

# 6 NOTEN

## NOOT 1: CONSULTVOERING IN DE APOTHEEK

In de afgelopen decennia heeft in de gezondheidszorg de overwegend ziektegeoriënteerde benadering plaatsgemaakt voor een meer patiëntgerichte benadering. In navolging daarvan heeft de beroepsuitoefening van apothekers ook een ontwikkeling doorgemaakt van vooral productgericht naar steeds meer patiëntgericht. Patiëntgerichte zorg kenmerkt zich onder meer door een goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener, waarbij aandacht is voor de verwachtingen, zorgen en behoeften van de patiënt. Patiënten vinden dit bij alle behandelingen zeer belangrijk [Boer 2013]. Patiëntgerichte zorg betekent ook dat de patiënt kan meebeslissen over de behandeling. Deze benadering is eveneens terug te vinden in het Handvest van de apotheker [KNMP 2017]. Hierin staat dat bij het professioneel handelen door de apotheker de patiënt centraal staat, de vertrouwensrelatie apotheker-patiënt essentieel is, beslissingen worden genomen met inachtneming van verwachtingen en ervaringen van de patiënt, succes wordt bepaald door het resultaat dat bij de patiënt wordt bereikt en de behoefte van de patiënt de plaats van handelen bepaalt [KNMP 2017].

### *Huidige gespreksvoering in Nederlandse apotheken*

Onderzoeken die in de Nederlandse apotheken zijn uitgevoerd, duiden aan dat er in het gesprek met de patiënt onvoldoende wordt gesproken over zijn verwachtingen, zorgen en behoeften. Koster et al. voerde een observationele studie uit in drie apotheken waarbij 119 patiëntgesprekken werden gefilmd. Men onderzocht de communicatie tussen de apothekemedewerkers en de patiënt aan de balie, waarbij zowel de inhoud als de communicatiestijl werden onderzocht. Hieruit bleek dat apothekemedewerkers de patiënten over het algemeen voorzien van praktische geneesmiddelinformatie. Zij bespraken veel minder vaak de ervaringen van de patiënt met het geneesmiddel en zelden werden de verwachtingen en van de patiënt besproken [Koster 2015]. Uit een ander observationeel onderzoek in vier apotheken waarbij 153 patiëntgesprekken werden gefilmd, bleek dat apothekemedewerkers bij de eerste uitgifte en bij de vervolg uitgifte niet vragen naar de zorgen en verwachtingen van de patiënt over het gebruik van het geneesmiddel [Dijk 2015].

Van Geffen et al. voerde een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek uit in 15 apotheken onder patiënten die cardiovasculaire medicatie gebruikten. Uit deze studie bleek dat een grote groep patiënten ontevreden was over de in de apotheek ontvangen geneesmiddelinformatie. De groep patiënten had behoefte aan informatie en advies meer toegespitst op de behoeften en zorgen rondom hun cardiovasculaire medicatie. Daarnaast had de groep patiënten behoefte aan een gesprek over de ervaringen met het gebruik van het geneesmiddel [Geffen 2011].

In een recent observationeel onderzoek werd gekeken hoe goed 21 openbare apotheken de 23 aanbevelingen uit de KNMP-conceptrichtlijn Astma opvolgden bij eerste, tweede en vervolgutgifte. Hieruit bleek dat tijdens alle gesprekken de apotheker(sassistent(e)) nauwelijks vroeg naar de verwachtingen, behoeften en zorgen van de patiënt [Kuipers 2019].

De manier waarop het voor de apotheker gebruikelijk is om de patiënt voornamelijk te informeren sluit onvoldoende aan bij het totstandbrengen van patiëntgerichte zorg en de vertaling van de kernwaarden van de apotheker in de praktijk. De patiënt heeft behoefte aan een gesprek met de apotheker dat aansluit bij zijn verwachtingen, zorgen en behoeften. Het Calgary-Cambridge-model ondersteunt de apotheker hierbij.

### *Praktijkttoets*

In 2018 is een praktijktoets uitgevoerd in zes openbare apotheken om de conceptrichtlijn consultvoering uit te proberen in de dagelijkse apotheekpraktijk. Met deze verkennende pilot werd beoogd inzicht te krijgen in 1) het toetsen van de uitvoerbaarheid van het Calgary-Cambridge-model in de praktijk, 2) de impact op de organisatie van de praktijkvoering in de apotheek, 3) het onderzoeken van de factoren die een bevorderende of belemmerende rol spelen bij uitvoering van de aanbevelingen, en 4) de mogelijkheden en benodigdheden voor implementatie van de aanbevelingen in apotheken.

