apotheeknys@gmail.com)
Strobbe Els (apotheek.strobbbe@skynet.be)
Rousseau Bénédicte (apr.b.rousseau@skynet.be)
Jaspers Wouter (apotheek De Sweemer)
Vandekerckhove Christoph (apotheek.Desweemer@skynet.be)
Bogaerts Veerle (info@apotheekbogaerts.be)
Vande Rostyne Anne-Marie (apotheek.vanderostyne@skynet.be)
Blindeman Ciska (apotheek Vande Rostyne)
Bourguignon Véronique (v.bourguignon@skynet.be)
Vanslembrouck Robert (robert_vanslembrouck@hotmail.com)
Lambein Filip (vooruit19@coopapotheken.be)
Artsen:
Gernay Olivier (oliviergernay@telenet.be)
Biot Stéphanie (biotstephanie@gmail.com)
Vancaillie Julie (haiobijloke@gmail.com)

Gebruik van medicatieschema's (onderwerp masterproef HAIO Julie Vancaillie)

Doel: aanmaken van medicatieschema's bij ambulante patiënten van 65jaar of ouder die 4 pillen of meer dagelijks innemen, en dit schema telkens te laten meebrengen naar arts en apotheker. Wijzigingen/opmerkingen over tijdstip van inname, aanvullingen met niet-voorschriftplichtige medicatie, dosiswijziging, toevoegen van medicatie etc kunnen op die manier aan elkaar worden doorgegeven. Indien een wijziging aanbrengen op het schema zelf voor onduidelijkheid zou kunnen zorgen bij de patiënt, kunnen apothekers en artsen best rechtstreeks contact opnemen met elkaar, bijvoorbeeld via e-mail. Vragenlijsten worden ingevuld door deze patiënten over therapietrouw, gebruiksgemak en aanvaardbaarheid van het schema, begrip van de medicatie…
Patiënten die deelnemen worden geïnformeerd over de studie, en krijgen daarbij een informatieformulier mee, en worden gevraagd een informed consent formulier te tekenen. Ook worden ze daarbij op de hoogte gebracht dat arts en apothekers gegevens onderling kunnen uitwisselen. In het dosssier van de arts wordt ook opgenomen wie de vaste apotheker is van patiënt.

Ook apothekers kunnen voor patiënten met hun software een medicatieschema opstellen. Dit gebeurt heden voornamelijk wanneer patiënten terug thuis zijn na een ziekenhuisopname, en daar een medicatieschema hebben meegekregen. Vaak worden tijdens opname generische producten omgezet naar het merkproduct, wat onduidelijkheid creëert voor de patiënt, alsof alle medicatie gewijzigd is. De apotheker kan hier dan duidelijkheid scheppen met het opmaken van een schema met uitleg bij de medicatie. Meestal krijgen patiënten slechts een aantal pillen mee vanuit het ziekenhuis, zodat ze na ontslag moeten langsgaan bij de huisarts. Dit is van belang voor de verdere opvolging.
Het lijkt ons beter dat het voor de eerste keer opmaken van een medicatieschema door de arts gebeurt, en dan kan overgenomen worden door de apotheker; zo weet de apotheker dat

het schema de medicatie bevat die de patiënt daadwerkelijk zou moeten innemen. Anders moet hij/zij dit schema opstellen op basis van wat de patiënt hen vertelt, wat niet altijd correct is.

De apotheker heeft vaak een beter zicht op de compiliance van patiënten, bijvoorbeeld wanneer deze niet alle medicatie aankoopt die voorgeschreven werd. Dergelijke bemerkingen, of over interacties, correct tijdstip van inname, onbeschikbaarheid van medicatie etc. kunnen via mail worden doorgegeven aan de arts. Dit kan zowel een meerwaarde betekenen voor de opvolging van patiënten als voor de kennis van de arts. Deze gegevens worden opgenomen in het dossier van de patiënt.

In de toekomst zal het mogelijk zijn om via Vitalink medicatieschema's uit te wisselen tussen arts en apotheker indien de patiënt hier toestemming voor geeft.

