

**Samenwerking tussen huisarts en  
openbaar apotheker:  
stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst**

Liset van Dijk (NIVEL), Marcel Bouvy (SIR), Dinny de Bakker (NIVEL),  
Stéphanie van der Burgt (NIVEL), Annemieke Floor-Schreudering (SIR)

Mei 2016

ISBN 978-94-6122-376-0

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding: samenwerking tussen huisarts en apotheker binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg	9
2 Beleid en visies op samenwerking	15
3 Stand van zaken samenwerking en taakverdeling	19
4 Opvattingen over taakverdeling huisarts en apotheker	27
5 Financiering en tijd	31
6 Vertrouwen en onderlinge communicatie	35
7 Expertise en opleiding	39
8 Setting	41
9 Conclusie en aanbevelingen	45
Referenties	53
Bijlage: Methoden	57



# Samenvatting

Zorg vindt steeds meer plaats in de buurt. Daarom is samenwerking in de eerste lijn van toenemend belang. Dit geldt ook voor de farmaceutische zorg: de zorg voor patiënten met betrekking tot hun geneesmiddelengebruik. Huisartsen en openbaar apothekers zijn hierin belangrijke zorgverleners. Deze studie laat zien dat deze twee beroepsgroepen positief staan tegenover verdergaande samenwerking. Apothekers zien daarbij voor zichzelf een groter aandeel in de informatievoorziening en medicatiebegeleiding van patiënten weggelegd dan nu het geval is. Huisartsen zijn in het algemeen positief over de samenwerking met apothekers en zien de farmaceutische zorg voor patiënten als een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor huisarts en apotheker.

## **Uitdagingen in de eerste lijn**

Verschillende ontwikkelingen zoals substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en het langer thuis blijven wonen van ouderen maken dat de zorgvraag in de eerste lijn sterk toeneemt en vaak ook complexer wordt. Zo gebruiken patiënten met een of meer chronische aandoeningen vaak veel en complexe medicatie wat veel aandacht vraagt. Dit vraagt om goede afstemming tussen zorgverleners in de eerste lijn. Huisartsen zijn de spil van de eerste lijn en werken met veel andere beroepsgroepen samen om aan deze zorgvraag tegemoet te komen. Als het gaat om het gebruik van geneesmiddelen delen zij de zorgverlening vooral met openbaar apothekers. Het gaat dan bijvoorbeeld om taken als informatievoorziening over geneesmiddelen en de begeleiding van patiënten bij het geneesmiddelgebruik. Maar hoe staan de zorgverleners hier zelf tegenover? Hoe ervaren zij de huidige samenwerking? En wat stimuleert en belemmert huisartsen en apothekers om deze samenwerking te intensiveren?

## **Apothekers en huisartsen: naar verdere samenwerking?**

Uit deze studie blijkt dat apothekers en huisartsen die al veel samenwerken en in het algemeen tevreden hierover zijn: men weet elkaar te vinden en vindt dat met name goed in het belang van de patiënt. Er zijn ook punten van aandacht. Huisartsen en apothekers die deelnamen aan dit onderzoek verschillen van mening over de verdeling van een aantal taken zoals het informeren van patiënten over geneesmiddelen en het vragen naar ervaringen met medicijnen. De deelnemende huisartsen vinden dit een gezamenlijke taak, waar de deelnemende apothekers deze taak vooral als hun verantwoordelijkheid te zien. Dergelijke verschillende taakopvattingen kunnen leiden tot het niet goed afstemmen van taken. Voor patiënten is een dergelijke afstemming belangrijk. Dit bijvoorbeeld om te zorgen dat zij volledige informatie krijgen die niet

tegenstrijdig is, dat het vragen van ervaringen met geneesmiddelen van patiënten door beide partijen gebeurt en dat (voorstellen voor) eventuele veranderingen in de behandeling goed gecommuniceerd worden zodat beide zorgverleners weten wat er bij de betreffende patiënt speelt.

### **Vertrouwen en respect voor elkaars expertise cruciaal**

Cruciaal voor een goede samenwerking is wederzijds vertrouwen in elkaars expertise. Dit vertrouwen is er niet vanzelf. Intensief samenwerkende huisartsen en apothekers geven aan dat deze intensievere samenwerking vaak het gevolg is van een geleidelijk proces waarbij men elkaars expertise is gaan leren kennen en waarderen. Goede onderlinge communicatie is daarbij een belangrijke voorwaarde. Die interprofessionele communicatie is in de praktijk echter nog niet altijd optimaal, zo laat deze studie zien.

### **Kansen en mogelijkheden**

Samenwerking tussen huisartsen en apothekers gebeurt vooral op lokaal niveau. Het is daar waar de kansen tot versteviging van de farmaceutische zorg liggen. Hiertoe is al een aantal lokale maar ook regionale organisatiestructuren aanwezig die deze samenwerking kunnen ondersteunen. Huisartsen en apothekers werken al jaren samen in het Farmaco Therapie Overleg. Hierin maken zij nu vooral afspraken over farmacotherapie maar er is ook ruimte om afspraken te maken over de invulling van de zorgverlening. Een groeiend aantal huisartsen en apothekers is bovendien gevestigd op eenzelfde locatie. Dit biedt goede condities voor overleg, het consulteren van elkaar en het gebruik maken van elkaars expertise. Ook zorggroepen bieden mogelijkheden voor verdere samenwerking. Echter, een minderheid van de apothekers is momenteel aangesloten bij een zorggroep. Ook kan uitbreiding van de samenwerking tijdens (universitaire) opleidingen en het organiseren van gezamenlijke (regionale) nascholingen het inzicht in de expertise van de andere beroepsgroep vergroten en het gemakkelijker maken de ander te raadplegen. Verder liggen er kansen in het gezamenlijk opzetten van projecten die de patiëntenzorg verbeteren. Voorbeelden zijn het uitwisselen van laboratoriumuitslagen, het afstemmen van herhaalmedicatie, het gezamenlijk organiseren van medicatiebeoordelingen of het opzetten van een ouderenloket. Projecten kunnen een eerste opstap vormen tot structurelere samenwerking. Beleidsmakers kunnen samenwerking stimuleren door duidelijke afspraken over financiering, het tegengaan van concurrentie in de lokale setting en het verminderen van de regeldruk. Met dit laatste is het afgelopen jaar een begin gemaakt als gevolg van de actie “Het roer gaat om”.

### **Tot slot**

Samenwerking is geen doel op zich maar een middel om te komen tot betere zorg voor patiënten. Hoewel het vanzelfsprekend lijkt dat betere samenwerking

leidt tot betere en efficiëntere zorg, is dit in Nederland niet wetenschappelijk onderbouwd. Oftewel: wat is het rendement van goede samenwerking voor de patiënt, voor zorgverleners en voor de maatschappij als geheel? Die vraag goed beantwoorden, is een uitdaging voor de komende jaren.





# 1 Inleiding: samenwerking tussen huisarts en apotheker binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg

Deze kennissynthese schetst een beeld van de samenwerking tussen huisartsen en openbaar apothekers. Daarbij staan de volgende vragen centraal: Welke samenwerking bestaat er tussen huisartsen en openbaar apothekers? Hoe werkt die samenwerking in de praktijk uit? Wat stimuleert en belemmert huisartsen en apothekers om samen te werken? De antwoorden op deze vragen zijn van belang om beleid te kunnen maken om kwalitatief goede farmaceutische zorg binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg te stimuleren.

## Geïntegreerde eerstelijns zorg

Er komen steeds meer chronisch zieken, die vaak meerdere aandoeningen hebben. Ook groeit het bewustzijn van diversiteit in de samenleving. Enerzijds zien wij in die samenleving hoog opgeleide, goed geïnformeerde patiënten die soms meer weten over hun eigen aandoening dan zorgverleners. Anderzijds zijn er kwetsbare ouderen, mensen met ernstige psychiatrische of verslavingsproblematiek en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, waaronder relatief veel migranten. In het algemeen worden de zorgvragen van patiënten complexer en krijgen zij met meer zorgverleners te maken. Het is van belang dat deze zorgverleners informatie uitwisselen en samenwerken. Zoals de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging het in haar eindrapport verwoordde: “Met het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking wordt beoogd de versnippering van zorg voor patiënten met een chronische ziekte tegen te gaan en daarmee de kwaliteit te verbeteren” (De Bakker e.a., 2012). Hierdoor kan niet alleen gezondheidswinst voor patiënten worden gerealiseerd, maar kan ook een bijdrage geleverd worden aan de betaalbaarheid van de zorg.

Veel zorg vindt plaats binnen de eerste lijn. Deze sector is nog steeds gefragmenteerd terwijl voornoemde ontwikkelingen vragen om samenwerking en integratie van zorg in plaats van solistische zorg. Maar wat is geïntegreerde eerstelijns zorg? Er blijkt geen eenduidige definitie voorhanden te zijn. Het Jan van Es Instituut formuleerde vijf uitgangspunten voor geïntegreerde eerstelijnszorg: mensgericht, poortwachtersfunctie, een allesomvattend zorgaanbod, een goede coördinatie en een focus op de behoeften van de populatie (Jan van Es Instituut, 2012). Om dit te kunnen waarmaken, is samenwerking tussen disciplines in de eerste lijn noodzakelijk. Er zijn verschillende vormen van samenwerking mogelijk. Zo zijn er

aandoeningsgerichte samenwerkingsverbanden die vaak de vorm van een zorggroep hebben (Jan van Es Instituut, 2012). Daarnaast zijn er meer wijkgerichte samenwerkingsverbanden, zoals gezondheidscentra. Deze samenwerkingsverbanden lopen vaak ook nog eens door elkaar aangezien zorgverleners zowel binnen een zorggroep als binnen een wijkgericht samenwerkingsverband werkzaam kunnen zijn.

### **Geïntegreerde farmaceutische zorg in de eerste lijn**

In de geïntegreerde eerstelijnszorg neemt farmaceutische zorg een belangrijke plaats in. Immers, het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende behandeling in de eerste lijn. Jaarlijks komt 77% van de ingeschreven patiënten bij de huisarts en 70% van de ingeschreven patiënten krijgt een geneesmiddel voorgeschreven. Van alle patiënten die in een jaar bij de huisarts komen, komt 90% ook bij de apotheek (NIVEL Zorgregistraties, 2015).

Geïntegreerde eerstelijns farmaceutische zorg is een vloeiend zorgproces rondom het voorschrijven en ter hand stellen van hun geneesmiddelen. Om dat te bereiken is samenwerking tussen huisarts en apotheker van essentieel belang. Twee verkenners (Rinnooy Kan en Reibestein) die in 2013 in opdracht van het ministerie van VWS de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg exploreerden, gaven aan dat deze samenwerking van groot belang is met het oog op de doorgaande extramuralisatie van de zorg. De verkenners concludeerden dat “een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg de spil vormt van een toekomstbestendige gezondheidszorg”.<sup>1</sup> Hiertoe moeten bestaande schotten tussen huisartsen en apothekers verdwijnen. “Nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts kan leiden tot een veel betere patiëntenzorg tegen minder kosten”, aldus de verkenners.

### **Huisarts en openbaar apotheker: professies in beweging**

Binnen de geïntegreerde eerstelijns farmaceutische zorg zijn de huisarts en de openbaar apotheker twee centrale professies. Huisartsen zijn bevoegd om geneesmiddelen voor te schrijven. Apotheekhoudenden, voornamelijk apothekers, zijn bevoegd om voorgeschreven geneesmiddelen ter hand stellen. Hun expertises zijn complementair. Gezien de complexere zorgvragen in de eerste lijn door vergrijzing en verschuiving van zorg vanuit de tweede lijn, is het van groot belang dat deze expertises door een goede samenwerking optimaal benut worden.

Huisartsen en apothekers behoren tot de beroepsgroepen die zich een vrijheid hebben verworven die veel andere beroepen niet of veel minder hebben: de

---

<sup>1</sup> Brief verkenners farmaceutische zorg d.d. 28 februari 2013, pagina 4.

zogenaamde professies (Groenewegen en Hansen, 2007). Professies zijn autonoom in hun werk, met name als het gaat om de inhoud daarvan. Deze autonomie danken zij aan het feit dat zij beschikken over hoog gespecialiseerde kennis. Dat professies autonoom zijn, wil niet zeggen dat ze onafhankelijk van anderen kunnen functioneren. Vaak bestaat tussen professies een onderlinge afhankelijkheid. Dit betekent dat veranderingen bij de ene professie gevolgen kunnen hebben voor de andere professie (Abbott 1988). Dit is ook het geval bij de huisarts en apotheker. Een voorbeeld is de opname van de apotheker in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) sinds 2007. Dit maakt apothekers wettelijk medeverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt en stimuleert hen om de rol van zorgverlener verder in te vullen. De uitbreiding van de rol van zorgverlener binnen de professie van apotheker heeft gevolgen voor de huisarts. Vooral wanneer het gaat om de begeleiding van de patiënt bij diens geneesmiddelgebruik is er overlap mogelijk tussen de activiteiten van de apotheker en de huisarts. Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot onduidelijkheid en discussie over wie welk deel van deze taken op zich neemt. Een discussie daarover zal zich niet zozeer richten op de centrale taken van een professie, maar veeleer op de grensgebieden. De centrale taken vormen namelijk het hart van de professie en zijn taken die de andere professie niet kan uitvoeren. Dit omdat de verdeling wettelijk vastligt of omdat de taak zo dicht bij de professie ligt dat een andere professie die taak niet licht kan uitvoeren. Bij huisartsen zijn centrale taken als het gaat om farmaceutische zorg bijvoorbeeld het stellen van de diagnose en het voorschrijven. Bij de apotheker zijn dat bijvoorbeeld de productzorg en het ter hand stellen van geneesmiddelen. Dit zijn taken waarvan de bevoegdheden deels in de Geneesmiddelenwet vastliggen.<sup>2</sup> Andere dan deze centrale taken zijn bijvoorbeeld het geven van informatie over geneesmiddelen en het begeleiden van het medicatiegebruik. Dit zijn taken die beide beroepsgroepen verplicht zijn uit te voeren en tot hun domein kunnen rekenen.<sup>3</sup>

### **Samenwerking: diffusiecurve**

Samenwerken aan een geïntegreerde eerste lijn is nieuw. De diffusie van deze samenwerking in de eerste lijn kan beschreven worden aan de hand van diffusiecurve voor innovaties (Rogers, 2003; Jan van Es instituut). Dit betekent dat er een kleine groep vernieuwers is die als eerste de innovatie omarmt, gevolgd door een aantal vroege volgers. Deze groep vernieuwers wordt geleid door intrinsieke motivatie. Dan volgt theoretisch gezien de meerderheid van de groep die de innovatie overneemt. Zij worden gestimuleerd tot samenwerking door prikkels van buitenaf zoals structurele financiering, opleiding en

---

<sup>2</sup> [http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/geldigheidsdatum\\_05-02-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/geldigheidsdatum_05-02-2015)

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld: <https://www.knmp.nl/downloads/taakgebieden-en-competenties-jan-2010.pdf>

strategische ondersteuning. Tot slot zijn er de achterblijvers, een kleine groep die moeilijk tot verandering te bewegen is en vaak sterke maatregelen nodig heeft zoals het aanscherpen van kwaliteitseisen. Kijken we naar samenwerking tussen huisarts en apotheker in de geïntegreerde zorg, dan lijkt deze zich nog in de fase van de “ontwikkelaars/vernieuwers” te bevinden.

