



## **AUTEURSRECHT**

*De auteur en de promotor(en) geven de toelating deze eindverhandeling voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van de resultaten uit deze eindverhandeling.*

## **VOORWOORD**

Graag zouden wij alle personen willen bedanken voor hun bijdrage aan deze masterthesis. Wij zijn onze promotor Prof. Dr. Filip Kiekens en co-promotor Dr. Jessica Fraeyman zeer dankbaar voor hun opvolging, suggesties en deskundig advies.

Alle betrokkenen uit België en Nederland die een steentje bijdroegen tot het onderzoek zouden wij graag willen bedanken voor hun tijd en bereidwilligheid tot medewerking.

Tenslotte zouden we onze stagemeesters, families en vrienden alsook nalezers willen bedanken voor het advies, steun en kritische opmerkingen.

Caroline Peelman en Marwa Rasul

## INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>1</b>
<b>2. DOELSTELLINGEN</b> .....	<b>3</b>
<b>3. LITERATUURSTUDIE</b> .....	<b>4</b>
3.1 METHODE .....	4
3.2 OVERLEG IN BELGIË.....	4
<b>3.2.1 Ontstaan van wettelijk kader</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2.2 Het doel van het medisch-farmaceutisch overleg</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2.3 Kwaliteitsbevorderende programma's</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2.4 Financiële ondersteuning</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2.5 Evaluatie van het MFO</b> .....	<b>10</b>
3.3 MFO IN HET BUITENLAND .....	10
<b>3.3.1 Effect van overleg tussen huisarts en apotheker in Zwitserland</b> .....	<b>10</b>
<b>3.3.2 Samenwerking tussen apothekers en huisartsen in Nederland</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3.3 Elementen die leiden tot succes van FTO</b> .....	<b>14</b>
3.3.3.1 Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.....	14
3.3.3.2 De invloed van het FTO op het voorschrijfgedrag.....	15
3.3.3.3 De kwaliteit van het farmacotherapeutisch overleg .....	17
<b>3.3.4 Één-op-één overleg tussen huisarts en apotheker in Nederland: medicatiebeoordeling bij polyfarmacie</b> .....	<b>19</b>
<b>4. ONDERZOEK</b> .....	<b>23</b>
4.1 METHODE .....	23
4.2 RESULTATEN EN BESPREKING .....	23
<b>4.2.1 De evaluatie van een MFO door apothekers en huisartsen in het werkveld</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2.2 De visie van stakeholders aan de hand van interviews</b> .....	<b>29</b>
4.2.2.1 Gebrek aan uniformiteit van kwaliteitsbevorderende programma's .....	29
4.2.2.2 Vertraging tijdens het proces van goedkeuring van KP's .....	31
4.2.2.3 De financiële stimulans ter ontwikkeling van kwaliteitsbevorderend programma .....	34
4.2.2.4 Behoeftte aan een overkoepelende bestuursgroep.....	35
4.2.2.5 Ondersteuning bij een lokaal MFO-project.....	37
4.2.2.6 De invloed van accreditatie op participatiegraad .....	39
4.2.2.7 De willekeur van de financiële beloning voor een lokaal MFO .....	40
4.2.2.8 Gebrek aan tools om het effect van overleg aantoonbaar te maken.....	42
4.2.2.9 MFO kan de relatie tussen huisartsen en apothekers verbeteren.....	43
4.2.2.10 MFO is de opstap naar medicatiereview .....	44
<b>5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE</b> .....	<b>47</b>
5.1 BESPREKING VAN DE RESULTATEN .....	48

5.2 STERKTES EN ZWAKTES VAN HET ONDERZOEK.....	50
5.3 TOEKOMSTPERSPECTIEVEN.....	51
<b>6. SAMENVATTING.....</b>	<b>53</b>
<b>7. LITERATUURLIJST .....</b>	<b>55</b>
<b>8. BIJLAGE .....</b>	<b>60</b>
8.1. LIJST MET KWALITEITSBEVORDERENDE PROGRAMMA'S .....	60
8.2 AANVRAAGFORMULIER: MEDISCH-FARMACEUTISCH OVERLEG - LOKAAL PROJECT .....	61
8.3 MODEL VAN EEN VERSLAG VAN EEN LOKALE VERGADERING .....	64
8.4 KWALITEITSINDICATOREN VAN HET FTO.....	67
8.5 STAPPENPLAN MEDICATIEBEOORDELING.....	68

## **LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN**

AADM	Alliantie Artsenbelang - Domus Medica
APB	Algemene Pharmaceutische Bond
AUP	Association des Unions des Pharmaciens
BNM	Begeleidingsgesprek nieuwe medicatie
BVAS	Belgische Vereniging van Artsensyndicaten
CEG	Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake Geneesmiddelen
CNK	Code National(e) Kode
CNI	Chronische Nierinsufficiëntie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease, chronisch obstructieve longziekte
CQMP	Cercles de qualité médecins-pharmaciens
DGV	Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening
DOAC	Directe Orale Anticoagulantia
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
FTP	Farmacotherapie gerelateerde problemen
GGG	Begeleidingsgesprek Goed Gebruik Geneesmiddelen
HAK	Huisartsenkringen
HARM	Hospital Admissions Related to Medication
IGZ	Inspectie voor Gezondheidszorg
IOGA	Interactief Overleg Geneesheren-Apothekers
IMA	InterMutualistisch Agentschap
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
KAVA	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen
KB	Koninklijk besluit
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KOVAG	Koninklijk Oost-Vlaams Apothekersgild
KP	Kwaliteitsbevorderende programma's
KUL	Koninklijke Universiteit Leuven
LMN	Lokaal Multidisciplinair Netwerk
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MDR	Multidisciplinaire Richtlijn
MFO	Medisch-farmaceutisch overleg
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
NSAID	Niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen

OPHACO	Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België
RAAS	Renine-angiotensine-aldosteronsysteem
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
SSPF	Société Scientifique des Pharmaciens Francophones
START	Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Peoples' Prescriptions
STRIP	Systemic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing
VAN	Vlaams Apothekers Netwerk
VOS	Voorschrift Op Stofnaam
VZW	Vereniging zonder winstoogmerk

## 1. INLEIDING

Er is een hertekening van de eerstelijnsgezondheidszorg nodig om de stijgende zorgvraag te kunnen beantwoorden. Een interprofessionele samenwerking die de patiënt centraal stelt, wordt steeds meer naar voorgeschoven als antwoord op deze zorgvraag. Deze doelstelling werd voorgesteld in het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014. Het meerjarenkader voor de patiënt met de officina apothekers, ondertekend 15 maart 2017, kan kansen bieden aan apothekers om zich verder te ontplooiën in eerstelijnsgezondheidszorg. De focus ligt op een uitbereiding van kwaliteitsvolle en toegankelijke farmaceutische zorg.<sup>(1)</sup>

Het concept farmaceutische zorg werd in 2006 in de wet opgenomen als onderdeel van het takenpakket van de officina apotheker.<sup>(2)</sup> Het concept stelt de patiënt centraal, gericht op resultaat en in overleg met andere zorgverstrekkers. Het interprofessioneel overleg tussen huisartsen en apothekers beperkt zich tot het doorverwijzen en informeren van de behandelende huisarts volgens het gewijzigde koninklijk besluit (KB) 78 van 1 mei 2006 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.<sup>(3)</sup>

Huisartsen en apothekers hebben een gedeelde verantwoordelijkheid voor een kwaliteitsvolle zorg van de patiënt.<sup>(4)</sup> Ze zijn vakkundig opgeleid op verschillende gebieden waardoor de kennis van farmacologie en farmacotherapie verschilt.<sup>(5)</sup> De huisarts is gespecialiseerd op het gebied van ziektebeelden en diagnose stellen, terwijl de apotheker een deskundige is van geneesmiddelen. Dit vormt een basis voor interprofessionele samenwerking. Onderzoek toonde aan dat artsen en apothekers eensgezind waren over de farmacotherapeutische bijdrage die de apothekers kunnen bieden.<sup>(6)</sup> Er wordt gestreefd naar continuïteit van de zorg maar dit wordt bemoeilijkt door het gebrek aan constructieve communicatie en samenwerking tussen de twee disciplines.<sup>(7)</sup> Belemmeringen voor samenwerking tussen huisartsen en apothekers die werden aangehaald in een studie omvatten het gebrek aan wederzijds vertrouwen, gebrek aan structuur voor interprofessionele communicatie en het niet eensgezinds zijn over het belang van farmaceutische zorg vertrekt door de apotheker. De organisatie van gestructureerd overleg tussen huisartsen en apothekers wordt naar voorgeschoven om de samenwerking tussen beide disciplines te bevorderen.<sup>(8)</sup> Geëngageerde individuen organiseren in België reeds lokale projecten om de samenwerking te optimaliseren.



Sinds 20 april 2015 heeft het medisch-farmaceutisch overleg (MFO) een wettelijke basis. Het koninklijk besluit over medisch-farmaceutisch overleg geeft meer duiding over hoe het overleg tussen artsen en apothekers kan verlopen. Dit interprofessioneel overleg tracht de zorg van de patiënt te optimaliseren door de rol van huisartsen en apothekers op elkaar af te stemmen. In lokale vergaderingen worden tussen huisartsen en apothekers onderwerpen besproken en mogelijke oplossingen voor problemen in de dagelijkse praktijk voorgesteld.<sup>(9-11)</sup> In het KB wordt de financiering beschreven van enerzijds kwaliteitsbevorderende programma's (KP) die lokale MFO-projecten moeten ondersteunen. Anderzijds kunnen ook de lokale MFO-projecten worden vergoed indien aan voorwaarden wordt voldaan.<sup>(9)</sup>

Inmiddels is de publicatie van het koninklijk besluit over medisch-farmaceutisch overleg twee jaar geleden. Hoever staat de implementatie van de bepalingen die werden vastgelegd? Hoe verloopt de ontwikkeling van kwaliteitsbevorderende programma's? Welke belemmeringen zijn er ontstaan? Is het medisch-farmaceutisch overleg in het werkveld toegenomen sinds de inwerkingtreding van het KB? Welke drijfveren hebben apothekers en huisartsen om aan een overleg deel te nemen?

In het eerste luik van deze masterproef wordt beschreven hoe het MFO is ontstaan. Er wordt stilgestaan bij de opstart van het KB en wat dit precies inhoudt. Vervolgens wordt het MFO bekeken in een internationale context. Er wordt gefocust op het farmacotherapeutisch overleg (FTO) in Nederland. Het FTO heeft zich in de afgelopen 25 jaar ontwikkeld als instrument voor het interprofessioneel overleg tussen huisartsen en apothekers. In het onderzoek wordt de ervaring en opinie van huisartsen en apothekers na deelname aan een MFO bevraagd aan de hand van evaluaties. Verder wordt de visie van ontwikkelaars van kwaliteitsbevorderende programma's, alsook de motivatie en ervaring van huisarts en apotheker bevraagd door middel van interviews. Zo kan de implementatie van het concept worden geëvalueerd op een kwalitatieve manier.

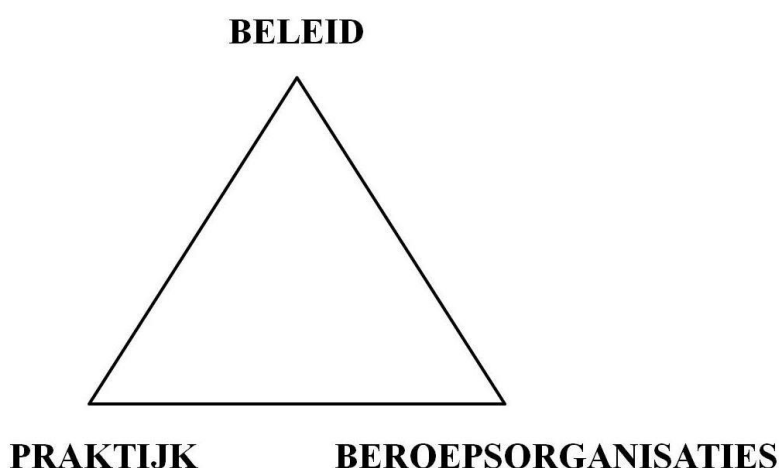
## 2. DOELSTELLINGEN

**Doelstelling 1: Inzicht verkrijgen in de totstandkoming van het koninklijk besluit en vergelijkend onderzoek in het buitenland met focus op het overleg in Nederland.**

Er wordt geprobeerd een tijdlijn te schetsen vanaf het ontstaan van de spontane overlegmomenten tussen huisarts en apotheker tot de wettelijke bepalingen vastgelegd in het koninklijk besluit. Waarom kwam er in 2015 een koninklijk besluit over het medisch-farmaceutisch overleg? Wat houdt dit koninklijk besluit in? In een literatuurstudie wordt onderzocht hoe het overleg tussen huisartsen en apothekers kan worden georganiseerd. Er wordt gefocust op het overleg tussen artsen en apothekers in Nederland. Welke elementen leiden tot succes?

**Doelstelling 2: Een overzicht van aanbevelingen over het medisch-farmaceutisch overleg.**

Er wordt beoogd een lokaal medisch-farmaceutisch overleg mee te volgen om meer inzicht te krijgen in dit proces. Aan de hand van enquêtes worden het MFO geëvalueerd door aanwezigen. Wat is de ervaring en opinie van huisartsen en apothekers na deelname aan het medisch-farmaceutisch overleg? De visie van stakeholders wordt onderzocht in interviews. Deze stakeholders<sup>a</sup> hebben belang bij de organisatie en implementatie van medisch-farmaceutisch overleg (Figuur 2.1). Uit deze interviews worden een aantal voorstellen geformuleerd die kunnen bijdragen tot verbetering van het medisch-farmaceutisch overleg tussen huisartsen en apothekers.



**Figuur 2.1 Stakeholders betreffende het medisch-farmaceutisch overleg**

<sup>a</sup> Stakeholders hebben invloed op en ondervinden invloed van medisch-farmaceutisch overleg. Ze zijn dus belanghebbenden, concreet: huisartsen, officina apothekers, beleidsmakers (RIZIV), beroepsorganisaties van beide beroepen.

### **3. LITERATUURSTUDIE**

#### **3.1 METHODE**

In het eerste deel van de literatuurstudie wordt gefocust op Nederlandstalige literatuur. Er wordt beoogd een tijdlijn te schetsen vanaf het ontstaan van de spontane overlegmomenten tussen huisarts en apotheker tot de wettelijke bepalingen vastgelegd in het koninklijk besluit. Voor de opstelling van de tijdlijn wordt beroep gedaan op publiek toegankelijke zoekmachines zoals Google en Google Scholar. Er wordt gezocht naar documenten gerelateerd aan het medisch-farmaceutisch overleg en farmacotherapeutisch overleg. Vanuit deze bekomen bronnen wordt er verder gezocht naar relevante informatie. Hiernaast wordt er aan de hand van een telefonisch interview met medewerker van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) meer informatie gevraagd omtrent FTO en IVM.

In een tweede literatuurstudie worden Engelstalige artikels geraadpleegd op Pubmed en UAntwerpen Discovery Service. Naargelang het onderwerp werd gebruik gemaakt van zoektermen zoals “collaboration general practitioner community pharmacist”, “physicians pharmacists circles”, “interprofessional collaboration” en “medication review”. Op basis van de literatuurlijst van de geselecteerde artikels werd verder gezocht naar nieuwe referenties.

#### **3.2 OVERLEG IN BELGIË**

##### **3.2.1 Ontstaan van wettelijk kader**

Huisartsen en apothekers hebben niet gewacht op het wettelijk kader om overleg te organiseren. Al in 1999 waren er initiatieven tussen huisarts en apotheker gestart. Het Interactief Overleg Geneesheren-Apothekers (IOGA) was geïnspireerd op het FTO in Nederland. IOGA was een samenwerking om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verbeteren. Dit werd beoogd door het voorschrijfgedrag van huisartsen en aflevergedrag van apothekers te optimaliseren, het advies voor de patiënt te uniformiseren alsook aandacht voor het farmaco-economische aspect. Het IOGA werd voorgesteld op een bijscholingsavond aan huisartsen en apothekers in West en Oost-Vlaanderen alsook aan de laatstejaarsstudenten van de Universiteit Gent. Sindsdien wordt er bijvoorbeeld in Merelbeke jaarlijks een overleg avond georganiseerd. Dit is echter niet gelimiteerd tot bovenstaande zorgverleners maar ook andere disciplines zoals kinesisten of verpleegkundigen zijn welkom. De gemaakte afspraken kunnen in het gemeentelijk

magazine verspreid worden of verwerkt in een folder die ter beschikking wordt gesteld voor de patiënten bij huisarts of apotheker. De onderwerpen van overleg waren o.a. afbouw van benzodiazepines, voorschrijven magistrale bereidingen, rationeel gebruik van hoestmiddelen en medicatieschema. In 2016 handelde het overleg over de elektronische communicatie tussen huisarts en apotheker.<sup>(12, 13)</sup> Het IOGA was een initiatief georganiseerd door geëngageerde individuen die de samenwerking aangingen en die ook in andere regio's in België sporadisch verschenen.<sup>(14, 15)</sup>

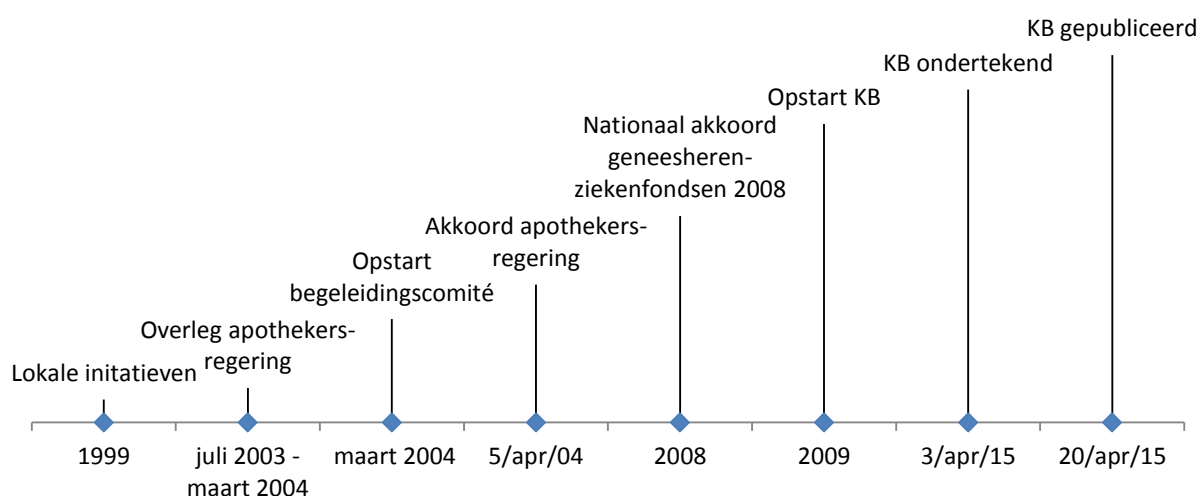
In de periode van juli 2003 en maart 2004 was er overleg tussen de regering en apothekers over de officiële opstart van het structurele overleg tussen huisarts en apotheker. Dit leidde tot een akkoord ondertekend op 5 april 2004. Een budget van 2,9 miljoen euro werd voorzien in de begroting. In maart 2004 werd er binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een werkgroep opgestart. Het begeleidingscomité werd binnenin het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake Geneesmiddelen (CEG) opgestart. Het begeleidingscomité zou een weerspiegeling moeten zijn van het Verzekeringscomité van het RIZIV. In deze werkgroep zetelde vertegenwoordigers van beide beroepen alsook verzekeringsinstellingen. De werkgroep zou financiële middelen toewijzen die in de begroting van 2004 werden opgenomen. Het zou de projecten vastleggen die de opstart van het overleg tussen huisarts en apotheker betekenen.<sup>(16)</sup>

Er werd niet voor de Nederlandse benaming farmacotherapeutisch overleg gekozen. Het “medisch-farmaceutisch overleg” verkreeg de voorkeur aangezien de nadruk hierbij werd gelegd op het overleg tussen de huisarts en apotheker op een globaal, niet geïndividualiseerd niveau.<sup>(17)</sup>

De ontwerptekst over het overleg werd uiteindelijk verworpen door het begeleidingscomité omwille van een aantal redenen. Er was geen eensgezindheid over de te gebruiken structuren voor het organiseren van het medisch-farmaceutisch overleg, namelijk de keuze tussen lokale kwaliteitsgroepen (LOK) of huisartsenkringen (HAK). Het aanrijken van mogelijke onderwerpen als leidraad, zou het ontplooiën van lokale initiatieven tegenwerken. Tenslotte hadden vertegenwoordigers van huisartsen de visie dat het overleg een instrument van voorraadbeheer werd, gezien de nadruk lag op de beperking van het aantal voorgeschreven generieken. Dit argument was uiteindelijk doorslaggevend om de ontwerptekst te verwerpen. De therapeutische vrijheid van huisartsen diende gevrijwaard te blijven.

De toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy Demotte ging een nieuw voorstel aan het begeleidingscomité voorleggen om het akkoord tussen regering en apotheker over het opstarten van het MFO na te komen.<sup>(16)</sup>

In 2008 werd een doorbraak bekomen. In het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, verschenen in het Belgisch Staatsblad, werd de wens tot samenwerken aan de opstart van het medisch-farmaceutisch overleg geformuleerd.<sup>(18)</sup> Als respons stelde Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België (OPHACO) een lijst met onderwerpen op en bezorgde deze aan het RIZIV. Het overleg werd op de lange baan geschoven wegens te hoge werklast.<sup>(19)</sup> Uiteindelijk werd in december 2009 een KB opgesteld door toenmalig Minister Laurette Onkelinx die een kader schept voor het MFO. In het KB wordt het MFO gedefinieerd als een multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en apotheker in lokale regio's. De bepalingen van dit KB werden echter niet uitgevoerd in de praktijk. Een aangepast voorstel van het KB werd voorgelegd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV.<sup>(15)</sup> Na goedkeuring van het RIZIV verscheen het KB in het Koninklijk Staatsblad op 20 april 2015. Het schept duidelijkheid over het doel en de omkadering die nodig is bij het organiseren van het MFO. Verder geeft het informatie over kwaliteitsbevorderende programma's die het MFO kunnen ondersteunen. Tenslotte wordt de financiële stimulans besproken.<sup>(9)</sup> Figuur 3.2 geeft een weergave vanaf het ontstaan van de spontane overlegmomenten tussen huisarts en apotheker tot de wettelijke bepalingen vastgelegd in het koninklijk besluit.