Uit deze praktijktoets is gebleken dat consultvoering op basis van het Calgary-Cambridge-model uitvoerbaar is voor consulten bij de start van de behandeling met een UR-geneesmiddel en het consult bij vervolg of wijziging van een behandeling met een UR-geneesmiddel in de dagelijkse praktijk. Uit de praktijktoets kwam naar voren dat een aantal praktijkaanbevelingen beter onderbouwd moeten worden, namelijk de benodigde competenties van het apotheekeam, de impact op de praktijkorganisatie/receptgang, de toepasbaarheid van consultvoering bij verschillende patiëntgroepen en het effect op de therapietrouw [KNMP 2018/2].

### **Schatting aantal contactmomenten**

Door Nederlandse openbare apotheken werden in 2017 ongeveer 237 miljoen voorschriften ter hand gesteld die binnen het wettelijk verzekerde pakket vallen. Verreweg het grootste deel hiervan betrof UR-geneesmiddelen: 228 miljoen waarvan 101 miljoen weekterhandstellingen. Het betrof in één op de acht gevallen een eerste uitgifte, de overige waren vervolguittgiffen. Bij de inschatting van het aantal contactmomenten tussen de apotheker en de patiënt zijn het aantal weekterhandstellingen buiten beschouwing gelaten, omdat dit een vertekend beeld geeft. Uitgegaan wordt van 127 miljoen ter hand gestelde UR-geneesmiddelen, met een verhouding van 1 op 8 wat betreft eerste uitgifte versus vervolguittgiffen. Op basis van deze cijfers is de schatting dat per apotheek per week gemiddeld 150 keer een behandeling met een UR-geneesmiddel wordt gestart en 1230 keer een lopende behandeling wordt vervolgd. Deze momenten van ter hand stelling kunnen aanleiding zijn voor een consult [SFK 2018].

## **NOOT 2: OPBRENGST CONSULTVOERING**

Uit onderzoek naar de opbrengst van consultvoering door artsen blijkt dat een patiëntgerichte aanpak een positieve bijdrage kan leveren aan de doeltreffendheid en efficiëntie van de zorg die geboden wordt, aan de uiteindelijke gezondheidstoestand van de patiënt, aan de tevredenheid van zowel arts als patiënt en aan de zorgrelatie tussen beiden [Barry 2001, Boardman 2001, Booij 2003, Rathert 2012, Stevenson 2004, Silverman 2014]. De verwachting is dat deze positieve opbrengsten zijn te extrapoleren naar consultvoering door apothekers. Er zijn enkele aanwijzingen dat consultvoering toegepast door apothekers een positieve bijdrage kan leveren aan de therapietrouw. In Engeland is onderzoek gedaan naar de New Medicine Service (NMS). De NMS wordt door openbare apothekers aangeboden aan patiënten die starten met medicatie voor astma, COPD, diabetes mellitus type 2, hypertensie of antistolling met als doel de therapietrouw van deze medicatie te verbeteren. De NMS bestaat uit drie consulten door de apotheker: bij de eerste uitgifte van de medicijnen, vervolgens 14 dagen later en tenslotte weer 14 dagen later het laatste consult. Deze consulten hebben als doel om problemen rondom de chronische medicatie te identificeren en waar nodig ondersteuning te bieden aan de patiënt [NMS 2019]. Uit onderzoek blijkt dat tien weken na de start van de nieuwe medicatie de therapietrouw significant met 10% was toegenomen vergeleken met reguliere farmaceutische zorg [Elliott 2015]. Op basis van het onderzoek naar de NMS kan echter nog niet worden geconcludeerd dat consultvoering op zichzelf de therapietrouw doet verbeteren. De NMS betreft een uitgebreide set interventies, waar consultvoering onderdeel van uitmaakt. Daarom is aanvullend onderzoek nodig om de opbrengst van consultvoering door de apotheker voor de patiënt te kunnen duiden. De praktijktoets bij de KNMP-conceptrichtlijn Consultvoering in 2018 gaf kwalitatieve aanwijzingen dat consultvoering het zorgverlenersschap van het apotheekeam versterkt en de werktevredenheid verhoogt. Dit heeft uiteindelijk een positief effect op het apotheekeam en mogelijk de arbeidsmarkt.