Communicatie

Een goede samenwerking binnen de eerste lijn wordt steeds belangrijker, en een essentieel aspect van deze samenwerking is een goede communicatie.
Dit werd daarom het volgende punt op dit overleg: enerzijds werden contactgegevens uitgewisseld, en anderzijds werd besproken waarvoor we wensen gecontacteerd te worden door de arts of door de apotheker. Het is momenteel voor de apothekers niet steeds duidelijk waarvoor verschillende huisartspraktijken wensen gecontacteerd te worden.
Vanuit onze praktijk werden volgende zaken aangegeven:

- Bij onbeschikbaarheid van medicatie. Artsen zijn hier over het algemeen later van op de hoogte dan apothekers. Door (tijdelijke) onbeschikbaarheid van medicatie wordt vaak overgeschakeld naar andere (generische) producten, waardoor fouten kunnen ontstaan: het doosje/de pil ziet er anders uit waardoor de patiënt kan denken dat het om een andere pil gaat, en deze nog eens extra inneemt. Of de patiënt weet niet dat er alternatieven bestaan voor de onbeschikbare medicatie, en stopt met de medicatie. De vraag van de artsen is dat de apotheker hierover (elektronisch) contact opneemt. Deze substitutie kan ook op het medicatieschema worden genoteerd, en ook op het nieuwe doosje, zodat het duidelijk is voor de patiënt dat het over dezelfde medicatie gaat, zodat er geen fouten gebeuren.
- Bij interacties: bij een hoog niveau van interactie, die mogelijks gevaarlijk kan zijn, worden artsen heden reeds opgebeld. Interacties van een lager niveau worden meestal niet gecommuniceerd, of er wordt bijvoorbeeld een bepaalde pil tijdelijk gestopt door de apotheker (tijdens een antibioticakuur bijvoorbeeld). Voor deze vormen van interacties wordt toch gevraagd een e-mail te sturen; zo hier de volgende keer op letten.
- Vermoeden van misbruik. Vaak is ook de apotheker niet op de hoogte bij abusus van medicatie omdat de patiënt ook bij verschillende apothekers de medicatie gaat halen. Momenteel kan een sterk vermoeden van abusus gemeld worden aan de farmaceutische inspectie.
- Voorschieten van medicatie zonder voorschrift. De artsen trachten bij controle van een patiënt die chronische medicatie neemt voldoende voorschriften mee te geven, zodat deze voldoende medicatie heeft tot een volgende controle. Indien dan toch nog medicatie zonder voorschrift wordt meegegeven komt de patiënt pas veel later op controle. Een oplossing voor een patiënt die tijdens het weekend komt naar de apotheker omdat zijn medicatie op is kan een geven van slechts 1 pilstrip zijn. Voorschieten kan eventueel wel indien het gaat om reisvaccinaties, echter pas nadat er bij de arts werd besproken welke vaccins nodig zijn, bijvoorbeeld na een titerbepaling voor hepatitis. Een voorbeeld dat

aangehaald wordt is het pilvoorschrift: soms kan de arts met opzet slechts voor 3maand voorschrijven; omdat deze de patiënt wil terugzien voor een controle uitstrijkje bijvoorbeeld. Voor de pil is 1 voorschrift per jaar echter voldoende waardoor de apotheker ook bij een voorschrift voor 3 maand een doosje voor een volledig jaar mag meegeven. Er werd afgesproken dat indien de huisarts de patiënt bij het voorschrijven van orale contraceptie wenst terug te zien na 3maand, dit zo aangeeft op het voorschrift. (bij S/na 3maand op controle te komen)

Ook de apothekers vragen de artsen om contact op te nemen bij vragen over terugbetaling, correct voorschrijven, attesten…
Apothekers verwijzen ook af en toe patiënten naar de huisarts, en daarbij is het handig te weten welke zaken al dan niet aan bod kunnen komen in een huisartspraktijk. In deze praktijk kan verwezen worden voor uitstrijkjes, hechtingen, cryotherapie, onderzoek van kleine kinderen en zuigelingen,… Wat niet gebeurt in de praktijk is kleine chirurgie en gipsen. Indien het niet mogelijk is voor de patiënt om tot bij de praktijk te komen gaan de artsen op huisbezoek. Er wordt wel waar mogelijk en haalbaar gestimuleerd om naar de praktijk te komen, omdat de zorg kwalitatief ook beter is in de praktijk, beter materiaal, dossiergegevens op de computer etc.