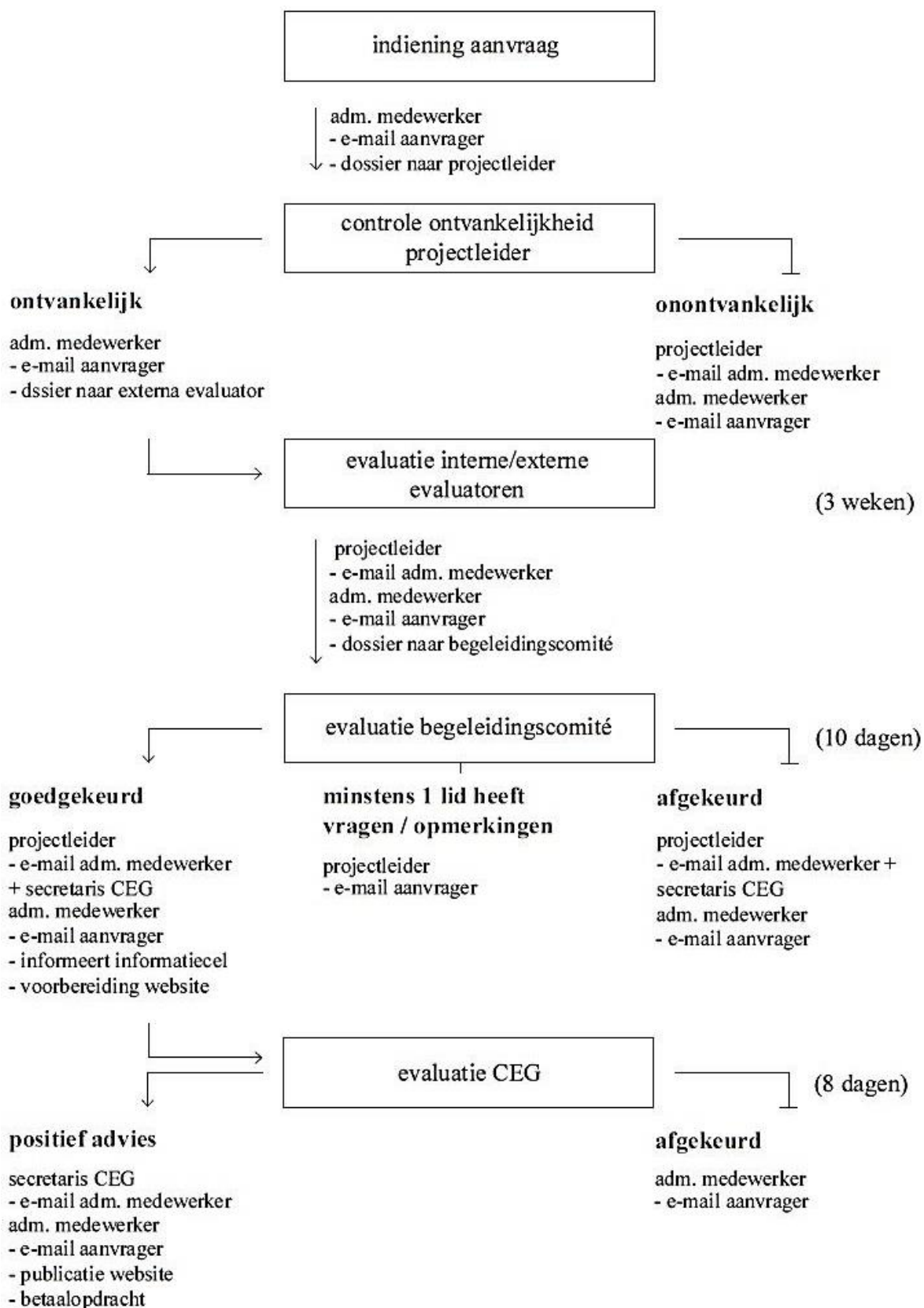
**Figuur 3.1** Tijdslijn over het ontstaan van het koninklijk besluit over het medisch-farmaceutisch overleg

### 3.2.2 Het doel van het medisch-farmaceutisch overleg

Het doel van het MFO is de verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers dat leidt tot een betere zorg voor de patiënt. De doelstellingen beschreven in het KB omvatten *“verbeteren van de zorg geleverd aan de patiënt door het op elkaar afstemmen van de respectievelijke rol van artsen en apothekers inzake het rationeel voorschrijven, het afleveren en het veilig gebruiken van geneesmiddelen”*. Het overleg gebeurt in lokale vergaderingen met een kleine groep huisartsen en apothekers. Samen worden er vooraf vastgelegde onderwerpen besproken. De onderwerpen die aan bod kunnen komen worden opgesomd in een niet-beperkende lijst die als bijlage aan het KB is toegevoegd. Ook kan het overleg gebaseerd zijn op kwaliteitsbevorderende programma's. Tijdens het overleg wordt er gefocust op problemen in de praktijk en wordt er gezocht naar mogelijke oplossingen. De samenwerking tussen huisartsen en apothekers is hierbij van belang. Na het bekomen van oplossingen wordt er beoogd afspraken te maken voor de implementatie van de aangereikte oplossingen. De bedoeling is namelijk de voorgestelde oplossingen toe te passen in de praktijk om zo een verbetering van de zorg te realiseren. Deze oplossingen en bijhorende afspraken worden verzameld in een verslag.<sup>(9)</sup>

### 3.2.3 Kwaliteitsbevorderende programma's

Er wordt ondersteuning aan de lokale MFO-projecten voorzien via kwaliteitsbevorderende programma's. Het programma stelt over een onderwerp thematische fiches, documentatie, opleidingen voor moderatoren, praktische handleidingen en begeleiding ter beschikking. Het is een gebruiksklaar pakket en heeft als doel het MFO structureel en ordelijk te laten verlopen. Enkel erkende beroepsorganisaties van apothekers, huisartsen, universiteiten, vormingsinstituten en wetenschappelijke verenigingen kunnen dergelijke KP's voorstellen. Een aanvraag ter goedkeuring kan worden ingediend bij het CEG. Figuur 3.2 beschrijft het verloop van deze aanvraagprocedure.<sup>(10)</sup> Volgens het KB neemt het CEG een besluit twee maanden na aanvraag of na een antwoord bij vraag tot verduidelijking. Het CEG kan een aanvraag weigeren indien het programma geen *“verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven, het afleveren en/of het gebruik van farmaceutische producten”* teweeg brengt.<sup>(9)</sup> In de periode van 2015 tot 2016 werden er 9 aanvragen ingediend bij het CEG.<sup>(20)</sup> In februari 2016 werd het eerste KP, met als onderwerp *“Focus op enkele vaak voorkomende interacties in de klinische praktijk; hoe het risico voor de patiënt inperken?”*, goedgekeurd.<sup>(21)</sup> De aanvraag werd ingediend in augustus 2015 door de wetenschappelijke informatiedienst van groothandelaar-verdeler Escapo.



Figuur 3.2 Het proces ter erkenning van kwaliteitsbevorderende programma's

Het tweede goedgekeurde onderwerp is “Een interdisciplinaire aanpak van polymedicatie bij ouderen” (een gezamenlijk project van SSPF en SSMG). Op 15 februari 2017 verscheen er in de wekelijkse nieuwsbrief van APB de mededeling over de goedkeuring van twee programma’s o.a.

- “Valpreventie: het verband tussen psychofarmaca en vallen” (een project van KOVAG/VAN).
- “Transmuraal medicatiebeleid” (een project van VAN).<sup>(22)</sup>

In maart 2017 verschenen op de website van het RIZIV drie nieuwe programma’s:

- “Naar een vlotte samenwerking tussen huisarts en apotheker: magistrale bereidingen”
- “Naar een vlotte samenwerking tussen huisarts en apotheker: misbruik en verslaving”
- “Multidisciplinaire aanpak bij het goed gebruik van directe orale anticoagulantia (DOAC)”<sup>(10)</sup>

Eind april 2017 verscheen opnieuw een goedgekeurd programma:

- “Multidisciplinaire aanpak bij Chronische Nierinsufficiëntie (CNI)”

Voor een aantal programma’s loopt een aanvraag ter erkenning. Deze programma’s en ook eerder behandelde onderwerpen werden opgenomen in bijlage 1.

### **3.2.4 Financiële ondersteuning**

Het KB is tweeledig wat betreft de financiële ondersteuning die het RIZIV voorzien. Enerzijds wordt er één miljoen euro ter beschikking gesteld om kwaliteitsbevorderende programma’s te financieren. Het KB beschrijft dat na goedkeuring van het KP het bedrag wordt bepaald door het CEG. Anderzijds wordt er jaarlijks een bedrag van 980.000 euro vrijgemaakt om de lokale MFO-projecten te vergoeden. Een goedgekeurd lokaal project kan een vergoeding ontvangen van 2.500 euro. Een schriftelijke formulier en een elektronisch dossier van het lokaal project wordt aan het CEG bezorgd (bijlage 2) om de financiering te verkrijgen. Na de goedkeuring door het CEG wordt 50% van het bedrag ontvangen. Een kwart van het bedrag wordt overgemaakt na het indienen van het verslag van de vergadering. De laatste 25% van het bedrag wordt verkregen indien een evaluatieverslag na meting van de overeengekomen afspraken wordt ingediend (bijlage 3). De website van het RIZIV stelt een template van de verslagen ter beschikking.<sup>(9, 10)</sup>



### 3.2.5 Evaluatie van het MFO

Sporadische initiatieven zonder financiële ondersteuning van het RIZIV worden reeds georganiseerd. De evaluatie van deze initiatieven wordt bemoeilijkt aangezien er geen registratie is van deze projecten. Een centrale verzamelplaats waar alle lokale initiatieven worden geregistreerd ontbreekt. Via lokale beroepsorganisaties konden gedeeltelijk gegevens worden bekomen.

**Tabel 3.3 Aantal MFO's in Oost-Vlaanderen**

Jaar	MFO's
2014	9
2015	16
2016	17

Met de ondersteuning van KOVAG vonden er sinds 2014 reeds 42 MFO-projecten plaats. Een overzicht van het aantal MFO's tot 2016 wordt weergegeven in Tabel 3.3.<sup>(23-25)</sup> De lokale beroepsorganisaties bieden zowel inhoudelijk, logistiek als financieel ondersteuning aan. Ook de ontwikkeling van KP's gebeurt vaak door beroepsorganisaties van zowel artsen als apothekers. Sinds de intrede van het KB werden er acht goedgekeurde programma's gepubliceerd op de website van het RIZIV. De goedkeuring van de KP's verloopt echter stroef. Tevens is er geen openbare publicatie van MFO-projecten gebaseerd op KP's. De lokale MFO-projecten zonder financiering van het RIZIV worden ook te weinig geregistreerd om dit te evalueren. Inmiddels is de publicatie van het koninklijk besluit twee jaar geleden. Via een evaluatierapport wordt de intrede van het KB beoordeeld. Deze evaluatie zal gebeuren door een interuniversitair consortium.<sup>(19)</sup>

Er wordt onderzocht hoe het overleg tussen artsen en apothekers elders wordt georganiseerd. Aangezien het medisch-farmaceutisch overleg oorspronkelijk was gebaseerd op het Nederlandse farmacotherapeutisch overleg, wordt hier de focus opgelegd. Hoe is de implementatie van het FTO in Nederland? Welke elementen leiden tot succes?

## 3.3 MFO IN HET BUITENLAND

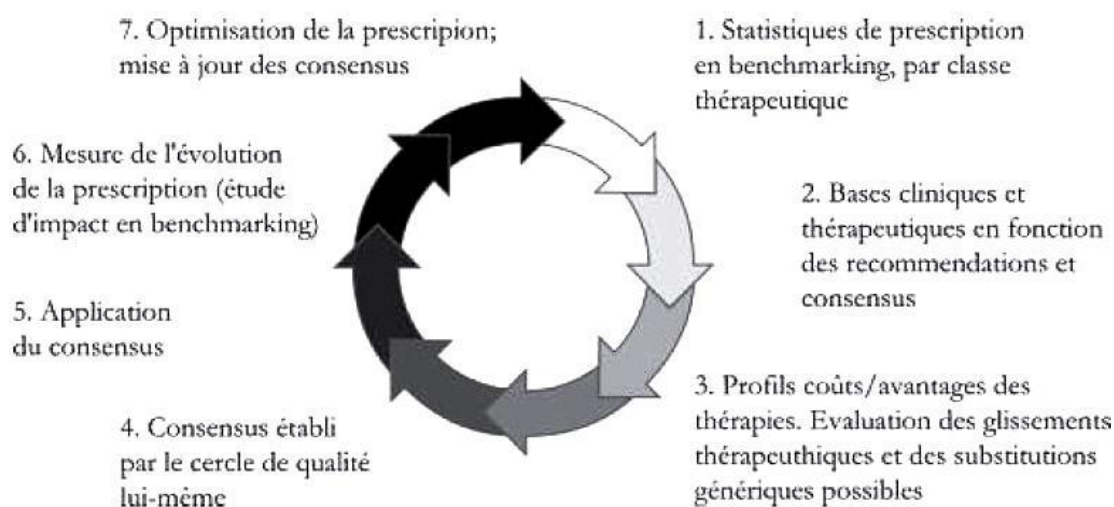
### 3.3.1 Effect van overleg tussen huisarts en apotheker in Zwitserland

In Zwitserland wordt het overleg "*cercles de qualité médecins-pharmaciens*" (CQMP) georganiseerd. In 1998 werd dit geïntroduceerd en ondersteund door de beroepsorganisatie La Société de médecine en La Société de pharmaciens in het Zwitsers kanton Fribourg.<sup>(26)</sup> CQMP's zijn gebaseerd op vrijwillige deelname, gecoördineerd door specifiek getrainde officina-apothekers. Het doel is om de veiligheid en efficiëntie van het voorschrijven in de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren.<sup>(27)</sup> Vijf tot twaalf artsen zitten samen met één tot twee apothekers. Vier tot vijf keer per jaar komt de groep samen om consensussen te

definiëren en uit te voeren. Dit garandeert verbetering van de veiligheid en zorg. Drie sleutelementen voor samenwerking worden gedefinieerd als

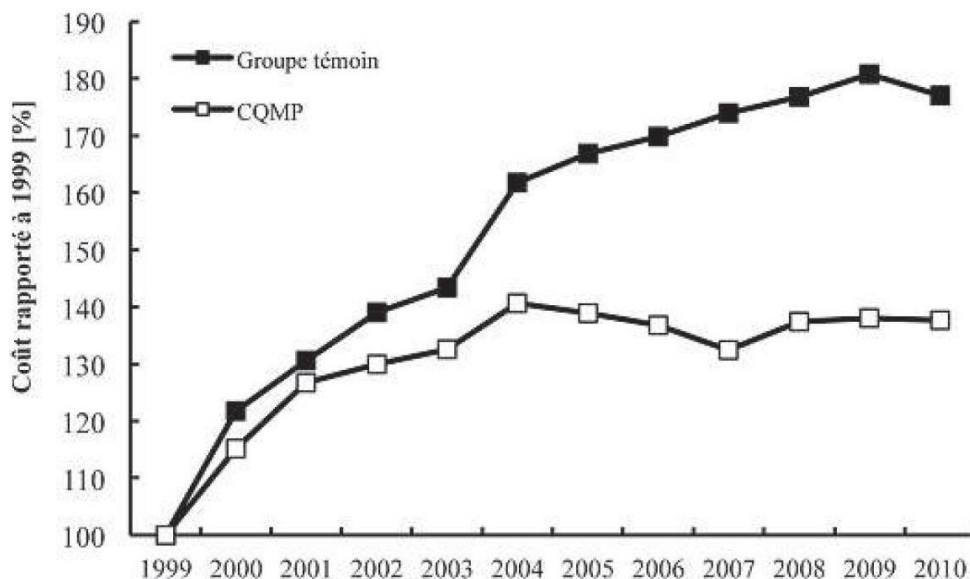
1. het werk in overlegkring op lokaal niveau.
2. de gegevens van voorschriften en de feedback over kosten, keuze, volume en frequentie van voorschrijven op een vergelijkende manier.
3. gestandaardiseerd materiaal voor interdisciplinaire vorming.

De CQMP gebruikt een ontwikkelingsproces om de kwaliteit van de zorg te verbeteren via voorschriften (Figuur 3.4).<sup>(26)</sup>



**Figuur 3.4** Ontwikkelingsproces voor verbetering van kwaliteit van de zorg <sup>(26)</sup>

Na een periode van twaalf jaar wordt de farmaco-economische impact van CQMP geëvalueerd door het analyseren van gegevens van voorschrijvende huisartsen. Zes apothekers waren verantwoordelijk voor de CQMP's en modereerden het voorschrijfproces van 24 huisartsen. Het samenwerkingsproces heeft als doel om de therapietrouw te verbeteren op basis van klinische richtlijnen met betrekking tot voorschrijfgedrag. De CQMP's werden vergeleken met huisartsen en apothekers zonder samenwerkingsverband. Het percentage van voorschriften op stofnaam (VOS) en het percentage van geneesmiddelenkost voor specifieke cardiovasculaire geneesmiddelen werd vergeleken. Het gecumuleerde verschil bedroeg een daling van 40% in kosten voor de CQMP groep. In 2010 bedroeg dit per huisarts 240.000 CHF. De evolutie van de jaarlijkse kosten van de geneesmiddelen per patiënt wordt voorgesteld in Figuur 3.5. De waarden worden voorgesteld t.o.v. een vaste index waarde van 100 in het jaar 1999.<sup>(26, 28)</sup>



**Figuur 3.5 De evolutie van de jaarlijkse geneesmiddelenkosten per patiënt<sup>(26)</sup>**

Dit werd verklaard door een efficiënter voorschrijfgedrag van o.a. meer generische geneesmiddelen.<sup>12</sup> Verder werd dit ook bevorderd door continue interdisciplinaire vorming van huisartsen en apothekers. Dit zorgt voor een kritische houding t.o.v. marketing vanuit de farmaceutische industrie alsook voor een betere implementatie van (inter)nationale aanbevelingen.<sup>(27)</sup>

Verder onderzoek werd verricht naar het effect van de CQMP's op de kwaliteit van het voorschrift. Het is een daad van gedeelde aansprakelijkheid enerzijds van de huisarts die het voorschrift schrijft en anderzijds van de apotheker die het voorschrift aflevert. Het voorschrift kan een bron zijn van kosten, fouten en discontinuïteit van de zorg. De kwaliteit van het voorschrijven wordt verbeterd door de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in CQMP's. De interdisciplinaire aanpak van de CQMP breekt de gewoonten en stereotypen. Vanuit hun eigen expertise en visie, geven huisartsen en apothekers zichzelf de middelen om hun perceptie te verrijken en deze toe te passen op beslissingen die ze moeten nemen in de dagelijkse praktijk. Het is een garantie voor een effectievere zorg. Het is derhalve belangrijk om het vertrouwen op te bouwen tijdens de eerste CQMP's.<sup>(29)</sup>

### 3.3.2 Samenwerking tussen apothekers en huisartsen in Nederland

Het farmacotherapeutisch overleg is het overleg tussen apothekers en huisartsen in Nederland. Er zijn ruim 850 FTO-groepen in Nederland en vrijwel alle apothekers en huisartsen nemen deel aan het overleg.<sup>(30)</sup> Afhankelijk van het niveau van de FTO-groep komen apothekers en

huisartsen een aantal keer per jaar samen om alle nieuwe ontwikkelingen op het gebied van medicatie te bespreken, gevolgd door een medisch onderwerp. Samen komen ze tot nieuwe inzichten en besluiten.<sup>(30, 31)</sup> Het overleg gaat ook over het voorschrijven en afleveren van medicatie. Het doel van het FTO is om te leren samenwerken, afspraken te maken en uiteindelijk ervoor te zorgen dat elke patiënt de medicatie krijgt die in een specifieke situatie het beste is.

Tijdens een FTO komen onderwerpen aan bod zoals de voorkeur van het voorschrijven van een bepaald geneesmiddel, de keuze van dosering en de behandelingsduur van een geneesmiddel bij een bepaald ziektebeeld.<sup>(32)</sup> Hierover worden vervolgens afspraken gemaakt. De huisartsen en apothekers werken op deze manier samen om de kwaliteit van de behandeling te verhogen. Met behulp van de aflevergegevens van geneesmiddelen kan de apotheker zien welke medicatie de huisartsen voorschrijven en of ze zich aan de afspraken houden die tijdens het FTO zijn gemaakt.<sup>(33)</sup> Indien een huisarts een ander geneesmiddel voorschrijft dan het voorkeursgeneesmiddel, wordt in een volgende FTO de verklaring hiervoor besproken. Naast de kwaliteit is ook het farmaco-economisch aspect een onderwerp van discussie. Een goedkoper geneesmiddel kan de voorkeur krijgen maar kwaliteit gaat echter boven alles. Nieuwe beschikbare geneesmiddelen worden ook besproken en de invloed hiervan op de bestaande therapie.<sup>(32)</sup>

Door het FTO hebben huisartsen en apothekers een betere onderlinge verstandhouding. De goede onderlinge relatie heeft tot gevolg dat de aanwezigen respect hebben voor elkaars vakkundigheid en samen willen werken.<sup>(33)</sup> Aangezien de apothekers en huisartsen elkaar beter kennen, zullen ze elkaar sneller contacteren bij vragen en problemen.<sup>(30)</sup> Het overleg is nuttig aangezien de apotheker vakkundig is op het gebied van medicatie, terwijl de huisarts gespecialiseerd is op het gebied van ziektebeelden en diagnose stellen. De huisarts schrijft doelmatig medicijnen voor elke patiënt en de apotheker zal de medicatiebewaking verzorgen en de juiste medicatie afleveren. Het is belangrijk om regelmatig samen te komen om zoveel mogelijk kennis en ervaring onderling uit te wisselen. In het belang van de patiënt is het belangrijk dat na het overleg de apotheker en huisarts op één lijn zitten.<sup>(32)</sup> Welke elementen hebben een invloed op het succes van FTO?

### 3.3.3 Elementen die leiden tot succes van FTO

#### 3.3.3.1 Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

In de jaren 60 was er sporadisch samenwerking tussen huisartsen en apothekers in Nederland.<sup>(34)</sup> Dit overleg kreeg meer bekendheid in de jaren 80 toen de eerste FTO-groepen werden opgericht. De Nederlandse overheid gaf in 1992 de opdracht voor ondersteuning van FTO ten einde de landelijke FTO groepen te stimuleren. Vanaf 1995 was de ondersteuning van FTO groepen in handen van de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV)<sup>b</sup>. De organisatie had een stimulerende en coördinerende rol. De organisatie stond onder toezicht van de Stuurgroep FTO, waarin vertegenwoordigers van de beide beroepsgroepen alsook vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en van de overheid in zetelden. In eerste instantie had DGV het doel de participatiegraad van het overleg te verhogen. Nadat dit doel gedeeltelijk werd behaald werd de klemtoon verlegd. Er werd ingezet op structuur- en procesverbetering van het farmacotherapeutisch overleg. Het uiteindelijke doel is het optimaliseren van het aflever- en voorschrijfbeleid. Hiervoor moest er een methode worden uitgedacht waarbij de criteria waaraan het overleg moest voldoen werden vastgelegd. Om dit doel te behalen werden er in 1999 vier niveaus ingevoerd die het farmacotherapeutisch overleg indelen.<sup>(35)</sup> FTO groepen werden gestimuleerd om gebruik te maken van voorschrijfcijfers en hiermee afspraken te evalueren. De inspanningen die werden geleverd door de FTO groepen worden zichtbaar gemaakt in de FTO-peilingen om het niveau van functioneren te verbeteren. In 2010 werden de prestaties van huisartsen inzichtelijk gemaakt in het goed en doelmatig voorschrijven door voorschrijfindicatoren. De voorschrijfindicatoren worden gebruikt door de individuele huisartsen en FTO-groepen.<sup>(36)</sup>

Daarnaast ontwikkelt het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik ook scholingen voor huisartsen, apothekers, praktijkondersteuners en apothekersassistenten. Het IVM is dus expert in het delen van farmaceutische kennis en adequate oplossingen voor een veilig, doelmatig en betaalbaar geneesmiddelengebruik. Dit zorgt voor een verbetering van de farmaceutische zorg, het voorschrijfgedrag en de medicatieveiligheid. Om de kwaliteit van het farmacotherapeutisch overleg te optimaliseren zorgt het IVM via verschillende vormen voor ondersteuning.

