



# INTERVIEW

## “Je moet de huisarts overtuigen dat het nuttig is”

Apothekeres Riet Van Den Broeck en huisarts Bert Leysen uit Broechem zijn zeven jaar geleden samen gestart met het uitvoeren van medicatienazichten (type 3). Wij wilden vooral weten wat het geheim is van een goeie samenwerking: “Je moet de huisarts overtuigen dat het medicatienazicht nuttig is.”

### Hoe zijn jullie met medicatienazichten begonnen?

**Riet:** “Zeven jaar geleden had doctoraatsstudente Anneleen Robberechts samen met KAVA een opleiding uitgewerkt voor medicatienazichten type 3 en ben ik daar samen met twee huisartsen mee gestart. Het verschil met een nazicht type 2a, dat nu erkend is door het RIZIV, is dat de huisarts je bij een type 3 ook de klinische gegevens (labowaarden) van de patiënt bezorgt en interactie tussen huisarts en apotheker essentieel is. Dat vind ik toch een enorme meerwaarde. Langs de andere kant vind ik type 2 wel oké voor artsen die minder openstaan om samen te werken. Op die manier kun je toch een nazicht aanbieden en al is het minder grondig, zo verlies je die patiënten ook niet uit het oog.”

### Hoe pakken jullie een medicatienazicht aan? Wie selecteert de patiënt?

**Bert:** “Ik weet van mijn eigen patiënten niet altijd bij wie ze gaan voor hun medicatie en soms switchen ze ook. Ik ben er eigenlijk niet echt mee bezig of ze al dan niet naar Riet gaan. Riet weet wie de huisarts van haar patiënten is. Zij kiest een patiënt en dan zal ze altijd toestemming vragen om meer gegevens op te vragen. Op het moment dat Riet zegt: ‘Ik heb toestemming van de patiënt’, bezorg ik haar de korte medische geschiedenis en

de laatste laboresultaten op een beveiligde manier (via Siilo) en kan Riet daarmee aan de slag.”

### Hoe selecteer je een patiënt? Kijk je vooral naar de aandoening, of kies je bv. patiënten met een gebrekkige *health literacy*?

**Riet:** “Wij hebben altijd gekozen in functie van een bepaalde aandoening, omdat de projecten van de universiteit zo werden opgebouwd dat we eerst een grondige bijscholing kregen over de laatste inzichten rond een onderwerp. Dat maakt de selectie makkelijker. Ik kijk in de eerste plaats naar de aandoening, maar ik heb ook aandacht voor patiënten waarvan je echt merkt dat ze weinig besef hebben van hun medicatie, of veel vragen hebben, of recent in het ziekenhuis hebben gelegen.”

**Bert:** “De patiënten die ik al met Riet heb besproken, zijn altijd gepolymediceerde mensen. Dat zijn niet *per se* mensen die weinig gezondheidsgeletterd zijn. We hebben ook al iemand gehad die zelf in de zorg stond, maar er op de duur gewoon tegen opzag om veel medicatie te moeten nemen.”

### Wat zijn de *do's-and-don'ts* bij een medicatienazicht? Wat verwacht jij als huisarts van de apotheker?

**Bert:** “Een goed gesprek met de patiënt over zaken die gewoonlijk niet aan bod

komen tijdens een consult om dingen op te sporen die ik niet nog wist. Dat is zeker nuttig. En voor de rest: interacties, of doseringen die niet meer kloppen door de nierfunctie. Daarom zijn die labowaarden van belang. Die heb je bij type 2 niet. Misschien kan de apotheker in dat geval een standaardzinnetje in zijn verslag zetten: ‘*Let op de nierfunctie bij die geneesmiddelen.*’ Dat zou er eigenlijk moeten instaan. Dokters weten dat wel, maar wij hebben niet altijd de reflex om daarbij stil te staan.”

### Wat verwacht jij van de huisarts, Riet?

**Riet:** “Een open blik. En de mogelijkheid om goed samen te werken. Aangezien we al verscheidene jaren samenwerken, is het vertrouwen en respect t.o.v. elkaars werk gegroeid. De patiënt staat centraal, dit moet duidelijk zijn voor zowel huisarts als apotheker.”

**Bert:** “Het helpt als je elkaar wat kent, bv. door samen een MFO te doen. Als je elkaar nog nooit gezien of gesproken hebt en je krijgt ineens een apotheker aan de lijn die zegt: ‘*Ik wil een medicatienazicht doen bij een van je patiënten*’, denk ik dat het moeilijk is voor huisartsen om helemaal mee te zijn. Onbekend is onbemind. Er moet een basis zijn om op te bouwen. Anders is er veel kans dat die arts zich aangevallen voelt. Als een huisarts je nog nooit heeft gehoord, zelfs niet aan de telefoon, dan moet je niet aan een nazicht denken.”