### **Groeiende aandacht voor samenwerking**

Er is steeds meer aandacht voor samenwerking, bijvoorbeeld bij de beroepsorganisaties. De laatste jaren zijn er namelijk verschillende visies op samenwerking in de eerste lijn gepresenteerd (bijvoorbeeld LHV/NHG, 2014; KNMP, 2014; Werkgroep Zorg; 2014). Centraal in deze visies staat het streven naar zorg in de buurt en naar een integrale, mensgerichte benadering van de patiënt. In hoofdstuk 2, **Samenwerking: beleid en visies**, gaan we verder op deze visies in.

### **Determinanten van samenwerking in de eerste lijn**

Diverse factoren kunnen de samenwerking binnen de eerste lijn beïnvloeden. Zo is bij de early adopters de intrinsieke motivatie van belang terwijl voor de meerderheid van de zorgverleners geldt dat externe factoren zoals financiering belangrijk zijn. Meer in het algemeen onderscheiden Hansen e.a. (2010) op basis van een literatuurstudie de volgende factoren die de partijen binnen de eerstelijnszorg meer of minder stimuleren om samen te werken: patiëntbelang, beleidsregels en financiering, en organisatorische randvoorwaarden.

#### *Patiëntbelang*

De overgrote meerderheid van de zorgverleners inclusief huisartsen en apothekers hecht grote waarde aan het belang van de patiënt. Het is echter mogelijk dat huisartsen en apothekers soms andere opvattingen hebben over wat het belang van de patiënt is en hoe de zorgverlening daar op aan kan sluiten. Om goede zorg te kunnen leveren, met name aan patiënten die complexe zorg nodig hebben, is een gedeeld beeld van het belang van de patiënt echter essentieel: hebben beide partijen dezelfde visie op het verdelen van de zorg op dat deze aansluit bij het belang van de patiënt. Aan deze vragen besteden we in dit rapport aandacht in de onderdelen **Huidige samenwerking en taakverdeling in de patiëntenzorg** (hoofdstuk 3) en **Ideeën over taakverdeling ten aanzien van patiëntenzorg** (hoofdstuk 4).

#### *Financiering van samenwerking*

De financiering van de eerste lijn is grotendeels per discipline geregeld. Er zijn echter wel specifieke mogelijkheden om samenwerking te financieren (Hansen e.a., 2010). Zo wordt vanaf 2007 in beleidsregels van de Nederlandse zorgautoriteit (NZA) bijvoorbeeld expliciet aandacht besteed aan samenwerking tussen zorgverleners in multidisciplinaire gezondheidscentra.

Deze beleidsregels geven zorgverzekeraars de ruimte om samenwerking te stimuleren op die onderdelen waarvoor nog geen tarieven zijn. Voorwaarde is dat niet de zorgverlener, maar de zorgprestatie centraal staat. Integrale bekostiging is ook een manier om samenwerken te bevorderen. In deze vorm van bekostiging, die sinds 2010 is ingevoerd, wordt de zorg voor patiënten met een specifieke chronische aandoening door verzekeraars gecontracteerd bij zogenoemde zorggroepen, die op hun beurt specifieke zorgdisciplines subcontracteren. Inmiddels is er een vrijwel landelijk dekkend netwerk van zorggroepen, gewoonlijk gerund door huisartsen. Farmaceutische zorg is echter tot dusver uitgesloten van de integrale bekostiging al zijn er wel apothekers die met zorggroepen samenwerken. In dit rapport besteden we aandacht aan de financiering van samenwerking in het hoofdstuk **Financiering** (hoofdstuk 5).

#### *Organisatorische randvoorwaarden*

Om goed te kunnen samenwerken zijn er meerdere randvoorwaarden nodig (Hansen e.a., 2010). Een cruciale randvoorwaarde voor samenwerking is vertrouwen in elkaar en elkaars expertise. Hierbij valt te denken aan het elkaar vroeg leren kennen, het gezamenlijke nascholen en het faciliteren van contacten door huisvesting op dezelfde locatie. De volgende drie paragrafen besteden aan deze zaken aandacht: **Vertrouwen en onderlinge communicatie** (hoofdstuk 6), **Opleiding en expertise** (hoofdstuk 7) en **Setting** (hoofdstuk 8).

#### **Leeswijzer en afbakening**

Dit rapport is gebaseerd op literatuur (zowel Nederlands als internationaal), een online survey onder huisartsen en apothekers en interviews met een kleine groep apothekers en huisartsen (zie kader 1 en bijlage 1). Het rapport start met de visies van veldpartijen op de samenwerking tussen de huisarts en apotheker. Vervolgens komende de zes hierboven genoemde thema's aan bod (huidige samenwerking en taakverdeling in de patiëntenzorg, ideeën over taakverdeling ten aanzien van patiëntenzorg, financiering, vertrouwen en onderlinge communicatie, opleiding en expertise en setting). Deze zes hoofdstukken beginnen met een korte samenvatting van de belangrijkste resultaten. Vervolgens geven we achtereenvolgens de resultaten uit de literatuur, uit de online survey en de interviews.<sup>4</sup> Het rapport sluit af met een discussie waarin we reflecteren op de samenwerking (hoofdstuk 9). We richten ons daarbij vooral op de organisatie van de samenwerking in de dagelijkse praktijk, in de 1-op-1 situaties. Minder aandacht zal uitgaan naar de organisatie van samenwerking op het niveau van bijvoorbeeld zorggroepen en FTO-groepen.

---

<sup>4</sup> Niet in alle hoofdstukken worden alle drie de databronnen gebruikt (literatuur, online survey en interviews)

### *Totstandkoming van dit rapport*

Om tot dit rapport te komen, zijn de volgende methoden gebruikt:

- Literatuurstudie: zowel wetenschappelijke artikelen en relevante (beleids)documenten over samenwerking tussen huisartsen en apothekers zijn bestudeerd. Deze literatuur vormt een belangrijke basis voor dit onderzoek. Omdat een aanzienlijk deel van deze literatuur internationaal is – waar betekent dat de context en organisatie van de zorg soms anders zijn - is voorzien in aanvullende dataverzamelingen.
- Online survey onder huisartsen en openbaar apothekers over samenwerking in de dagelijkse praktijk waarbij zowel naar de huidige samenwerking en taakverdeling werd gekeken als naar de gewenste taakverdeling.
- Interviews met negen apothekers en zes huisartsen, waarvan het merendeel in settings met een goede samenwerking. De interviews dienden om de resultaten uit de literatuur en de online survey meer duiding en diepgang te geven.
- Een invitational conference waar de resultaten en eerste conclusies werden bediscussieerd met de diverse betrokken partijen en input is verkregen voor beleids- en onderzoeksaanbevelingen.

Zie Bijlage 1 voor een uitgebreidere beschrijving van de gebruikte methoden.

## 2 **Beleid en visies op samenwerking**

De afgelopen jaren hebben verschillende beleids- en beroepsorganisaties in de eerstelijnszorg hun toekomstvisie op samenwerking op papier gezet. In dit hoofdstuk geven we hiervan een kort overzicht.

### **Zorg in de buurt: mensgericht, generalistisch en complex**

De verschillende organisaties delen in hun visie op de ( nabije) toekomst van de zorg dat gestreefd moet worden naar een integrale, mensgerichte benadering van de patiënt: de patiënt centraal. Daarbij komt dat de zorg voor deze patiënt complexer wordt en continu geleverd moet worden. Dit vanwege het chronische karakter van veel aandoeningen. De zorg staat ook onder druk omdat de kosten hoog zijn. Extramuralisatie van de zorg is daarom nodig.<sup>5</sup> Gepleit wordt voor zorg dicht bij de patiënt: zorg in de buurt, geleverd door verschillende eerstelijns zorgverleners zoals huisarts, apotheker en wijkverpleegkundigen. Deze zorg in de buurt is generalistisch met een sterke focus op chronische aandoeningen (LHV/NHG, 2014). Dit alles vereist verdergaande samenwerking tussen deze zorgverleners binnen de zorg. Geïntegreerde eerstelijns zorg is daarmee de “sleutel tot een duurzame, doelmatige gezondheidszorg van hoge kwaliteit” (LHV/NHG, 2014). Of zoals Minister Schippers het in 2013 opmerkte: *“Een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg vormt de spil van een toekomstbestendige gezondheidszorg”* (Minister van VWS, 2013). De extramurale farmaceutische zorg is een onderdeel van deze zorg in de buurt.

### **Samenwerking binnen de eerste lijn**

Zorg in de buurt vraagt de inzet van veel zorgverleners en daarmee ook een goede afstemming tussen de zorgverleners. In hun toekomstvisie voor de huisartsenzorg pleiten LHV en NHG, in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), voor lokale samenwerkingsverbanden met daarin huisartsen, doktersassistenten, generalistisch opgeleide praktijkverpleegkundigen, POH's GGZ en – waar nodig en gewenst – verpleegkundig specialisten (LHV/NHG, 2014). Deze lokale huisartsen-samenwerkingsverbanden werken dan weer samen met andere professionals in de eerste lijn waaronder de apotheker, al dan niet in een zelfde gebouw. De KNMP ziet de patiënt in een netwerk van zorgverleners, die ieder vanuit hun

---

<sup>5</sup> Brief verkenners farmaceutische zorg d.d. 28 februari 2013; Minister van VWS, Standpunt bevindingen verkenners extramurale farmacie en marktscan farmacie 2012 van de NZa d.d. 29 mei 2013.

rol en specialisme en volgens eigen professionele standaarden opereren. Uitwisseling van informatie is daarbij essentieel (KNMP, 2014). LHV en NHG pleiten er voor de kring van samenwerkende zorgverleners klein te houden. Dit omdat de zorgverleners dan weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en elkaar op basis van vertrouwen kunnen aanspreken (LHV/NHG, 2014). De organisaties voor jonge zorgprofessionals wijzen hier ook op en pleiten voor een omgeving waar alle zorgverleners zichzelf verantwoordelijk vinden voor hun eigen deel in zorg, en waarin het veilig genoeg is om elkaar aan te spreken wanneer de patiëntveiligheid in het geding is. Zij formuleren dit als volgt: “De hiërarchische cultuur met individuele, autonome, paternalistische dokters en apothekers heeft in 2025 plaatsgemaakt voor een aanspreekcultuur die gebaseerd is op teamwork en discipline” (Werkgroep Zorg). De jonge zorgprofessionals zien een taakverschuiving naar physician assistants (PA), verpleegkundig specialisten (VS), pharmacy practitioners (PP) en praktijkondersteuners (POH). Ook de KNMP ziet ruimte voor taakdelegatie binnen de eerste lijn. Dit biedt dan ruimte voor artsen en apothekers om meer specialistische taken uit te voeren (KNMP, 2014). Voor complexere patiënten kan volgens LHV/NHG samenwerking gezocht worden met regionale medisch specialisten, die steeds vaker op consultbasis in de eerste lijn zullen participeren (LHV/NHG, 2014).

### **Rol van de huisarts binnen de farmaceutische zorg**

In hun visie op de huisartsenzorg benoemen LHV/NHG niet expliciet de farmaceutische zorg. Zij lijken dit een vanzelfsprekend onderdeel te vinden van de generalistische, persoonsgerichte benadering waarmee zij de continuïteit van zorg voor de patiënt gewaarborgd zien. Ook de KNMP besteedt weinig expliciete aandacht aan de rol van de huisarts in de farmaceutische zorg in haar toekomstvisie. De jonge zorgprofessionals doen dit wel expliciet. Zij zien voor de huisarts een rol weggelegd als spin in het web “zowel in het behouden van het overzicht in de geleverde zorg aan de patiënt als in het kader van kostenbeheersing”. De andere zorgverleners voorzien de huisarts hiertoe van informatie en er zijn goede mogelijkheden voor overleg. De huisarts houdt zo het overzicht (Werkgroep zorg, 2014).

### **Rol van de apotheker binnen de farmaceutische zorg**

In 2013 gaf de Minister van VWS twee verkenners (Rinnooy Kan en Reibestein) de opdracht om de extramurale farmaceutische zorg in Nederland te exploreren en een visie op de toekomst te geven. De verkenners schetsen hun visie op de rol van de apotheker als volgt: “Eerder was de rol van de apotheker vooral het bereiden van geneesmiddelen. Tegenwoordig ligt de focus sterk op het verstrekken van geneesmiddelen. Bij een kwalitatief hoogstaande extramurale farmaceutische zorg hoort een apotheker die vooral zorgverlener is. Een zorgverlener die weet of een patiënt een juist middel krijgt, die toezicht houdt



op de totale medicatie van een patiënt, de therapeutrouw bewaakt en die samenwerkt met andere zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. Wij vinden het belangrijk dat de apotheker als professional kan functioneren en dat deze in de eerstelijnszorg van de toekomst een centrale rol zal spelen. De apotheker van de toekomst is de specialist voor farmaceutische zorgverlening”.<sup>6</sup> Hierbij is in de ogen van de verkenners de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg onlosmakelijk verbonden aan verdere integratie met andere delen van de eerstelijnszorg, met name de huisartsenzorg. In haar reactie op het rapport van de verkenners stelt de minister eveneens dat de apotheker van de toekomst nauw samenwerkt met huisartsen en voorschrijvers in de tweede lijn om hen te adviseren en ondersteunen bij het beter voorschrijven van geneesmiddelen alsmede bij het tijdig doorvoeren van gewijzigde voorschriften. Daarnaast, aldus de minister, informeert de apotheker de patiënten en begeleidt en ondersteunt hij hen bij het goed gebruik van hun geneesmiddelen. De zorg die de apotheek levert moet volgens de minister dan ook integraal onderdeel worden van de zorgverlening in de eerste lijn (Minister van VWS, 2013). De visie van de beroepsgroep van apothekers sluit hier bij aan. De KNMP stelt in haar toekomstvisie dat het beroep van apotheker zich kenmerkt “door het verbinden van enerzijds behandeling met een geneesmiddel, menselijk lichaam, gedrag en anderzijds de zorg voor de patiënt” (KNMP, 2014). Hierbij richt de KNMP zich op de farmaceutische zorg: “de zorg rond het geneesmiddel, van het ontwerpen ervan tot de terhandstelling aan de patiënt”. De KNMP stelt tevens dat apothekers ervoor moeten zorgen dat patiënten hun geneesmiddelen veilig, effectief en doelmatig gebruiken: “Vanaf het ontwerp van geneesmiddelen tot het ter hand stellen en bevorderen van goed gebruik in de eerste en tweedelijns gezondheidszorg neemt de apotheker zelfstandig de beslissing om het geneesmiddel wel of niet te produceren, te verhandelen of ter hand te stellen, en is daarvoor ook volledig aansprakelijk” (KNMP, 2014). Hierbij moet de apotheker zich richten op de individuele behoefte van de patiënt, aldus de KNMP. De banden met de patiënt zijn sterk waarbij communicatieve vaardigheden en communicatietechnologie gebruikt worden om deze relatie te verstevigen. Ook de jonge zorgprofessionals vinden dat de apotheker meer zorgverlener moet zijn en als medicijncoach moet optreden voor de patiënt (Werkgroep Zorg, 2014). Hier vloeit volgens de minister van VWS uit voort dat de apothekersopleiding meer gericht moet worden op het begeleiden van het medicatiegebruik door de patiënt (Minister van VWS, 2013).