---

<sup>b</sup> De organisatie “Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV)” is de voormalige naam van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Sinds 2010 is de naam gewijzigd.

IVM ontwikkelt FTO-materialen zoals modules, casussen, hand- en werkboeken, met als doel de voorbereiding van FTO te vereenvoudigen. De verschillende FTO-modules, ontwikkeld door het IVM, bestaan vaak uit meerdere deelaspecten die in één FTO-bijeenkomst worden besproken. De FTO-modules kunnen ook handelen over interventies die in verschillende stappen worden uitgevoerd in meerdere FTO-bijeenkomsten. Een nieuwe NHG-standaard of recent op de markt verschenen medicatie kunnen worden gebruikt om een onderwerp wederom te bespreken.

De onderwerpen van overleg kunnen betrekking hebben op veelvoorkomende behandelingen of ziektebeelden, bijvoorbeeld astma/COPD, diabetes mellitus, cardiovasculair risicomanagement, urineweginfecties etc. Ze hebben betrekking op behandelingen of ziektebeelden met een forse maatschappelijke impact, bijvoorbeeld vanwege een chronische ziektebeeld, langere termijn risico's en hoge farmaceutische kosten.<sup>(33)</sup> Thema's die niet gerelateerd zijn aan een ziektebeeld zoals polyfarmacie en generieke substitutie worden ook besproken. Geschikte onderwerpen zijn ziektebeelden die medicamenteus relevant zijn, bijvoorbeeld vanwege nieuwe farmacotherapeutische inzichten en/of ontwikkelingen. Huisartsen krijgen te maken met nieuwe geneesmiddelen al voor dat het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) een plaatsbepaling geeft voor deze middelen. In deze periode zijn huisartsen afhankelijk van de informatie van de farmaceutische industrie die voornamelijk de positieve effecten belicht. Het IVM beoordeelt alle bekende informatie over nieuwe geneesmiddelen en geeft onafhankelijke en evenwichtige informatie.<sup>(30)</sup> Deze nieuwe ontwikkelingen op medisch-farmaceutisch gebied worden geïntroduceerd worden op een FTO aan de hand van audiovisueel materiaal dat elke zes weken op de website Medicijnbalans verschijnt. Het onderwerp moet zowel voor de huisartsen als apothekers relevant zijn vandaar is het aan te raden dat elk FTO door een apotheker en een huisarts wordt voorbereid.<sup>(30, 31)</sup>

### 3.3.3.2 De invloed van het FTO op het voorschrijfgedrag

Het FTO-materiaal is vaak gebaseerd op richtlijnen van Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en actuele standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Uit de NHG-standaarden worden voorschrijfindicatoren gedefinieerd die betrekking hebben op veel voorgeschreven geneesmiddelengroepen (bijlage 9.3). Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen is een webapplicatie die het voorschrijfgedrag van huisartsen en de ontwikkeling hiervan onmiddellijk inzichtelijk maakt aan de hand van de voorschrijfindicatoren. Huisartsen kunnen

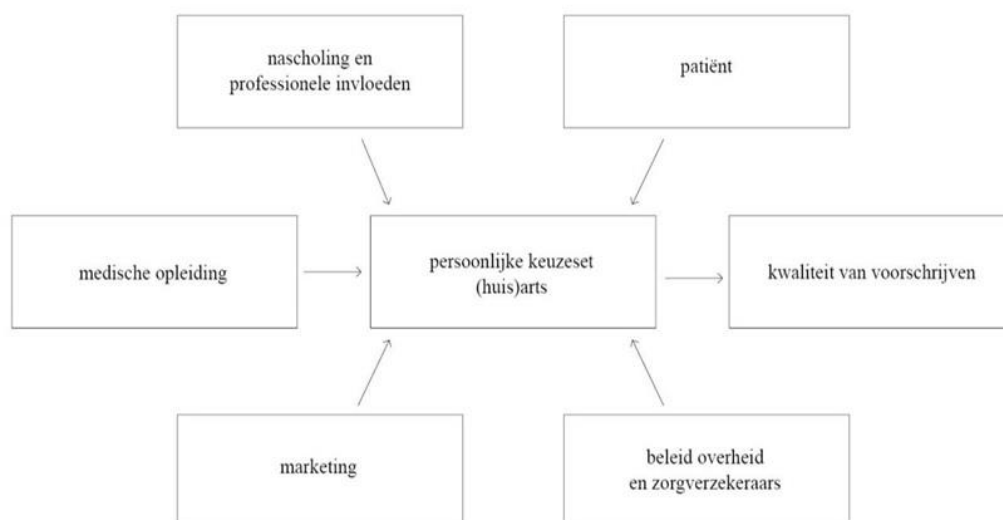
nagaan in hoeverre hun voorschrijfgedrag overeenstemt met de NHG-standaarden. De scores op voorschrijfindicatoren worden berekend met declaratiegegevens en bevat dus enkel gegevens van terugbetaalde geneesmiddelen. De monitor wordt elk kwartaal geactualiseerd en is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid en Zorgverzekeraars Nederland.<sup>(37)</sup> De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen is een instrument dat inzicht geeft in individuele voorschrijfcijfers en vergelijking toelaat met voorschrijfcijfers op landelijk en regionaal niveau. Met de gegevens van de monitor wordt de voorbereiding van het FTO eenvoudiger aangezien de verbeterpunten worden aangetoond.<sup>(38)</sup> In elke regio van Nederland zijn de scores op de indicatoren bepaald. De regionale verschillen worden mogelijks verklaard door het niveau waarop de FTO groepen functioneren. Uit onderzoek blijkt dat FTO-groepen die op een hoger niveau functioneren op sommige indicatoren een hoger score hebben.<sup>(39, 40)</sup> Het verband tussen een beter niveau van het FTO en een hoger score op de voorschrijfindicator is niet groot maar wel significant. Bij een hoger niveau van een FTO-groep was er minder sprake van onderbehandeling. Bijvoorbeeld meerdere patiënten met diabetes kregen cholesterolverlagers voorgeschreven en meer patiënten met astma kregen inhalaticorticosteroïden voorgeschreven.<sup>(39, 41)</sup> De set van indicatoren wordt jaarlijks geactualiseerd door het IVM. De voorschrijfindicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van voorschrijven te optimaliseren. Het overleg tussen huisarts en apotheker wordt naar voregeschoven als manier om dit doel te bereiken.<sup>(36)</sup>

Bij het overleg over een bepaald onderwerp worden indien mogelijk prescriptiecijfers gebruikt om de afspraken te toetsen. De onderstaande eisen zijn van belang bij de interpretatie en waarneming van de veranderingen na een FTO. Een eerste voorwaarde is het opstellen van een duidelijke en meetbare resultaatdoelstelling. Deze beschrijft een voorschrijfindicator, groep patiënten, periode en eindwaarde.<sup>(37)</sup> Ten tweede wordt er gebruik gemaakt van prescriptiecijfers die overeenstemmen bij de resultaatdoelstelling. Ten derde wordt er een nulmeting en eindmeting uitgevoerd. Zo wordt de situatie geschetst vóór en na de afspraak. Ten vierde wordt de tijdspanne tussen nul- en eindmeting vastgelegd. Voor de meeste onderwerpen is minimaal zes maanden adequaat. Een voorbeeld ter illustratie uit het Handboek FTO: *Afspraak: aan diabetespatiënten met een LDL-cholesterol > 2.5 mmol/l wordt een cholesterolverlager voorgeschreven. Resultaatdoelstelling: het aandeel diabetespatiënten met een cholesterolverlager is in maand X van jaar Y gestegen van 35% naar minimaal 60%.*<sup>(31)</sup>

Kort na de interventie wordt er voorgeschreven volgens vastgelegde afspraken. Na een bepaalde tijd verandert dit weer naar oude gewoontes. Er wordt daarom beter gebruik gemaakt van een nieuw voorschrijfbeleid dat zoveel mogelijk overeenstemt met het huidige voorschrijfbeleid. Een geslaagde wijziging van het voorschrijfgedrag wordt bekomen na herhaaldelijke overleg over het nieuwe voorschrijfbeleid. Het voorschrijfgedrag van huisartsen wordt in beeld gebracht aan de hand van prescriptiecijfers na zes maanden of een jaar na de afspraak. Dit geeft weer hoe de aanwezigen de gemaakte afspraken in acht nemen. Wanneer de opgestelde afspraken niet behaald zijn, kunnen deze bijgesteld worden. De bespreking van de resultaten van de toetsing zorgt voor een betere naleving van de afspraken. De prescriptiecijfers geven aan in welke mate de huisartsen zich houden aan nieuwe afspraken of het voorschrijfbeleid uit NHG-standaarden, die als ondersteuning dienen voor de huisarts. De onderlinge verschillen in het voorschrijfgedrag tussen huisartsen worden tijdens een FTO-bijeenkomst besproken. Hierdoor kan een FTO-groep streven naar meer uniformiteit wat betreft voorschrijven. De kwaliteit van het voorschrijven neemt toe indien richtlijnen, die wetenschappelijke resultaten vertalen naar de praktijk, gebruikt worden.<sup>(31, 42)</sup>

### 3.3.3.3 De kwaliteit van het farmacotherapeutisch overleg

Hoe kan de invloed van farmacotherapeutisch overleg op het voorschrijfgedrag worden verklaard? Hoe draagt de implementatie van de voorgestelde afspraken bij tot betere kwaliteit van voorschrijven? De kwaliteit van voorschrijven wordt volgens Haaijer-Ruskamp en Denig bepaald door de “persoonlijke keuzeset” van de huisarts. De factoren die het ontstaan en het veranderen van de persoonlijke keuzeset van huisartsen beïnvloeden worden voorgesteld in Figuur 3.6. FTO valt onder de factor: nascholing en professionele invloeden. Het inspelen op deze factoren kan de kwaliteit van het voorschrijven verbeteren.<sup>(33, 43)</sup>



**Figuur 1.6 Factoren persoonlijke keuzeset volgens Haaijer-Ruskamp en Denig**<sup>(33, 43)</sup>



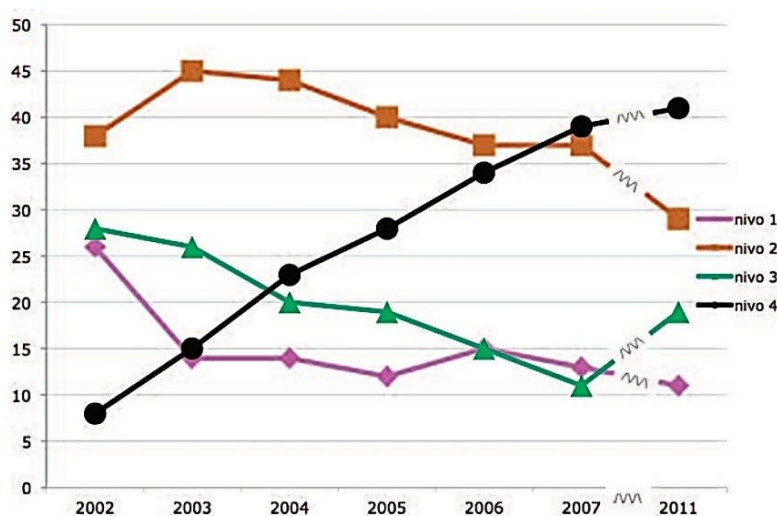
Tabel 3.7 Ontwikkeling van de onderverdeling in FTO niveaus volgens het IVM<sup>(31,33)</sup>

Niveau	Omschrijving van het overleg	2007	2011
1	Geen voorbereiding, geen gestructureerd overleg en geen verslaggeving	13%	11%
2	Regelmatig een bijeenkomst met voorbereiding en verslaggeving	37%	29%
3	Regelmatig een bijeenkomst, met concrete afspraken over farmacotherapie a.d.h.v. prescriptiecijfers	11%	19%
4	Regelmatig een bijeenkomst, met toetsing van de gemaakte afspraken	39%	41%

N<sub>2007</sub> = 610 FTO-groepen, N<sub>2011</sub> = 482 FTO-groepen

Kwaliteitsindicatoren bepalen op welk niveau een FTO groep functioneert (bijlage 4). Aan de hand van scores op deze kwaliteitsindicatoren worden FTO groepen ingedeeld in niveaus. Het niveau van het FTO wordt bepaald in de FTO-peiling. Om ervoor te zorgen dat een FTO-groep een bepaald niveau behoudt of verbetert, kan het IVM een plan van aanpak maken ter ondersteuning. Zorgverzekeraars geven een financiële stimulans voor het bijwonen en/of op een bepaald niveau functioneren van een FTO. Van informele overlegbijeenkomsten zijn de FTO-groepen geëvolueerd naar een meer professioneel overleg waar afspraken gemaakt worden over voorschrijven.<sup>(44)</sup>

Er is een positief verband tussen het voorschrijfgedrag van artsen en het niveau van FTO in een regio.<sup>(41)</sup> Het niveau van het FTO wordt bepaald in de FTO-peiling. In de periode van 2002-2007 werd de vooruitgang van het FTO gecontroleerd. Wegens de beëindiging van de subsidie van ministerie van



Figuur 3.8 De ontwikkeling van het FTO-niveau (2002-2011)<sup>(41)</sup>

Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor jaarlijks onderzoek werd laatste FTO-peiling bepaald in 2012 met gegevens van 2011.<sup>(45)</sup> De gegevens van de FTO-peiling worden voorgesteld in Tabel 3.7 en Figuur 3.8. De FTO-peiling wordt uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst die contactpersonen van FTO-groepen moeten invullen. De vragen gaan over de kwaliteitsindicatoren die nodig zijn voor de indeling van het FTO-niveau, de beloning van zorgverzekeraars en medicatiebeoordeling en therapietrouw.

In 2011 functioneerden 11% van de FTO-groepen op het laagste niveau.<sup>(44)</sup> Het aantal FTO-groepen op niveau 4 steeg van 8% in 2002 naar 39% in 2007. Dit aantal steeg naar 41% in 2011. In de periode van 2002-2007 was de stijging in het niveau van de FTO-groepen groter aangezien de overheid en zorgverzekeraars het FTO hadden versterkt. Zorgverzekeraars belonen FTO-groepen extra indien ze op niveau 4 functioneren. Die niveaubepaling vindt plaats op basis van de verslagen van FTO-groepen.<sup>(30)</sup>

Verder is er ook gekeken naar knelpunten rondom periodieke medicatiebeoordeling. In de FTO-peiling van 2011 blijkt dat 90% van de apothekers en huisartsen medicatiebeoordelingen uitvoeren bij patiënten ouder dan 65 jaar met polyfarmacie. Ook is gemeten of de huisarts en apotheker de medicatiebeoordelingen van patiënten gezamenlijk uitvoeren (Tabel 3.9).<sup>(46)</sup> Om farmacotherapeutische problemen op te lossen is een goede samenwerking tussen apotheker en huisarts noodzakelijk. Dit leidt tot betere implementatie van de aanbevelingen tijdens medicatiebeoordelingen.<sup>(47)</sup> Er was nood aan meer structuur en een heldere beschrijving van het begrip medicatiebeoordeling. Door meer structuur zou de implementatie vlotter verlopen en tot efficiëntere tijdsbesteding leiden.<sup>(48)</sup> In 2012 werd de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) “Polyfarmacie bij ouderen” ontwikkeld. In de richtlijn wordt beschreven dat, naast het gezamenlijk uitvoeren van medicatiebeoordelingen, ook de patiënt (of mantelzorg/verzorgenden) moet worden betrokken.<sup>(46, 49)</sup> Onderzoek bevestigde het belang van de betrokkenheid van de patiënt. Dit is belangrijk voor verandering en lange termijn effect van de voorgestelde interventies bij medicatiebeoordelingen.<sup>(50)</sup>

**Tabel 3.9 Percentage huisartsen en apotheker dat gezamenlijk de medicatiecheck heeft uitgevoerd in 2011<sup>(46)</sup>**

	<b>Gezamenlijk</b>	<b>Niet gezamenlijk</b>
Bij alle patiënten	1%	1%
Bij meer dan de helft van de patiënten	8%	2%
Bij minder dan de helft van de patiënten	67%	21%
Totaal	76%	24%

N = 490 huisartsen en apothekers

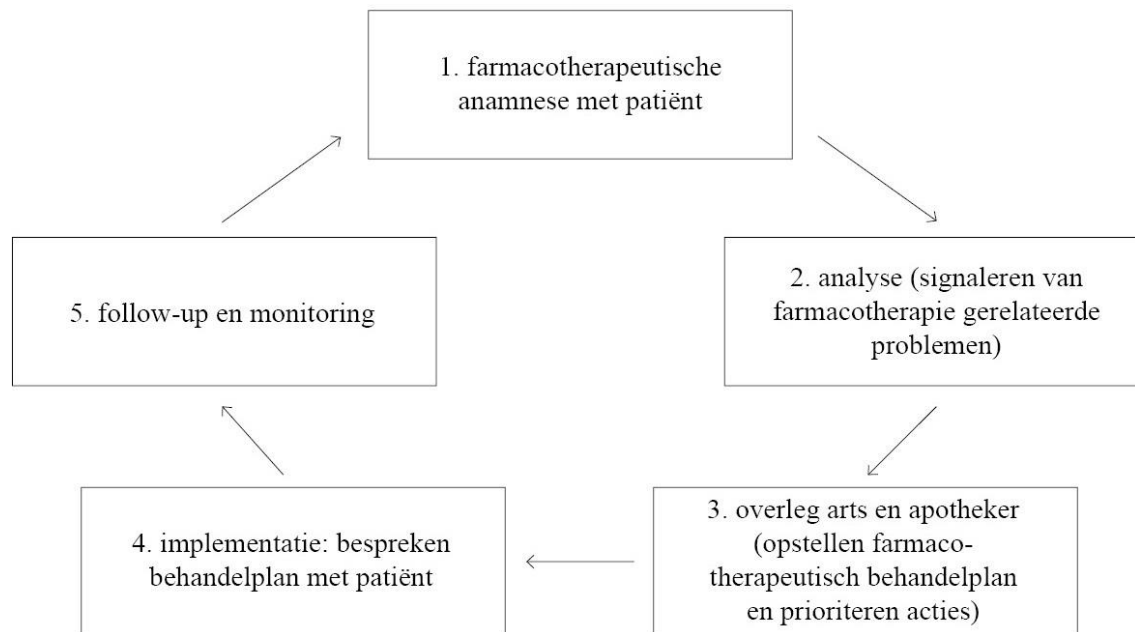
### **3.3.4 Één-op-één overleg tussen huisarts en apotheker in Nederland: medicatiebeoordeling bij polyfarmacie**

Het wederzijds vertrouwen in elkaars expertise is noodzakelijk voor delicate concepten zoals medicatiebeoordeling. Dit wordt stapsgewijs bekomen indien men elkaars expertise leert kennen en waarderen. De initiële samenwerking tijdens het FTO vormt een goede basis om medicatiebeoordelingen te organiseren. Het leidt dus tot intensivering van de samenwerking

van huisarts en apotheker die noodzakelijk is door de vergrijzing van de bevolking.<sup>(44)</sup> Er is sprake van polyfarmacie wanneer patiënten vijf of meer medicijnen uit verschillende therapeutische groepen of subgroepen chronisch gebruiken.<sup>(49)</sup> Ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie hebben een groter risico op ongeschikte farmacotherapie bij aanwezigheid van minimaal één van de volgende risicofactoren, zoals een eGFR minder dan 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, verminderde denkvermogen, verhoogde valrisico, verminderde therapietrouw, niet zelfstandig wonend en een ziekenhuisopname.<sup>(51, 52)</sup> Polyfarmacie is de meest voorkomende oorzaak van ongewenste nevenwerkingen.<sup>(53)</sup> Deze kunnen leiden tot verhoogde morbiditeit, verlaagde mobiliteit, een hogere kans om in een verpleeghuis te komen, ziekenhuisopname en zelfs overlijden.<sup>(54)</sup> In de Nederlandse Hospital Admissions Related to Medication (HARM)-studie werden medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames in 21 Nederlandse ziekenhuizen onderzocht. De resultaten toonden dat 5,6% van alle ziekenhuisopnames medicatie gerelateerd was en bijna de helft hiervan (46,5%) mogelijk voorkomen kan worden.<sup>(55)</sup> De toediening of gebruik (inclusief therapieontrouw) zorgt voor 26% van de mogelijks vermijdbare opnames. Bij 72% is dit geassocieerd aan het voorschrijven.<sup>(56)</sup>

De zorg van ouderen met polymedicatie vraagt een goede samenwerking tussen patiënt, huisarts, apotheker en verzorgenden. De Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) “polyfarmacie bij ouderen” (2012) is ontwikkeld om een veilige en effectieve farmacotherapeutische zorg te bieden aan ouderen met polyfarmacie.<sup>(49)</sup> Dit gebeurt aan de hand van medicatiebeoordeling, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt. Een medicatiebeoordeling bestaat uit verschillende onderdelen. (bijlage 5) Als hulpmiddel wordt het Systemic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP) gebruikt die schematisch in Figuur 3.10 wordt weergegeven.<sup>(57, 58)</sup>

Eerst vindt er een farmacotherapeutische anamnese plaats waarbij de apotheker of huisarts een gesprek heeft met de patiënt met betrekking tot medicatiegebruik. Daarna volgt de farmacotherapeutische analyse waarbij de apotheker naar mogelijke farmacotherapie gerelateerde problemen (FTP's) zoekt.<sup>(52)</sup> Voorbeelden van FTP's zijn onderdosering, overdosering, relevante contra-indicatie en interactie en nevenwerking.<sup>(58)</sup> Hierbij dient de START-criteria (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) als hulpmiddel bij het voorschrijven van medicatie bij ouderen en zorgt ervoor dat onderbehandeling vermeden wordt.<sup>(59)</sup> Het gebruik van de STOPP-criteria (Screening Tool of Older Peoples' Prescriptions) voorkomt dat ouderen ongewenste medicatie krijgen.