Het voorschrift

- Correct voorschrijven. Bij dT mag niet grote verpakking geschreven worden, maar enkel het aantal tabletten van de gewenste verpakking. Bij voorschriften op stofnaam mag bij dT de duur van behandeling geschreven worden. Daarbij is het noteren van de dosering heel belangrijk, anders weet de apotheker niet hoeveel hij moet afleveren. Dit kan voor maximum 3 maand. Dit wordt frequent toegepast bij het voorschrift voor Rilatine.
- Mag medicatie van vervallen voorschriften afgeleverd worden? Meestal gaat dit over voorschriften die patiënten als extra bij de specialist hebben gekregen, waardoor bij afgifte van de medicatie de geplande controle bij de huisarts zou uitgesteld worden. In principe mag steeds medicatie van vervallen voorschriften afgeleverd worden, maar dan is deze medicatie niet terugbetaald. Dit betekent dat medicatie die nooit terugbetaald wordt ook steeds na het termijn van 3maand mag afgeleverd worden.

De apothekers zijn vertrouwd met het TMF formularium, dit kan steeds voorgeschreven worden. Indien de apotheker een bedenking heeft bij een magistraal voorschrift, bijvoorbeeld indien de voorgeschreven hoeveelheid niet in aanmerking komt voor terugbetaling, of hij/zij heeft een voorstel voor een andere samenstelling, staan de artsen ervoor open dit te horen.

Informatieformulier voor de apotheker

Geachte apotheker,

van juni 2015 tot en met december 2015 zal dr. Julie Vancaillie in het kader van haar master-na-masteropleiding in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit Gent een onderzoek uitvoeren in de huisartspraktijk. Dit is een onderzoek over het gebruik van een medicatieschema bij patiënten die 4 of meer pillen per dag nemen.

Concreet zal met de patiënt(e) de chronische medicatie overlopen worden, en zal een medicatie schema aangemaakt worden. Het is de bedoeling dat de patiënt dit medicatieschema dan telkens gaat meebrengen naar de apotheker, en nadien terug naar de huisarts. Op die manier wordt getracht beide medicatie schema's op elkaar te laten afstemmen. Indien u opmerkingen of aanvullingen heeft kan dit via dit schema worden meegedeeld. Uiteraard kan ook steeds telefonisch overlegd worden. De patiënten krijgen hierover een informatieformulier mee, en tekenen een informed consent.
Graag vragen we u hierbij de patiënt er ook nog eens aan te herinneren het medicatie schema terug mee te nemen naar de huisarts.

Aan de patiënten wordt gevraagd een vragenlijst over medicatiegebruik en -kennis in te vullen bij het begin en bij het einde van de praktijkstudie. Op die manier wordt nagegaan wat de meerwaarde kan zijn van een medicatie schema op therapietrouw en kennis van medicatie.

Uw medewerking wordt van harte op prijs gesteld,
alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Julie Vancaillie
HAIO praktijk De Bijloke
Groot-Brittanniëlaan 54
9000 Gent
09/233 66 20
haiobijloke@gmail.com

Beginenquête patiënten

A/Algemeen

1. Wat is uw leeftijd? …… jaar Uw geslacht? M/V

2. Woont u alleen?
   - ja
   - neen, ik woon samen met echtgeno(o)t(e) of partner
   - neen, ik woon in bij familie
   - andere: ….

3. Krijgt u hulp?
   - Thuisverpleging
   - Thuishulp
   - Familielid
   - Kennis/buurman- of vrouw
   - Andere: ……..

Hoeveel keer per week? …. (keer/week)

4. Heeft u een vaste apotheker?
   - ja
   - nee

Zo ja,
Vindt u dat de naam van uw apotheker moet genoteerd worden in uw dossier?
   - ja
   - nee

5. Vindt u dat uw apotheker duidelijke uitleg moet geven over uw medicatie?
   - ja
   - nee

6. Wie zet meestal uw medicatie klaar?
   - zelf
   - echtgeno(o)t(e) of partner
   - familielid
   - verpleegkundige
   - thuishulp
   - apotheker
   - andere: …..