### NOOT 3: ZORGVRAAG

De aanleiding van een farmaceutisch consult zijn één of meerdere zorgvragen van de patiënt. Deze zorgvragen zijn een uiting van behoefte aan zorg en ondersteuning door de apotheker. Indien de patiënt deze behoefte aan een apotheker kenbaar maakt, kan dit aanleiding zijn tot een of meer farmaceutische consulten.

In het consult wordt helder welke zorgbehoefte(n) de patiënt daadwerkelijk heeft. De zorgvraag die de patiënt in eerste instantie uit, hoeft niet de belangrijkste zorgvraag te zijn en tijdens het voeren van een consult kunnen ook nieuwe (soms onbewuste) zorgvragen naar voren komen. Ook kan de behoefte aan ondersteuning die de patiënt aanvankelijk denkt nodig te hebben, afwijken van de ondersteuning die de apotheker als passend ziet. De zorgvragen kunnen in één consult zijn beantwoord, maar kunnen ook bestaan voor een langere periode zoals de behoefte aan ondersteuning bij een behandeling van een chronische aandoening, zoals Diabetes Mellitus type 2 of COPD.

Zorgvragen van patiënten aan de apotheker kunnen variëren van bijvoorbeeld een verzoek tot terhandstelling van een geneesmiddel, vragen over geneesmiddelgebruik, een zelfzorgvraag of het verzoek om ondersteuning en advies bij problemen die goed gebruik van geneesmiddelen in de weg staan. Op dit moment zijn er geen onderzoeksgegevens bekend met welke zorgvragen de patiënt de apotheker benadert. Zorgvragen kunnen samengaan met het ter hand stellen van geneesmiddelen, maar kunnen ook losstaan van het ter hand stellen.

Het NIVEL heeft binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg wel onderzoek gedaan naar informatiebehoeften van patiënten over geneesmiddelen [NIVEL 2016]. De drie meest genoemde redenen die mensen geven om informatie op te zoeken of te vragen zijn: om na te gaan of zij het geneesmiddel wel willen gaan gebruiken (41,6%), angst voor bijwerkingen (36,1%) en om uit te zoeken wat de beste behandeling is (35,1%). Ongeacht het moment en de reden van informatie opvragen, wordt de huisarts het vaakst geraadpleegd, gevolgd door de apotheker en medisch specialist. Patiënten vragen het vaakst mondeling informatie over hoe lang een geneesmiddel moet worden gebruikt (58,7%), waar het geneesmiddel voor is (56,8%), hoeveel van het geneesmiddel moet worden ingenomen (53,8%) en of het middel in combinatie met andere geneesmiddelen kan worden gebruikt (52,9%). Over eventuele bijwerkingen van het geneesmiddel wordt door de meeste patiënten schriftelijk informatie gezocht (68,7%), gevolgd door de kans op het ontstaan van bijwerkingen (54,7%), of mag worden auto gereden met het geneesmiddel (53,2%), wat te doen bij bijwerkingen (52,9%), wat te doen als het middel wordt vergeten in te nemen (52,3%) en of het middel met of zonder voedsel moet worden ingenomen (51,9%), en waar het geneesmiddel voor is (50,7%).

Uit recente cijfers van Apotheek.nl blijkt dat dagelijks circa 15 vragen aan de webapotheker worden gesteld en dat de website maandelijks ca. 1,3 miljoen bezoekers trekt [GIC 2020]. Aanvullend onderzoek is nodig naar de zorgvragen waarmee patiënten de apotheker benaderen en naar de bijbehorende achterliggende redenen.

### NOOT 4: REIKWIJDTE PATIËNT

De richtlijn Consultvoering heeft betrekking op alle patiënten die één of meerdere zorgvragen hebben die leiden tot een farmaceutisch consult met de apotheker. Met de patiënt kan ook diens mantelzorg, ouder/verzorg of professioneel verzorg worden bedoeld.

In het Handvest van de apotheker staat beschreven dat een patiënt iemand is aan wie medische, farmaceutische, paramedische en/of verpleegkundige zorg wordt verleend. De patiënt is zorgbehoevend en geniet de zorgen of het toezicht van een zorgverlener. De patiënt kan een ziekte of klacht hebben. De patiënt beschikt over een eigen deskundigheid waar het de werking van een geneesmiddel betreft. Bovendien heeft de patiënt een eigen kijk op zijn ziekte en de behandeling ervan en beschikt over (soms beperkte) mogelijkheden om zijn eigen zorg te managen. Bijna één derde van de Nederlandse bevolking heeft (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden.