**Figuur 3.10** Schematische weergave van STRIP<sup>(51)</sup>

Het ziektebeeld van de patiënt wordt gekoppeld aan de medicatie en opgevraagde labowaardes. Vervolgens overlegt de apotheker met de huisarts de geconstateerde farmacotherapie gerelateerde problemen en de daarbij behorende aanbevelingen en voorstellen. Samen stellen de huisarts en apotheker een farmacotherapeutisch behandelplan op met mogelijke medicatiewijzigingen. Dit wordt teruggekoppeld naar de patiënt waarbij de medicatiewijzigingen worden besproken. Nadien vindt een overleg plaats tussen huisarts of apotheker met de patiënt waarbij de afgesproken acties in het farmacotherapeutisch behandelplan worden gecontroleerd en geëvalueerd.<sup>(52)</sup> Ten minste één keer per jaar dient een vervolgbeoordeling van het behandelplan te gebeuren.<sup>(58)</sup> In een studie, gebaseerd op 3807 medicatiebeoordelingen bij oudere patiënten met polyfarmacie, waren er gemiddeld drie medicatiegerelateerde problemen per patiënt. Over- en onderbehandeling bedroeg 41,4% van de medicatie gerelateerde problemen. De voorgestelde interventies om de problemen op te lossen werd voor 69,9% geïmplementeerd door de huisarts. Medicatiebeoordelingen uitgevoerd door apothekers kunnen dus bijdragen aan een vermindering van medicatiegerelateerde problemen. De studie bevestigde ook de meerwaarde van de STOPP en START criteria om medicatiegerelateerde problemen te identificeren.<sup>(60)</sup>

In Nederland is het FTO een basis voor vergevorderde samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Inmiddels zijn medicatiebeoordelingen geïntegreerd in het vaste takenpakket van de Nederlandse apotheker en huisarts. De Nederlandse Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ)

heeft eisen opgesteld voor het minimaal aantal medicatiebeoordelingen per jaar voor apothekers en huisartsen.<sup>(30)</sup> In België zou een medicatiebeoordeling moeilijk verlopen wegens het gebrek aan initiële samenwerking. Voor huisartsen is het wellicht moeilijk om te accepteren dat ze de expertise van apothekers kunnen gebruiken om het geneesmiddelengebruik op een veilig en kwaliteitsvolle manier te optimaliseren. Het gebrek aan een routinematig overleg is een grote barrière maar een eerste vereiste om te bekomen tot een vergevorderde samenwerking tussen de twee disciplines.<sup>(61)</sup> Het medisch-farmaceutisch overleg in België zou dus een solide basis kunnen zijn om vergevorderde samenwerking te bevorderen. In het volgende onderzoek wordt de implementatie van het MFO in België, zoals beschreven in het koninklijk besluit, geanalyseerd.

## **4. ONDERZOEK**

### **4.1 METHODE**

Om meer inzicht te verkrijgen in de lokale initiatieven werd er beoogd MFO bijeenkomsten bij te wonen. Dit werd gerealiseerd door de lokale beroepsorganisaties te contacteren. De ervaring en opinie van deelnemers aan een MFO werd aan de hand van enquêtes getoetst na afloop van de bijeenkomst. De wetenschappelijke-informatie dienst van Escapo stelde deze enquêtes ter beschikking. De vragen werden onderverdeeld in twee categorieën: de inhoud en vorm van het MFO. Met behulp van Excel werden de resultaten verwerkt. De deelnemers werden ingedeeld op basis van beroep (huisarts of apotheker). Er werd gepeild in welke mate akkoord wordt gegaan met verschillende stellingen. Het aantal antwoorden werd geteld.

Om een volledig antwoord te geven op de tweede doelstelling werd op een pragmatische manier te werk gegaan. Interviews werden afgenomen met stakeholders, in dit geval beschouwen we stakeholders als ontwikkelaars van kwaliteitsbevorderende programma's en beroepsorganisaties van zowel apothekers en artsen. Elk semigestructureerd gesprek werd opgenomen met een recorder. Van de interviews werden transcripties uitgeschreven. De data werden gecodeerd a.d.h.v. Nvivo 11. Dit programma liet toe een kwalitatieve data-analyse uit te voeren. Via deze methode was een verkennend onderzoek mogelijk om kwalitatief de visie van stakeholders te bevragen. De belemmeringen werden vanuit verschillende perspectieven aangehaald. Op deze manier kunnen een aantal aanbevelingen worden geformuleerd die bijdragen tot verbetering van het overleg tussen artsen en apothekers.

### **4.2 RESULTATEN EN BESPREKING**

#### **4.2.1 De evaluatie van een MFO door apothekers en huisartsen in het werkveld**

Er werd een informatiesessie over MFO bijgewoond op 22 februari georganiseerd door KAVA. De beroepsorganisatie bood een uitgebreid aanbod aan op maat van elke zorgregio. Er waren verschillende ontwikkelaars van kwaliteitsbevorderende programma's aanwezig. Om het concept van overleg beter te begrijpen werden twee MFO-projecten bijgewoond.

Op donderdag 23 februari werd een MFO bijgewoond in zorgregio Hoboken-Wilrijk te Antwerpen. Het onderwerp was directe orale anticoagulantia (DOAC). Dit programma was destijds ingediend bij het RIZIV ter erkenning. Het MFO bestond uit een theoretische uiteenzetting gegeven door een cardioloog als externe spreker (60 min). Nadien konden er vragen gesteld worden aan de spreker (30 min). Als laatste kwamen er 2 casussen aan bod (15

min). Er was weinig interactie tussen artsen en apothekers. Het MFO was vooral op informatieoverdracht gericht en niet zo zeer op overleg tussen artsen en apothekers. Er was specifiek gekozen voor het model van plenaire les aangezien het de eerste keer was dat dit werd georganiseerd in de zorgregio.

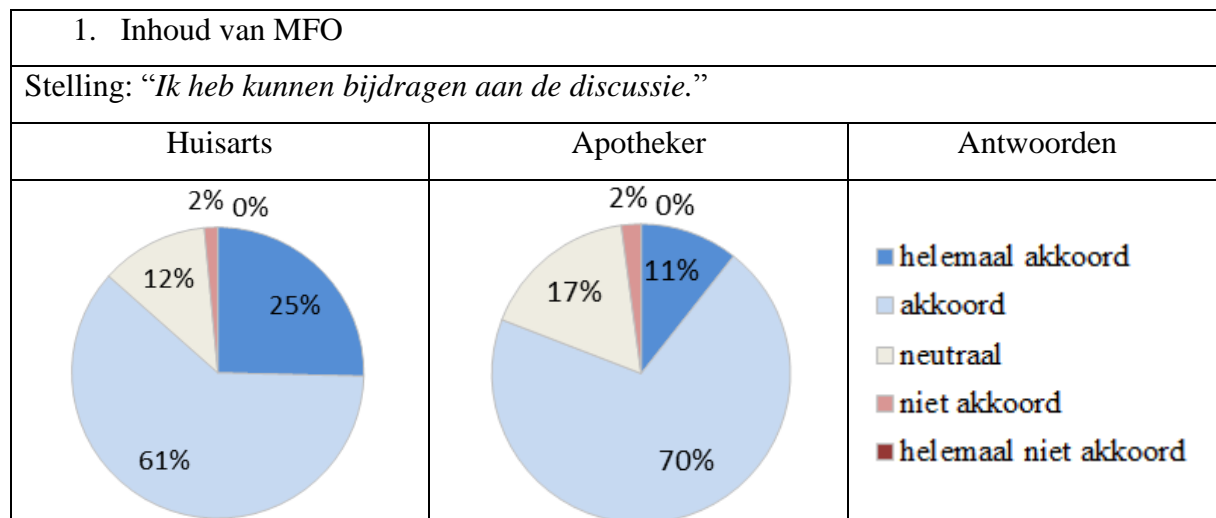
Een tweede MFO werd bijgewoond in de zorgregio Leuven-Noord op donderdag 16 maart. Het MFO handelde over “Focus op enkele vaak voorkomende interacties in de klinische praktijk; hoe het risico voor de patiënt inperken?”, een KP ontwikkeld door de wetenschappelijke dienst van Escapo. Er was een externe moderator aanwezig die het MFO leidde. Per interactie werd theorie a.d.h.v richtlijnen beschreven. Vervolgens werden er casussen besproken die van belang zijn in de dagelijkse praktijk. Rond deze casussen werden afspraken gemaakt. Per lokale regio werden artsen en apothekers verzameld rond één tafel om de interactie te optimaliseren. Deze afspraken werden in een verslag vastgelegd. Dit werd bezorgd aan de aanwezigen en niet-aanwezigen van elke zorgregio.

Na elk MFO, georganiseerd door Escapo, werd aan de deelnemers gevraagd een enquête in te vullen. Aan de hand van deze enquêtes werden de MFO-bijeenkomsten geëvalueerd door aanwezigen. Er was ook ruimte voor bijkomende opmerkingen. De ervaring en opinie van huisartsen en apothekers uit vijf verschillende zorgregio's werd bevraagd. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de enquêtes. De resultaten van de enquêtes worden voorgesteld in onderstaande Tabel 4.2.

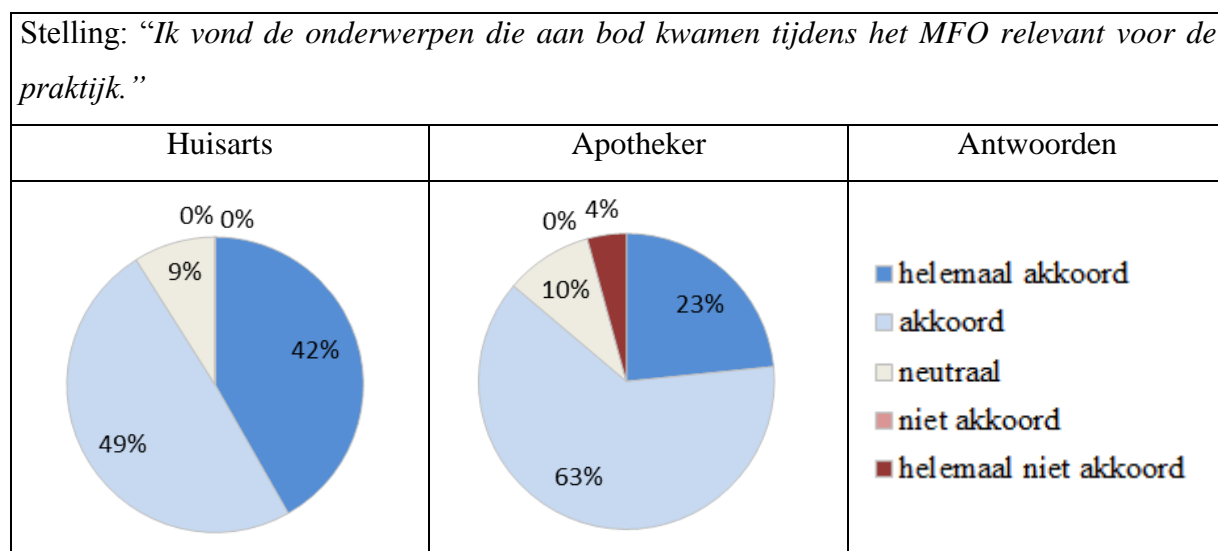
**Tabel 4.1** Overzicht aantal enquêtes per zorgregio

<b>Locatie</b>	<b>Datum</b>	<b>Artsen</b>	<b>Apothekers</b>
Zorgregio 1	08/10/2015	24	10
Zorgregio 2	12/11/2015	7	17
Zorgregio 3	16/12/2015	11	21
Zorgregio 4	09/02/2017	15	27
Zorgregio 5	16/03/2017	10	19
<b>Totaal</b>		<b>67</b>	<b>94</b>

**Tabel 4.2 Resultaten enquêtes MFO “Focus op enkele vaak voorkomende interacties in de klinische praktijk; hoe het risico voor de patiënt inperken.”**

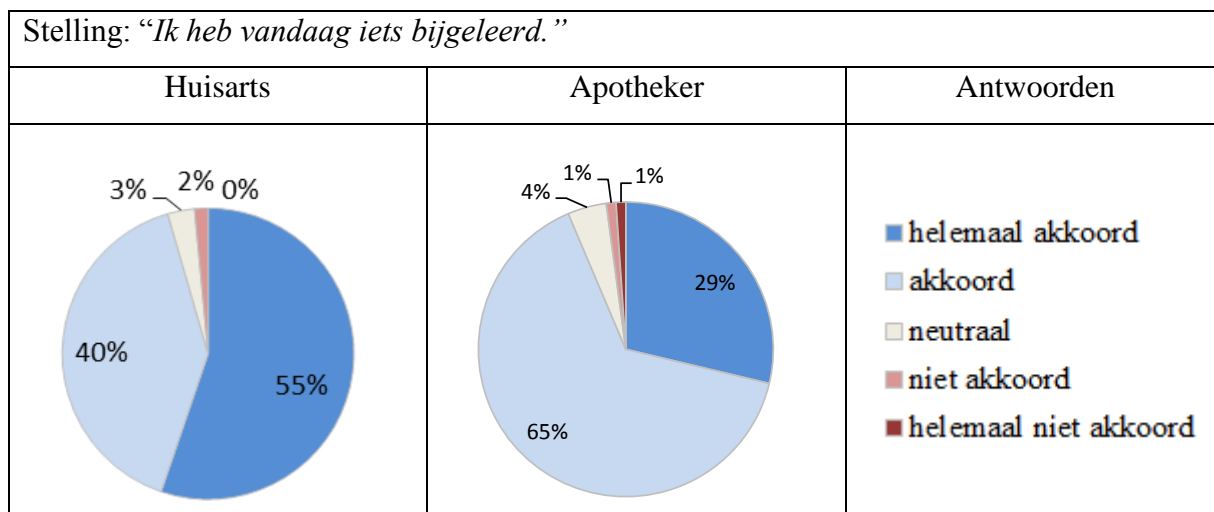


Aan de hand van casussen over geneesmiddeleninteracties werd een discussie op gang gebracht. De meerderheid van huisartsen (n=1) en apothekers (n=2) is van mening dat ze kunnen bijdragen aan de discussie. Een kleine minderheid van huisartsen en apothekers was niet akkoord. De groep in zorgregio 4 met 42 aanwezigen werd als te groot ervaren. Als opmerking werd ook aangegeven om meer tijd te voorzien voor de discussie aan tafel.

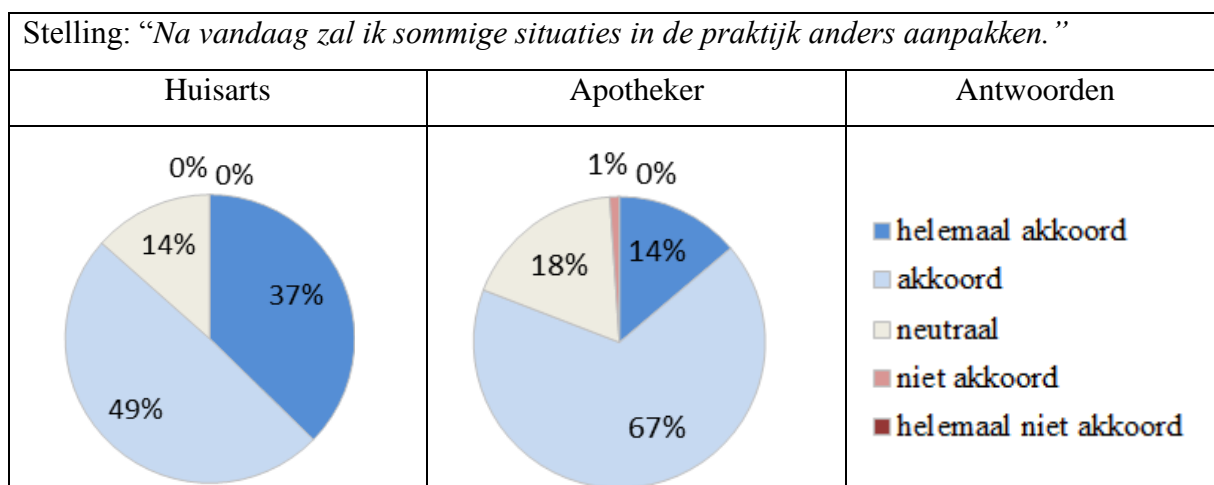


De meerderheid van de huisartsen en apothekers vindt de geneesmiddeleninteracties besproken op het MFO relevant voor de praktijk. Van huisartsen gaat 42% (n=41) akkoord, dit bedraagt 63% (n=59) bij apothekers. Vier procent van apothekers vindt het besproken onderwerp niet relevant voor de praktijk.

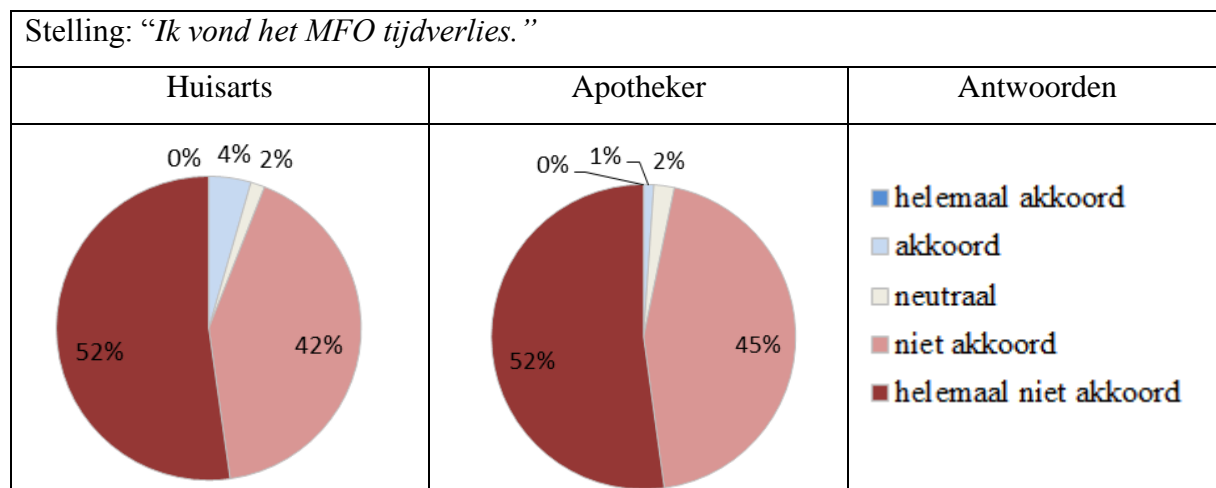




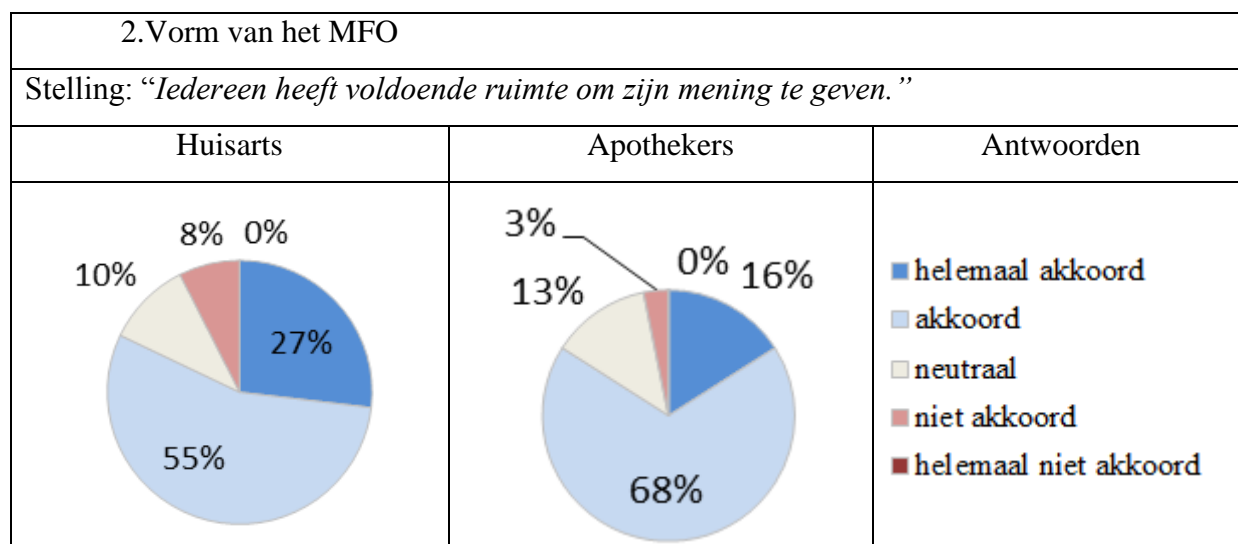
De resultaten geven aan dat 95% (n=64) en 94% (n=88) van respectievelijk huisartsen en apothekers bijgeleerd te hebben na het MFO. Dit toont aan dat de theorie en bijhorende casussen over geneesmiddeleninteracties relevant zijn voor de praktijk.



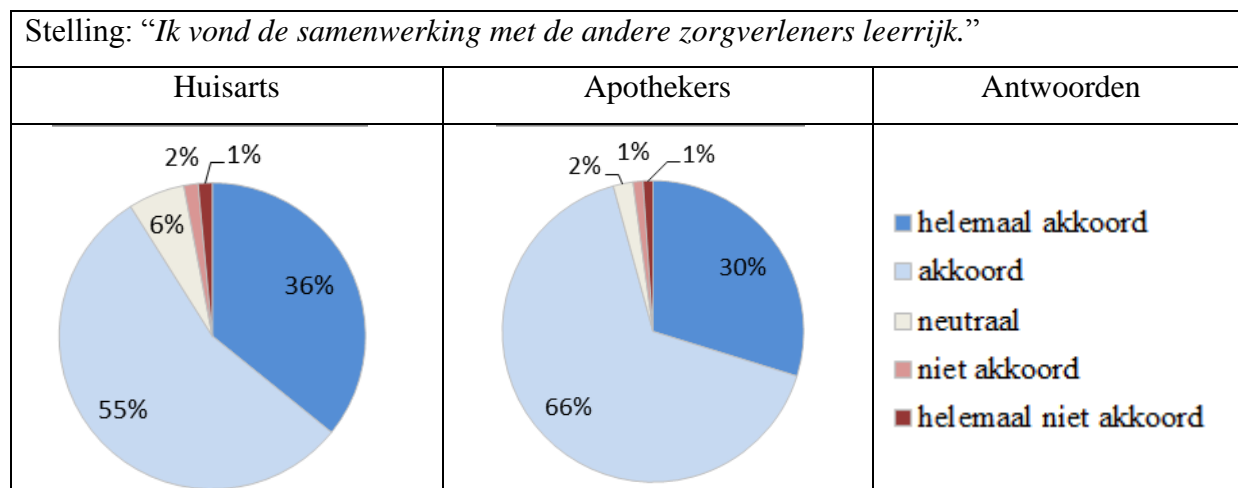
Door afspraken die gemaakt werden na het bespreken van de casussen is het duidelijk voor huisarts en apotheker hoe ze de situatie in de praktijk moeten aanpakken. Uit de enquêtes blijkt dat 86% (n=58) en 81% (n=76) van respectievelijk huisartsen en apothekers situaties anders zullen aanpakken. In de open vragen uit enquêtes van zorgregio 4 en 5 werd gesuggereerd afspraken te maken over de communicatie. Er werd voorgesteld om een lijst met contactgegevens ter beschikking te stellen per zorgregio. Apothekers geven aan informatie te willen verkrijgen over de contacturen en manier (e-mail of telefonisch) waarop huisartsen gecontacteerd willen worden.