### **Huisarts en apotheker**

Uit voorgaande werd al duidelijk dat zowel huisartsen als apothekers streven naar meer samenwerking binnen de eerste lijn. Voor huisartsen geldt dat zij

---

<sup>6</sup> Brief verkenners farmaceutische zorg d.d. 28 februari 2013

zich hierbij vanuit hun rol als poortwachter, en veelal eerste aanspreekpunt voor de patiënt, op veel partijen richten (LHV/NHG, 2014). Deze poortwachtersrol wordt ook erkend door andere partijen, waaronder de KNMP. Voor apothekers geldt dat zij zich met name richten op de driehoek huisarts – apotheker – wijkverpleegkundige (KNMP, 2014). De samenwerking tussen huisartsen en apothekers kan op verschillende manieren vormgegeven worden. Welke vorm optimaal is, hangt af van de lokale omstandigheden. Elektronische uitwisseling van patiëntgegevens kan de samenwerking ondersteunen (Minister van VWS, 2013). Hiertoe is aansluiting op het Landelijk schakelpunt (LSP) wenselijk. Onderlinge transparantie en kennisdeling op patiëntniveau is essentieel om te komen tot de beste behandeling voor iedere patiënt (Minister van VWS, 2013). Hiervoor is onder andere een gezamenlijke taal nodig. In de toekomstverkenning van de KNMP pleitten de jonge apothekers er daarom voor om meer gezamenlijke vakken voor artsen en apothekers aan te bieden in de opleiding.

In de komende hoofdstukken staat de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker centraal. We kijken dan in hoeverre de visies van de verschillende partijen in het veld nu al werkelijkheid zijn. We beginnen daarbij met een inzicht in de taakverdeling tussen huisartsen en apothekers.

### 3 Stand van zaken samenwerking en taakverdeling

#### In het kort

- Huisartsen en apothekers participeren vaak samen in het farmacotherapie overleg (FTO) maar minder vaak binnen zorggroepen.
- Huisartsen hebben met geen andere zorgverlener in de eerste lijn zo vaak structureel of regulier overleg al dan niet contractueel vastgelegd.
- Het overgaan tot aflevering van geneesmiddelen in weekdoseringen, het aanpassen van recepten en medicatiebeoordelingen zijn onderwerpen waarover huisartsen en apothekers vaak afspraken maken.
- Apothekers vinden dat het vooral hun beroepsgroep is die taken rondom informatievoorziening en medicatiebegeleiding op zich neemt. Huisartsen vinden dat apothekers en artsen dit samen doen.

Samenwerking tussen huisartsen en apothekers kan op diverse niveaus plaatsvinden. Bekende samenwerkingsverbanden zijn die binnen het Farmaco Therapie Overleg (FTO) en zorggroepen. We besteden hier als eerste kort aandacht aan. Daarna gaan we over naar de “dagelijkse” samenwerking: de samenwerking in de zorg van alledag, op de werkvloer.

#### Samenwerking in FTO (literatuur)

Sinds het begin van de jaren negentig bestaat het Farmaco Therapie Overleg (FTO) in Nederland. FTO-groepen bestaan gemiddeld genomen uit ongeveer 10 huisartsen en 2 openbaar apothekers. Vrijwel alle huisartsen en apothekers zijn lid van een FTO-groep. De groepen hebben zich ontwikkeld van informele overlegstructuren tot meer professioneel werkende groepen waarin afspraken over voorschrijven worden gemaakt. Er bestaan vier niveaus binnen het FTO (Van Dijk e.a. 2001; Cambach & Essink 2013). Volgens de meest recente cijfers (2011) functioneert ongeveer vier van de tien FTO-groepen op het hoogste niveau (zie tabel 1). Het laagste niveau (geen gestructureerd overleg) komt niet vaak voor. In de meest recente peiling van het Instituut voor verantwoord medicijngebruik (IVM) betrof dit 11% van de FTO-groepen.

Tabel 1: Deelname aan Farmaco Therapie Overleg op vier niveaus

	% van de FTO-groepen <sup>a)</sup>
niveau 1: geen gestructureerd overleg	11
niveau 2: regelmatig overleg zonder concreet afspraken te maken	29
niveau 3: regelmatig overleg met concrete afspraken	19
niveau 4: regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken	41

a) Cambach en Essink 2013, gebaseerd op cijfers uit 2011

### Samenwerking in zorggroepen (literatuur)

Huisartsen en apothekers kunnen ook binnen zorggroepen met elkaar samenwerken. Alle bestaande zorggroepen contracteren huisartsen (De Jong-van Til e.a., 2012). Uit de jaarpeiling van de NIVEL Zorgregistraties in 2015 blijkt dat 82% van de deelnemende huisartspraktijken dan ook deelneemt aan een zorggroep. Veel minder zorggroepen contracteren apothekers. In 2011 nam slechts 13% van de zorggroepen die op diabetes gericht zijn diensten van apothekers af. Voor CVRM (cardiovasculair risicomanagement) en COPD (chronisch obstructieve longziekte) lagen deze percentages respectievelijk op 7% en 10%. Uit de eerder genoemde peiling van de NIVEL Zorgregistraties blijkt dat tussen de 15-20% van de huisartsen deelnemen aan een zorggroep waarin ook een apotheker participeert. In de online survey die wij hielden, geeft een groter deel van de responderende apothekers (n=153), namelijk een derde (51, 33%), aan deel te nemen aan een of meer zorggroepen met huisartsen. Van de responderende huisartsen (n=76) neemt 40% deel aan een zorggroep waar een of meerdere apothekers aan deelnemen, ook duidelijk meer dan in de peiling van de NIVEL Zorgregistraties. Inhoudelijk zijn diabetes, CVRM en COPD de onderwerpen waarop huisartsen en apothekers het vaakst samen deelnemen in een zorggroep. Ouderenzorg lijkt op te komen als thema binnen zorggroepen, in elk geval in groepen waar zowel huisartsen als apothekers aan deelnemen (tabel 2). Dit laatste hangt mogelijk samen met het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen in 2011.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/polyfarmacie\\_bij\\_ouderen.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf)

Tabel 2: Onderwerpen waarop huisartsen en apothekers zich in gezamenlijke zorggroepen richten\*

Onderwerp	Apotheker (n=51)	Huisarts (n=76)
Diabetes	75%	90%
CVRM	45%	73%
COPD	65%	87%
Ouderenzorg	63%	40%
Astma	35%	27%
Depressie	8%	20%

Bron: online survey NIVEL/SIR

\* Percentages berekend voor apothekers en huisartsen die zeggen met elkaar in een zorggroep te zitten.

### Reguliere samenwerking (literatuur)

Anno 2014 werkt 90% van de huisartsen structureel samen met apothekers (Van Hassel e.a., 2015). Hieronder wordt verstaan dat men structureel of regulier overleg heeft dat al dan niet formeel is vastgelegd. Als het gaat om een samenwerkingscontract, dan geeft ruim een kwart van de huisartsen aan (27,6%) een dergelijk contract te hebben met de apotheker (Van Hassel e.a. 2015). Dit is vaker dan met welke andere zorgverlener in de eerste lijn dan ook. Ook als het gaat om het samen naar buiten treden, geldt dat de huisarts dit het vaakst doet met de apotheek (21% in 2007; 23% in 2009).

### Afspraken op de werkvloer (online survey)

Daarnaast zijn er vele minder formele 'werkafspraken' over procedures en taakverdeling. Dit beschrijven we hieronder op basis van door NIVEL en SIR verzamelde gegevens via een online survey. Huisartsen en apothekers kunnen deels dezelfde taken uitvoeren of deze taken juist onderling verdelen. In het belang van de patiënt moeten er goede afspraken zijn tussen de huisarts en de apotheker over wie wat doet in bepaalde procedures in de zorg. Dit om te voorkomen dat zaken dubbel gebeuren of juist helemaal niet. Maar ook om te voorkomen dat de patiënt tegenstrijdige informatie krijgt. Uit de online survey blijkt dat huisartsen en apothekers vaak afspraken maken over de te volgen procedures rondom het starten van weekdoseringen (geïndividualiseerde distributievormen of GDV), de mate waarin de apotheker recepten mag aanpassen zonder voorafgaand overleg met de huisarts of het uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij patiënten met polyfarmacie (Tabel 3).<sup>8</sup> Op andere terreinen geeft ongeveer de helft tot twee derde van de apothekers en huisartsen aan hier afspraken over te maken. Dit geldt bijvoorbeeld voor de

<sup>8</sup> De vraag is als volgt gesteld: Zijn er inhoudelijk afspraken gemaakt tussen uw apotheek en de huisartsenpraktijk(en) waarmee u in de FTO, de zorggroep en/of dagelijks samenwerkt omtrent de volgende procedures en activiteiten?

vraag wie voorlichting geeft aan patiënten. Over uitwisseling van gegevens heeft eveneens ongeveer de helft van de apothekers en huisartsen afspraken (Tabel 3). Opvallend is dat de mate waarin apothekers en huisartsen aangeven dat zij deze afspraken maken in grote lijnen overeenkomt. Dit maakt het aannemelijk dat deze percentages een goede afspiegeling van de huidige stand van zaken zijn. Deze afspraken komen tegemoet aan de wensen die de overgrote meerderheid van de patiënten heeft als het gaat over informatie-uitwisseling tussen zorgverleners (Jansen 2015).

Tabel 3: Percentage zorgverleners dat zegt zorginhoudelijk afspraken te hebben met de andere beroepsgroep

	Apothekers (n=151)*	Huisarts (n=79)*
Procedure bij starten weekdoseringen	94	87
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur	90	77
Procedure bij uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie	79	81
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw	65	56
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten	58	62
Welke zorgverlener bij welke medicatie voorlichting geeft	55	55
Uitwisseling laboratoriumwaarden van de patiënt	67	81
Voorkeursmedicatie bij specifieke aandoeningen	59	66
Procedure medicatieoverdracht	59	62
Informatie-uitwisseling over diagnose patiënt	36	53

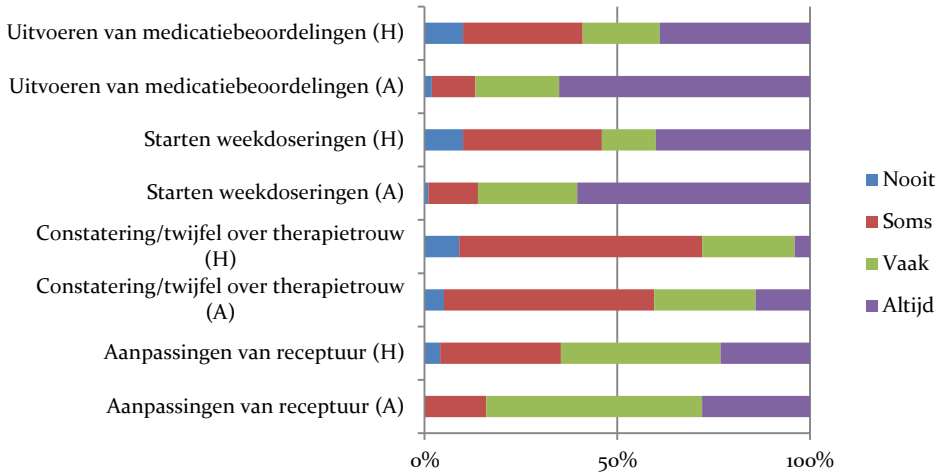
Bron: online survey NIVEL/SIR

\* totaal: 151 apothekers en 79 huisartsen echter niet alle respondenten beantwoorden alle vragen; percentages berekend op respondenten per vraag

### **Frequentie van overleg** (online survey)

Apothekers geven in de online survey vaker aan overleg met huisartsen te hebben dan andersom (figuur 1). Het vaakst is er overleg over het starten met een weekdosering bij patiënten met veel medicatie en in geval van een medicatiebeoordeling. Dit zijn taken waar inzet of informatie van beide partijen voor nodig is. Minder vaak is er overleg bij twijfels aan therapietrouw van een patiënt. Dit geldt ook voor aanpassingen van receptuur. Dit laatste hangt vermoedelijk deels samen met het feit dat er overkoepelende afspraken zijn over de aanpassingen van de receptuur. Zo kan het zijn dat huisartsen en

apothekers bijvoorbeeld een algemene afspraak hebben over de aanpassing van doseringen van antibiotica voor kinderen. Daardoor hoeft niet voor elk individueel recept contact te worden opgenomen.



Bron: online survey NIVEL/SIR,  
 Apothekers: n=133-136; Huisartsen=68-70  
 Figuur 2: Frequentie van overleg voor verschillende taken

**Wie doet wat? (online survey)**

Op de vraag wie bepaalde taken uitvoert, zien we dat zowel huisartsen als apothekers in grote meerderheid zeggen dat de huisarts de patiënt voorlicht over de reden van voorschrijven (tabel 4). Dit is niet vreemd gezien de kerntaak van de huisarts: deze diagnoseert en schrijft voor. Hiermee is hij of zij degene die de patiënt hierover voorlicht. Kijken we naar het bewaken van interacties van geneesmiddelen, dan zien we dat huisartsen in meerderheid zeggen dat beide partijen dit doen. Huisartsen zijn verplicht aan medicatiebewaking te doen en mogen pas voorschrijven als er een actueel medicatieoverzicht is. Apothekers zeggen dat zij de medicatiebewaking vooral uitvoeren. Mogelijk verstaan de beide beroepsgroepen iets anders onder medicatiebewaking.