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden die een patiënt nodig heeft voor het kunnen verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie om beslissingen omtrent zijn gezondheid te nemen [Pharos 2020]. Bij consultvoering behoeft deze groep patiënten extra aandacht.

Op de website van de KNMP en van het landelijke expertisecentrum Pharos zijn hulpmiddelen beschikbaar om deze patiënten te kunnen herkennen, om inzicht te krijgen in de gezondheidsvaardigheden van de patiënt en om op maat te communiceren. Tenslotte staat in de KNMP-richtlijn Ter hand stellen beschreven welke punten in acht worden genomen wat betreft wilsonbekwame patiënten, minderjarigen en in geval er een professioneel verzorger betrokken is [KNMP-richtlijn 2018/3].

## **NOOT 5: FARMACEUTISCH BEHANDELPLAN**

Het farmaceutisch consult leidt tot het opstellen van een farmaceutisch behandelplan, waartoe apotheker en patiënt komen door gezamenlijke besluitvorming. Het farmaceutisch behandelplan bevat de overeengekomen farmaceutische zorg, met als uitgangspunt de zorgvragen van de patiënt. Het farmaceutisch behandelplan hoeft niet uitgebreid te zijn. De omvang van het farmaceutisch behandelplan is afhankelijk van de zorgvragen van de patiënt. Een startconsult zonder andere zorgvragen dan het verstrekken van een geneesmiddel kan kort en bondig worden vastgelegd in het patiëntendossier.

Het farmaceutisch behandelplan is onderdeel van het patiëntendossier en kan:

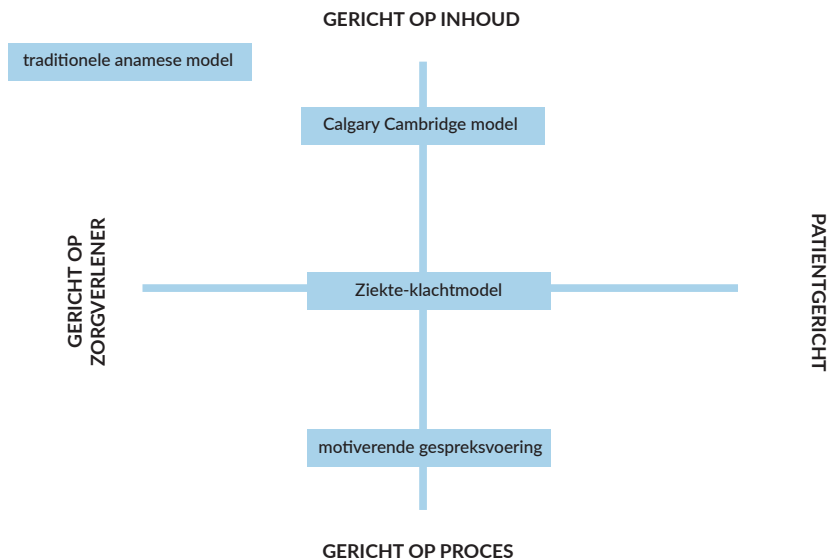
- aansluiten bij het behandelplan van de arts en/of andere zorgverleners;
- op zichzelf staan (zelfzorg).

Bovendien kan voor de patiënt reeds een farmaceutisch behandelplan zijn opgesteld en kan het bestaande behandelplan na een consult worden gewijzigd. Wanneer patiënt en apotheker vinden dat het behandelplan van de voorschrijver moet worden gewijzigd dan wordt dat overlegd met de betreffende voorschrijver.

## **NOOT 6: CALGARY-CAMBRIDGE MODEL**

Het gebruik van een model voor consultvoering geeft inzicht in hoe het consult is opgebouwd. De stappen van het model geven de consultvoerder houvast en ondersteunen hem bij het voeren van een effectief consult. Voor de keuze van een consultmodel voor deze richtlijn is gekeken naar bestaande modellen voor medische consultvoering. Bestaande modellen voor medische consultvoering verschillen op twee assen. De ene as geeft weer in hoeverre het consult gericht is op de zorgverlener dan wel op de patiënt. Dat wil zeggen in hoeverre de agenda, het proces en de uitkomsten van het consult worden bepaald door de zorgverlener of door de patiënt. De andere as geeft weer in hoeverre het consult gericht is op de inhoud dan wel op het proces, oftewel of er sprake is van een 'taakgerichte' dan wel een 'procesmatige' benadering. Ligt de focus in het consult op de inhoud, dan gaat het om de taak die behaald moet worden of de lijst met punten die moet worden afgewerkt. Bij een procesmatige benadering daarentegen ligt de focus tijdens het consult op de gedachten, gevoelens en overtuigingen en het daaraan gekoppelde gedrag van de zorgverlener en patiënt.