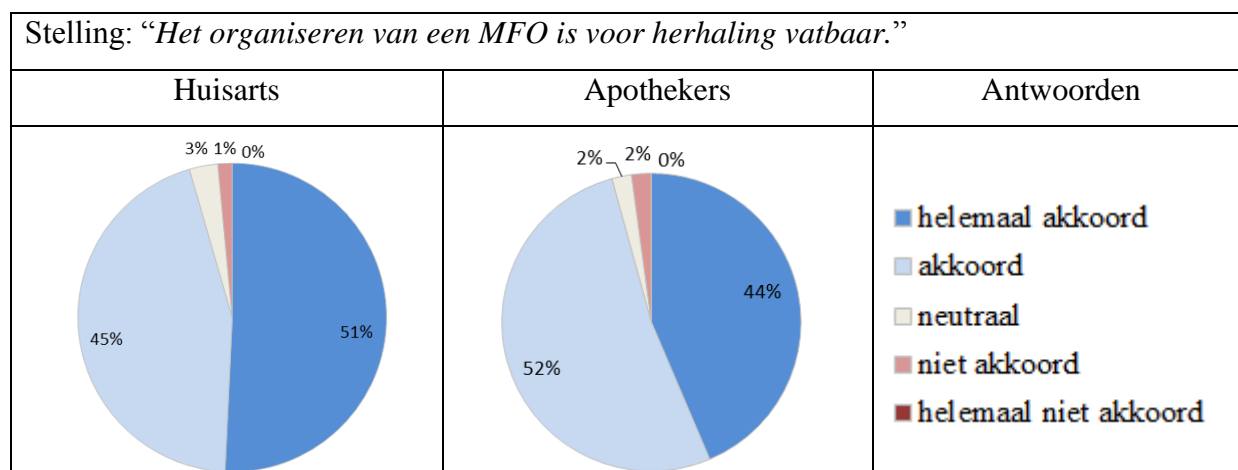
De resultaten van de enquêtes geven aan dat 94% (n=63) en 97% (n=89) van respectievelijk huisartsen en apothekers het MFO nuttige tijdsbesteding vinden. In de vrije velden werd de inhoud van het MFO eveneens als nuttig omschreven.



De meerderheid van beide groepen gaat akkoord echter, gaat 8% (n=5) van huisartsen en 3% (n=3) van apothekers niet akkoord. Zowel huisartsen als apothekers vragen om meer tijd in te plannen voor het gesprek rond te tafel zodat iedereen voldoende ruimte heeft om zijn opinie te geven.



De samenwerking wordt door 91% (n=61) en 96% (n=90) van respectievelijk huisartsen en apothekers als leerrijk ervaren. Zowel huisartsen en apothekers zouden graag meer huisartsen rond de tafel te krijgen. De informele gesprekken tussen beide zorgverleners tijdens het MFO worden als aangenaam ervaren.



De resultaten geven aan dat 96% van huisartsen (n=64) en apothekers (n=90) het organiseren van een MFO voor herhaling vatbaar is. Onderwerpen die voorgesteld werden voor een volgende MFO zijn: afbouwen van benzodiazepines, magistrale bereidingen, QT-verlening, medicatie bij nierinsufficiëntie, polyfarmacie, medicatie en leeftijd...

De resultaten van de enquêtes schetsen de bevindingen van huisartsen en apothekers na deelname aan een MFO-bijeenkomst. Het volgende onderzoek beschrijft een uitgebreider en diepgaander beeld van de huidige situatie om de implementatie van de bepalingen uit het koninklijk besluit te analyseren.

#### 4.2.2 De visie van stakeholders aan de hand van interviews

De stakeholders hebben belang bij de organisatie en implementatie van MFO. Concreet zijn dit huisartsen, officina apothekers, beleidmakers (RIZIV) alsook beroepsorganisaties van beide beroepen. Ze hebben invloed op en ondervinden invloed van MFO. De ervaringen van deze stakeholders werden nagevraagd in semi-gestructureerde interviews. Uit 13 interviews werden een aantal aanbevelingen geformuleerd die kunnen bijdragen tot verbetering van het medisch-farmaceutisch overleg tussen huisartsen en apothekers.

##### 4.2.2.1 Gebrek aan uniformiteit van kwaliteitsbevorderende programma's

Met de komst van het KB is de ontwikkeling van kwaliteitsbevorderende programma's van start gegaan. De KP's worden gebruikt als leidraad van lokale MFO-projecten. In het KB is kort beschreven dat pakketten *“thematische fiches, opleidingen voor animatoren, praktische handleidingen voor lokale gegevensinzameling en -analyse alsook begeleiding op vraag van een lokaal initiatief”* moet voorzien. Over het onderwerp, de inhoud en structuur van de KP's zijn er geen duidelijke richtlijnen vastgelegd en zijn de ontwikkelaars vrij om hierover te beslissen. Vooral het gebrek aan richtlijnen rond structuur zorgt voor discussie.

*“Er zijn geen duidelijke richtlijnen. De richtlijnen passen op 1 A4-ke.”* (Huisarts)

*“Er is geen duidelijke procedure en geen duidelijke criteria. Er is gezegd geweest: ‘Komaan start, er is budget beschikbaar’. En iedereen heeft op zijn manier een programma geschreven naar eer en geweten en volgens godsvrucht en vermogen. Dan is het antwoord: ‘Ja, maar dit is niet wat we bedoelden’. Ja, wat dan wel?”* (Apotheker)

*“Je weet vooraf niet wat ze willen zien, er staat gewoon een documentje wat je moet invullen. Maar als je dat gewoon invult heb je veel te weinig. Het is dus heel dubbel. Wees dan duidelijk van kijk ‘dit verwachten we’ en dan kan je op voorhand beter afwegen of het waard is of niet.”* (Huisarts)

*“Het is nationaal vanuit het RIZIV maar er is geen vertaling van de pakketten voorzien.”* (Apotheker)

De respondenten zijn van mening dat er geen duidelijke richtlijnen zijn over het opstellen van het KP. Nu hebben de ontwikkelaars er een eigen insteek aan gegeven. Dit heeft als gevolg dat alle pakketten er anders uitzien. Het is opmerkelijk dat er geen ontplooiing van de

pakketten wordt voorzien in beide landstalen. Het kader rond het KP moet gedifferentieerd en gecorrigeerd worden.

*“Langs een kant is dat ook goed dat het een zekere vrijheid geeft. Zowel aan ons als wetenschappelijke vereniging, als aan de lokale projecten.”* (Huisarts)

*“Het heeft ook voordelen dat het niet zo met richtlijnen is dat het organisch kan groeien, dat het niet allemaal in protocollen zit.”* (Apotheker)

De respondenten geven aan dat het ontbreken van duidelijke richtlijnen ook voordelen heeft. De vrijheid die er nu heerst geeft aanleiding tot discussie over de samenwerking tussen de beroepsorganisaties.

*“We moeten ons ervan doordringen van de noodzaak dat dit multidisciplinair uitgewerkt moet worden! Het mag niet zo zijn dat bijvoorbeeld een apothekersvereniging solo een pakket gaat uitwerken en daar geen artsen bij betreft, geen andere stakeholders. Dan heeft dat pakket ook veel minder draagvlak nadien. [...] Meer bekendmaking is nodig van welke pakketten zijn goedgekeurd, welke pakketten zitten in de pipeline en wie is daarmee bezig.”* (Apotheker)

*“Elke beroepsorganisatie heeft ook zijn eigen projecten. We zouden beter moeten samenwerken. Het is ook een klein beetje concurrentie.”* (Apotheker)

De respondent is van mening dat het een standaard moet zijn dat beide beroepsgroepen actief meewerken aan de ontwikkeling van een KP. Het zou bevorderlijk werken indien er meer transparantie is over de ontwikkeling van de pakketten. Op dit moment is het niet bekend welke organisatie welk programma uitwerkt.

Het indienen van een KP gebeurt aan de hand van een aanvraagformulier dat ter beschikking wordt gesteld op de website van het RIZIV. De kwaliteitsindicatoren zijn een verplicht onderdeel van een KP. Dit zijn elementen waarover lokale gegevensinzameling gebeurt naar aanleiding van een lokaal MFO-project. Het meten van de kwaliteitsindicatoren is de gegevensanalyse (kwalitatief of kwantitatief) die hierop volgt. Er zijn onduidelijkheden rond het op te stellen van deze kwaliteitsindicatoren.

*“We zijn vertrokken van het simpelste: zet arts en apotheker samen zodat ze elkaar leren kennen en meer inzage krijgen in de wereld van de andere. Kwaliteitsindicatoren, evaluatie... dit hadden wij niet voorzien. Ons doel was om de samenwerking goed te krijgen. De mensen die het moeten goedkeuren zien het groots zoals een beetje in Nederland met*

*kwaliteitsindicatoren, evaluatie, meetbaarheid enz... dat begrijp ik. Hier moeten we naartoe.*

*Maar vandaag de dag is de modale arts of apotheker hier niet klaar voor.” (Apotheker)*

*“Er zijn geen duidelijke richtlijnen voor het opstellen van kwaliteitsindicatoren. [...] Het is makkelijk om te zeggen ‘dit gaan we meten’. Maar het meten zelf vergt veel tijd en eer dat je effect ziet. Het is heel mooi dat ze het effect willen meten van een programma maar laten we eerlijk zijn: het gaat over één avond (2 of 3 uurtjes), het grote effect moet je daar niet van verwachten. Dat er een klein belangrijk effect gaat zijn geloof ik heel sterk in. Maar verwacht nu niet dat ze één miljoen gaan besparen omdat je bepaalde lokale actoren gaat samen zetten.” (Huisarts)*

*“Dat is heel moeilijk omdat het RIZIV heel erg kijkt naar: ‘hoe ga je meten en wat is het effect?’. Dat is niet echt de opdracht van een MFO. Het doel is een overleg en afspraken maken. Dit zal niet meteen resulteren in winst die meetbaar is. Het meten vraagt heel veel tijd, registratie en veel opvolging.” (Apotheker)*

*“Als je kwaliteit wilt heb je een kwaliteitsinstituut nodig die voor die MFO groepen data analyseert en feedback geeft en zegt wat ermee gebeurt.”(Huisarts)*

Elk KP's moet “praktische handleidingen voor lokale gegevensinzameling en –analyse” bevatten. Met de lokale gegevensinzamelingen wordt er beoogd de invloed van het lokale MFO-project in kaart te brengen. Dit wordt als belemmering ervaren omdat er geen richtlijnen rond zijn.

#### 4.2.2.2 Vertraging tijdens het proces van goedkeuring van KP's

*“We zijn nu 1,5 jaar verder en er is nog niet veel gebeurd, niet veel resultaat bij wijze van spreken. Dat heeft te maken met het kader dat eigenlijk niet goed is uitgewerkt. [...] Er is een probleem geweest bij de erkenning van de programma's. Het is veel te veel gericht geweest op kwaliteitsbevordering terwijl dit een te hoge drempel is voor veel mensen. Gewoon bij elkaar komen, al was het maar om elkaar beter te leren kennen los van de inhoud, is al een grote stap. Vraag die niet nu meteen om kwaliteitsbevorderend te gaan werken, dat is echt een stap te ver, in de huidige context, sfeer en mentaliteit die er nu bestaat. [...] Dan heb je dus dat je veel diverse programma's aangeboden krijgt. Daar is een heel breed gamma in. Dit maakt dat beoordelingsschema en criteria niet van toepassing zijn op een boel van programma's omdat die niet*

*naar kwaliteitsbevorderend als insteek zijn geschreven. Dus daar moet gecorrigeerd worden.” (Huisarts)*

De ingediende pakketten hebben geen uniforme structuur en zijn bijgevolg zeer divers. Het proces ter goedkeuring van de programma's neemt enige tijd in beslag. De evaluatie van de programma's verloopt moeizaam. De criteria ter beoordeling dienen kenbaar te zijn bij de ontwikkelaars. Indien de verwachtingen vóór de indiening duidelijk gecommuniceerd worden verloopt het proces van goedkeuring vlotter.

*“Soms blijft een programma hangen bij externe evaluatoren. Dit kan zijn doordat ze over de deadline gaan. Hierdoor is er vertraging op de goedkeuring van de programma's. Voor de indiening van een kwaliteitsbevorderend programma kan er niet worden gezegd dat het na een x aantal weken wordt goedgekeurd of niet. Dat is afhankelijk van elk kwaliteitsbevorderend programma.” (Apotheker)*

*“De competentie van de evaluatoren is ook een punt van aandacht. Niet iedereen heeft kennis van kwaliteitsbevordering en kan niet beoordelen of dat het implementeerbaar is. [...] Dit heeft te maken met beoordeling door de experts, die volgens mij niet allemaal expert zijn.”(Huisarts)*

In het KB wordt de rol van het CEG verduidelijkt. Over de procedure van goedkeuring van KP's is er vastgelegd dat het CEG een gemotiveerde beslissing binnen de twee maanden na de indiening van het project geeft. Indien er vragen tot verduidelijking worden gesteld aan de ontwikkelaars neemt het CEG een beslissing na ontvangst van antwoorden op deze vragen, zonder vaste termijn.

Na de vragen tot verduidelijking vervalt de termijn waarin een beslissing wordt genomen. De respondenten gaven aan dat er vaste termijnen moeten komen voor terugkoppeling. Na het verwerken van programma's op basis van de feedback werden ontwikkelaars niet op de hoogte gebracht van ontvankelijkheid en de fase waarin de programma's zich bevonden. De communicatie tijdens het proces van goedkeuring van de programma's verliep in de praktijk stroef.

*“Helemaal niets gehoord. Gewoon niets. Zelfs geen bevestiging van lezen of ontvangst. Ik wist niet of het was toegekomen of niet.” (Apotheker)*

*“Uiteindelijk is dat programma goedgekeurd. Heel vreemd. We hebben daar nooit een individuele e-mail rond gekregen, dat stond opeens op de RIZIV website als goedgekeurd.” (Apotheker)*

*“Met publiceren win je wel ‘goodwill’. Je bent eraan bezig. De windowdressing wint ook wat. Projecten lanceren en zeggen zo gaan we het doen. We werken eraan maar wat er achter de schermen gebeurt in het grote zwarte doos RIZIV weten we niet. Dingen gaan erin maar hoe ze dat verwerken geen idee. Er komt iets uit, die werkt ondoorgrondelijk.” (Huisarts)*

*“Welke verplichtingen hebben we nu nog? Gewoon op website zetten? Dit vind ik raar. Ze weten het gewoon zelf niet.” (Apotheker)*

*“Ik heb gebeld naar het RIZIV om te vragen ‘Willen jullie een stand van zaken?’ antwoord: ‘Nee, dat is niet nodig’, ‘Wij hebben daar niks rond van modaliteiten’. [...] We zijn heel blij dat het is goedgekeurd en blij met de vrijheid, dat we niet gebonden zijn aan rapportering. Helemaal correct is dit niet. Dit kan leiden tot misbruik. Zoals het niet nakomen van de verbintenissen die toch in de aanvraag stonden.” (Apotheker)*

Er is geen consensus over het verloop van de verplichtingen na de goedkeuring van het programma. Volgens het KB zou het CEG ten behoeve van de Nationale Commissie artsenziekenfondsen en de Overeenkomstencommissie apothekersverzekeringsinstellingen een syntheseverslag opstellen. Dit gebeurt op basis van de ontvangen verslagen van lokale MFO-projecten. Dit syntheseverslag zou voorstellen bevatten voor het structureren van het MFO.

Bij het navragen aan een medewerker van het RIZIV werd er voorgesteld dat de ontwikkelaars van KP's “een soort synthese” maken van de resultaten van lokale MFO-projecten.

Na de goedkeuring van het programma zijn er geen duidelijke richtlijnen over de verdere verplichtingen die de ontwikkelaars moeten nakomen. De respondenten ervaren dit als vreemd. Er wordt aangegeven dat hier verandering in moet komen met richtlijnen over rapportering.

*“Wij hebben geld gekregen voor ons programma maar daar zit geen update in. Als over vijf jaar dat pakket volledig verouderd is, wie gaat dat dan gaan updaten? Er is geen plan. Op geen enkel niveau is er een plan.” (Apotheker)*



De visie van de overheid geeft aan dat kwaliteit gewaarborgd moet worden. De programma's worden geschreven op basis van wetenschappelijke evidence-based informatie. De gebruikte referenties moeten worden vermeld in het aanvraagformulier. De ontwikkelaars zijn momenteel niet gebonden aan verplichtingen rond update van het KP.

*“Hoe langer dat ze het budget kunnen uitstellen, hoe meer geld dat ze hebben.” (Apotheker)*

*“Ik heb het gevoel dat ze doelbewust, na het verschijnen van KB, een aantal vertragingssmaneuvers gebruikt hebben om op die manier te kunnen besparen op de begroting.” (Huisarts)*

#### 4.2.2.3 De financiële stimulans ter ontwikkeling van kwaliteitsbevorderend programma

Het KB beschrijft een tegemoetkoming van twee miljoen euro op jaarbasis. De financiering die jaarlijks ter beschikking wordt gesteld voor de ontwikkeling van KP bedraagt één miljoen euro. Bij de indiening ter goedkeuring wordt er dus een financiële tussenkomst voor het opstellen van een KP voorzien. In het aanvraagformulier moet een raming van het budget worden geformuleerd. Het CEG neemt het voorstel in beschouwing en bepaalt uiteindelijk het bedrag per KP. <sup>(9, 10)</sup>

*“Je kan een budget aanvragen voor het kwaliteitsbevorderend programma maar daar is ook geen duidelijkheid over. Hoeveel wordt er voor betaald? Het is gokken hoeveel tijd dat we hierin hebben gestoken.” (Apotheker)*

*“Er zitten bepaalde manuren in het pakket en we zijn al een jaar verder en hebben nog geen frank gezien hé. Niet dat dat moet. Het is een investering dat je doet omdat we denken dat het pakket een meerwaarde zal zijn dat artsen en apothekers het lokaal gaan bespreken omdat het een heel belangrijk thema is. Maar dat is de absurditeit aan het hele systeem.” (Huisarts)*

*“Je vult dit in naar eer en geweten. Wat is de uurprijs? Een medewerker... wat kost dit? Er zijn geen richtlijnen. [...] Het is een beetje natte vinger werk.” (Apotheker)*

Er wordt aangegeven dat er willekeur is om een budget voor het opstellen van een KP te bepalen. Er zijn opnieuw geen duidelijke richtlijnen geformuleerd over de bekostiging van de programma's. Verder zijn er ook geen richtlijnen over het gebruik van de financiering. De willekeur hieromtrent kan aanleiding geven tot misbruik. Dit moet ten allen tijde voorkomen worden. De respondenten roepen op om hierover na te denken en duidelijkheid te scheppen.

*“Het gaat uiteindelijk ook om geld. Het is een manier om dingen gefinancierd te krijgen en ik voel heel sterk dat dit in het veld zit. [...] Dat stoort mij want het gaat hier om overheidsmiddelen en die zijn schaars. Het mag geen wedloop worden van lokale organisaties om nu via die weg snel geld binnen te halen. Het moet echt kwalitatief zijn of anders gaan die subsidies stoppen. Het is nu een kanaal dat open staat maar de overheid kan van vandaag tot morgen zeggen ‘we stoppen dit’.” (Apotheker)*

*“Dus eerst nadenken voordat je terug dingen terug lanceert, wat dat het niveau is dat je wenst te behalen en in welke termijn. En schaf af dat men zomaar centen krijgen als die een programma heeft ingediend.” (Huisarts)*

#### 4.2.2.4 Behoefte aan een overkoepelende bestuursgroep

Vanuit de lokale beroepsorganisaties wordt er aangegeven dat er meer samenwerking moet komen om KP's te ontwikkelen. Beide disciplines zijn van mening dat er nood is aan een overkoepelende bestuursgroep die de twee beroepsgroepen vertegenwoordigt.

*“Wij hebben 15 jaar stil gelegen. Voordat er nog iets gebeurt rond MFO moet er nagedacht worden over het concept op zich en structurele ondersteuning.” (Huisarts)*

*“Dus een soort van werkgroep nodig (bijvoorbeeld MFO vzw) die actief sensibiliseert. Eventueel ook een nieuwsbrief maakt met de stand van zaken, die de organisaties aanschrijft om terug te koppelen bijvoorbeeld met wat iedereen bezig is. Zodat we dat van elkaar weten en dat we elkaar niet zien als concurrenten maar als complementair.” (Apotheker)*

Na de publicatie van het KB werd een vzw opgericht (MFO vzw). De vertegenwoordigers voor de artsen zijn Belgische Vereniging van Artsensyndicaten - Association Belge des syndicats médicaux (BVAS-ABSym) en Konfederatie der Belgische Geneesheren of Kartel en Alliantie Artsenbelang - Domus Medica (AADM). Voor apothekers zetelt APB, OPHACO, Vlaams Apothekers Netwerk (VAN) en Association des Unions de Pharmaciens (AUP) in. Ook andere representatieve beroepsverenigingen van artsen of apothekers, faculteit geneeskunde of farmaceutische wetenschappen van universiteiten alsook vormingsinstituten van huisartsen en apothekers en wetenschappelijke verenigingen kunnen als lid worden toegelaten in de vzw.

Het doel van de vzw is het verlenen van logistieke steun aan project indieners en/of KP's. Verder kan de vzw ook KP's voorstellen. Er wordt beoogd een wetenschappelijke commissie op te richten die projecten en KP's ontwikkelt.

De vzw heeft naar aanleiding van de vertraging bij het goedkeuren van de KP's initiatief ondernomen om het proces sneller te laten verlopen. De vzw heeft de wens om duidelijke richtlijnen te communiceren naar auteurs van KP's om zo de terugkoppeling vlotter te laten verlopen. Zonder een aanbod van KP's kunnen er immers geen lokale projecten met financiering worden aangevraagd.

*“Zoiets een jaar laten duren zonder advies, dat kan niet. [...] Afkeuren van ene en goedkeuren van ander is geen probleem. Er moet objectiviteit zijn, deze twee keuzes moeten er zijn. Maar het een jaar laten duren ontmoedigt ook. Want dan krijg je het idee: ‘We hebben al lokale MFO's, we blijven dit gewoon doen hé’.” (Apotheker)*

De overkoepelende organisatie zou de ontwikkeling van de KP's kunnen sturen. Het voordeel hiervan is dat de programma's vanuit beide beroepsgroepen worden ontwikkeld. Eveneens zouden de ontwikkelde programma's gedragen kunnen worden in beide landstalen over heel België.