Andere taken betreffen het informeren van patiënten en het vragen naar ervaringen met medicijnen. We zien ook hier grote verschillen tussen de beroepsgroepen in hun antwoorden. Waar de meerderheid van de huisartsen bij veel taken aangeeft dat zowel zij als de apotheker deze taak uitvoeren, geven apothekers in meerderheid aan dat zij deze taken vooral uitvoeren. Het is van belang dat huisartsen en apothekers onderling duidelijkheid hebben over wie deze taken uitvoert. Dit om te voorkomen dat zaken mogelijk (onnodig) dubbel

gebeuren of dat de patiënt juist helemaal geen begeleiding krijgt. Dat er meerdere zorgverleners betrokkens zijn bij een aantal van deze taken is overigens vaak nodig. Een apotheker die een interactie constateert zal met de voorschrijver overleggen. En het herhalen van een instructie bij een geneesmiddel is vaak geen overbodige luxe, omdat uit onderzoek bekend is dat patiënten instructies vaak vergeten of niet volledig kunnen reproduceren (bijvoorbeeld Linn e.a. 2013). Het lijkt er – gezien de resultaten – echter op dat het niet altijd duidelijk is wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Tabel 4: Door apothekers en huisartsen ervaren verantwoordelijkheid voor aspecten van farmaceutische zorg

Wie voert deze taak uit ->	Apothekers (n=129)			Huisarts (n=69)		
	Apo*	Beiden	Ha*	Apo*	Beiden	Ha*
Voorlichting over reden voorschrijven	2	27	71	0	16	84
Voorlichting over bedoelde effecten medicatie	16	75	9	0	23	77
Voorlichting over mogelijke bijwerkingen medicatie	67	32	1	16	64	20
Voorlichting over gebruik medicatie	64	36	0	31	65	4
Er op toe zien dat combinatie van medicijnen kan	89	11	0	16	81	3
Patiënt vragen naar goed medicatiegebruik	64	36	0	14	58	28
Patiënt vragen naar tevredenheid over medicatie	54	44	2	3	52	45

\* Gecombineerde antwoord categorie: voornamelijk apotheker + alleen apotheker en voornamelijk huisarts + alleen huisarts

Bron: online survey NIVEL/SIR

### Resultaten interviews

Om de gegevens uit de literatuur en de online survey te verdiepen, is met een beperkt aantal zorgverleners (*negen apothekers, zes huisartsen*) een interview gehouden. Vrijwel alle geïnterviewden werken goed samen met de andere beroepsgroep. Allemaal nemen ze regulier deel aan het Farmaco Therapie Overleg (FTO) al verschilt de intensiteit hiervan. In deze FTOs worden vaak afspraken tussen apothekers en huisartsen gemaakt. De afspraken betreffen verschillende onderwerpen zoals medicatiebewaking, farmacotherapie voor specifieke aandoeningen, geïndividualiseerde medicatiedistributie (baxters), aanpassingen aan recepten en de taakverdeling bij therapietrouwbegeleiding.



Een aanzienlijk deel van de geïnterviewde zorgverleners neemt ook deel aan een zorggroep. Deze richten zich vaak op verschillende onderwerpen zoals diabetes, CVRM, COPD, depressie, hartfalen, 'het dikke kind' en valpreventie. Ook medicatiebewaking wordt in een enkele zorggroep als onderwerp genoemd. Voordelen van deelname aan een zorggroep die de geïnterviewden noemen, zijn: meer inzicht in wat bij huisartsen speelt (*twee apothekers, huisarts*), het gemakkelijker delen van laboratoriumuitslagen (*apotheker*), vaker overleg (*apotheker, huisarts*), kortere communicatielijnen (*apotheker, twee huisartsen*) en een goede financiële vergoeding (*huisarts*). Ook geeft een huisarts aan dat vanuit de zorggroep een aantal afspraken gemaakt is wat betreft de taken van huisarts en apotheker. De taakverdeling is hierdoor helder en duidelijk en in overeenstemming gemaakt. De medicatievoorlichting is door de zorggroep bij de apotheker weggelegd (*huisarts*). Een apotheker geeft aan dat binnen zijn zorggroep wordt gestreefd naar gelijkwaardigheid, wat inhoudt dat de huisarts en de apotheker even belangrijk worden geacht (*apotheker*). Een nadeel van de zorggroep dat genoemd is, is dat het tijd kost omdat nog niet iedereen er voor open staat. Het is een verandering van de werkwijze en komt als extra werk naast de 'normale' taken (*apotheker, huisarts*). Een huisarts noemt als nadeel dat door deelname aan de zorggroep een deel van de autonomie opgegeven wordt.

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat er naast het FTO en de zorggroep ook nog regulier overleg is, bijvoorbeeld met de apothekers en de huisartsen uit het gezondheidscentrum waar men gevestigd is. Dit gaat dan bijvoorbeeld over lopende zaken, praktische zaken, organisatorische zaken of nieuwe ideeën voor samenwerking (*drie apothekers*). Tot slot is er het overleg en contact in de dagelijkse praktijk, vooral over zaken die patiënten betreffen. Dit vindt zeer geregeld, vrijwel dagelijks, plaats. In gezondheidscentra loopt men dan bij elkaar binnen. Dit contact wordt zowel door de apothekers als de huisartsen geïnitieerd. Een specifieke vorm van samenwerking in de dagelijkse praktijk betreft het gezamenlijk doen van medicatiebeoordelingen. Dit wordt door de meerderheid van de geïnterviewden gedaan.

In de interviews is ook gevraagd of men samen speciale projecten heeft opgezet. De meerderheid van de geïnterviewden geeft aan dat dit het geval is. Voorbeelden betreffen:

- Projecten waarbij waarden van nierfuncties voor mensen met nierfalen direct van het ziekenhuislaboratorium (ook) naar de apotheker gaan (*drie apothekers*).
- Een ouderenloket met als idee "welzijn op recept". Als er ouderen zijn met een welzijn vraag schrijft de huisarts een recept met de specifieke zorgvraag. Vervolgens wordt de patiënt doorverwezen naar het ouderenloket. Daar

wordt gekeken welke zorg op maat nodig is, bijvoorbeeld speciale voeding (*apotheker*).

- Het betrekken van de patiënt bij de samenwerking tussen huisarts en apotheker door klankbordgroepen. Door middel van deze klankbordgroepen kunnen alle drie de partijen van elkaar leren. De patiënt leert bijvoorbeeld wat het werk van een apotheker inhoudt (*apotheker, huisarts*).
- Het opzetten van een lokale zorggroep die is ontwikkeld omdat alle zorgverleners samen wilden werken vanuit de behoefte aan een meer officiële en professionele manier van samenwerken (*apotheker; huisarts*).
- Het POINT<sup>9</sup>-project: Het project wordt uitgevoerd in tien huisartsenpraktijken in Nederland. Er is een apotheker werkzaam in de huisartsenpraktijk zodat de communicatielijn zo kort mogelijk is (*apotheker, huisarts*).

---

<sup>9</sup> POINT staat voor: Pharmacotherapy Optimization through Integration of a Nondispensing pharmacist in a primary care Team)

## 4 Opvattingen over taakverdeling huisarts en apotheker

### In het kort

- Apotheker en huisartsen hebben verschillende opvattingen over de ideale taakverdeling in de zorg; met name apothekers zien een grotere rol voor zich zelf weggelegd in de begeleiding van patiënten bij het gebruik van geneesmiddelen.
- Internationaal is de rol van de apotheker meer in beweging dan de rol van de huisarts.

In het voorgaande hoofdstuk beschreven we hoe de verdeling van taken tussen de huisarts en apotheker is (zoals gepercipieerd door huisartsen en apothekers). We stelden daarbij vast dat het niet altijd duidelijk is wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. Om tot goede afspraken daarvoor te komen, is het van belang dat men vergelijkbare ideeën heeft over hoe de taakverdeling zou moeten zijn. Dit hoofdstuk gaat in op deze vraag.

### Rol die huisartsen voor apothekers weggelegd zien (literatuur)

In de internationale literatuur zijn veel onderzoeken gedaan die in gaan op hoe huisartsen en apothekers aankijken tegen de rol van de apotheker in de eerstelijns zorg. Hoewel het gezondheidszorgsysteem van veel landen anders is dan in Nederland en daardoor de rollen van huisarts en apotheker ook anders (kunnen) zijn, kan de literatuur wel aanknopingspunten bieden voor de vraag hoe de beroepsgroepen in de praktijk tegen elkaar aankijken.

Eén van de kerntaken van de apotheker is de medicatiebewaking, zoals het checken van de medicatie op het bestaan van interacties, contra-indicaties, intoleranties, dubbelmedicaties en de hoogte van de dosering. Huisartsen erkennen deze rol van de apotheker (Bryant e.a., 2009; Cote e.a., 2013). Maar hoe kijken huisartsen aan tegen andere taken die de apotheker kan uitvoeren? Huisartsen zien een rol voor de apotheker als het gaat om voorlichting over medicatie aan de patiënt zoals het geven van uitleg over de werking en bijwerkingen van geneesmiddelen (Cote e.a., 2013; Freeman e.a., 2012; Tarn e.a., 2012). Ook zien huisartsen een actieve rol weggelegd voor de apotheker in medicatiereviews (Freeman e.a., 2012). Daarnaast vinden huisartsen dat de apotheker een rol kan hebben in de ondersteuning, motivering en begeleiding van patiënten bij het innemen van de medicatie, waardoor bijvoorbeeld het goed gebruiken van geneesmiddelen bevorderd wordt (Cote e.a., 2013; Freeman

e.a., 2012; Tarn e.a., 2012; Chui e.a., 2014; Kelly e.a., 2013; Edmunds & Calnan, 2001). In een Amerikaans onderzoek stelden huisartsen dat apothekers een goede intermediair zijn bij eventuele discussies tussen arts en patiënt. Dit omdat apothekers vaak vertrouwelingen voor patiënten zijn wanneer deze problemen hebben met hun medicatie (Tarn e.a., 2012). Een ander Amerikaans onderzoek liet echter zien dat slechts een derde (35,8%) van de huisartsen positief stond tegenover het ondersteunen van het geneesmiddelgebruik door de apotheker. Een iets grotere groep (40%) stond er juist negatief tegenover (Alkhateeb e.a., 2009).

Apothekers kunnen volgens huisartsen niet alleen patiënten ondersteunen maar ook huisartsen zelf, bijvoorbeeld als het gaat om het voorlichten van huisartsen over farmacotherapie (Freeman e.a., 2012; Kelly e.a., 2013). In een Nederlands onderzoek gaven huisartsen aan een rol voor apothekers weggelegd te zien in het FTO en het verzorgen van prescriptiecijfers. Dit mede vanwege hun expertise over medicatie (Muijers e.a., 2003).

Als het gaat om de in te zetten therapie bij een individuele patiënt dan zien artsen geen bepalende rol voor de apotheker weggelegd. In het zojuist genoemde Nederlands onderzoek zag 77% van de huisartsen een adviserende rol voor de apotheker weggelegd in de keuze voor de farmacotherapie van de patiënt tegenover slechts 20% die vond dat de apotheker moet meebeslissen hierover. Bij apothekers zelf lagen deze percentage ongeveer omgedraaid. Nederlandse huisartsen gaven aan geen bezwaar te hebben tegen generieke substitutie, maar therapeutische substitutie door de apotheker uit den boze te vinden (Muijers e.a., 2003). Hierbij moet opgemerkt worden dat deze studie 13 jaar geleden plaatsgevonden heeft. Aanpassen van recepten past volgens huisartsen uit Nieuw-Zeeland niet bij de taak van de apotheker (Bryant e.a., 2009). Uit de meeste internationale onderzoeken blijkt dat huisartsen geen rol voor de apotheek zien als het gaat om het beslissen over de therapie. Zo is volgens huisartsen voorschrijven geen taak voor de apotheker (Bryant e.a., 2009; Freeman e.a., 2012). Ook zien zij geen rol voor apothekers als het gaat om de keuze voor een middel of het vaststellen van de dosering (Kelly e.a., 2013). Huisartsen staan daarnaast ambivalent tegenover het overnemen van klinische taken of screeningsactiviteiten door de apotheker (Hatah e.a., 2012; Edmunds & Calnan, 2001; Spencer & Edwards, 1992). Momenteel zijn er internationaal overigens ontwikkelingen om apothekers meer verantwoordelijkheid te geven bij voorschrijven van geneesmiddelen (Bidwell & Thompson, 2015). En in Nederland zijn er diverse plekken waar apothekers – in overleg met en na fattering van de huisarts – de herhaalmedicatie verzorgen (Kwint e.a., 2003). In een Brits onderzoek uit het begin van deze eeuw komt ook naar voren dat huisartsen wel een rol zien voor de apotheker in het afhandelen van herhaalreceptuur (Edmunds & Calnan, 2001).

### **Rol die apothekers voor zichzelf weggelegd zien (literatuur)**

Apothekers zien zichzelf primair als verstrekker van geneesmiddelen waarbij zij de geschiktheid van het geneesmiddel voor de individuele patiënt beoordelen (Bryan e.a., 2009). Apothekers zien voor zichzelf daarnaast een grotere rol dan nu weggelegd in de patiëntenzorg: in de voorlichting, als intermediair tussen huisarts en patiënt, als begeleider van (chronisch) medicatiegebruik, in het uitvoeren van medicatiereviews en in therapietrouwbevordering (Bryant e.a., 2009; Tarn e.a., 2012; Chui e.a., 2014; Edmunds & Calnan, 2001). Waar huisartsen weinig heil lijken te zien in een uitbreiding van de klinische taken van de apotheker, zien apothekers dat zowel in Nederland als in verschillende andere landen wel. Bijvoorbeeld in de vorm van meer verantwoordelijkheid in de behandeling van kleine kwalen, het zelfstandig herhalen van geneesmiddelen bij chronische ziekten, het aanpassen van doseringen of de keuze van een voor de patiënt geschikter geneesmiddel of de toediening van vaccins (Edmunds & Calnan, 2001; Robson e.a., 2009; Mossialos e.a., 2015). In het hierboven genoemde Nederlandse onderzoek zagen huisartsen vooral een adviserende rol voor apothekers weggelegd in de keuze voor de behandeling. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat 69% van de apothekers vindt dat zij moeten kunnen meebeslissen over de keuze van de behandeling. Een minderheid van 26% ziet zichzelf slechts in een adviserende rol. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat een meerderheid van de apothekers vindt dat zij een belangrijke rol hebben in het FTO en het verzorgen van prescriptiecijfers, mede vanwege hun expertise over medicatie (Muijters e.a., 2003).

### **Wie zou wat moeten doen: resultaten van een online survey onder huisartsen en apothekers**

In aanvulling op de literatuur zijn in de eerder genoemde online survey van NIVEL/SIR vragen gesteld over de ideale taakverdeling tussen huisartsen en apothekers. De vragen zijn dezelfde als de vragen die werden gesteld naar de huidige ervaren verantwoordelijkheid (tabel 4). De vraag was of de situatie zoals die nu wordt ervaren – in de ogen van de beroepsbeoefenaar zelf – ook de ideale situatie weerspiegelt. Dat blijkt in grote lijnen het geval te zijn: ook wanneer gevraagd wordt naar de ideale situatie zien we dat de huisartsen voor vrijwel alle taken vinden dat zowel huisarts als apotheker die moeten doen (tabel 5). Apothekers vinden van vier van de zeven gevraagde taken dat zij vooral degenen moeten zijn die deze taken uitvoeren.

Tabel 5: Ideale verdeling van taken volgens apothekers en huisartsen

Wie voert idealiter taak uit ->	Apothekers (n=129)			Huisarts (n=69)		
	Apo*	Beiden	Ha*	Apo*	Beiden	Ha*
Voorlichting patiënt over reden voorschrijven	1	37	62	0	13	87
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten medicatie	16	72	12	3	29	68
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen medicatie	70	29	1	13	70	17
Voorlichting patiënt over gebruik medicatie	70	29	1	24	70	6
Er op toe zien dat combinatie van medicijnen kan	84	16	0	26	71	3
Patiënt vragen naar goed medicatiegebruik	60	38	2	16	72	12
Patiënt vragen naar tevredenheid over medicatie	42	56	2	7	62	31

\* Gecombineerde antwoordcategorie: voornamelijk apotheker + alleen apotheker en voornamelijk huisarts + alleen huisarts

Bron: online survey NIVEL/SIR

## 5 Financiering en tijd

### In het kort

- Voor de voorlopers is financiering niet de belangrijkste drijfveer tot samenwerking en zorginnovatie.
- Voor de middengroep en achterblijvers is dit wel het geval.
- De complexe financiering van de zorg belemmert de verdere integratie van de eerstelijns farmaceutische zorg .