In figuur 2 staan de verschillende gespreksaanpakken die in deze richtlijn worden benoemd [Zie noot 8 Informatie inwinnen] en de verschillen in benadering op deze twee assen weergegeven.



Figuur 2. Gespreksaanpakken en onderscheid in gerichtheid op zorgverlener dan wel patiënt (horizontale as) en gerichtheid op inhoud dan wel proces (verticale as).

Voor het farmaceutisch consult is gekozen voor het Calgary-Cambridge-model, mede omdat dit model breed wordt toegepast in de medische consultvoering. Het model is met een beperkt aantal aanpassingen ook toepasbaar in de farmaceutische praktijk. Het model sluit goed aan bij de verschuiving in de farmaceutische zorg van een productgerichte naar meer een patiëntgerichte benadering, maar laat ook ruimte voor de inhoud die nodig blijft bij het geven van uitleg en advies aan patiënten die farmaceutische zorg ontvangen. Kern van het Calgary-Cambridge-model is bovendien gezamenlijke besluitvorming, waarbij sprake is van tweerichtingsverkeer in de informatieuitwisseling. De patiënt en de zorgverlener hebben evenveel gezag en zijn gelijkwaardig bij het maken van een keuze voor een behandeling. De traditionele geneesmiddelgeoriënteerde aanpak daarentegen is (vergelijkbaar met het medische traditionele anamnese model) vooral gericht op de inhoud en op de zorgverlener, waarbij de focus ligt op het geven van voorlichting door de apotheker aan de patiënt. Bij patiëntgerichte farmaceutische zorg past eerder een consultmodel waarbij naast aandacht voor de inhoud ook aandacht is voor gedachten, gevoelens en overtuigingen die van invloed zijn op het gedrag van de patiënt. Het Calgary-Cambridge-model voorziet hierin door tijdens de fase Informatie inwinnen ook informatie te verzamelen over de persoonlijke context van de patiënt en daar vervolgens op aan te sluiten bij het beantwoorden van de zorgvraag. Echter, in het geval er bijvoorbeeld sprake is van bewuste therapieontrouw, waaraan diepere gevoelens, overtuigingen of ingesleten patronen ten grondslag liggen, zal het Calgary-Cambridge-model mogelijk niet toereikend zijn. In dat geval zal een uitvoeriger aanpak gericht op het achterhalen van de dieper liggende opvattingen, waarden en drijfveren én het motiveren van de patiënt beter passend zijn. Hiervan is motiverende gespreksvoering een voorbeeld. Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gespreksstijl met als doel de intrinsieke motivatie en bereidheid tot verandering bij de patiënt te ontlokken en de patiënt te stimuleren om zelf (mede) verantwoording voor de behandelingskeuze op zich te nemen.

Het Calgary-Cambridge-model is ontworpen voor medische consultvoering. In dit model wordt een effectieve aanpak van het consult door de arts beschreven. Het Calgary-Cambridge-model wordt op uitgebreide schaal gebruikt om verschillende typen zorgprofessionals consultatievaardigheden te leren. Zo wordt het model toegepast in meer dan de helft van de medische opleidingen in Groot-Brittannië. Daarnaast maken ook medische opleidingen in de Verenigde Staten, Canada en Europa (zoals de Nederlandse huisartsenopleiding) gebruik van dit model [Burt 2014, APC-project 2014].

Het Calgary-Cambridge-model is gebaseerd op de Calgary-Cambridge-observatielijst. Deze lijst beschrijft 73 belangrijke, evidence-based communicatievaardigheden die nodig zijn om het doel van een consult te behalen/voor consultvoering. Deze communicatievaardigheden zijn geordend rond vijf kerntaken: begin van het consult, informatie inwinnen, lichamelijk onderzoek, uitleg en planning en beëindigen van het consult. Daarnaast zijn er twee continue taken van de zorgverlener: structuur aanbrengen en de relatie opbouwen.