### Heb je de indruk dat apothekers het moeilijk vinden om een arts te bellen?

**Bert:** “Ik denk dat dat hier nogal meevalt. Dat is niet overal het geval, maar hier kennen we mekaar vrij goed. De apothekers durven bellen. En maar goed ook. Als je iets kleins merkt bij een patiënt waarvan



## MEDICATIENAZICHT bij je huisapotheker



je denkt 'Oei', dan moet je bellen. Sowieso. Huisartsen moeten het gewoon worden dat apothekers hen bellen."

**Riet:** "Als de patiënt in de apotheek staat, bellen we. We proberen alleen niet te storen tijdens een consultatie. Als het kan wachten, sturen we een berichtje en komen we daar achteraf wel op terug."

### **Persoonlijk contact is belangrijk. Dus geen standaardbrief: 'We starten met medicatienazichten en rekenen op uw medewerking ...'**

**Bert:** "Nee, dat gaat echt niet lukken."

**Riet:** "Een hoop medicatienazichten uitvoeren en bezorgen aan de betrokken huisartsen zonder voorafgaande communicatie, gaat niet lukken."

**Bert:** "Dat gaat in tegen de ongeschreven regel dat je eerst een basis van vertrouwen moet hebben. Je moet op z'n minst bellen dat je een medicatienazicht gaat doen. Per mail of per brief werkt dat niet."

### **Veel nazichten op een zo kort mogelijke tijdsspanne, dat kan je niet ernstig nemen?**

**Bert:** "Nee. Als je gaat overdrijven in kwantiteit dan is de kwaliteit niet betrouwbaar omdat het te snel gedaan is. Dan haken wij af hoor."

**Riet:** "Dat is ook een beetje onze angst, dat apothekers het niet allemaal even grondig gaan doen."

**Bert:** "Het is vooral daartegen dat gewaarschuwd moet worden, want dat gaat niet werken."

**Riet:** "Dan krijg je de reactie van artsen: 'Waarom wordt de apotheker daarvoor vergoed?' Bij ons is dat nooit ter sprake gekomen omdat het in functie van de patiënt is. Al vind ik het wel jammer dat er geen vergoeding voor de arts voorzien is, want als je het goed wil doen, heb je die samenwerking nodig."

### **Hoeveel tijd steek je in een medicatienazicht, Riet?**

**Riet:** "Mijn streefdoel is twee nazichten per maand en ik steek daar minimum 3 à 4 uur per patiënt in. Voor het gesprek met de patiënt reken ik op een uur. Dat lukt niet in minder tijd. Je moet niet alleen je vragen stellen, maar het uitgangpunt is dat de patiënt ook zelf vertelt, want daar haal je het meeste uit. Ik merk vaak dat patiënten niet alles durven zeggen tijdens een consultatie of dat ze dingen verzwijgen, al dan niet bewust, omdat er wellicht geen tijd voor is."

**Bert:** "Zo is dat. De patiënt komt bij de arts voor wat hij op dat moment het hardste nodig heeft. En bij gepolymediceerde patiënten is dat vaak een lange lijst. En dan blijven er zaken onbesproken."

### **Welke tip zou je geven aan een apotheker die aan zijn eerste medicatienazicht wil beginnen?**

**Riet:** "Wees niet bang om eraan te beginnen. Start met één patiënt en bekijk dan hoe dat loopt."

**Bert:** "Om de huisartsen te overtuigen is het belangrijk dat het eerste medicatienazicht nuttig is. Anders weet ik niet of de arts nog geïnteresseerd is in een tweede."

**Riet:** "Soms is het al oké om eens naar de bezorgdheden van de patiënt te luisteren, of zijn er alleen farmaceutische interventies nodig omdat de medicatie perfect op punt staat. Dat kan zeker waardevol zijn. Maar ik zou niet met die patiënten starten, omdat je de huisartsen dan niet overtuigd gaat krijgen van de meerwaarde."

**Bert:** "Daarvoor moet je echt casussen kiezen waarvan je denkt: 'Hier kan ik de huisarts ook mee helpen.' Je moet niet iemand nemen die te gemakkelijk is."

### **Wij hebben apothekers de raad gegeven om niet met een complexe casus te starten, maar met een patiënt waarmee ze een goeie band hebben. Kwestie van erin te komen. Vind je dat verkeerd?**

**Bert:** "Dat is niet verkeerd. Het is zelfs realistisch om iemand te vinden waarmee je als apotheker een goede band hebt én waaraan de huisarts iets heeft als je er een medicatienazicht bij doet. Want de mensen die de beste band hebben met hun apotheker zijn meestal ook die mensen die veel medicatie nemen. Als ik apotheker was, zou ik voor mijn eerste medicatienazicht de huisarts uitkiezen waarmee ik het best overeenkom, en hem of haar vertellen dat het de eerste keer is. Dan raak je er samen wel uit."