Er is nood aan een virtueel platform, een bibliotheek van informatie, waarop auteurs de KP's kunnen indienen. Dit platform is een laagdrempelig en toegankelijk punt en kan geraadpleegd worden bij de organisatie van een lokaal project. Zo worden de gegevens verspreid en liggen ze binnen handbereik van de huisarts of apotheker in het werkveld. Zo kan er ook worden geregistreerd welke lokale projecten (met of zonder financiering) in welke regio doorgaan. Op deze manier geeft dit een overzicht waar actief wordt deelgenomen aan MFO's.

*“Er komt een vraag van de regio's: ‘Wat bestaat er allemaal al? Kunnen we eens kijken? Waar kunnen we dit vinden?’”(Apotheker)*

*“Ik denk dat het veel beter is om te zorgen dat er in elke provincie een pool van mensen aanwezig is. Die kan een MFO trekken, opstarten en begeleiden van a tot z en dat het allemaal decentraal gebeurt en niet centraal ergens in een bepaalde organisatie alles gebundeld maar dat de informatie en kennis wordt gespreid. Dat vind ik een belangrijke knelpunt.” (Apotheker)*

Momenteel is MFO vzw niet functioneel actief. Er is overleg tussen de leden over de verschillende functies die de vzw op zich zou kunnen nemen.

*“En die vzw heeft tot vandaag geen euro ter beschikking dus om eerlijk te zijn is dit tot op vandaag een praatcafé tussen artsen en apothekers, met hele goede wil met het gevolg dat er qua ondersteuning van kwaliteitsbevorderende programma’s weinig tot niets gebeurd is. Dit is spijtig.” (Apotheker)*

#### 4.2.2.5 Ondersteuning bij een lokaal MFO-project

De initiële opstart van een MFO in een zorgregio verloopt moeizaam. Apothekers en huisartsen in het werkveld hebben weinig informatie over de organisatie van een MFO. De lokale beroepsorganisaties zijn momenteel het eerste aanspreekpunt.

*“De beroepsvereniging is vragende partij om MFO te doen. Maar dit betekent niet dat het in het veld ook gedaan wordt. Veel sensibilisering moet gebeuren vanuit de vereniging naar veld toe.” (Huisarts)*

*“De lokale beroepsorganisatie zorgt voor accreditering. Kopijwerken mag ook daar.[...]Je kan er altijd op terugvallen, zowel inhoudelijk, organisatorisch of praktisch. Ze zijn heel sterk voorstander van MFO’s.” (Apotheker)*

*“Het LMN organiseert alle praktische zaken: tafelorganisatie, opvolgen van uitnodigingen... Aan de hand van de inschrijvingen zorgen ze voor tafelorganisatie. Je hebt wel iemand nodig die dit regelt: zaal, catering, alle praktische dingen. Wij zorgen voor de inhoud.” (Apotheker)*

De verschillende lokale beroepsorganisaties bieden een goede ondersteuning bij de organisatie van een lokaal MFO-project. Een beroepsorganisatie kan helpen bij het verstrekken van standaard materiaal zoals uitnodigingen, evaluatie, aanwezigheidslijst etc. Ook kan er gezorgd worden voor beschikbaar materiaal voor het MFO-pakket in kwestie (bijvoorbeeld presentatie, sjabloon...). De beroepsorganisatie kan ook zorgen voor alle contactgegevens van apothekers- en artsenverantwoordelijken in de regio. Inhoudelijke ondersteuning bij een eerste overleg kan ook aangeboden worden. Het is echter niet mogelijk om dit continue te blijven doen aangezien er steeds meer lokale MFO-projecten worden

georganiseerd. Van zodra lokale MFO-groepen vertrouwd geraken met het organiseren van MFO-bijeenkomsten wordt er verwacht dat ze dit zelf verder kunnen doen.

Lokale multidisciplinaire netwerken (LMN) werden eveneens verschillende keren aangehaald tijdens de interviews als een ondersteunende factor. Dit zijn pilootprojecten die initieel de zorgtrajecten van diabetes en chronische nierinsufficiëntie ondersteunen. LMN's kunnen ook initiatieven aannemen die buiten de omschrijving van de zorgtrajecten vallen. Ze hebben als taak de samenwerking tussen zorgverleners zo goed mogelijk te organiseren. Niet elke gemeente in Vlaanderen heeft een actief LMN. Vanwege de taak van LMN's hebben ze een goed contact met HAK en LOK-groepen.<sup>(62)</sup>

*“De beroepsorganisatie geeft logistieke ondersteuning. Dit is mogelijk voor de eerste projecten maar niet haalbaar om dit blijvend te doen. Het initiatief nemen is het moeilijkste. Na het eerste MFO komt er vaak een vraag tot organisatie van een tweede MFO.”* (Apotheker)

*“De lokale groepen moeten dit overnemen en autoregulerend worden. Het invullen van een aanvraag voor lokaal project is niet evident. Dit moet makkelijker worden. Nu is dit onmogelijk om te doen zonder ondersteuning van een beroepsorganisatie.”* (Apotheker)

*“Ik denk dat het pas zin heeft als je in de kring gaat luisteren naar wat ze willen. Wat verwacht de kring van een MFO?”* (Apotheker)

Er werden twee MFO-projecten bijgewoond om de concepten beter te begrijpen. Deze twee projecten waren zeer verschillend qua structuur, tijdsindeling en interactie tussen de beide beroepsgroepen. Dit wordt ook bevestigd door de verschillende beroepsorganisaties. Er wordt aangegeven dat het belangrijk is om te luisteren naar wat de lokale kring verwacht van het eerste MFO. Een lokale kring die niet vertrouwd is met MFO heeft een andere aanpak nodig, bijvoorbeeld een plenaire les of een externe spreker. Na het eerste MFO komt er vaak de vraag tot organisatie van een tweede MFO.

De publicatie van het KB beschrijft de ondersteuning van lokale projecten door KP. De visie over de invloed van deze programma's werd aan apothekers en artsen in de praktijk bevraagd.

*‘Dit is wel het voordeel van de pakketten die ter beschikking staan: het is kant en klaar, je moet niets meer doen: de spreker, accreditering is in orde... alles is geregeld. Dit maakt het toegankelijk.’* (Apotheker)

De respondent geeft aan dat de KP ondersteuning geven bij de aanvraag van een lokale MFO-project maar dat de kwaliteitsindicatoren een struikelblok zijn.

*“Maar zo een aanvraag voor een lokaal project. Dat is niet zomaar een document dat je als arts of apotheker even snel invult. Kwaliteitsindicatoren... Maak dit simpeler. Maar ik snap het dat ze het hoogstaand wil houden en dat ze niet met de voeten in de praktijk staan.”* (Apotheker)

*“Het proces om een lokaal project op te starten is misschien te ingewikkeld, het schrikt mensen af. Welke kwaliteitsindicatoren... Voor mensen op het terrein is dit niet zo vanzelfsprekend.”* (Apotheker)

De kwaliteitsindicatoren moeten niet zelf uitgevonden worden maar voortvloeien uit de indicatoren die opgesteld zijn in de KP's. Uit een interview bleek dat er vanuit het beleid geprobeerd wordt om de aanvraag voor lokale gesubsidieerde projecten administratief gemakkelijker te maken. De vereenvoudiging van de aanvraag moet aanleiding geven tot een hoger aantal lokale MFO-projecten.

#### 4.2.2.6 De invloed van accreditatie op participatiegraad

Het is de suggestie van respondenten om de lokale projecten die een goedgekeurd kwaliteitsbevorderend programma gebruiken voor hun MFO automatisch een accreditatie toe te kennen.

*“De erkenning voor nakomingspunten zou automatisch moeten gebeuren, zodat de administratie daarrond weggenomen wordt. [...] Een MFO is al goedgekeurd door het RIZIV, dus heeft al een zeer strenge selectieprocedure doorgaan. Waarom moet dat dan nog een door een aparte commissie die zich buigt over de navorming. Waarom moet het daar nog eens langsgaan als het RIZIV al zo streng ernaar gekeken heeft.”* (Apotheker)

*“Als we het bereik van MFO willen vergroten zou er een soort verplichting moeten komen.”*  
(Huisarts)

Deelname aan een MFO is momenteel geen verplichting. Het nadeel is dat enkel de gemotiveerde en geëngageerde apothekers/artsen aanwezig zijn. Dit zal zo blijven met de

huidige context van het KB. Op de vraag of MFO een verplichting zou kunnen worden via accreditatie vermeldde een huisarts dat voor de verplichting van MFO enkele jaren geleden al gepleit werd. Het MFO is momenteel niet opgenomen in een breder geheel van kwaliteitsbevorderende maatregelen zoals accreditering. Hierdoor dreigt het een vrijblijvend engagement te worden van geïnteresseerden.

*“Tot nu toe is het allemaal nog zeer vrijwillig en gebaseerd op goodwill. Je moet een beetje beroepsfierheid hebben om dit willen te doen. Het is allemaal zeer vrijblijvend en niet vergoed.”* (Apotheker)

*“Uiteindelijk heb je er 40 uren per week voorschriften van die bepaalde arts waar mee dat je eindelijk een keer de tijd hebt om met hem te praten.”* (Apotheker)

*“Apothekers zijn meer vragende partij om MFO te doen, huisartsen zijn er nog niet zo aangewend om MFO's te doen. Dus dat gaat nog tijd vragen voordat eigen is voor artsen om in overleg te gaan met apothekers.”* (Huisarts)

*“Terwijl vandaag kun je perfect 20 vormingspunten behalen door louter puur wetenschappelijke vormingen te volgen maar als je met al de kennis die je daar verwerft niet in staat bent om daarmee te werken omdat je solo werkt in de apotheek en nooit buiten je vier muren denkt, dan zijn we daar niks mee met die kennis hè.”* (Apotheker)

#### 4.2.2.7 De willekeur van de financiële beloning voor een lokaal MFO

*In het KB wordt er 980.000 euro beschikbaar gesteld voor de lokale MFO-projecten. Per lokaal MFO-project wordt er 2.500 euro voorzien. De financiering wordt aangevraagd via het RIZIV. Er wordt dus omgerekend jaarlijks budget voor 392 lokale projecten ter beschikking gesteld. Het budget wordt uitbetaald in verschillende schijven. 50% wordt uitbetaald binnen één maand na goedkeuring van het Comité. Een kwart van het bedrag wordt overgemaakt na het indienen van het verslag van de bijeenkomst. Dit verslag bevat het aantal deelnemers per discipline, de behandelde thema's, de actie(s) en de afspraken die uit het overleg zijn voortgevloeid en facultatief worden de toegepaste indicatoren en de gebruikte geregistreerde gegevens opgenomen. De laatste 25% van het bedrag wordt uitbetaald indien de verantwoordelijken van het MFO-project een evaluatieverslag indienen met de toetsing van de afspraken.*

De respondenten geven aan dat de financiering die ter beschikking wordt gesteld noodzakelijk is. Echter kost de aanvraag voor financiering van een lokaal MFO-project veel tijd en moeite. Hierdoor is er vaak nog geen gebruik van gemaakt. Er is meer toelichting nodig over de verschillende aspecten die in de aanvraag beschreven worden. Het is onduidelijk hoe het budget besteed moet worden. In de praktijk geeft dit problemen en willekeur aangezien er geen duidelijke afspraken rond zijn.

*“Dit opent heel veel perspectieven. Nu moeten we zelf zoeken achter centen.”* (Apotheker)

*“Maar als je het moet uitleggen aan een huisarts of apotheker die dagdagelijks in zijn praktijk staat. [...] Dat moet je nu allemaal doen voor een budget te gaan aanvragen voor een MFO dan zegt die 'laat maar'. Ofwel moet er een omwenteling komen waarbij we hen coachen en stimuleren.”* (Apotheker)

*“Maar er is nergens gepubliceerd waar de 2.500 euro voor moet dienen. Dit maakt het ook moeilijk he. Bij de ene regio kunnen ze dit dus geven aan eten en drinken en bij een ander regio dient dit voor de opvolging en evaluatie.”* (Apotheker)

*“Wat raar is, je kunt een MFO organiseren voor 20 personen of voor 150 personen en je subsidie zal exact hetzelfde zijn terwijl je kosten voor 150 personen veel hoger zijn.”* (Huisarts)

Slechts één MFO-project is momenteel voor 75% gefinancierd. Drie MFO-projecten slechts voor 50%. Mogelijks zijn er nog dossiers die zijn ingediend en in afwachting zijn van goedkeuring. De laatste 25% van het budget wordt verkregen indien effect wordt aangetoond. Het is moeilijk om een aantoonbaar effect te verkrijgen op kleine schaal. Het is arbeidsintensief om dit te verwezenlijken. Dit wordt dus niet snel gedaan in de praktijk. Tot nu toe heeft niemand de laatste 25% van het budget verkregen.

*“2.500 euro voor alles te organiseren en laatste 25% om te meten (500-750 euro) wat ga je daar dan van verwachten? Dat is een uur of vijf werk dat je erin kunt steken en dan heb je juist de computer opgestart. Dat is de realiteit. Het meten van effect is heel mooi en een goede trend dat ze willen inzetten maar dan moeten ze daar ook in investeren met de juiste mensen. Laat dat niet aan de lokale huisarts/apotheker over. Kijk op hoog niveau die er dagdagelijks mee bezig zijn en begeleidt ze daarin. Anders is het onmogelijk.”* (Huisarts)



*“De eerste procenten haal je binnen maar de laatste... Ik heb al nagedacht over hoe ik het ga organiseren... Hoe ga je dit meten of mensen het opvolgen. Geen idee. Zijn daar richtlijnen over? Dat weet ik zelf niet. [...] Maar inderdaad als je er niets mee doet is het geld ook gewoon verloren. Vandaar dit moet het renderen voor het RIZIV. Het is logisch maar hoe ga je het meten?” (Apotheker)*

*“Maar om dingen aan te tonen... Ik zou niet weten hoe ik het moet doen. Wij zijn geen onderzoekers. Maar ja, voor die 25%? Wie gaat dit doen? Niemand.” (Apotheker)*

#### 4.2.2.8 Gebrek aan tools om het effect van overleg aantoonbaar te maken

Het aantonen van het effect, waarmee de laatste 25% van het budget wordt verkregen, is niet eenvoudig. Indien er afspraken gemaakt worden is het moeilijk om deze achteraf te evalueren en te toetsen. Verschillende zorgverleners geven aan dat tijd een belangrijke belemmerende factor is. Enerzijds wordt aangegeven dat er geen tijd is om de gemaakte afspraken goed op te volgen. Anderzijds wordt de tijdsperiode tussen de MFO's als te groot ervaren. Vaak vindt er maar één of twee keer per jaar een overleg plaats.

*“Maar een mens is zo druk bezig dat het blijft bij afspraken maken en dat de opvolging daarbij zeer moeilijk is. Dit zou veel beter kunnen. Dit zou veel beter moeten. Maar het is ook allemaal vrijwillig hé.” (Apotheker)*

*“Bij de volgende vergadering iets terug opnemen of een volgende evaluatie te doen maar dit lukt niet bij alles. Soms zijn de afspraken die je gemaakt hebt te lang geleden. Dan moet je eigenlijk alweer opnieuw beginnen, wat ook niet de bedoeling is.” (Apotheker)*

Een andere aangehaalde belemmering is de beschikbaarheid van prescriptiecijfers in België. In België zijn enkel aflevergegevens van terugbetaalde geneesmiddelen beschikbaar via Farmanet gegevens. Dit wordt eveneens als een beperkende factor aangehaald.

*“RIZIV stelt zware eisen, dan moeten ze ons ook wel de tools geven om dat te kunnen doen.” (Apotheker)*

In de aanvraag voor financiering van een lokaal project is het gebruik van geregistreerde gegevens facultatief. De geregistreerde gegevens kunnen zowel regionaal/nationaal als

gepersonaliseerd zijn. De aanvraag voor financiering moet vergezeld zijn van een aanvraagformulier om gegevens op te vragen.

Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) wordt ook naar voor geschoven als mogelijke hulp. Dit is opgericht in 2002 uit een samenwerking tussen de 7 ziekenfondsen actief in België. Het IMA is een organisatie waar gegevens van ziekenfondsen worden verzameld en geanalyseerd.<sup>(63)</sup>

Een ander voorstel is het gebruik van zorgcodes. Dit zijn CNK-codes waarbij farmaceutische zorg kan worden geregistreerd. Vaak blijft dit onzichtbaar. Via de tarifieringsdienst worden de geregistreerde CNK-codes anoniem geïnventariseerd. Dit kan een mogelijke manier zijn om concrete cijfers te bekomen over de mate van patiëntenbegeleiding en de navolging van afspraken op een MFO. Dit vormt eveneens een basis voor onderhandelingen met de overheid en met het RIZIV.<sup>(64)</sup>

*“Het RIZIV geeft ons ook niet veel middelen daartoe. [...] Dan hebben we enkel de voorschriftplichtige en terugbetaalde geneesmiddelen. We moeten dus aankloppen bij de tarifieringsdiensten en dat kost geld QALYs maken en daar kruipt personeelstijd in en bovendien: het is verboden voor een tarifieringsdienst om QALY doen indien de doelstelling niet louter administratief is. De tarifieringsdienst vandaag is niet gemachtigd om metingen te gaan doen met als doelstelling kwaliteitsbevorderend werken want dat is geen administratieve doelstelling. [...] We hebben geen dashboard waarop we snel kunnen gaan meten van: die indicator is inderdaad verbeterd, we zouden eigenlijk zo 'n dashboard moeten hebben, dat is er niet en is niet makkelijk te maken.” (Apotheker)*

*“Het is wel heel belangrijk om 1. Het leren kennen van elkaar aan tafel 2. Bepaalde thema's uitpraten, al gaat het over 'mag ik u bellen en wanneer' en 'laten we afspreken dat we dat zo gaan doen.' 3. De wetenschappen bij elkaar wat versterken. De grote effecten en dat nog eens meten is heel moeilijk.” (Huisarts)*

#### 4.2.2.9 MFO kan de relatie tussen huisartsen en apothekers verbeteren

De respondenten geven aan dat het moeilijk is om de grote effecten van MFO met cijfers weer te geven. Desalniettemin zijn zowel huisartsen als apotheker van mening dat het MFO een meerwaarde is om de samenwerking tussen beide beroepsgroepen te optimaliseren. Er wordt aangegeven dat de relatie verbeterd moet worden.

*“Het is de bedoeling dat ze samen zitten en overleggen en elkaars gezicht kennen. Achteraf hoor je dat het ijs is gebroken. Dat ze makkelijker telefoneren met elkaar, gewoon omdat ze elkaar beter kennen.” (Apotheker)*

*“MFO kan ervoor zorgen dat de relatie openbreekt om te zeggen van ‘ik neem de telefoon’ want ik mag de huisarts bellen/apotheek is bereikbaar.” (Huisarts)*

*“Zoals regio x : ze hadden een charter opgesteld. Dit ging over afleveren zonder voorschrift. Zonder voorschrift afleveren van voorschriftplichtige geneesmiddelen, dit kan eigenlijk niet. Enkel bij chronische medicatie wordt er één strip meegegeven. De doos wordt volledig betaald. Dit document werd opgesteld en door alle apothekers ondertekend en opgehangen in de apotheek. Vanaf nu werkt iedereen in deze regio zo dus je moet niet moeilijk doen want dit is de nieuwe regel. Zo kan je iets veranderen.” (Apotheker)*

*“De rode gist rijst preparaten kwamen ter sprake. Het werd absoluut niet positief ervaren om dit als OTC mee te geven. Alle apothekers hebben dit nu gehoord, je doet er uiteindelijk zelf mee wat je zelf wilt, maar dan sta je op éénzelfde lijn. Dat je zeker niet het product van de arts afbreekt en omgekeerd. Dus het kan alleen maar een voordeel zijn voor de patiënt als je langs beide beroepsgroepen dezelfde taal spreekt. Dat is een belangrijk voordeel van het overleg. Gelijke boodschappen, gemeenschappelijke campagnes die je opzet.” (Apotheker)*

Tijdens het overleg kunnen de beide beroepsgroepen uniforme standpunten innemen over onderwerpen. Het komt de patiënt ten goede uit indien de boodschap gelijk is en versterkt wordt.

#### 4.2.2.10 MFO is de opstap naar medicatiereview

De opbouw van een vertrouwensrelatie tussen artsen en apothekers vraagt tijd.

*“Je moet hoog mikken maar je hoeft vanaf het begin niet altijd per se hoog te starten. Je kan low level beginnen en rustig aan groeien.” (Apotheker)*

*“Dat het een meerwaarde kan zijn: sowieso. Maar stapsgewijs. Je moet opbouwend werken, leer elkaar eerst kennen, maak afspraken. En zo kan je evolueren naar een hoge samenwerking.” (Huisarts)*

*Het is niet zo dat de apothekers meer weten dan de artsen. We weten gewoon dingen die complementair zijn. Als je samenwerkt kom je veel verder. Nu is het nog steeds de situatie van huisartsen en apothekers en de patiënt hangt ergens tussen. Terwijl we samen moeten werken rond de patiënt. Dit gebeurt nog te weinig hier.” (Apotheker)*

*“De bedoeling van MFO: elkaar vinden en dan achteraf in de praktijk elkaar te contacteren. Het is niet ‘MFO’ en dan stop. Het begint hiermee. Da’s de beste manier om aan farmacie te doen. De tijd dat de apotheker tussen zijn vier muren blijft is gedaan. De apothekers die dit nog doen lopen hopeloos achter.” (Apotheker)*

Apothekers en artsen zijn experts op andere terreinen, zo zijn die complementair aan elkaar. MFO kan in België de aanzet zijn tot samenwerking tussen deze twee zorgverleners waarbij de patiënt centraal staat zoals medicatie reviews.

*“Ik denk dat dit de richting is waar we naar toe moeten, dat we meer en meer moeten inzetten op zorg en niet zuiver een doos afleveren zal ik maar zeggen. De situatie in Nederland lijkt futuristisch.” (Apotheker)*

*“Maar de meeste zijn er niet klaar voor; eerst elkaar leren kennen en een keer dat er vertrouwen is... Daarna delicate dingen zoals medication review.” (Apotheker)*

*“Als je kijkt Nederland heeft een expertise. Dit is niet wat wij vandaag hebben maar laten we er naar toe gaan.” (Apotheker)*

Er wordt aangegeven dat medicatiereview de richting is waarin het takenpakket van apothekers moet evolueren.