Financiering en tijd zijn twee voorwaarden die vaak genoemd worden om binnen de gezondheidszorg zaken voor elkaar te krijgen. In dit hoofdstuk kijken we in hoeverre dit opgaat voor samenwerking tussen huisartsen en apothekers.

### Tijd is kostbaar (literatuur)

Samenwerking vraagt een tijdsinvestering. Dit baart artsen en apothekers zorgen vanwege een mogelijk toenemende werkdruk (Kelly e.a., 2013; Brock e.a., 2004; Pottie e.a. 2008; Tan e.a., 2013). Zaken die volgens deze zorgverleners extra tijd kunnen kosten zijn afstemming en het dubbel uitvoeren van zorgtaken (Kelly e.a., 2013; Tan e.a., 2014). Overigens geven professionals ook aan dat samenwerking, na een initiële investering, juist tijd kan opleveren bijvoorbeeld omdat men de taken kan verdelen waardoor juist tijd vrijkomt voor zorgtaken waar de zorgverleners daarvoor onvoldoende aan toe kwamen (Pottie e.a., 2008; Tan e.a., 2014). Toch ziet met vooral de extra tijd die het kost. Gebrek aan financiering en medewerking van de zorgverzekeraars worden in de literatuur dan ook regelmatig als barrières genoemd. Het geven van een vergoeding geldt als een stimulerende factor (Freeman e.a., 2012; Hatah e.a., 2012; Kelly e.a., 2013; Brock e.a., 2004; Tan e.a., 2014; Rey e.a., 2011).

### Weinig extra financiering voor samenwerking huisartsen-apothekers (online survey)

In Nederland is er – naast de reguliere financiering voor zorg – weinig extra financiering om de samenwerking tussen huisartsen en apothekers te bevorderen. Driekwart van de apothekers en ruim 80% van de huisartsen ontvangt geen extra financiering (tabel 6). Als er extra financiering beschikbaar is, dan komt dat het vaakst van de zorgverzekeraar, bij de apothekers gevolgd door inzet van eigen middelen. De percentages die we in 2014 zien, zijn wel een fractie hoger dan in 2009 toen 5% van de huisartsen aangaf met apothekers

samen te werken op basis van een financiering van een zorgverzekeraar (Hansen e.a., 2010).

Tabel 6: Manier waarop samenwerking tussen huisartsen en apothekers wordt gefinancierd

	% van de zorgverleners	
	Apotheker (n=153)	Huisarts (N=69)
Geen extra financiering	75	83
Eigen middelen	7	1
Overheidssubsidie	2	0
Zorgverzekeraar	17	13
Particuliere fondsen	1	0
Overig	2	3

Bron: online survey NIVEL/SIR

### Investeren in samenwerkingsprojecten loont (interviews)

Ook uit interviews met zorgverleners blijkt dat extra financiering om de samenwerking tussen de beroepsgroepen te intensiveren of verbeteren meestal niet beschikbaar is. Dit terwijl samenwerking tijd kost volgens veel geïnterviewde zorgverleners. Eén van de geïnterviewde apothekers verwoordt dit als volgt: *“Een belemmerende factor van de zorggroep en de samenwerking is dat het erg veel tijd kost. Tijd die de zorgverlener zelf moet vrij maken.”* Echter, een huisarts die met zijn huisartsenpraktijk in hetzelfde gebouw zit als de apotheek, en die intensief samenwerkt met deze apotheek maar financieel zelfstandig is, zegt: *“Op deze manier samenwerken kost niet veel extra tijd, uiteindelijk win je zelfs tijd”* (huisarts).

Tijdgebrek weerhoudt overigens niet alle huisartsen en apothekers ervan om samenwerkingsprojecten op te zetten. Bijvoorbeeld op het gebied van het uitwisselen van nierfunctiewaarden, een gezamenlijk loket voor ouderen of herhaalreceptuur. Soms is er voor een dergelijk project geen financiering, soms wel. Ook blijkt in enkele gevallen dat er financiering komt tijdens het project of dat de financiering na de projectfase wordt overgenomen door de zorgverzekeraar: *“De zorgverzekeraar vond dit een belangrijk project omdat het voor een deel de huisartsen ontlast. Door de samenwerking van de huisarts en apotheker bij dit project hebben wij beiden ons kennisniveau kunnen ophogen. Doordat beide partijen baat hebben bij dit project is er veel enthousiasme wat de samenwerking bevordert”* (apotheker). Financiering voor extra activiteiten, zoals het opstellen van een formularium en het betrekken van de patiënt in de samenwerking tussen huisarts en apotheker, komen in één geval ook van de zorggroep (huisarts).



Een apotheker geeft aan dat de samenwerking goed gaat omdat geld niet leidend is in de samenwerking: *“We willen ons werk goed doen. Financiën zijn hierbij geen drijfveer, het gaat om beroepseer”*. Dit kan komen omdat de samenwerking bij deze apotheker is gestart met het uitwisselen van laboratoriumwaarden waarbij geen enkele partij financieel voordeel heeft. Een andere apotheker geeft namelijk aan dat het van belang is dat samenwerking bestaande vergoedingen niet beïnvloedt: *“Als samenwerking inhoudt om wat werk af te geven aan de ander is er angst ook minder inkomsten te genereren. Door het maken van afspraken op ‘neutrale’ onderwerpen kan het vertrouwen en de samenwerking groeien”*. Enkele apothekers geven aan dat het gebrek aan begrip ook voortkomt uit het feit dat huisartsen denken dat apothekers nog steeds grootverdieners zijn: *“Het besef bij artsen dat het bij apothekers qua geld wel voorbij is, dringt niet door. Dit begrip ontbreekt nog vrijwel volledig”* (apotheker). Een andere belemmerende factor die wordt genoemd, is de relatie tot de zorgverzekeraar. Eén apotheker geeft aan het gevoel te hebben dat: *“De zorgverzekeraar de beide beroepsgroepen tegen elkaar uitspeelt wat ook een negatieve invloed heeft op het contact en de samenwerking tussen beide beroepsgroepen onderling”*.



## 6 Vertrouwen en onderlinge communicatie

### In het kort

- Vertrouwen is een basisvoorwaarde voor goede samenwerking en wordt bevorderd door continuïteit, goede onderlinge communicatie, investeren in persoonlijk contact, en hetzelfde belang nastreven: goede zorg voor patiënten.
- In Nederland vindt onderlinge communicatie het vaakst plaats via de telefoon: twee derde van de apothekers heeft minimaal wekelijks telefonisch contact met huisartsen.

### Vertrouwen als basis voor samenwerking (literatuur)

Vertrouwen, een goede verstandhouding, een goede werkrelatie, elkaar kennen: het zijn in de literatuur veel genoemde begrippen als het gaat om het hebben of bereiken van een goede samenwerking (Bradley e.a., 2012; Bradley e.a., 2008; Van e.a., 2011; Van e.a., 2012; Zillich e.a., 2004; Doucette e.a., 2005). Belangrijk voor blijvend en groeiend vertrouwen is de continuïteit in de personeelsbezetting (Bradley e.a., 2008). Zo prefereren Britse huisartsen zelfstandige apothekers boven ketenapothekers en een vaste apotheker boven wisselende apothekers (Bradley e.a., 2012). In een Australisch project waar openbaar apothekers hun werk gingen doen in een huisartspraktijk werd het proces van groeiend vertrouwen als volgt beschreven: “In het begin voelden de apothekers zich een buitenstaander en vonden het lastig hun positie te bepalen. Langzaam maar zeker gebeurt dat wel, al gaat het wel met horten en stoten. Na bijna een half jaar in de huisartspraktijk te werken, vinden ze hun draai en worden ze ook meer door de huisartsen gewaardeerd. Zij gaan bijvoorbeeld steeds meer adviezen geven. Ze hebben niet alleen meer contact met de huisarts maar ook met andere eerstelijns zorgverleners en met patiënten” (Pottie e.a., 2009). Vergelijkbare ervaringen maakten de apothekers in het Nederlandse POINT<sup>10</sup> project mee toen zij tussen 2014 en 2015 in tien verschillende huisartspraktijken werkzaam waren. Een duidelijk beeld van de respectievelijke rollen van huisarts en apotheker leidt ook tot onderling vertrouwen en begrip waardoor de samenwerking gefaciliteerd wordt (Zillich e.a., 2004; Van e.a., 2011; Van e.a., 2012). Goede onderlinge communicatie is

---

<sup>10</sup> Zie pagina 41 voor een uitleg van dit project; de hierboven vermelde uitspraak werd gedaan tijdens de slotbijeenkomst van het POINT-project.

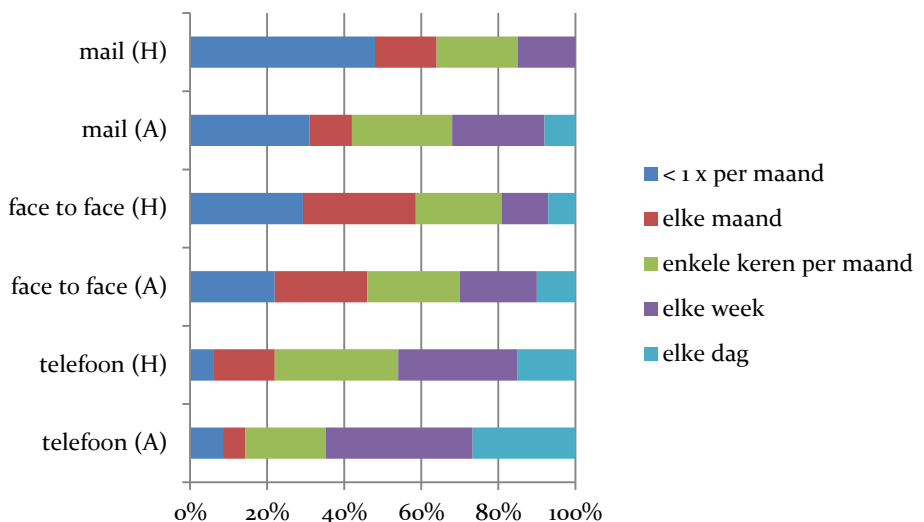
daarbij een belangrijke randvoorwaarde (Hatah e.a., 2012; De Rey e.a., 2011; Bradley e.a., 2012; Zillich e.a., 2004; Doucette e.a., 2005; Dieleman e.a., 2004; Pottie e.a. 2008; Farrell e.a., 2013).

De communicatie is echter niet altijd optimaal. Verschillende onderzoeken geven aan dat het gebrek aan goede face-to-face communicatie een barrière is voor goede onderlinge samenwerking (Tarn e.a., 2012; Kelly, e.a., 2013).

Overigens werd in Duits onderzoek gevonden dat huisartsen en apothekers, ondanks dat er weinig onderlinge interactie is, wel vertrouwen hebben in elkaar. Wel wilde men meer interactie om de patiëntenzorg verder te verbeteren (Wustmann e.a., 2013).

### Contact als basis voor een goede samenwerking (online survey)

Goede interactie is een belangrijke voorwaarde voor vertrouwen en een goede samenwerking. Een dergelijke interactie houdt bijvoorbeeld in dat er regelmatig contact is, dat deze laagdrempelig is en dat er respect is voor elkaars deskundigheid. In de online survey vroegen we naar de frequentie van het contact. Huisartsen en apothekers in Nederland hebben het vaakst contact via de telefoon (Figuur 2). Een kwart van de apothekers spreekt dagelijks een huisarts via de telefoon en 40% doet dat ten minste wekelijks. Voor huisartsen liggen deze percentages lager (respectievelijk 15 en 31%). Dit is logisch gezien het feit dat huisartsen met minder apothekers samenwerken dan andersom. Face to face contact is er dagelijks bij 10% van de apothekers en 7% van de huisartsen. Mail is het minst gebruikte communicatiemiddel.



Figuur 2: Frequentie van contact tussen apothekers (A; n=124-127) en huisartsen (H; n=61-67)

## Investeren in persoonlijk contact loont (interviews)

### *Vertrouwen*

Vertrouwen is – zoals aangegeven – een basis voor een goede samenwerkingsrelatie tussen huisarts en apotheker. Eén apotheker verwoordt dit als volgt: *“Doordat er vertrouwen in elkaar is, zijn problemen bespreekbaar. Er mag gediscussieerd worden. Je mag elkaar aanspreken op professionele kwaliteit van iemands werk”*. Vertrouwen ontwikkelen vergt tijd en investering van zowel de apotheker als de huisarts. Een apotheker merkt op: *“In onze gemeente is een “voedingsbodem” voor samenwerking. Het is van oudsher gebruikelijk om altijd kennis met elkaar te maken. Als je nieuw komt als apotheker of huisarts stel je jezelf voor aan de collega’s”* (apotheker). Regelmatig professioneel overleg staat voorop bij het ontwikkelen van vertrouwen, maar een meer persoonlijke benadering speelt ook een rol. Regelmatig persoonlijk contact kan het onderling vertrouwen bevorderen: *“Zorg voor persoonlijk onderhoud tussen artsen en apothekers. Drink bijvoorbeeld samen een kop koffie of trakteer bij een verjaardag (apotheker)”* of *“persoonlijk contact buiten het werk, bijvoorbeeld samen sporten, kan de werkverhouding ook doen veranderen”* (apotheker). Het delen van een gebouw wordt door een aantal geïnterviewden genoemd als een voordeel omdat men dan gemakkelijker bij elkaar binnenloopt. Overigens merkt een apotheker op dat alleen een goede relatie niet voldoende is: *“Je moet iets toe te voegen hebben in de zorg, je moet kennis van zaken hebben”*.

Naast investeren in het persoonlijke contact noemt men ook andere zaken die het vertrouwen kunnen bevorderen, zoals het hebben van hetzelfde belang waarbij een aantal geïnterviewden, zowel huisartsen als apothekers, aangeeft dat dit dan wel het belang van de patiënt moet zijn. Een andere manier om vertrouwen te creëren is om gezamenlijke projecten op te starten zoals de projecten genoemd in hoofdstuk 3. Een huisarts refereert aan de formele kant: *“Heb geen wantrouwen naar elkaar als huisarts en apotheker zijnde. De apotheker is ook een zorgaanbieder met een BIG- registratie waaraan hij moet voldoen”*.

### *Onderlinge communicatie via ICT*

De mogelijkheden tot het uitwisselen van gegevens via ICT is de afgelopen jaren alleen maar toegenomen. Uit de interviews blijkt echter niet dat gegevensuitwisseling via ICT een belangrijke bijdrage levert aan de mate van samenwerking, al heeft men wel vrijwel allemaal een zelfde systeem waardoor uitwisseling van gegevens snel gaat. Wel ziet men voordelen in de uitwisseling van gegevens. Het niet hebben van een gezamenlijk ICT-systeem wordt door een van de apothekers als knelpunt genoemd.