Indien u zelf uw medicatie klaar legt: welke hulpmiddelen gebruikt u om ervoor te zorgen dat u uw geneesmiddelen zo correct mogelijk inneemt? (meerdere antwoorden mogelijk)
   - Geen (ik haal de medicatie uit het doosje op het innamemoment
   - Een lijst of schema waarop alle geneesmiddelen staan
   - Een pillendoos
   - andere: …

7. Is er volgens u een professionele hulpverlener die een volledig overzicht heeft van alle medicatie die u neemt?
   - nee

- ja

Indien ja, wie?

- de huisarts
- de apotheker
- de thuisverpleging
- de specialist in het ziekenhuis

8. Vindt u het belangrijk dat iemand uw globale medicatie schema beheert?

- nee
- ja

Indien ja, wie vindt u daarvoor het meest geschikt?

- de huisarts
- de apotheker
- huisarts in overleg met apotheker
- de thuisverpleging
- de specialist in het ziekenhuis

9. Vindt u dat ook de niet voorschriftplichtige medicatie (zoals dafalgan, brufen, immodium) en voedingssupplementen op het medicatieschema moeten staan?

- ja
- nee

10. Denkt u dat het medicatie schema nuttig zal zijn voor uw medicatiegebruik?

- ja
- nee

11. Stel dat u een probleem ondervindt met het medicatie schema, wie zou u dan als eerste contacteren?

- mijn huisarts
- mijn apotheker
- de thuisverpleging
- ik informeer bij het ziekenhuis

12. Vindt u dat het medicatie schema dat u vandaag gekregen heeft altijd door alle zorgverleners moet gebruikt worden?

- ja
- nee
- opmerkingen: …

13. Op hoeveel tijdstippen per dag moet u medicatie innemen?

- 1
- 2
- 3
- 4

Zou u het makkelijker vinden uw medicatie te nemen indien dit op minder tijdstippen moet?

B/Informatiebehoefte (omcirkel wat past)

1. Ik lees steeds de bijsluiter van mijn medicatie.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

2. Ik heb het liefst zoveel mogelijk informatie over mijn geneesmiddelen.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

3. Als ik iets moet weten over mijn medicatie, kan ik dat het makkelijkst aan de dokter vragen.
4.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

5. Ik wil hen niet extra belasten door informatie te vragen. Ze hebben al genoeg te doen.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

6. Soms voel ik me wat geremd om iets te vragen. Ze zullen vast denken dat ik dat eigenlijk al had moeten weten.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

7. Ik heb geen nood aan meer informatie over mijn medicatie.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

8. Wanneer ik informatie over geneesmiddelen wil, spreek ik daar steeds mijn apotheker over aan.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

9. Ik vind informatie over mijn geneesmiddelen vaak onduidelijk verwoord door zorgverleners.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen

10. Ik vind dat bij elk geneesmiddel een patiëntenbijsluiter (met medische informatie in ‘mensentaal’) zou moeten meegegeven worden.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

C/Therapietrouw

U gebruikt meerdere geneesmiddelen. We zijn geïnteresseerd in de manier waarop u uw geneesmiddelen gebruikt. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Gelieve elke vraag te beantwoorden op basis van uw persoonlijke ervaring met uw geneesmiddelen.