*“Zo nieuwe rolinvullingen van apothekers staan of vallen met het MFO. Dit hebben we nu gezien met het BNM. Artsen zijn niet op de hoogte wat het juist is, hoe het te werk gaat, wat de meerwaarde is van de apotheker. Dat het niet de apotheker is die de taak van de arts afneemt maar integendeel dat de apotheker net de boodschap van de arts versterkt, dat het nuttig is om het voor te schrijven. Maar zolang er niet eerst een MFO is geweest dan ja...” (Apotheker)*

*“LOK-groepen worden gesensibiliseerd dat er een probleem is of zou kunnen bestaan rondom polyfarmacie. Het doel is om medicatiereview als standaard te hebben. Dit zou iedereen*

*moeten doen. [...] Zodat we dit beschouwen als een normaal onderdeel van de job. Nu gebeurt dat niet/amper. Hierdoor kunnen we fouten in medicatiebeleid oplossen.*” (Huisarts)

*“Samen afspreken dat we dit gaan doen, ik wil helpen, niet tegenwerken, wat gaan we doen met de patiënten. De apotheker geeft advies maar eindbeslissing ligt bij de arts.”* (Apotheker)

*“Het is interessant als apothekers deze taak uitvoeren. De terugkoppeling aan de arts is positief voor de patiënt. Het is wettelijk zowel voor arts als patiënt dat de apotheker dit initiatief neemt. De verandering aanbrengen is moeilijk en moet voorzichtig gebeuren.”*(Apotheker)

Indien wordt voorgesteld om medicatiebeoordelingen op te nemen in het takenpakket van artsen en apothekers komen er een aantal belemmeringen ter sprake.

*“Wat we missen bij medicatie nazicht zijn richtlijnen. Want je moet vanuit dezelfde basis vertrekken en dit zijn de richtlijnen. Als een arts niet geacht wordt om volgens richtlijnen voor te schrijven of bij afwijking van richtlijnen hiervoor een motivatie te hebben, dan kunnen wij als apothekers niet anticiperen.”* (Apotheker)

*“Medicatieschema is de vertrekbasis om medicatiereviews te doen. [...] In België is de vrijheid van voorschrijven, dat is wel aan het veranderen want artsen in opleiding krijgen mee dat ze op basis van evidence-based moeten voorschrijven. Dit doen ze maar er is het risico dat dit verwatert als ze samenwerken met artsen die het niet doen. Dit is het probleem ook bij apothekers: je studeert als apotheker af als geneesmiddelen-specialist en voor je het weet ben je dozen Vichy aan het uitpakken...”* (Apotheker)

Een andere belemmering die wordt aangegeven is de commercialisering van de gezondheidszorg. Ondanks de universitaire opleiding wordt de expertise en kennis van apothekers weinig gebruikt.<sup>(8)</sup>

*“Medication review klinkt moeilijk maar hier zijn we wel voor opgeleid. Je moet assertiever zijn om je rol op te nemen. Eerst de analyse doen, en dan met patiënt terugkoppelen. Maar ondertussen vandaag de dag doe je niets anders en je verdient er niets aan. Dit is een groot probleem.”* (Apotheker)

*“Dit is het perverse. Als ik eigenlijk tegen de arts zeg: ‘Geef de doos atorvastatine niet aan 89-jarige patiënt’, dan snij ik eigenlijk in mijn eigen vel. [...] Ik zeg dan eigenlijk: ‘Ik ben*

*bereid om een stukje inkomen in te leveren in belang van de patiënt', maar de overheid honoreert mij niet."* (Apotheker)

*"We willen veel meer beloond worden voor zorg. We willen distributie doen van geneesmiddelen. Er zijn nergens beloningen als we aansporen om medicatie te stoppen én we straffen nu onszelf als we stoppen met geneesmiddelen te leveren."* (Apotheker)

Er is een mentaliteitswijziging onder de zorgverleners aan de gang. Echter blijft het Belgische gezondheidszorgsysteem onvoldoende aangepast om hierin ondersteuning te bieden. Interprofessionele opleiding wordt naar voor geschoven als een manier om de samenwerking tussen artsen en apothekers te bevorderen.

*"Medicatiereviews moet een doel zijn voor apothekers binnen 5 jaar. De jonge generatie is hier meer toe opgeleid."* (Apotheker)

*"We moeten studenten aanleren dat medicatiereviews een belangrijk deel is in het werk van alle dag. [...] Laatstejaars studenten farmacie en geneeskunde worden samengezet en leren samenwerken."* (Huisarts)

## **5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE**

Het is ondertussen twee jaar geleden dat het koninklijk besluit van 20 april 2015 over medisch-farmaceutisch overleg gepubliceerd werd. Hoever staat het met de implementatie ervan in de openbare officina's en huisartsenpraktijk? Bij het ter perse gaan van deze thesis zijn er acht kwaliteitsbevorderende programma's goedgekeurd. Lokale initiatieven op basis van deze programma's komen in het werkveld moeizaam op gang. Er worden echter sporadisch lokale projecten georganiseerd zonder financiering door gemotiveerde individuen. Deze masterthesis is een eerste evaluatie van de verloop van het MFO in Vlaanderen.

Een belangrijke waarneming was dat alle respondenten van mening waren dat het overleg tussen huisartsen en apothekers vanzelfsprekend zou moeten zijn, aangezien kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt centraal staat. Bij de implementatie van het concept kwamen echter enkele belemmeringen aan het licht. Het ontbreken van richtlijnen voor het opstellen van kwaliteitsbevorderende programma's en kwaliteitsindicatoren was een aspect dat werd aangehaald. Het gebrek aan open communicatie tijdens evaluatieproces van de kwaliteitsbevorderende programma's op beleidsniveau creëert frustraties. Er wordt

gesuggereerd om de verwachtingen voor het opstellen van de programma's duidelijk te communiceren met een vlotter proces van goedkeuring als gevolg. Er wordt aangegeven dat er nood is aan meer richtlijnen rond de vertaling, opvolging en update van de programma's ter garantie van kwaliteit. De financiering ter bevordering van het medisch-farmaceutisch overleg was een punt van discussie. Enerzijds geeft het ontbreken van richtlijnen over het gebruik van de financiële middelen willekeur maar anderzijds werd aangehaald dat deze stimulans van belang is voor de ontplooiing van het medisch-farmaceutisch overleg. Ook werd aangehaald dat de programma's te sterk zijn gericht op het meetbaar maken van het effect. De tools om het effect van het overleg aantoonbaar te maken zijn momenteel beperkt. Er werd opgemerkt dat momenteel de focus moet liggen op samenwerking om de initiële verstandhouding tussen huisarts en apotheker te verbeteren. Momenteel is het overleg niet opgenomen in een breder geheel van kwaliteitsbevorderende maatregelen zoals accreditering. De respondenten suggereren dat het overleg hierdoor een vrijblijvend engagement dreigt te worden van enkele geïnteresseerden. Enkele adviezen werden aangereikt die kunnen leiden tot verbetering van het concept. Er is nood aan een overkoepelende bestuursgroep die beide beroepsgroepen vertegenwoordigt. De oprichting van een virtueel platform, voorgesteld als een toegankelijke bibliotheek van informatie, kan ondersteuning bieden bij de organisatie van een lokaal overleg. De respondenten zijn van mening dat het medisch-farmaceutisch overleg een aanzet kan zijn voor een goede samenwerking tussen arts en apotheker. Deze basis kan als opstap dienen voor één-op-één overleg bij medicatiebeoordelingen. Zo wordt de wens geformuleerd tot versterking van de rol van de apotheker in eerstelijnsgezondheidszorg met focus op farmaceutische zorg.

## 5.1 BESPREKING VAN DE RESULTATEN

Na de stageperiode in een Nederlandse en Belgische officina-apotheek ondervonden we een opmerkelijk verschil tussen onze ervaringen. Het contrast tussen het Nederlandse en Belgische takenpakket van de apotheker, de communicatie en vertrouwensrelatie met de huisarts was de aanleiding voor de keuze van het onderwerp van deze eindverhandeling.

In een pilootproject van de Koninklijke Universiteit Leuven (KUL) in 2012 werd de haalbaarheid van het medisch-farmaceutisch overleg geanalyseerd. Een belemmerende factor voor de organisatie van overleg was tijdgebrek. Ook speelde de afwezigheid van financiering of accreditering een belangrijke rol en werd aanbevolen hier verandering in te brengen.<sup>(66)</sup>

Momenteel kan accreditatie worden aangevraagd voor een lokaal MFO-project en kunnen artsen en apothekers nascholingspunten behalen. Huisartsen kunnen nascholingspunten in het domein ethiek en economie behalen na het bijwonen van geaccrediteerde MFO's.<sup>(67)</sup> De accreditatie voor apothekers wordt aangevraagd bij APB (50 euro of 200 euro voor een gesponsorde bijeenkomst). Accreditatie kan ook jaarlijks voor een kwaliteitsbevorderende programma worden aangevraagd. De vraag kan worden gesteld of dit noodzakelijk is nadat de programma's de uitgebreide procedure tot goedkeuring doorlopen. Er is momenteel een voorstel tot hervorming van het systeem van accreditatie. Het koninklijk besluit omtrent permanente vorming wordt nog in 2017 herzien.<sup>(70) (71)</sup> Het medisch-farmaceutisch overleg zou mogelijks een apart domein kunnen zijn waarbij verplicht nascholingspunten gehaald moet worden. Het aanbod moet echter voldoende zijn om dit realiseerbaar te maken in de praktijk.

Met de komst van het koninklijk besluit over het MFO wordt er financiering voorzien. De financiële stimulans die ter beschikking wordt gesteld is meteen afhankelijk van de kwaliteit van het overleg. Uit de interviews geven de respondenten aan dat de lat te hoog ligt. In eerste instantie zou de focus moeten liggen op de procesmatige kant van het overleg. Nadien kan de kwaliteit van het overleg stapsgewijs verbeterd worden gebaseerd op Nederlandse onderverdeling in FTO-niveaus. Enkel op het hoogste niveau (niveau 4) van FTO worden de gemaakte afspraken getoetst aan de hand van prescriptiecijfers. Om dit toe te passen in de praktijk werden artsen en apothekers opgeleid aan de hand van workshops. Het is realistisch om de afspraken te toetsen indien huisartsen en apothekers op regelmatige basis overleggen. Vandaar komen FTO-groepen op niveau 4 dan ook minimaal zes keer per jaar samen om te overleggen.<sup>(33)</sup> Verder is kwaliteitsbevordering is een continue proces en vereist herzieningen.<sup>(65)</sup> Momenteel zijn er geen updates voor de wetenschappelijke informatie in de kwaliteitsbevorderende programma's voorzien.

Het succes van het FTO in Nederland kan herleid worden naar één sleutelement namelijk een procesmatige aanpak van de ontwikkeling van het overleg. Bij de start van het overleg is het van belang om overleggroepen vast te leggen. Vervolgens kan het vertrouwen tussen beide disciplines groeien en nadien kan er kwaliteitsbevorderend gewerkt worden. Een stapsgewijze opbouw naar een verbetering van de kwaliteit van de zorg ontbreekt in België.



De relatie tussen artsen en apothekers wordt in Nederland duidelijk bevorderd door het FTO. Het vormt een basis die als opstap dient om verdere samenwerking te stimuleren. Gevorderde farmaceutische zorg zoals één-op-één overleg bij medicatiebeoordeling is ingeburgerd in het takenpakket van een apotheker in Nederland. Uit de interviews geven de respondenten aan dat rol van de apotheker in België hiernaar moet evolueren. De erkenning van huisapotheker die instaat voor het medicatieschema wordt beschreven in het meerjarenkader 2017. De huisapotheker zou in de toekomst een gesprek voor goed geneesmiddelengebruik (GGG) polymedicatie kunnen verwezenlijken. Wanneer de patiënt vijf of meer geneesmiddelen langdurig gebruikt kan de apotheker in overleg met de patiënt en voorschrijver het medicatieschema optimaliseren.<sup>(1)</sup>

Bij introductie van nieuwe rolinvullingen zoals medicatiebeoordelingen is het van belang dat zowel artsen als apothekers achter het idee staan. Bij de introductie van het goed gebruik van geneesmiddelen (GGG) bij astma is gebleken dat de ondersteuning van artsen van cruciaal belang is voor het succes van deze nieuwe dienstverlening.<sup>(66, 67)</sup> Onderzoek toont aan dat nieuwe concepten beter implementeerbaar zijn als huisartsen en apothekers elkaar niet enkel professioneel kennen, maar ook persoonlijk.<sup>(65)</sup> De verdere implementatie van het medisch-farmaceutisch overleg kan hier een antwoord op bieden.

## 5.2 STERKTES EN ZWAKTES VAN HET ONDERZOEK

In Nederland leiden een aantal elementen tot succes van het FTO. Dit kan niet makkelijk worden geëxtrapoleerd naar België aangezien het Nederlandse zorgsysteem anders in elkaar zit. Er zijn ook meer dan 45 apotheken per 100.000 inwoners in België en in Nederland is dit 12 per 100.000 inwoners.<sup>(71)</sup> Na het bestuderen van de literatuurgegevens over het FTO was het initieel doel om meer inzicht te krijgen door het bijwonen van een FTO-bijeenkomst. Om dit doel te behalen werd telefonisch, via e-mail en persoonlijk contact opgenomen met apothekers in de randgemeenten. Eveneens werd dit via het IVM en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie nagevraagd. Helaas was er geen mogelijkheid om een FTO bij te wonen.

Om meer inzicht in de lokale initiatieven te verkrijgen werden er MFO bijeenkomsten bijgewoond. De ervaring en opinie van deelnemers aan een MFO in vijf verschillende zorgregio's werd aan de hand van enquêtes getoetst na afloop van de bijeenkomst. Het

onderwerp van het MFO was steeds hetzelfde. De resultaten dienen dan ook voorzichtig veralgemeend te worden.

In totaal werden er 13 interviews afgenomen bij verschillende stakeholders die belang hebben bij de implementatie en organisatie van MFO. Dit schept een globaal beeld van de implementatie van het MFO in Vlaanderen. Semi-gestructureerde interviews leveren interessante data op die niet kunnen worden uitgedrukt met cijfers. Om grote conclusies te trekken is er echter uitgebreider onderzoek nodig. De antwoorden en aanbevelingen die worden geformuleerd zijn wel richtinggevend. Drie van de 13 respondenten werden telefonisch geïnterviewd. De telefonische verbinding is minder geschikt voor kwalitatief interviewen aangezien een directe interactie tussen onderzoeker en respondent noodzakelijk is.<sup>(72)</sup>

### 5.3 TOEKOMSTPERSPECTIEVEN

Bij het onderzoek naar de nieuwe dienstverlening begeleidingsgesprekken nieuwe medicatie werd al aandacht gevestigd op het gebrek aan communicatie tussen zorgverleners in de praktijk. Deze tendens werd ook ondervonden tijdens dit onderzoek. Betere communicatiemiddelen en sensibilisatie naar het werkveld is nodig om het draagvlak van projecten zoals het medisch-farmaceutisch overleg te vergroten. Bij de lancering van projecten moeten de gewenste doelen in vastgelegde termijnen geformuleerd worden.

In dit onderzoek werden uitsluitend stakeholders bevraagd. In de toekomst kan het interessant zijn om artsen en apothekers zonder ervaring met MFO alsook de afwezigen in een zorgregio waar MFO doorgaat te bevragen. De belemmerende factoren uit soortgelijks onderzoek kan de implementatie van medisch-farmaceutisch overleg verbeteren.

Een ander onderwerp dat opportuniteiten biedt voor onderzoek is de medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie. Het geneesmiddelengebruik met de patiënt dient te worden overlopen en het medicatieschema vervolgens te optimaliseren met de behandelende huisarts. Voor de implementatie van dit project is het van belang om te onderzoeken in hoeverre apothekers, huisartsen en patiënten achter dit concept staan.



## 6. SAMENVATTING

Met de komst van het koninklijk besluit op 20 april 2015 over het medisch-farmaceutisch overleg wordt een belangrijk signaal gegeven. Het bevestigt de noodzaak van het optimaliseren van samenwerking tussen huisartsen en apothekers in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het medisch-farmaceutisch overleg heeft als doel de samenwerking tussen huisartsen en apothekers te verbeteren inzake het voorschrijven, afleveren en gebruiken van geneesmiddelen, met een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt als gevolg. Op deze manier wordt de continuïteit in de zorg verzekerd.

Het koninklijk besluit beschrijft de financiering van 2 miljoen euro op jaarbasis. Enerzijds wordt er 1 miljoen euro ter beschikking gesteld voor de ontwikkeling van kwaliteitsbevorderende programma's die het lokale medisch-farmaceutisch overleg moeten ondersteunen. Er zijn momenteel acht kwaliteitsbevorderende programma's goedgekeurd. Voor organisatie van de lokale projecten wordt 980.000 euro beschikbaar gesteld a rato van 2.500 euro per goedgekeurd lokaal project.

In deze eindverhandeling werd de mening van 94 apothekers en 67 artsen na de deelname aan een medisch-farmaceutisch overleg nagevraagd aan de hand van enquêtes. De samenwerking en informele gesprekken tussen beide zorgverleners tijdens het overleg werden als aangenaam ervaren. Tevens werd aan de hand van semi-gestructureerde interviews de visie van stakeholders in kaart gebracht. Stakeholders zijn belanghebbenden bij de implementatie en organisatie van het medisch-farmaceutisch overleg. Meer transparantie rond de verwachtingen van kwaliteitsbevorderende programma's is gewenst zodat de procedure ter goedkeuring vlotter verloopt. De respondenten gaven aan dat de focus moet liggen op de initiële samenwerking om de verstandhouding tussen huisarts en apotheker te verbeteren. Verplichtingen na goedkeuring van de kwaliteitsbevorderende programma's omtrent vertaling, update en opvolging van de pakketten ontbreken momenteel. De financiering was een punt van discussie onder de respondenten. Enerzijds werd aangehaald dat de financiële stimulans noodzakelijk is voor de ontplooiing van het medisch-farmaceutisch overleg, maar anderzijds geeft het ontbreken van richtlijnen willekeur.

In de toekomst zouden de overleggroepen autoregulerend moeten worden. Een overkoepelende bestuursgroep die beide beroepsgroepen vertegenwoordigt, alsook de oprichting van een virtueel platform is hiervoor noodzakelijk. Volgens de respondenten

gebeurt het overleg momenteel op vrijwillige basis door geëngageerde individuen. Er wordt voorgesteld om tijdens de hervorming van accreditatie een apart domein voor medisch-farmaceutisch overleg in te voeren.

Het medisch-farmaceutisch overleg zorgt voor een goede basis die als opstap kan dienen voor één-op-één overleg bij medicatiebeoordelingen. Deze evolutie kan worden opgemerkt in Nederland waarbij het overleg tussen huisartsen en apothekers een routine is. De initiële focus om de participatiegraad van het overleg te verhogen evolueerde naar structuur- en procesverbetering met als doel het aflever- en voorschrijfgedrag te optimaliseren. Overleggroepen worden in niveaus onderverdeeld waardoor de samenwerking stapsgewijs verbetert. Het overleg in Nederland heeft geleid tot een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Dit heeft als gevolg dat medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie via één-op-één overleg plaatsvinden. De expertise van apothekers wordt in Nederland ten volle benut. In de interviews wordt aangehaald dat de rol van de apotheker in België hiernaar moet evolueren zodat ze niet enkel als geneesmiddelenverkopers aanzien worden. Interdisciplinaire vorming van huisartsen en apothekers in opleiding kan een eerste aanzet vormen om dit te realiseren.

De noodzaak tot overleg wordt bevestigd in de interviews met stakeholders. Een differentiatie en correctie van het huidig kader is een vereiste om de implementatie van het medisch-farmaceutisch overleg beter te laten verlopen. Een goede implementatie van het overleg biedt kansen voor de apotheker om zich als volwaardige zorgverlener in de eerstelijnsgezondheidszorg te vestigen. Dit leidt uiteindelijk tot kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt, zoals beschreven in het koninklijk besluit.

## 7. LITERATUURLIJST

1. Block MD. Meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apothekers. OPHACO APB; 2017.
2. Foulon V. Kennis én overleg: noodzakelijke voorwaarden voor rationeel gebruik van geneesmiddelen. Een duiding bij het concept en het programma van de Farmacologische Dag van 17 maart 2007.
3. Koninklijk besluit nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015. . Belgisch Staatsblad.
4. 'Correcte medicatie is een gedeelde verantwoordelijkheid' [Internet]. De Standaard. 2016 [cited 16 may 2016]. Available from: [http://www.standaard.be/cnt/dmf20160819\\_02430546](http://www.standaard.be/cnt/dmf20160819_02430546).
5. Keijsers CJ, Leendertse AJ, Faber A, Brouwers JR, de Wildt DJ, Jansen PA. Pharmacists' and general practitioners' pharmacology knowledge and pharmacotherapy skills. *J Clin Pharmacol*. 2015;55(8):936-43.
6. Muijers PE, Knottnerus JA, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RP. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. *Pharm World Sci*. 2003;25(5):235-41.
7. Patel P. Improving Collaboration between Pharmacist and Physicians. *Bu Well*. 2016;1(Wellness).
8. Loffler C, Koudmani C, Bohmer F, Paschka SD, Hock J, Drewelow E, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):224.
9. Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. . Federale overheidsdienst sociale zekerheid: Belgisch Staatsblad; 2015.
10. Medisch-farmaceutisch overleg [Internet]. RIZIV. 2017 [cited 15 februari 2017]. Available from: [http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/Paginas/default.aspx#.WN-WPW\\_yhhE](http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/Paginas/default.aspx#.WN-WPW_yhhE).
11. Een solide basis voor het medisch-farmaceutisch overleg [Internet]. Algemene Pharmaceutische Bond. 2015 [cited 15 februari 2017]. Available from: <http://www.apb.be/nl/corp/De-Algemene-Pharmaceutische-Bond/Actualiteit/nieuws/Pages/Een-solide-basis-voor-het-medisch-farmaceutisch-overleg.aspx>.
12. Janssens I DT, Foucart L, Ghyzelings L, Muylaert P, Reusens N, Soenen K, Verplanken H. Interactief overleg geneesheren-apothekers te Merelbeke. *Huisarts Nu*. 2004;33(9):550.