## 7 Expertise en opleiding

### In het kort

- Professioneel respect en begrip voor elkaars expertise bevordert de samenwerking tussen huisartsen en apothekers.
- Door huisartsen en apothekers al tijdens hun opleiding met elkaar kennis te laten maken wordt professioneel respect en inzicht in elkaars expertise bevorderd.

Dit hoofdstuk gaat in op de rol die expertise en opleiding in de samenwerking hebben. Het waarderen van elkaars expertise werd in het vorige hoofdstuk al aangestipt als een belangrijk element van goede interactie tussen de twee beroepsgroepen. In dit hoofdstuk werken we dit aspect verder uit.

### **Respect voor elkaars expertise belangrijk in samenwerking** (literatuur)

Professioneel respect en begrip voor elkaars expertise is een factor die de samenwerking tussen huisartsen en apothekers kan bevorderen (Bradley e.a., 2012; Dieleman e.a., 2004). Dit respect is niet altijd vanzelfsprekend. Zo twijfelden artsen in een studie uit Nieuw-Zeeland of apothekers voldoende kennis hebben om patiënten te begeleiden bij het gebruik van hun geneesmiddelen. De onderzoekers van de betreffende studie noemen deze twijfels bij de artsen een uitdaging voor het doorvoeren van veranderingen in de complexe eerstelijns setting (Bryant e.a., 2009). Uit een Australisch onderzoek komt naar voren dat, wanneer het gaat om het bredere chronic disease management (CDM), een meerderheid van de artsen een gebrek aan vertrouwen heeft in de kennis van de apotheker aangaande CDM. Dit terwijl de apothekers aangeven daarin wel een rol te willen vervullen (Rieck, 2013). Uit een ander Australisch onderzoek komt ook naar voren dat artsen twijfelen over de kennis die apothekers hebben, bijvoorbeeld als het gaat om het inschatten van de behoeften die patiënten aan zorg hebben (Farrell e.a., 2010; Dey e.a., 2010). Apothekers vinden juist dat hun vaardigheden onderbenut worden (Edmunds, 2001). Artsen lijken de competenties en expertise van de apotheker niet altijd te kennen (Hughes e.a., 2003). Soms heeft een verschil in status tussen artsen en apothekers een negatieve invloed op de relatie tussen beide beroepsgroepen. Profilering van apothekers als zorgverleners kan mogelijk helpen om het verschil in status te verminderen, waardoor de competenties en expertise van de apotheker beter uit de verf kunnen komen (Tarn e.a., 2012; Rieck, 2014). Verschillende partijen in een Australisch onderzoek (patiënten,

artsen, apothekers, managers) vinden dat het goed zou zijn als de apotheker beter opgeleid wordt voor de rol als zorgverlener (Freeman e.a., 2012).

**Respect voor elkaars expertise belangrijk in samenwerking** (interviews)

De voor dit onderzoek geïnterviewde zorgverleners zagen vertrouwen als een basisvoorwaarde voor goede samenwerking. Elkaars expertise waarderen is daar een onderdeel van volgens een apotheker: *“Vertrouwen kun je onder andere creëren door elkaars werk te waarderen. Daarom is het belangrijk om elkaar te kunnen/durven aanvullen, bijvoorbeeld qua kennis. Je samen ontwikkelen is belangrijk voor de integratie van de zorg. Huisarts en apotheker moeten dezelfde taal spreken en elkaar respecteren in zowel sterke als minder sterke kanten”*. Ook andere apothekers wijzen erop dat begrip voor en vertrouwen in elkaars werk en expertise belangrijk is. Een van hen geeft aan dat *“bij een ideale samenwerking de expertise van de apotheker beter gebruikt zou kunnen worden, denk hierbij bijvoorbeeld aan bijwerkingen etc. .... Een randvoorwaarde hierbij is dat de apotheker kennis van zaken moet hebben en dus iets toe te voegen heeft”*. Een van de apothekers benadrukt dat hiermee niet vroeg genoeg begonnen kan worden, namelijk tijdens de opleiding: *“Een begin hiervoor kan gemaakt worden bij de opleiding, door huisarts en apotheker bijvoorbeeld al samen les te geven in farmacotherapie. Dan leren ze elkaar begrijpen”*. Een aantal geïnterviewde huisartsen geeft aan dat ook in Nederland het imago van de apotheker nadelig kan zijn voor de waardering van de expertise van de apotheker: *“Het grootgeldverdieners beeld van de apotheker moet echt verdwijnen. Dat is tegenwoordig zeker niet meer zo”*.



## 8 Setting

### In het kort

- De afgelopen 10 jaar is het aantal huisartsenpraktijken en apotheken die onder één dak gevestigd zijn toegenomen.
- Gezamenlijke huisvesting maakt samenwerking gemakkelijker maar is geen noodzakelijke voorwaarde voor goede samenwerking.
- In het POINT-project werken apothekers in huisartsenpraktijken en leveren daar ter plekke farmaceutische zorg. Een deel van deze apothekers blijft dit na de projectfase doen.

### Huisartsen en apothekers steeds vaker onder één dak (online survey)

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zien we dat verschillende disciplines zich steeds vaker op een gezamenlijke plek vestigen. In de online survey geeft bijna de helft (46%) van de apothekers (n=147) aan in een vestiging te werken waar een of meer huisartsen werken. Van de huisartsen (n=74) geeft 42 procent aan in een vestiging te werken met een apotheek. Uit de NIVEL Monitor samenwerking in de eerste lijn bleek dat in 2007 ongeveer 23% van de huisartsen met een apotheker in dezelfde vestiging zaten. In 2009 was dat aandeel gestegen tot 28% (Hansen e.a. 2010). Overigens gaat deze gezamenlijk huisvesting niet altijd verder dan een gezamenlijke entree, gezamenlijke ICT-voorzieningen en een gezamenlijke website (tabel 7). Het delen van het zorgdossier wordt door 7-8% van de zorgverleners genoemd.

Tabel 7: Percentage gezamenlijke faciliteiten huisarts en apotheker (online survey)

	Apotheker (n=67)* % van apothekers in een gezamenlijke vestiging	Huisarts (n=31)* % van huisartsen in een gezamenlijke vestiging
Entree	73	74
Balie	2	7
Spreekkamer/behandelruimte	3	0
Zorgdossier	8	7
Website	37	16
ICT	44	48

\* Percentages van huisartsen respectievelijk apothekers die gezamenlijke vestigingen hebben

### **Onder één dak bevordert de samenwerking (literatuur)**

In de internationale literatuur zien artsen en apothekers gezamenlijke huisvesting als een bevorderende factor voor samenwerking. Dit omdat men dan meer van elkaar kan leren, men zich bewuster wordt van de professionele vaardigheden van de ander en omdat vertrouwen ontwikkeld kan worden. Ook de onderlinge communicatie en als gevolg daarvan de samenwerking verlopen beter als men onder één dak zit (Tan e.a., 2013; Harding e.a., 1990). Uit een Australisch onderzoek komt echter naar voren dat met name huisartsen niet echt voordeel zien in een gezamenlijke huisvesting, als de communicatie met de apotheker maar goed is (Dey e.a., 2011). Een Amerikaans onderzoek laat ook geen effect zien van gezamenlijke huisvesting op de mate van samenwerking (Doucette e.a., 2005). Bij het opstarten van samenwerking is een nabije ligging van de praktijken ten opzichte van elkaar belangrijk, maar ook de belangstelling van de praktijkmanagers voor samenwerking is van belang (Rubio-Valera e.a., 2012). Veranderingen in management kunnen – als de samenwerking eenmaal begonnen is – juist weer een barrière vormen. Een speciale vorm van onder één dak werken, is wanneer binnen de huisartspraktijk een apotheker werkzaam is. In Nederland gebeurt dit momenteel in het kader van een onderzoeksproject in 10 praktijken (zie kader 1). De resultaten van dit project zijn nog niet bekend. In Australië kennen ze deze werkwijze ook. De mening van de deelnemende huisartsen over de integratie van de apotheker in de huisartspraktijk is positief. Uitdagingen die hierbij genoemd werden zijn: het aanpassen van de dagelijkse routine op zo'n manier dat de apotheker goed ingezet kan worden en het vinden van tijd om apothekers bij het werk te betrekken.

#### **Kader 1: Proefproject “Apotheker in dienst van de huisarts”**

In het project “Apotheker in dienst van de huisarts” werken apothekers in de huisartspraktijk. Het project heeft in 10 praktijken gelopen. Een deel van de apothekers blijft na het project in deeltijd in dienst van de huisartspraktijk. De apothekers besteden het overgrote deel van hun tijd aan patiëntenzorg. Ze houden consulten met patiënten in hun eigen spreekkamer, doen huisbezoeken en worden door de huisarts of praktijkondersteuner in hun consulten geroepen voor consultatie. Naast deze directe patiëntenzorg coördineren de apothekers projecten in de huisartspraktijk en geven ze onderwijs aan andere zorgverleners in de praktijk.

Bron: Interviews met initiatiefneemster Anne Leendertse in Farmamagazine en het Pharmaceutisch Weekblad<sup>11</sup>

<sup>11</sup> <http://farma-magazine.nl/anne-leendertse-apotheker-dienst-van-de-huisarts/>;  
<http://www.pw.nl/nieuws/nieuwsberichten/2015/huisartsen-omarmen-apotheker-in-hun-team>

### **Onder één dak bevordert de samenwerking** (interviews)

Ruim de helft van de geïnterviewde zorgverleners voor dit onderzoek werkt onder één dak met de andere beroepsgroep. Men deelt soms ook faciliteiten zoals een gezamenlijke entree of heeft een gezamenlijke website. Het samen delen van een gebouw wordt door sommigen expliciet benoemd als voordeel in het contact: *“Face-to-face contact is een pre als het gaat om het onderhouden van de relatie tussen huisarts en apotheker. Het samen delen van een gebouw maakt dit eenvoudiger, helemaal als er gezamenlijke ruimtes in dit gebouw zijn”* (apotheker). Een andere apotheker zegt: *“Door het delen van een gebouw is er meer fysiek en persoonlijk contact tussen huisarts en apotheker. Op de manier komen de apotheker en de huisarts regelmatig bij elkaar over de vloer. Dit is een bevorderlijke factor voor vertrouwen en samenwerking”*. Een huisarts noemt als voordeel dat samenwerken onder één dak ook kan betekenen dat men patiënten voor elkaar aantrekt. In één geval werkte de geïnterviewde apotheker in de huisartspraktijk (zie ook kader 1). De betreffende apotheker en huisarts gaven aan dat het voor de apotheker een extra dimensie is om echt op locatie te zitten in de huisartsenpraktijk en de patiënten echt in die omgeving te zien. Doordat beiden contact hebben met de patiënten leer je elkaar ook anders kennen. Je ziet hoe de ander met de patiënt om gaat. Een kijkje in elkaars keuken helpt om elkaar te begrijpen en bouwt vertrouwen op (apotheker, huisarts). Het niet bij elkaar in een gebouw zitten hoeft geen belemmering te zijn om bij elkaar binnen te lopen, blijkt uit het interview met een apotheker die geen gebouw deelt met huisartsen.



## 9 Conclusie en aanbevelingen

- *“Een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg vormt de spil van een toekomstbestendige gezondheidszorg”*
- *“Nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts kan leiden tot een veel betere patiëntenzorg tegen minder kosten”*

Bovenstaande citaten uit de brief van de verkenner Farmacie geven aan dat, om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige farmaceutische zorg aan patiënten te leveren, samenwerking tussen de huisarts en de openbaar apotheker in de eerste lijn van cruciaal belang is. Huisartsen zijn bevoegd om geneesmiddelen voor te schrijven. Apotheekhoudenden, voornamelijk apothekers, zijn bevoegd om voorgeschreven geneesmiddelen ter hand stellen. De expertises van huisartsen en apothekers zijn deels complementair en deel overlappend. Juist omdat hun expertises complementair zijn, hebben huisartsen en apothekers in de regel andere kernkwaliteiten. Door goede samenwerking kunnen deze expertises optimaal benut worden waardoor ook patiënten hier baat van hebben. Dit is nodig omdat de zorg in de eerste lijn complexer wordt bijvoorbeeld door de vergrijzing en de verschuiving van zorg vanuit de tweede lijn. Maar hoe is de samenwerking momenteel? In dit rapport gingen we hiernaar op zoek. We keken hoe de taakverdeling momenteel is en hoe beide beroepsgroepen daar tegenaan kijken. We keken ook naar een aantal factoren die samenwerking beïnvloeden zoals het vertrouwen dat de beroepsgroepen in elkaar hebben, de financiering van de zorg en de setting waarin men werkt. In dit hoofdstuk kijken we eerst terug op de resultaten. Vervolgens bespreken we de implicaties voor beleidsmakers en onderzoek.

### **Samenwerking tussen huisarts en apothekers**

#### *Samenwerking volgens de koepels*

De koepels van beide beroepsgroepen stellen in hun toekomstvisie dat binnen de zorg gestreefd moet worden naar een integrale, mensgerichte benadering van de patiënt: de patiënt centraal. Gepleit wordt voor zorg dicht bij de patiënt: zorg in de buurt. Zorg in de buurt vraagt de inzet van veel zorgverleners en daarmee ook een goede afstemming tussen de zorgverleners. Beide beroepsgroepen pleiten dan ook voor nauwe samenwerking in de eerste lijn (zie citaten onder).

Huisartsen, apothekers en wijkverpleegkundigen vormen een driehoek, die zorg op maat mogelijk moet maken (*KNMP, toekomstvisie*)

De patiënt ontvangt zorg in de eigen woonomgeving door maximale inzet van de huisarts, samenwerking met andere eerstelijns zorgverleners en zorginnovatie (*LHV/NHG Toekomstvisie*).

De hiërarchische cultuur met individuele dokters en apothekers maakt in 2025 plaats voor een aanspreekcultuur gebaseerd op teamwork (*Werkgroep 2025, jonge zorgprofessionals*)

#### *In welke vorm werken huisartsen en apothekers samen?*

Huisartsen en apothekers werken op verschillende manieren met elkaar samen en hebben vrijwel allemaal geregeld en structureel overleg (Van Hassel e.a., 2015). Dit overleg vindt onder andere plaats in het farmacotherapie overleg (FTO). Vrijwel alle huisartsen en apothekers zijn lid van een FTO-groep en een meerderheid maakt deel uit van een FTO-groep waar gezamenlijke afspraken gemaakt worden over farmacotherapie. Hoewel lang niet alle apothekers bij een zorggroep aangesloten zijn, komen huisartsen en apothekers elkaar daar ook in toenemende mate tegen. Ruim een kwart van de huisartsen heeft formele samenwerking met de apotheker; dat is meer dan met welke andere beroepsgroep in de eerste lijn (Van Hassel e.a., 2015). Daarnaast zijn er afspraken over de dagelijkse patiëntenzorg. Het vaakst maakt men daarbij afspraken over het overgaan tot aflevering van geneesmiddelen in weekdoseringen, het aanpassen van recepten en medicatiebeoordelingen. Apothekers en huisartsen kijken verschillend aan tegen de huidige verdeling van een aantal taken zoals het informeren van patiënten en het vragen naar ervaringen met medicijnen. Apothekers vinden dat het vooral hun beroepsgroep is die deze taken op zich neemt. Huisartsen vinden dat apothekers en artsen dit samen doen. Uit interviews die gehouden zijn met apothekers en huisartsen blijkt dat beide beroepsgroepen ook gezamenlijk speciale projecten starten, bijvoorbeeld rondom de uitwisseling van uitslagen van laboratoriumtesten, het opzetten van een ouderenloket, het opzetten van een lokale zorggroep en het betrekken van patiënten bij de samenwerking.