(het gepaste antwoord omcirkelen)

1. Vergeet u soms uw medicatie in te nemen?	Ja	Nee	Soms
2. Mensen nemen soms hun medicatie niet, omwille van andere redenen dan vergeten. Als u denkt aan de voorbij twee weken, waren er dan dagen waarop u uw geneesmiddelen niet hebt ingenomen?	ja	neen	soms

3. Heeft u uw geneesmiddelen ooit verminderd of bent u ooit gestopt met uw geneesmiddelen zonder dit aan uw dokter te vertellen?	ja	Neen	soms
4. Vergeet u soms uw geneesmiddelen mee te nemen als u reist of het huis verlaat?	Ja	Neen	soms
5. Heeft u gisteren uw geneesmiddelen genomen?	Ja	Neen	soms
6. Als u het gevoel heeft dat uw aandoening onder controle is, stopt u dan soms met het innemen van uw geneesmiddel?	Ja	Neen	soms
7. Dagelijks medicatie innemen is voor veel mensen een echt ongemak. Vindt u het ooit lastig om u aan uw behandelschema te houden?	Ja	Neen	soms

8. Stopt u soms met het nemen van uw medicatie wanneer u er zich slecht door voelt?	Ja	Neen	soms
9. Bent u soms slordig met de tijdstippen waarop u uw medicatie dient te nemen?	Ja	Neen	soms

10. Hoe vaak vindt u het moeilijk er aan te denken al uw geneesmiddelen in te nemen?

NOOIT/ZELDEN - AF EN TOE - SOMS - MEESTAL - ALTIJD

Eindenquête patiënten

A/Algemeen

1. Wat is uw leeftijd? …… jaar
Uw geslacht? M/V

2. Woont u alleen?

- ja
- neen, ik woon samen met echtgeno(o)t(e) of partner
- neen, ik woon in bij familie
- andere: ….

3. Krijgt u hulp? (Zoals thuisverpleging of thuishulp)

Zoja, welke? ….
Hoeveel keer per week? …. (keer/week)

4. Wie zet meestal uw medicatie klaar?

- zelf
- echtgeno(o)t(e) of partner
- familielid
- verpleegkundige
- thuishulp
- apotheker
- andere: …..

5. Hoe vaak gaat u naar de apotheek?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Elke 2-3maanden
- Elke 6maanden
- Nooit, iemand anders gaat voor mij naar de apotheek

6. Hoe vaak heeft u een afspraak met de huisarts?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Elke 2-3 maand
- Elke 6 maand

7. Hoe vaak gaat u naar de specialist?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Elke 2-3 maand

- Elke 6 maand

B/Vragen over het medicatieschema

(omcirkel wat past)

11. Ik vond het medicatie schema nuttig

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

12. Het medicatie schema deed dienst als (extra) hulpmiddel om mijn geneesmiddelen in te nemen.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

3. Ik zal het medicatie schema verder gebruiken in de toekomst.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

13. Ik vind een papieren versie van het medicatie schema handig in gebruik.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

14. Een digitaal medicatie schema (op internet) is een betere oplossing dan een papieren medicatie schema.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

15. Het medicatie schema helpt mij om mijn medicatie beter te begrijpen.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

7. Ik vind dat huisarts en apotheker elkaar steeds moeten contacteren bij opmerkingen of aanvullingen op het medicatie schema.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen:

8. Zonder dergelijk medicatie schema is het moeilijk voor mij om op te noemen welke medicatie ik neem indien zorgverleners ernaar vragen.

HELEMAAL AKKOORD - AKKOORD - NEUTRAAL - NIET AKKOORD - HELEMAAL NIET AKKOORD

Opmerkingen

9. Heeft u problemen ondervonden met het medicatieschema?
Zo ja, welke problemen? Zo ja, wie heeft u daarover gecontacteerd?

10. Wie is volgens u het meest geschikt om het medicatie schema op te starten?
- Apotheker
- Huisarts
- Huisarts en apotheker samen

- specialist

11. Hoe vaak nam u het medicatie schema mee naar de huisarts?

NOOIT/ZELDEN - AF EN TOE - SOMS - MEESTAL - ALTIJD

12. Hoe vaak nam u het medicatie schema mee naar de apotheker?

NOOIT/ZELDEN - AF EN TOE - SOMS - MEESTAL - ALTIJD

13. Hoe vaak nam u het medicatie schema mee naar de specialist?

NOOIT/ZELDEN - AF EN TOE - SOMS - MEESTAL - ALTIJD

C/Therapietrouw

U gebruikt meerdere geneesmiddelen. We zijn geïnteresseerd in de manier waarop u uw geneesmiddelen gebruikt. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Gelieve elke vraag te beantwoorden op basis van uw persoonlijke ervaring met uw geneesmiddelen.