13. Janssens I DT, Foucart L, Ghyzelings L, Muylaert P, Reusens N, Soenen K, Verplanken H. Patiënteninformatie vanuit Interactief Overleg Geneesheren Apothekers te Merelbeke Vierde Eerstelijnsymposium: de patiënt centraal 2003.
14. Coolen P. MFO: Medisch-farmaceutisch overleg Interdisciplinair overleg voor meer farmaceutische zorg. [Brochure]. In press.
15. Overleg tussen artsen en apothekers in stroomversnelling. Collegazetje Koninklijk Oost-Vlaams Apothekersgild. 2014 september:11.
16. Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat. 2004-2005. Brussel: Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers; 2005. p. 74.
17. Medico-pharmaceutische overleg [press release]. Onafhankelijke ziekenfondsen 2006.
18. Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2008. Brussel: Bvas-Absym en Kartel-Cartel, Bank van de verzekeringsinstellingen; 2008. p. 21.
19. Medisch-farmaceutisch overleg - Opstarting - Stand van zaken [Internet]. De Senaat. 2009 [cited 1 maart 2017]. Available from: <http://www.senate.be/www/?LANG=nl&LEG=4&MIval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&NR=2327>.
20. Het medisch-farmaceutisch overleg (MFO). [Internet]. Belgische kamer van volksvertegenwoordigers 2016 [cited 1 maart 2017]. Available from: <https://www.dekamer.be/QRVA/pdf/54/54K0059.pdf>.
21. Persoonlijke Communicatie. Janssens A.: Wetenschappelijke informatiedienst Escapo.
22. MFO: groen licht voor twee programma's [Internet]. Communicatiedienst Algemene Pharmaceutische Bond. 2017 [cited 20 februari 2017]. Available from: <http://apb.fb.emakina.addemar.com/c2909/e3915579/h8093d/t0/s0/index.html>.
23. Haems M. 20 jaar farmaceutische zorg in België: hoever staan we? Farmazine. 2015:19.
24. KOVAG. MFO en kwaliteitsbevorderende programma's. Collegazetje. 2016:10.
25. Haems M. Inzetten op multidisciplinaire samenwerking. Farmazine. 2017.
26. Niquille A RM, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. Impact des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription médicamenteuse entre 1999 et 2010. Primary Care. 2012;12:27-8.
27. Locca JF NA, Krähenbühl JM, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse: des progrès grâce à la collaboration. Rev Med Suisse. 2009;5(227):2382-4.
28. Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. Ann Pharmacother. 2010;44(4):650-7.
29. Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charriere A, Ruggli M, Herzig L. [Physicians-pharmacists quality circles: shared responsibility of the freedom of prescription]. Rev Med Suisse. 2012;8(341):1042, 4-8.

30. Persoonlijke communicatie. Nelissen-Vrancken M. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2017.
31. Ondersteuning FTO Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2017 [Available from: <https://medicijngebruik.nl/fto>].
32. Overleg huisarts en apotheker [Internet]. Koninklijke Nederlands Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie. 2017 [cited 31/01/2017]. Available from: <https://www.apotheek.nl/themas/overleg-huisarts-en-apotheker#overleg>.
33. Els Dik MN-V. Handboek FTO. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2013. Available from: [https://www.medicijngebruik.nl/content/products/313/attachments/handboek\\_fto\\_20130423\\_p.pdf?CFID=44086157&CFTOKEN=dfb5fbd6ecdeb05b-AB7E383B-5056-A162-3CB16F619519A72E](https://www.medicijngebruik.nl/content/products/313/attachments/handboek_fto_20130423_p.pdf?CFID=44086157&CFTOKEN=dfb5fbd6ecdeb05b-AB7E383B-5056-A162-3CB16F619519A72E).
34. Mulders J. Naar criteria voor farmacotherapie overelg. Medisch Contact. 1991.
35. Liset van Dijk HB, Dinny de Bakker. Het FarmacoTherapie Overleg in 1999: stand van zaken en effecten op voorschrijven. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg; 2001.
36. Lambooij A dMJ, Essink R, Nijpels M, Warnier M. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2015. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2015.
37. Majorie Nelissen-Vrancken MN. FTO-module: het werken met voorschrijfindicatoren in het FTO. . Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2014. Available from: <https://www.medicijngebruik.nl/product/detail/215>.
38. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen [Internet]. Vektis. IVM. 2011 [cited 18 may 2017]. Available from: [http://www.vektis.nl/images/fs\\_monitor\\_voorschrijfgedrag\\_huisartsen.pdf](http://www.vektis.nl/images/fs_monitor_voorschrijfgedrag_huisartsen.pdf).
39. Eimers M VA, Pelzer B, Teichert M, De Wit. Leidt een goed FTO tot beter voorschrijven? Huisarts Wet. 2008.
40. Anke Lambooij MN. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2013. Utrecht: Instituut Voor Verantwoord Medicijngebruik; 2013.
41. Meulepas M. DGV Rapport: Relatie tussen FTO-niveau en score op voorschrijfindicatoren. Utrecht: DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2008.
42. NHG-standaarden [Internet]. KvK Uitgeverij BV. [cited 15 maart 2017]. Available from: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>.
43. Denig P, Haaijer-Ruskamp FM, Zijsling DH. How physicians choose drugs. Soc Sci Med. 1988;27(12):1381-6.
44. Liset van Dijk MB, Dinny de Bakker, Stéphanie Burgt, Annemieke Floor-Schreudering. Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. Utrecht: NIVEL; 2016.



45. Bos E. FTO draagt wezenlijk bij aan doelmatig voorschrijven arts. Pharm Weekblad. 2014;149(26).
46. Cambach W ER. Rapport: FTO-peiling. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in beeld. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2012.
47. Kwint H.F VS. Medicatiebeoordeling: zoeken naar juiste patiënt. Pharm Weekblad. 2014;149(46).
48. M.R. Mast GPS, M. van Woerkom, E. de Jongh, M. Teichert, J.G. Hugtenburg Niveau van medicatiebeoordelingsinitiatieven in Nederland kan beter. Wetenschappelijk platform WP. 201;4(11/12):189-94.
49. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012, (2012).
50. Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2012;74(1):16-33.
51. Nelissen-Vrancken M. FTO module: Polyfarmacie een oriëntatie. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2015. Available from: [https://www.medicijngebruik.nl/content/products/276/attachments/mod\\_polyfarmacie\\_orientatie\\_20151205\\_s1.pdf?CFID=40124411&CFTOKEN=ac1ca91fc0a00b4d-F630079E-5056-A162-3C36DDB15678E850](https://www.medicijngebruik.nl/content/products/276/attachments/mod_polyfarmacie_orientatie_20151205_s1.pdf?CFID=40124411&CFTOKEN=ac1ca91fc0a00b4d-F630079E-5056-A162-3C36DDB15678E850).
52. KNMP-richtlijn: Medicatiebeoordeling. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie; 2013.
53. Onder G PC, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R, et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50(12):1962-8.
54. Hurkens G. Medicatiemanagement bij de oudere patiënt. 2012.
55. Leendertse AJ EA, Stoker LJ, van den Bemt PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008;168(17):1890-6.
56. Erasmus MC N, Radboud UMC, PHARMO. Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid. 2017.
57. Jacintha VB. Eindverslag implementatie-en evaluatieproject Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2013.
58. Leendertse A.J D-vMAC, Verduijn M.M., Jansen P.A.F, van Marum R.J. Bijlage 1: Gestructureerde medicatiebeoordeling: STRIP Utrecht: NHG; [Available from: [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/uitwerking\\_stap\\_penplan.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/uitwerking_stap_penplan.pdf)].
59. Nelissen-Vrancken M. Werken met cijfers in FTO: Polyfarmacie. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2013.

60. Chau SH, Jansen AP, van de Ven PM, Hoogland P, Elders PJ, Hugtenburg JG. Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(1):46-53.
61. Chen TF, de Almeida Neto AC. Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. *Pharm World Sci.* 2007;29(6):574-6.
62. Lokale multidisciplinaire netwerken [Internet]. Agentschap Zorg en Gezondheid. [cited 10 may 2017]. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/lokale-multidisciplinaire-netwerken>)
63. Objectieven en Missie. [Internet]. Het InterMutualistisch Agentschap. Available from: <http://www.aim-ima.be/?lang=nl>.
64. Farmaceutische zorg registreren - CNK codes [Internet]. Koninklijke Oost-Vlaams Apothekersgild. [cited 06 may 2017]. Available from: <http://www.kovag.be/index.php?page=302>.
65. Nelissen-Vrancken M. Werken met cijfers in het FTO: Inleiding cijfers in de eerste lijn. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2013.
66. Royackers M. De meerwaarde van een medisch-farmaceutisch overleg in eerste lijn: een pilootproject: Koninklijke Universiteit Leuven; 2012.
67. Accreditering: Uw online-accrediteringsdossier beheren [Internet]. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. [cited 09 may 2017]. Available from: <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/accreditering/Paginas/artsen-accreditering-beheren-persoonlijk-dossier.aspx#.WRXaGFWLSM->.
68. Ide M. Wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 met het oog op de invoering van accreditatie bij officina-apothekers. Belgische Sentaat; 2011.
69. Koninklijk besluit betreffende de permanente vorming van de apothekers van de voor het publiek opengestelde officina's. Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten. Belgisch Staatsblad; 8 july 2014.
70. Tot eind 2017 tariefzekerheid arts [Internet]. Christelijke Mutualiteit. 2017 [cited 08 may 2017]. Available from: <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2017/tot-eind-2017-tariefzekerheid-bij-arts.jsp>.
71. Bond RAP. Het meerjarenkader: erkenning van het beroep. Apothekersblad. 2017:50.
72. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Uitgeverij Acco; 2007. 557 p.

## 8. BIJLAGE

### 8.1. LIJST MET KWALITEITSBEVORDERENDE PROGRAMMA'S

<b>Goedgekeurde kwaliteitsbevorderende programma's</b>	
Focus op enkele vaak voorkomende interacties in de klinische praktijk; hoe het risico voor de patiënt inperken?	Escapo
Een interdisciplinaire aanpak van polymedicatie bij ouderen	SSMG / SSPF
Valpreventie: het verband tussen psychofarmaca en vallen	VAN ism Domus Medica en expertise centrum valpreventie
Transmuraal medicatie beleid	VAN
Multidisciplinaire aanpak bij het goed gebruik van directe orale anticoagulantia (DOAC)	KAVA/ Domus Medica / VUB / UA
Naar een vlotte samenwerking tussen huisarts en apotheker: magistrale bereidingen	UPB-AVB
Naar een vlotte samenwerking tussen huisarts en apotheker: misbruik en verslaving	UPB-AVB
Chronische nierinsufficiëntie	KAVA/Domus Medica
<b>Kwaliteitsbevorderende programma's die wachten op goedkeuring</b>	
QT-verlengende geneesmiddelen	
Medicatiebeoordeling op basis van de Gheops-Tool	Ugent
Veilig gebruik van NSAID's	
<b>MFO pakket zonder financiering van RIZIV</b>	
Polymedicatie	Dominique Jans i.s.m UA
Bariatrische heelkunde/ protonpominhibitoren	Farmaka
Cardiovasculair risicobeheer in eerste lijn	Via KOVAG
Opmaken en overdracht van een actueel medicatie schema	Via KOVAG
Inhalatie therapie verbeteren	Via KOVAG
Astma patiënten en begeleidingsgesprekken nieuwe medicatie (BNM)	Via KOVAG
Adequaat gebruik van cholesterol remmers bij diabetici	Via KOVAG
Therapietrouw, zorg vergroten rondom chronische patiënt	Via KOVAG
Interactie NSAID antithrombotica	Via KOVAG
Algemene sessie Verkenningstocht 'egezondheid', 'voorschrijven tot afleveren' 'recip-e'	Eenlijn.be

## 8.2 AANVRAAGFORMULIER: MEDISCH-FARMACEUTISCH OVERLEG - LOKAAL PROJECT

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

### I – Identificatie van het project

<b>1. Benaming van het project :</b>	
<b>2. Projectteam :</b>	
<b>2.1 Arts :</b>	
• Naam :	
• Functie :	
• Volledig adres :	
• E-mail adres(sen) :	
• Telefoonnummer :	
• Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring :	
<b>2.2 Apotheker :</b>	
• Naam :	
• Functie :	
• Volledig adres :	
• E-mail adres(sen) :	
• Telefoonnummer :	
• Naam van de lokale apothekersvereniging:	
<b>3. Naam van de verslaggever :</b>	
<b>4. Betaling :</b>	
• Bankrekeningnummer en volledige benaming :	
• Naam van de rekeninghouder :	

### II – Beschrijving van het project

<b>1. Duur van het project:</b>	
<b>2. Aantal vergaderingen:</b>	
<b>3. Datum van de vergadering(en) en plaats(en):</b>	
<b>4. Genodigden :</b>	
• Aantal artsen :	
• Aantal apothekers :	
<b>5. Aan te snijden onderwerp(en) :</b>	
<b>6. Aan te snijden kwaliteitsindicator(en) :</b>	Ja/nee
<b>7. Identificatie van het erkend MFO programma waarop het</b>	

<b>project is gebaseerd :</b>	
<b>7.1 Tussenkoms van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :</b>	Ja/nee
<b>7.2 Gebruik van de logistiek van een erkend MFO programma (documenten, materiële hulp, animatie) :</b>	
<b>8. Andere documentatie die zal gebruikt worden :</b>	Ja/nee

### III – Aanvraag van RIZIV-gegevens (facultatief)

<b>1. Vraag om regionale en nationale Farmanetgegevens :</b>	Ja <sup>3</sup> /nee
<b>2. Vraag om gepersonaliseerde Farmanet-gegevens :</b>	Ja/nee
[De volgende inlichtingen moeten verduidelijk worden voor elke zorgverstreker die Farmanetgegevens wil ontvangen : - Naam van de zorgverstreker - RIZIV-nummer - E-mail adres(sen) - Nadere beschrijving van de gevraagde gegevens: ATC-code(s), afleveringsja(a)r(en) <sup>4</sup> ]	
<b>3. Andere gewenste gegevens <sup>5</sup>:</b>	

### IV - Verbintenissen

Het projectteam verbindt zich er toe dat er bij overleg geen vermenging is met een derde partij die directe of indirecte banden heeft met de farmaceutische sector.

Het projectteam verbindt zich er toe om een verslag van de vergadering <sup>6</sup>met de volgende elementen te bezorgen :

1. nummer van het project toegekend door het CEG
2. uitgevoerde activiteit
3. aantal deelnemende artsen

<sup>3</sup> De aanvraag moet vergezeld zijn van een aanvraagformulier « Aanvraag om Farmanetgegevens », beschikbaar op

<http://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/geneesmiddel/Paginas/Statistieken-geneesmiddelen-apotheken-farmanet.aspx>

<sup>4</sup> De gegevens van de 5 laatste beschikbare jaren kunnen overgemaakt worden.

<sup>5</sup> Het projectteam zal ingelicht worden over de mate waarin de gewenste informatie kan overgemaakt worden.

<sup>6</sup> Een template is beschikbaar op [www.riziv.be](http://www.riziv.be).

4. aantal deelnemende apothekers
5. actie(s) en akkoord(en) die voortvloeien uit het overleg
6. toegepaste kwaliteitsindicatoren
7. gebruikte geregistreerde gegevens (facultatief)
8. (al dan niet met) de tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma
9. de logistiek van een erkend MFO programma waarop beroep gedaan werd (documenten, materiële hulp, animatie)

**V - Handtekening**

(handtekening - naam – datum) (arts)	(handtekening - naam - datum) (apotheker)

## 8.3 MODEL VAN EEN VERSLAG VAN EEN LOKALE VERGADERING

**Medisch-farmaceutisch overleg – Lokaal project**

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

**I – Identificatie van het project**

<b>5. Nummer van het project toegekend door het CEG :</b>	
<b>6. Benaming van het project :</b>	
<b>7. Projectteam :</b>	
<b>2.1 Arts :</b>	
• Naam :	
• Functie :	
• Volledig adres :	
• E-mail adres(sen) :	
• Telefoonnummer :	
• Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring :	
<b>2.2 Apotheker :</b>	
• Naam :	
• Functie :	
• Volledig adres :	
• E-mail adres(sen) :	
• Telefoonnummer :	
• Naam van de lokale apothekersvereniging:	
<b>8. Naam van de verslaggever:</b>	
<b>9. Betaling :</b>	
• Bankrekeningnummer en volledige benaming :	
• Naam van de rekeninghouder :	

**II – Verslag van de vergadering**

<b>9. Datum van de vergadering:</b>	
<b>10. Plaats :</b>	
<b>11. Genodigden :</b>	
• Aantal artsen :	
• Aantal apothekers :	
<b>12. Deelnemers</b>	
• Aantal artsen :	
• Aantal apothekers :	
<b>13. Aangesneden onderwerp(en) :</b>	
<b>14. Aangesneden</b>	Ja/nee

<b>kwaliteitsindicator(en) :</b>	
<b>15. Identificatie van het erkend MFO programma waarop het project is gebaseerd :</b>	
<b>7.1 Tussenkomsst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :</b>	Ja/nee
<b>7.2 Gebruik van de logistiek van een erkend MFO programma (documenten, materiële hulp, animatie) :</b>	
<b>16. Gebruikte geregistreerde gegevens :</b>	Ja/nee
<b>17. Andere gebruikte documentatie :</b>	Ja/nee
<b>18. Beslissingen/besluiten die voortvloeien uit het overleg:</b>	
<b>19. Actiepunt(en) die voortvloeien uit het overleg :</b>	

### III – Vraag om meer recente RIZIV-gegevens met het oog op een posteriori evaluatie (facultatief)

<b>4. Vraag om regionale en nationale Farmanet-gegevens :</b>	Ja <sup>7</sup> /nee
<b>5. Vraag om gepersonaliseerde Farmanet-gegevens :</b>	Ja/nee
[De volgende inlichtingen moeten verduidelijk worden voor elke zorgverstrekker die Farmanetgegevens wil ontvangen : - Naam van de zorgverstrekker - RIZIV-nummer - E-mail adres(sen) - Nadere beschrijving van de gevraagde gegevens: ATC-code(s), afleveringsja(a)r(en) <sup>8</sup> ]	
<b>6. Andere gewenste gegevens<sup>9</sup>:</b>	

<sup>7</sup> De aanvraag moet vergezeld zijn van een aanvraagformulier « Aanvraag om Farmanetgegevens » beschikbaar op <http://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/geneesmiddel/Paginas/Statistieken-geneesmiddelen-apotheken-farmanet.aspx>

<sup>8</sup> De gegevens van de 5 laatste beschikbare jaren kunnen overgemaakt worden.

<sup>9</sup> Het projectteam zal ingelicht worden over de mate waarin de gewenste informatie kan overgemaakt worden.



<b>IV - Handtekening</b>
--------------------------

(handtekening - naam – datum) (arts)	(handtekening - naam – datum) (apotheker)

### 8.3 VOORSCHRIJFINDICATOREN VOLGENS MONITOR VOORSCHRIJFGEDRAG HUISARTSEN

Cluster	Indicator
Therapiekeuze	Reserve-en tweede keuze antibiotica Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers bij nieuwe gebruikers Voorkeursmiddelen RAS-remmers bij nieuwe gebruikers Voorkeursmiddelen AT2-antagonisten bij nieuwe gebruikers Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers Voorkeursmiddelen protonpompremmers bij alle gebruikers Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers
Cardiovasculair risicomanagement	Statines bij patiënten met hart- en vaatziekten risicomanagement Statines bij patiënten met diabetes mellitus type 2 Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers Dosering ator- en rosuvastatine bij alle gebruikers Gebruik metformine bij alle diabetespatiënten
Patiëntenzorg	Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden Maagbescherming bij NSAID-gebruikers Overbehandeling triptanen Laxans bij opioïdegebruikers
Volume	Volume antibiotica Volume starters antidepressiva Volume langdurig gebruik antidepressiva Volume langdurig gebruik protonpompremmers

## 8.4 KWALITEITSINDICATOREN VAN HET FTO

Indicatoren	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<b>Structuur</b>			
Vorbereiding	Ja	Ja, huisarts en apotheker samen bij min.3 FTO's	Ja, huisarts en apotheker samen bij min. 4 FTO's
Voorzitter	Geen voorwaarde	Bij groepen groter dan 5 personen	Bij groepen groter dan 5 personen
Agenda	Geen voorwaarde	Bij min.3 FTO's	Bij min. 4 FTO's
Groepsgrootte	Min.1 apotheker en 3 huisartsen	Minimaal 1 apotheker en 3 huisartsen	Minimaal 1 apotheker en 3 huisartsen
<b>Proces</b>			
Frequentie bijeenkomsten	Min. 4 maal per jaar	Min. 5 maal per jaar	Min. 6 maal per jaar
Duur bijeenkomst	Min. 1 uur	Min.1 uur, gemiddeld 1,5 uur per bijeenkomst	Min. 1 uur, gemiddeld 1,5 uur per bijeenkomst
Opkomst	Min. 50% vaste deelnemers gemiddeld	Min. 75% van de vaste deelnemers gemiddeld over het jaar	Min. 75% van de vaste deelnemers gemiddeld over het jaar
Gebruik prescriptiecijfers	Geen voorwaarde	Bij min. 2 inhoudelijke FTO's	Bij min. 3 inhoudelijke FTO's exclusief de cijfers voor evaluaties
Verslaglegging	Ja	Ja	Ja
<b>Inhoud</b>			
Onderwerp en doelstelling	Geen voorwaarde	Min.3 maal per jaar een medisch inhoudelijk FTO exclusief evaluaties	Min. 4 maal per jaar een medisch inhoudelijk FTO exclusief evaluaties
Wetenschappelijke bronnen	Ja	Ja	Ja
Maken van afspraken over farmacotherapie	Geen voorwaarde	Bij min. 2 medisch inhoudelijke onderwerpen afspraken	Bij min. 3 medisch inhoudelijke onderwerpen worden afspraken gemaakt.
Formuleren resultaatdoelstelling	Geen voorwaarde	Geen voorwaarde	Min. 2 afspraken zijn als resultaatdoelstelling geformuleerd
Plan van aanpak	Geen voorwaarde	Geen voorwaarde	Bij afspraken met resultaatdoelstellingen rond interventies op patiëntniveau wordt een plan van aanpak opgesteld
Afspraak vorige FTO terug laten komen	Geen voorwaarde	Geen voorwaarde	Bij elke resultaatdoelstelling op het eerst volgende FTO de ervaringen betreffende de afspraak bespreken
Toetsing a.d.h.v. prescriptiecijfers	Geen voorwaarde	Geen voorwaarde	Min. 2 resultaatdoelstellingen evalueren met cijfers

## 8.5 STAPPENPLAN MEDICATIEBEOORDELING

### Vorbereiding

#### Selectie van patiënten (door arts en apotheker)

Criteria:

65 jaar of ouder met

EN polyfarmacie (chronisch gebruik van 5 of meer geneesmiddelen)

EN minimaal 1 risicofactor:

- verminderde nierfunctie (eGFR <50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)
- verminderde cognitie
- verhoogd valrisico (≥1 val in voorgaande 12 maanden)
- signalen van verminderde therapietrouw
- niet zelfstandig wonend (verzorgings-, verpleeghuis)
- niet-geplande ziekenhuisopname

Deze criteria gelden voor patiënten in het ziekenhuis met een langere opname-duur en voor patiënten buiten het ziekenhuis (bijv. thuiswonend, in verzorgings- of verpleeghuis)

#### Randvoorwaarden

- mogelijkheid voor selectie van hoogrisicopatiënten in elektronisch patiëntendossier
- elektronische controle op voorschrijven van potentieel ongeschikte medicatie aan ouderen
- mogelijkheid voor registratie van acties en afspraken medicatiebeoordeling
- goede samenwerking tussen arts en apotheker
- toereikende financiering