#### *Hoe kijken huisartsen en apothekers tegen hun rolverdeling aan?*

Uit dit onderzoek blijkt dat Nederlandse apothekers graag een grotere rol willen hebben in de zorg voor patiënten. Het gaat dan om taken als

medicatiebegeleiding en het geven van informatie. Huisartsen staan daar gematigd positief tegenover. De huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek zien de farmaceutische patiëntenzorg als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Uit de internationale literatuur blijkt dat apothekers meer klinische taken willen vervullen; huisartsen zien hier echter weinig in.

### **Factoren die samenwerking tussen huisarts en apothekers beïnvloeden**

Een cruciale factor voor samenwerking is het vertrouwen dat de beroepsgroepen in elkaar hebben. Elkaar leren kennen en een goede onderlinge communicatie zijn belangrijke randvoorwaarden voor vertrouwen en daarmee voor een goede samenwerking. De communicatie is echter niet altijd optimaal. Verschillende internationale onderzoeken – en ook een aantal geïnterviewde zorgverleners – geven aan dat het gebrek aan goede face-to-face communicatie tussen huisartsen en apothekers een barrière is voor goede onderlinge samenwerking. Hoewel het werken onder één dak geen noodzakelijke voorwaarde is voor goede samenwerking is het wel zo dat het contact tussen de beroepsgroepen wordt bevorderd door het hebben van gezamenlijke huisvesting of een werkplek vlakbij elkaar. Er is dan vaker overleg, men leert meer van elkaar en is zich bewuster van de professionele vaardigheden van de ander. Dit hangt wel af van hoe de samenwerking onder één dak is ingestoken. In sommige gevallen is een gezondheidscentrum bijvoorbeeld vooral een “bedrijfsverzamelplaats” waar men niet noodzakelijkerwijs veel samenwerkt. In andere gevallen is men samen eigenaar en deelt men de zorg voor de patiënten. Een voorbeeld van intensieve samenwerking is het POINT-project. Binnen dit project zijn apothekers in huisartspraktijken apothekers werkzaam. Hun taken zijn daar bijvoorbeeld het houden van consulten met patiënten in hun eigen spreekkamer, het doen van huisbezoeken en het ondersteunen van de huisarts of praktijkondersteuner in hun consulten. Na afloop van het project blijft een deel van de apothekers in deeltijd in de huisartspraktijk werkzaam.

Professioneel respect en begrip voor elkaars expertise zijn eveneens factoren die de samenwerking tussen huisartsen en apothekers kunnen bevorderen. Dit respect is niet altijd vanzelfsprekend. Uit de internationale literatuur blijkt dat apothekers soms vinden dat hun vaardigheden onderbenut worden en dat artsen de competenties en expertise van de apotheker niet altijd lijken te kennen. Elkaar beter leren kennen is belangrijk en dit zou bij voorkeur al tijdens de academische opleiding moeten beginnen, maar ook tijdens de respectievelijke vervolgopleidingen tot huisarts en openbaar apotheker en daarna life long in het post academisch onderwijs.

Tot slot zijn financiering en tijd twee voorwaarden die vaak genoemd worden om binnen de gezondheidszorg zaken voor elkaar te krijgen. In Nederland is er weinig financiering om samenwerking te stimuleren. Zorgverleners zien dit als

een barrière omdat samenwerking volgens hen tijd kost, zeker in de beginfase. Overigens geven zorgverleners ook aan dat samenwerking, na een initiële investering, juist tijd kan opleveren omdat men taken efficiënter onderling kan verdelen. Tijdsgebrek weerhoudt dan ook niet alle huisartsen en apothekers ervan om samenwerkingsprojecten op te zetten, bijvoorbeeld op het gebied van het uitwisselen van nierfunctiewaarden, een gezamenlijk loket voor ouderen of herhaalreceptuur. Naast gebrek aan tijd en geld en tijd spelen er soms ook andere zaken die samenwerking beïnvloeden. Een voorbeeld is de privacy wetgeving waardoor voor het uitwisselen van gegevens toestemming van patiënten gevraagd moet worden.

## **Beleidsaanbevelingen**

De bevindingen van deze overzichtsstudie zijn gepresenteerd tijdens een rondetafelgesprek met vertegenwoordigers van verschillende organisaties in de zorg, met name in de eerste lijn. Op basis van de resultaten en de discussies tijdens dit rondetafelgesprek is een aantal aanbevelingen voor beleid en onderzoek geformuleerd.

### *Samenwerken tussen beroepsgroepen bevorderen*

Vertrouwen in elkaar is dé basisvoorwaarde voor goede samenwerking. Dit vertrouwen kan ontstaan door elkaar beter te leren kennen. Maar ook een stabiele beleidscontext voor samenwerking in de vorm van consistentie van beleid met een visie op samenwerking voor de lange termijn is nodig als solide basis. Dit geldt ook voor onderhandelingen tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Meerjarige contracten kunnen leiden tot een groeiend vertrouwen in het feit dat investeren in samenwerken loont. Afspraken met zorgverzekeraars moeten transparant zijn zodat helder is hoe de financiering voor de beide beroepsgroepen geregeld is. Daarnaast is er discussie in het veld over de marktwerking in de zorg. Hierdoor moet concurrentie bevorderd worden. De vraag is echter hoe dit zich verhoudt tot samenwerking in de lokale setting.

### *Financiering van samenwerking*

Innovators vinden financiering van samenwerking minder belangrijk. Zij gaan op basis van idealisme aan de slag. Om samenwerking te verankeren als standaardonderdeel van de zorg is echter meer nodig. De samenwerking tussen huisarts en apotheker is dermate cruciaal voor een goede zorg voor een toenemend aantal complexe geneesmiddelgebruikers dat dit een structurele plek in de financiering verdient, bijvoorbeeld in het kader van programmatische zorg of in een aparte beleidsregel. Hierbij is het de uitdaging om de financiering zo in te richten dat de beroepsgroepen gestimuleerd worden



gezamenlijk zaken oppakken en in gang te zetten om de patiëntenzorg te verbeteren zonder dat hierbij discussie ontstaat over de besteding van het geld. Dit kan bijvoorbeeld door af te spreken dat de beroepsgroepen gezamenlijk taken oppakken maar de partijen wel elk een eigen financiering te geven.

#### *Vermindering van regeldruk*

Samenwerking wordt volgens de beroepsgroepen ook belemmerd door het te veel aan regels en de bijbehorende administratieve lasten. Dit omdat de tijd van de zorgverleners beperkt is en samenwerking in hun ogen – zeker in het begin – ook tijd kost. Vermindering van regeldruk kan tijd opleveren die aan zorg en samenwerking besteed kan worden. In 2015 is, in elk geval voor huisartsen, een eerste stap gezet om deze regeldruk te verminderen als gevolg van de actie “Het roer gaat om”. Deze actie leidde tot een akkoord tussen huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten, waarin afgesproken is te gaan komen tot minder bureaucratie, gelijkwaardigere contractonderhandelingen en beter zicht op geleverde kwaliteit. Zorgverzekeraars en apothekers zijn in overleg om dit proces ook voor apothekers te realiseren. Het ministerie van VWS ondersteunt dat.<sup>12</sup>

#### *Samenwerking op landelijk en regionaal niveau*

De koepels van de beide beroepsgroepen kunnen nog meer samenwerken. Door zelf het goede voorbeeld te geven en een gezamenlijke visie over geïntegreerde farmaceutische zorg op te stellen, kunnen zij hun achterban hierin meenemen. Het samen opgeleid worden vergroot het inzicht in de expertise van de andere beroepsgroep en maakt het gemakkelijker de ander te raadplegen. De beroepsgroepen zouden daarom bijvoorbeeld kunnen werken aan gezamenlijke opleidingen zowel als het gaat om het academische als het postacademische onderwijs. De huisartsen werken binnen de opleiding met de zogenaamde CanMeds competenties. Deze uit Canada afkomstige methodiek is bedoeld om opleiding en bij- en nascholing voor zorgverleners te kwalificeren in termen van competenties. Ook de apothekers hebben deze systematiek omarmd. Dit betekent mogelijkheden voor de toekomst omdat beide beroepsgroepen volgens eenzelfde systematiek worden opgeleid op samenwerkings-competenties. Dit is een langetermijnoplossing. Ondertussen kan begonnen worden de regionale nascholing multidisciplinair aan te bieden

#### *Samenwerking op lokaal niveau*

Samenwerking op lokaal niveau kan gestimuleerd worden door te starten met gezamenlijke projecten. Dit bleek uit de interviews die we in het kader van deze kennissynthese voerden met apothekers en huisartsen. Hierbij is het kiezen van

---

<sup>12</sup> <https://www.knmp.nl/nieuws/actie-2018het-roer-moet-om2019-van-huisartsen-krijgt-ervolg-voor-apothekers> (laatst geraadpleegd 3 januari 2016)

een goed en inhoudelijk onderwerp belangrijk: iets waar de meerwaarde voor de patiënt duidelijk is en waar beide beroepsgroepen iets aan hebben zonder in elkaars vaarwater te komen en waarbij geld niet meteen een rol speelt. Een duidelijk voorbeeld is het al eerder genoemde POINT-project. Andere voorbeelden zijn het uitwisselen van laboratoriumuitslagen, het afstemmen van herhaalmedicatie, het organiseren van medicatiebeoordelingen of het opzetten van een ouderenloket. Vanuit die projectvorm kan vervolgens de samenwerking geïntensiveerd worden. Het FTO vormt een goede basis van waaruit dergelijke projecten opgezet kunnen worden. Ook zouden grotere (regionale) verbanden zoals zorggroepen ondersteuning kunnen bieden aan lokale initiatieven bijvoorbeeld door projecten te ontwikkelen die lokaal uitgevoerd worden zoals samenwerken in medicatiebeoordelingen. Hiervoor lopen in enkele zorggroepen pilots.<sup>13</sup>

## Onderzoeksaanbevelingen

### *Inzichtelijk maken van - opbrengsten van - goede samenwerking*

Samenwerking moet geen doel op zich zijn. Het is een middel om te komen tot betere zorg voor patiënten. De volgende vraag die zich opdringt, wat goed samenwerken precies oplevert voor alle betrokkenen: de patiënt, de huisarts, de apotheker maar ook voor de maatschappij. Oftewel: wat is precies het rendement van een goede samenwerking? En op welke vlakken ligt dit rendement: wordt de kwaliteit van zorg erdoor verbeterd, wat levert het aan gezondheidswinst op en is het doelmatig? Dit zijn vragen die relevant zijn om te onderzoeken. ZonMW zou bij het honoreren van onderzoek op het gebied van farmaceutische zorg prioriteit kunnen geven aan onderzoek dat multidisciplinaire samenwerking stimuleert en de effecten van samenwerking in kaart brengt. Daarbij geldt dat zowel observationeel als interventie-onderzoek een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het bieden van inzicht in de opbrengsten van samenwerking. In Nederland is nog relatief weinig observationeel onderzoek gedaan naar de effecten die samenwerking tussen huisartsen en apothekers kan hebben op de zorg. Het koppelen van gegevens over samenwerking – zoals hier verkregen in de online survey – aan gegevens over zorgverlening en zorggebruik zoals bijvoorbeeld voorhanden in de NIVEL Zorgregistraties, de Stichting Farmaceutische Kengetallen en Vektis kan een eerste stap hierin zijn.

### *Naar bredere implementatie van samenwerkingsprojecten*

In dit rapport kwamen verschillende voorbeelden van projecten naar voren waarbij het streven was de zorg te verbeteren door betere samenwerking tussen

---

<sup>13</sup> Mondelinge communicatie Frederik Vogelzang d.d. 15 februari 2016.

huisartsen en apothekers. Veel van deze projecten werden opgezet door intrinsiek gemotiveerde zorgverleners, de zogenaamde ‘innovators’ en ‘early adopters’. Hun streven het beste te willen voor hun patiënten maakte dat er nieuwe initiatieven van de grond kwamen. Maar, zoals in de inleiding al werd aangegeven, niet iedere zorgverlener loopt voorop in vernieuwing van de zorg in de vorm van samenwerking. De vraag is hoe initiatieven die ontwikkeld zijn door intrinsiek gemotiveerde zorgverleners vertaald kunnen worden naar de grotere groep van zorgverleners. Hoe zijn zij te motiveren dergelijke projecten op te zetten in hun lokale situatie? Aan welke voorwaarden moet voldaan worden? Hiertoe zou explorierend onderzoek in een aantal lokale situaties waar weinig samenwerking is inzicht kunnen geven. Daarnaast kan een programma opgezet worden waarop (nieuwe) lokale samenwerkingsinitiatieven kunnen intekenen. Begeleidend onderzoek moet hierbij inzicht geven in de factoren die de samenwerking bevorderen en belemmeren en in de opbrengsten van de samenwerking (zie ook hierboven). Zorgverzekeraars kunnen in een dergelijk programma een rol spelen door het geven van incentives voor het opzetten van samenwerking.

### **Tot slot**

Samenwerking is geen doel op zich maar een middel om te komen tot betere zorg voor patiënten. Hoewel het vanzelfsprekend lijkt dat betere samenwerking leidt tot betere en efficiëntere zorg, is dit in Nederland niet wetenschappelijk onderbouwd. Oftewel: wat is het rendement van goede samenwerking voor de patiënt, voor zorgverleners en voor de maatschappij als geheel? Die vraag goed beantwoorden, is een uitdaging voor de komende jaren.



# Referenties

- Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago, the University of Chicago Press, 1988.
- Alkhateeb FM, Clauson KA, McCafferty R, et al. Physician attitudes toward pharmacist provision of medication therapy management services. *Pharmacy world & science : PWS* 2009;31(4):487-93
- Bakker D de, Raams J, Schut E, et al. Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag; ZonMw, 2012. 84 p.
- Bidwell S, Thompson L. GPs, community pharmacists and shifting professional boundaries. *N Z Med J.* 2015 May 15;128(1414):19-26.
- Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care* 2008;22(4):387-98.
- Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2012;8(1):36-46.
- Brock KA, Doucette WR. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA* 2004;44(3):358-65.
- Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, et al. General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP* 2009;5(4):347-62
- Cambach W, Essink R. FTO-peiling 2011. Kwaliteit van het Farmacotherapieoverleg in beeld. Utrecht, IVM, 2012.
- Chui MA, Stone JA, Odukoya OK, et al. Facilitating collaboration between pharmacists and physicians using an iterative interview process. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA* 2014;54(1):35-41;
- Cote L, Normandeau M, Maheux B, et al. Collaboration between family physicians and community pharmacists: opinions of graduates in family medicine. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2013;59(9):e413-20
- Dey RM, de Vries MJ, Bosnic-Anticevich S. Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *The International journal of pharmacy practice* 2011;19(1):21-9
- Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, et al. Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of interprofessional care* 2004;18(1):75-8.
- Dijk L van, Barnhoorn H, De Bakker D. Kwaliteit van Farmaco Therapie Overleg. Utrecht, NIVEL, 2001.