(het gepaste antwoord omcirkelen)

1. Vergeet u soms uw medicatie in te nemen?	Ja	Nee	soms
2. Mensen nemen soms hun medicatie niet, omwille van andere redenen dan vergeten. Als u denkt aan de voorbij twee weken, waren er dan dagen waarop u uw geneesmiddelen niet hebt ingenomen?	Ja	Nee	soms
3. Heeft u uw geneesmiddelen ooit verminderd of bent u ooit gestopt met uw geneesmiddelen zonder dit aan uw dokter te vertellen?	Ja	Nee	soms
4. Vergeet u soms uw geneesmiddelen mee te nemen als u reist of het huis verlaat?	Ja	Nee	soms
5. Heeft u gisteren uw geneesmiddelen genomen?	Ja	Nee	soms
6. Als u het gevoel heeft dat uw aandoening onder controle is, stopt u dan soms met het innemen van uw geneesmiddel?	Ja	Nee	soms
7. Dagelijks medicatie innemen is voor veel mensen een echt ongemak. Vindt u het ooit lastig om u aan uw behandelschema te houden?	Ja	Nee	soms

8. Heeft u tijdens het verloop van het project minder vaak uw medicatie vergeten dan voorheen?	Ja	nee
9. Neemt u soms bewust medicatie niet in die wel op uw medicatieschema vermeld staat?	Ja	nee
10. Neemt u soms medicatie die niet op het medicatieschema staat?	Ja	nee

Hoe vaak vindt u het moeilijk er aan te denken al uw geneesmiddelen in te nemen?

NOOIT/ZELDEN - AF EN TOE - SOMS - MEESTAL - ALTIJD

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

Geachte heer, mevrouw,

van juni 2015 tot en met december 2015 zal dr. Julie Vancaillie in het kader van haar master-na-masteropleiding in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit Gent een onderzoek uitvoeren in uw huisartspraktijk.

Dit is een onderzoek over het gebruik van een medicatieschema bij patiënten die 4 of meer pillen per dag nemen.

Er zal met u overlopen worden welke en hoeveel medicatie u inneemt. Indien u nog geen medicatieschema heeft, en dit wenst, zal aan u een medicatieschema worden meegegeven. Het is dan de bedoeling dit medicatieschema ook mee te nemen naar uw apotheker, zodat deze ook kan zien welke medicatie u inneemt en dit kan vergelijken met de eigen gegevens over uw medicatiegebruik. Nadien brengt u uw medicatieschema opnieuw mee naar de huisarts. Uw apotheker en huisarts kunnen ook rechtstreeks met elkaar communiceren over uw medicatieschema.
Na een aantal maanden zal uw medicatie dan opnieuw met u overlopen worden, en zal u gevraagd worden een vragenlijst in te vullen over het gebruik van dit medicatieschema.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen rechtstreeks therapeutisch voordeel met zich meebrengen. Wat u wel een voordeel biedt, is dat de artsen in de huisartspraktijk met u uw medicatie zullen overlopen, waarbij gekeken wordt of u alle medicatie neemt die nodig is voor u. Daarbij zal uw medicatie genoteerd worden in een schema, waarbij ook wordt bijgeschreven waarvoor u deze medicatie neemt. Bovendien is het nuttig een medicatieschema bij u te hebben indien er nood is aan een onverwachte ziekenhuisopname, of een bezoek aan de wachtarts.
Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Julie Vancaillie

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters)

mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Datum…… Handtekening patiënt …….

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…… Handtekening…….

PROTOCOL ETHISCHE COMMISSIE

ER IS EEN TOENEMEND AANTAL PATIËNTEN MET MEERDERE AANDOENINGEN, DIE DAARVOOR OOK MEERDERE PILLEN INNEMEN PER DAG. HET IS VOOR HEN NIET EENVOUDIG DEZE ALLEMAAL CORRECT IN TE NEMEN. BOVENDIEN ONDERVINDT DE PATIËNT OP HET MOMENT VAN PILGEBRUIK VAAK GEEN RECHTSTREEKSE VOORDELEN VAN DE MEDICATIE (ZOALS BIJ HOGE BLOEDDRUK) EN GEEFT MEDICATIE NOGAL EENS BIJWERKINGEN. DIT ALLES HEEFT EEN NADELIGE INVLOED OP DE THERAPIETROUW. IN ONZE PRAKTIJK IS ER VIA HET MEDISCH PROGRAMMA DE MOGELIJKHEID EEN MEDICATIESCHEMA AAN TE MAKEN EN TE PRINTEN VOOR DE PATIËNT. DIT GEBEURT REEDS BIJ EEN AANTAL PATIËNTEN, ECHTER NOG NIET SYSTEMATISCH.

OOK APOTHEKERS HEBBEN DE MOGELIJKHEID EEN DERGELIJK MEDICATIESCHEMA AAN TE MAKEN EN MEE TE GEVEN MET DE PATIËNT. DIT GEBEURT STEEDS VAKER. DE BEIDE MEDICATIESCHEMA'S WORDEN ECHTER VAAK NOG NIET OP ELKAAR AFGESTEMD. DE BEDOELING VAN DEZE SCHEMA'S IS DAT DE PATIËNT ZE ZOU MEENEMEN VAN DE APOTHEKER NAAR DE ARTS EN OMGEKEERD, OM OP DIE MANIER BEIDE SCHEMA'S OP ELKAAR AF TE STEMMEN, EN VANUIT BEIDE HOEKEN DE THERAPIETROUW NA TE GAAN EN TE BEVORDEREN.

HET ONDERZOEK DAT IK ZOU UITVOEREN ZOU ER DAN OOK UIT BESTAAN OM BIJ PATIËNTEN MET POLYFARMACIE, M.N. DAGELIJKS INNAME VAN 4 PILLEN OF MEER, TE OVERLOPEN WELKE MEDICATIE GENOMEN WORDT EN TE VERGELIJKEN MET WAT IN HET MEDISCH DOSSIER STAAT. DAN WORDT NAGEVRAAGD OF HIJ/ZIJ REEDS OVER EEN MEDICATIESCHEMA BESCHIKT (VIA DE APOTHEKER). INDIEN DIT HET GEVAL IS WORDT AFGESPROKEN VERDER TE WERKEN MET DIT SCHEMA/EEN NIEUW SCHEMA AAN TE MAKEN. INDIEN DE PATIËNT NOG GEEN SCHEMA HEEFT, EN DIT WENST, WORDT EEN MEDICATIESCHEMA AANGEMAAKT WAARBIJ GEVRAAGD WORDT DIT SCHEMA MEE TE NEMEN NAAR DE APOTHEKER, EN BIJ EEN VOLGEND CONSULT OPNIEUW MEE TE BRENGEN NAAR DE HUISARTS. OP DIE MANIER ZAL GETRACHT WORDEN DE SCHEMA'S VAN HUISARTS EN APOTHEKER OP ELKAAR TE LATEN AFSTEMMEN, WIJZIGINGEN IN DE MEDICATIE DOOR TE GEVEN, AANVULLENDE INFORMATIE TE GEVEN ETC. DAARBIJ WORDT OOK EEN EERSTE VRAGENLIJST MEEGEGEVEN.

IN HET KADER VAN DIT ONDERZOEK WORDT OOK EEN OVERLEG GEPLAND TUSSEN ONZE HUISARTSENPRAKTIJK EN EEN AANTAL APOTHEKERS UIT DE BUURT. TIJDENS DAT OVERLEG WORDT GESPROKEN OVER HET GEBRUIK VAN HET MEDICATIESCHEMA, ALSOOK OVER EEN AANTAL ANDERE ONDERWERPEN, ZOALS VOORSCHRIJVEN OP STOFNAAM, ACHTERSTALLIGE VOORSCHRIFTEN ENZ.