- Dijk L van , Wolters I, De Bakker DH. Farmaceutische zorg in de integrale bekostiging. Een analyse op basis van registratiegegevens uit de huisartsenpraktijk. NIVEL, Utrecht, 2011.
- Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2005;1(4):565-78.
- Edmunds J, Calnan MW. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. *Soc Sci Med* 2001;53(7):943-55.
- Farrell B, Ward N, Dore N, et al. Working in interprofessional primary health care teams: what do pharmacists do? *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2013;9(3):288-301.
- Freeman C, Cottrell WN, Kyle G, et al. Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's. *BMC health services research* 2012;12:229.
- Groenewegen PP, Hansen J, Bekke S ter. Professions en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Utrecht; VVAA, Springer, 2007.
- Hansen J, van Greuningen M, Batenburg R. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingstudie. Utrecht, NIVEL, 2010.
- Harding G, Taylor KM et al. Professional relationships between general practitioners and pharmacists in health centres. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 1990;40(340):464-6.
- Hassel D van, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014. Utrecht, NIVEL, 2015.
- Hatah E, Braund R, Duffull S, et al. General practitioners' perceptions of pharmacists' new services in New Zealand. *International journal of clinical pharmacy* 2012;34(2):364-73
- Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2003;53(493):600
- Jan van Es Instituut. Op weg naar populatiegerichte zorg. White Paper. Almere, 2012
- Jansen T, Koppes L, Reitsma-van Rooijen M, Verheij R. Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg: ervaringen en opvattingen van zorgverleners en zorggebruikers. Utrecht, NIVEL 2015.
- Jong-van Til JT de, Lemmens LC, Baan CA, Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2011: huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven, RIVM, 2012.(Hierbij werd gekeken naar zorggroepen Diabetes, CVRM en COPD).
- Kelly DV, Bishop L, Young S, et al. Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC* 2013;146(4):218-26.
- KNMP. Toekomstvisie Farmaceutische Zorg 2023. Den Haag, 2014.

- Kwint HF, Luchtman T, Krijger-Dijkema JM, et al. Arts en apotheker houden samen toezicht. Controle van herhaalreceptuur op geneesmiddelgerelateerde problemen. *Pharm Weekbl* 2003;138:1732-7
- LHV/NHG. Modernisering naar menselijke maat. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Utrecht, 2012; KNMP. Toekomstvisie Farmaceutische Patiëntenzorg 2020, Den Haag, 2014.
- Linn AJ, van Dijk L, Smit EG, et al. May you never forget what is worth remembering: The relation between recall of medical information and medication adherence in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2013, 7, e543-e550.
- Minister van VWS, Standpunt bevindingen verkenner extramurale farmacie en marktscan farmacie 2012 van de NZa d.d. 29 mei 2013.
- Mossialos E, Courtin E, Naci H, et al. From "retailers" to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy*. 2015;119:628-39.
- Muijters PE, Knottnerus JA, Sijbrandij J, et al. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. *Pharmacy world & science : PWS* 2003;25(5):235-41.
- Pottie K, Farrell B, Haydt S, et al. Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2008;54(12):1714-17.e5.
- Pottie K, Haydt S, Farrell B, et al. Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2009;5(4):319-26.
- Rieck A, Pettigrew S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. *Quality in primary care* 2013;21(2):105-11.
- Rieck AM. Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context. *Journal of interprofessional care* 2014;28(5):440-6.
- Robson RT, Taylor JG, Henry CJ, et al. Taking the lead: community pharmacists' perception of their role potential within the primary care team. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2009;5(4):327-36.
- Rogers E. Diffusion of innovations. 5th Edition. New York, Free Press, 2003.
- Rubio-Valera M, Jove AM, Hughes CM, et al. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC health services research* 2012;12:188.
- Spencer JA, Edwards C. Pharmacy beyond the dispensary: general practitioners' views. *BMJ (Clinical research ed)* 1992;304(6843):1670-2.
- Tan EC, Stewart K, Elliott RA, et al. Stakeholder experiences with general practice pharmacist services: a qualitative study. *BMJ open* 2013;3(9):e003214.
- Tan EC, Stewart K, Elliott RA, et al. Integration of pharmacists into general practice clinics in Australia: the views of general practitioners and pharmacists. *The International journal of pharmacy practice* 2014;22(1):28-37.

- Tarn DM, Paterniti DA, Wenger NS, et al. Older patient, physician and pharmacist perspectives about community pharmacists' roles. *The International journal of pharmacy practice* 2012;20(5):285-93.
- Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *Journal of interprofessional care* 2011;25(5):366-72.
- Van C, Costa D, Abbott P, et al. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC health services research* 2012;12:320.
- Werkgroep Zorg. Coach, Cure en Care 2025. Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals op het zorglandschap in Nederland, 2014.
- Wustmann AF, Haase-Strey C, Kubiak T, et al. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. *International journal of clinical pharmacy* 2013;35(4):584-92.
- Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, et al. Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships. *The Annals of pharmacotherapy* 2004;38(5):764-70.

#### *Websites*

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet]. 2013 [Laatst gewijzigd op 31-03-2015; geraadpleegd op 07-05-2015]. URL: [www.nivel.nl/node/3468](http://www.nivel.nl/node/3468)



# Bijlage: Methoden

## Literatuur (internationaal)

### *Zoekstrategie*

Een brede search is gedaan in PubMed met termen voor huisarts en openbaar apotheker als zoektermen (zie Box 1). Daarnaast is een search gedaan waarin naast deze termen ook de termen voor samenwerking waren opgenomen. Dit leidde tot een grote reductie van het aantal gevonden verwijzingen. Vandaar dat besloten is samenwerking niet als zoekterm op te nemen. Er zijn geen beperkingen gesteld aan het type onderzoek of het type publicatie. Gezocht is voor de periode tot 14 juni 2014. De uiteindelijk gebruikte zoekstrategie leidde tot **768 referenties**.

### **Box: zoektermen**

#### *Uiteindelijk gebruikte zoekstrategie*

("General Practitioners"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "general practitioner"[tiab] OR "general practitioners"[tiab] OR "family practitioners"[tiab] OR "family practitioner"[tiab] OR "general practice physician" OR "general practice physicians" OR "family doctor"[tiab] OR "family doctors"[tiab]) AND ("Pharmacists"[Mesh] OR "Pharmacists' Aides"[Mesh] OR pharmacist\*[tiab])

#### *Niet opgenomen zoektermen*

"cooperative behavior"[mesh] OR "interprofessional relations"[mesh] OR "cooperative"[tiab] OR Cooperation[tiab] OR Collaboration\*[tiab] OR "compliant behavior"[tiab] OR Interprofessional[tiab] OR Communication[tiab] OR Relation\*[tiab]

### *Inclusiecriteria*

De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd.

- Het artikel gaat over:
  - o Samenwerking/taakverdeling tussen huisarts en apotheker in de dagelijkse praktijk en/of;
  - o Samenwerkingsvormen- of modellen en/of;
  - o Factoren die samenwerking beïnvloeden? en/of;
  - o Het beeld dat de beide partijen van elkaar/hun positie hebben en/of.

- De studie moet vanuit perspectief van de arts of de apotheker uitgevoerd zijn.
- Taal: Engels of Nederlands
- Europa of Anglosaksische landen buiten Europa (VS, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland)

Exclusiecriteria waren:

- Uitgesloten zijn de volgende typen publicaties: editorials die geen onderzoeksresultaten bevatten, letters die geen onderzoeksresultaten bevatten, studieprotocollen en interventiestudies waarin niet ingegaan is op resultaten over het proces van samenwerking;
- Onderzoek naar voorschrijven door apothekers is uitgesloten daar dit in Nederland wettelijk niet is toegestaan.

Twee onderzoekers (SvdB en LvD) scoorden de abstracts. Na vergelijking van de resultaten bleven er 48 abstracts over. Hierbij zijn voor zover mogelijk de full-texts gezocht (n=37). Hiervan werd 13 artikelen op basis van full text uitgesloten. Uiteindelijk zijn daarom 24 artikelen in de tabel beschreven.

Van de geselecteerde artikelen zijn de literatuurlijsten gecheckt voor aanvullende literatuur. Daar kwamen 33 titels uit naar voren, waarvan er zeven niet in PubMed gevonden konden worden. Van de overige 26 titels konden voorlopig van 20 titels de full-texts gevonden worden. Hiervan werden 7 artikelen op basis van full tekst uitgesloten. Dit betekent dat 13 artikelen in de tabel beschreven zijn.

### *Analyse*

In totaal zijn 37 artikelen geselecteerd voor de kennissynthese. De gegevens zijn verwerkt in een extractietabel door één onderzoeker (LvD) en vervolgens in de tekst verwerkt.

### **Online enquête**

In het voorjaar van 2014 is een online survey gehouden onder apothekers en huisartsen.

### *Benaderen apothekers*

De apothekers zijn benaderd via UPPER, een initiatief van de afdeling Farmaco-epidemiologie en farmacotherapie van de Universiteit Utrecht. UPPER is een netwerk waaraan ruim 1200 apotheken deelnemen waarvan een groot deel geïnteresseerd is in onderzoek naar patiëntenzorg (Koster e.a. 2014). UPPER faciliteert onderzoek waarin data verzameld worden onder apothekers of hun geneesmiddelgebruikers. Eind april 2014 zijn 1271 openbaar apothekers benaderd. Zij ontvingen een e-mail met een korte beschrijving van het

onderzoek, andere relevante informatie voor de respondent (zoals hoe omgegaan zou worden met de privacy) en een link naar de vragenlijst. Omdat de ochtend aan het begin van de week relatief rustig is in de apotheek, is op dat tijdstip de e-mail verzonden. Er is één herinnering verstuurd. De bruto respons was 182 apothekers. Een deel had minder dan de helft van de vragenlijst ingevuld. Deze apothekers zijn niet in de analyses betrokken. Uiteindelijk was de netto respons 153 apothekers. Onder de respondenten waren vrouwelijke apothekers iets oververtegenwoordigd. De deelnemende apothekers weken op leeftijd niet af van de totale populatie van apothekers.<sup>14</sup>

### *Benaderen huisartsen*

Om huisartsen te benaderen is een steekproef getrokken uit de NIVEL beroepenregistraties, waarin de grote meerderheid van de in Nederland werkzame huisartsen opgenomen is. De steekproef bevatte 990 huisartsen. De huisartsen zijn in april 2014 via een brief benaderd. In de brief stond dezelfde informatie als in de e-mail die naar apothekers is verstuurd: een korte beschrijving van het onderzoek, het privacy beleid en een (eenvoudige) link naar de survey. De huisartsen ontvingen twee reminders. Na 5 weken was de respons 76 huisartsen. De samenstelling van de onderzoekspopulatie naar geslacht en leeftijd is te vergelijken met die van (alle) werkzame huisartsen in Nederland.<sup>15</sup>

### *Vragenlijst*

De vragenlijst is ontwikkeld op basis van eerder onderzoek. De lijst is ter beoordeling voorgelegd aan collega-onderzoekers, aan enkele werkzame apothekers en huisartsen in het veld en de Internal Review Board van UPPER. Vervolgens is een kleine pilot gehouden onder enkele apothekers en huisartsen. De vragenlijst is op basis van de commentaren aangepast. Het invullen van de lijst duurde ongeveer 15 minuten. De survey bevatte vragen over:

- Regionale, en lokale samenwerkingsverbanden;
- Dagelijkse samenwerking waarbij gevraagd is om één samenwerking in gedachten te houden<sup>16</sup>
  - o tevredenheid over de samenwerking
  - o mondelinge en/of schriftelijke afspraken binnen de samenwerking
  - o vorm en intensiteit van contact over zorginhoudelijke zaken
  - o verwachtingen over de taakverdeling binnen de samenwerking;
- Ideale taakverdeling binnen de samenwerking;

---

<sup>14</sup> Vergeleken met de landelijke cijfers uit SFK Cijfers en feiten 2013.

<sup>15</sup> Vergeleken met cijfers uit de NIVEL huisartsenregistratie 2013.

<sup>16</sup> Om de samenwerking in perspectief te bekijken, is gevraagd in hoeverre de samenwerking representatief is voor de samenwerking met andere huisartsen c.q. apothekers en of deze beter/slechter is

- Kenmerken van de apotheek c.q. huisartsenpraktijk.

### *Analyses*

Beschrijvende analyses zijn gedaan. De analyses zijn gedaan met Stata versie 13.

## **Interviews**

### *Deelnemers*

Ter aanvulling van de literatuur en de online survey zijn interviews afgenomen met negen openbaar apothekers en zes huisartsen. Deze zes huisartsen werkten samen met één van de negen apothekers. Een deel van deze respondenten is geselecteerd omdat bekend was dat zij een goede samenwerking hadden met elkaar. Voor een ander deel van de respondenten was dit niet bekend.

### *Leidraad voor interviews*

De interviews waren semi-gestructureerd. De vragenlijst bevatte vragen over de volgende onderwerpen:

- Samenwerking binnen zorggroepen (o.a. deelname, positie in zorggroep);
- Samenwerking in de dagelijkse praktijk (o.a. ideale samenwerking, daadwerkelijke samenwerking, ontstaan/verloop van de samenwerking, afspraken die men heeft over taakverdeling, beoordeling taakverdeling);
- Bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking;
- Samenwerking in speciale projecten.

### *Analyses*

Van elk interview is een samenvatting gemaakt. De analyses zijn gedaan door één onderzoeker (LvD) die voor elk thema in deze kennissynthese de relevante informatie uit de interviews voor het betreffende thema onder elkaar zette en vervolgens een synthese hiervan maakte.

### *Bespreking met veldpartijen*

In januari 2015 is een ronde tafelbijeenkomst gehouden. Op deze bijeenkomst waren vertegenwoordigers aanwezig van IGZ, InEen, IVM, KNMP, LHV, NHG, NIVEL, SIR, VELO, VGZ. Tijdens deze bijeenkomst presenteerden we de belangrijkste resultaten van de kennissynthese. Vervolgens volgde een discussie over de inzichten uit het onderzoek. Dit gebeurde binnen drie hoofdthema's:

- Financiering en organisatie: Kost samenwerking geld als je het goed organiseert?
- Taakverdeling tussen apothekers en huisartsen: Wie doet wat in de farmaceutische patiëntenzorg?
- Vertrouwen en communicatie: Dé basisvoorwaarde voor goede samenwerking?

De uitkomsten van de bijeenkomst zijn gebruikt om conclusies en aanbevelingen te formuleren en een beleids- en onderzoeksagenda op te stellen.