NA EEN AANTAL MAAND WORDT DAN BIJ DEZE PATIËNTEN OPNIEUW DE GEBRUIKTE MEDICATIE OVERLOPEN EN WORDT NAGEVRAAGD OF HET MEDICATIESCHEMA NOG IN GEBRUIK IS. DAN ZAL AAN DEZE PATIËNTEN OOK GEVRAAGD WORDEN EEN TWEEDE VRAGENLIJST IN TE VULLEN, WAARBIJ DE VOLGENDE ZAKEN ZULLEN NAGEGAAN WORDEN:

- AANVAARDBAARHEID VAN HET MEDICATIESCHEMA

- BEGRIP VAN DE MEDICATIE: WAAROM WORDEN ZE VOORGESCHREVEN, BELANG DEZE IN TE NEMEN

- CORRECT MEDICATIEGEBRUIK
-
- MEERWAARDE VOOR DE PATIËNT VAN HET MEDICATIESCHEMA

- ZELF GERAPPORTEERDE THERAPIETROUW

OP DEZE MANIER ZAL GETRACHT WORDEN EEN BETER INZICHT TE KRIJGEN IN DE VOLGENDE VRAGEN:

- LEIDT HET GEBRUIK VAN EEN MEDICATIESCHEMA TOT BETER GEBUIK (ZELFGERAPPORTEERD) VAN DE MEDICATIE BIJ DE PATIËNT?
- LEIDT HET GEBRUIK VAN EEN MEDITATIESCHEMA TOT EEN BETER BEGRIP VAN DE MEDICATIE BIJ DE PATIËNT?

- IS HET GEBRUIK VAN EEN MEDICATIESCHEMA AANVAARDBAAR/HANDIG IN GEBRUIK/VERSTAANBAAR VOOR DE PATIËNT?
- ZIJN ER ANDERE MOGELIJKHEDEN OM MEDICATIESCHEMA'S TUSSEN ARTS EN APOTHEKER OP ELKAAR AF TE STEMMEN DAN MEEGEVEN MET DE PATIËNT? (TE BESPREKEN OP HET OVERLEG)

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Universiteit Gent
Faculteit Farmaceutische Wetenschappen - Vakgroep Geneesmiddelenleer
Koen BOUSSERY
Harelbekestraat 72
9000 Gent
BTW nr: 248.015.142

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0494	08-mei-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het gebruik van het medicatieschema bij patiënten met polyfarmacie
(Manama Julie Vancaillie)

Belgisch Registratienummer: B670201524663

* Adviesaanvraagformulier dd. 17/04/2015 (volledig ontvangen dd. 24/04/2015)
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 06/05/2015 (ontv. dd. 07/05/2015) op opmerkingen EC dd. 24/04/2015
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (cfr. mail dd. 06/05/2015)
* Vragenlijsten
  - Beginenquête patiënten (cfr. mail dd. 06/05/2015)
  - Eindenquête patiënten (cfr. mail dd. 06/05/2015)

Advies werd gevraagd door:
K. BOUSSERY ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 7/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 6/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 7/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 6/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

Posologierooster

Dossier :
Naam :
Geboortedatum :
Datum rooster :

Dr. GERNAY OLIVIER
1-47678-53-004
GROOT-BRITTANIELAAN 54
9000 GENT
+32 (0) 9 2336620

Geneesmiddel	Bij Opst	Ontbijt Voor	Ontbijt Met	Ontbijt Na	Om 10u	Middagmaal Voor	Middagmaal Met	Middagmaal Na	Om 16.30	Avondmaal Voor	Avondmaal Met	Avondmaal Na	Om 20u	Bij Slaap
ASAFLOW TAB EC 168 X 80 MG			1											
1dd, bloedverdunner														
BISOPROLOL EG TAB 100 X 5 MG			1											
1x daags, bloeddruk														
LIPITOR TAB 84 X 20 MG													1	
1x savonds; cholesterol														
L-THYROXINE TAB 112 X 0,075 MG		1												
1x daags, schildklier														
PANTOMED TAB EC 100 X 20 MG PI-PHARMA		1												
1x dd; maagbescherming														
STEOVIT 1000/800 1/800 90 KAUWTAB FORTE													1	
1x daags, botversterking														
UNI DIAMICRON TAB RETARD 90 X 60 MG			1											
1x smorgens tijdens ontbijt, diabetes														