Het Calgary-Cambridge-model is toepasbaar bij de consulten tussen apothekers en patiënten. De onderliggende principes en vaardigheden van consultvoering blijven immers hetzelfde. Alleen de kerntaak 'lichamelijk onderzoek' uit het model is voor apothekers zeer vaak niet van toepassing, omdat dit een minimale rol speelt in de consultvoering van de apotheker. Greenhill et al laten zien dat het model gebruikt kan worden voor het trainen van apothekers. [Greenhill 2010]. Daarbij baseren ze hun keuze voor dit model op het sterke wetenschappelijke bewijs voor de onderdelen van de observatielijst, de toepasbaarheid in het onderwijs en onderzoek alsmede de aanwezigheid van bepaalde vaardigheden die in andere modellen niet aan bod komen, zoals 'informatie geven' [Greenhill 2011].

## **NOOT 7: BEGIN VAN HET CONSULT**

In het begin van het consult wordt de basis gelegd voor het verdere verloop van het consult. Het doel van deze eerste fase van het consult is drieledig, namelijk 1) een ondersteunende omgeving creëren en een eerste contact tot stand te brengen 2) vaststellen van de zorgvragen en op wie deze zorgvragen betrekking hebben en 3) bespreken van het verloop van het consult. Door een ondersteunende omgeving te creëren en het eerste contact tot stand te brengen zal de patiënt zich makkelijker openstellen en zich eerder een gelijkwaardige gesprekspartner voelen.

Het vaststellen van de te beantwoorden zorgvragen aan het begin van het consult is nodig om het consult naar tevredenheid van apotheker en patiënt te kunnen voeren. De zorgvraag die de patiënt in eerste instantie uit, hoeft niet altijd overeen te komen met de belangrijkste zorgvragen van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat zorgverleners soms de belangrijkste reden voor het bezoek van de patiënt geheel niet in de gaten hebben of dat een zorgvraag pas in de slotfase van het consult boven water komt [Silverman 2014]. Bovendien blijkt uit onderzoek onder artsen dat zij tijdens het consult patiënten te snel onderbreken, waardoor andere belangrijke zorgvragen onuitgesproken blijven [Beckman 1984].

Voor de apotheker is het van belang om te weten of de zorgvragen betrekking hebben op de persoon die de zorgvraag stelt of dat deze zorgvragen niet door de patiënt zelf worden gesteld, maar bijvoorbeeld door een mantelzorger. Daarnaast is het voor de patiënt ook van belang te weten wat de functie van de zorgverlener is waarmee hij het gesprek voert, zoals een apotheker, assistente of bijvoorbeeld stagiair.

Het bespreken van het verloop van het consult zorgt ervoor de patiënt weet wat hij kan verwachten. Ook kan de patiënt aangeven als hij iets mist in het verloop van het consult. Het bespreken van deze verwachtingen voorkomt onnodige onzekerheden, de patiënt weet waar hij aan toe is en de apotheker heeft ook houvast [Staveren 2015]. Bovendien blijkt uit onderzoek onder artsen dat als de agenda voor het consult samen met de patiënt wordt bepaald hiermee de efficiëntie van het consult wordt bevorderd [Mauksch 2008].

## NOOT 8: INFORMATIE INWINNEN

De fase informatie inwinnen heeft als doel de relevante informatie over de zorgvragen van de patiënt te verzamelen, waarbij ook de verwachtingen, zorgen en behoeften van de patiënt worden meegenomen. Hierbij is van het belang dat de patiënt het gevoel krijgt dat naar hem geluisterd wordt en dat hij serieus wordt genomen. Bovendien is het van belang dat de informatie door zowel zorgverlener als patiënt wordt begrepen [Silverman 2014].

Voor het verzamelen van de informatie door een zorgverlener bestaan meerdere modellen, zoals de traditionele anamnese en het ziekte-klachtmodel. De traditionele anamnese is stevig verankerd in de medische praktijk en is gericht op objectieve, meetbare zaken, oftewel de ziekte zelf. Subjectieve aspecten, oftewel de klacht, waaronder gevoelens, gedachten en zorgen van de patiënt, spelen hierin geen rol. Dit wordt ook wel de zorgverlener gerichte benadering genoemd [Silverman 2014]. Het ziekte-klachtmodel wordt gekenmerkt door een patiëntgerichte benadering. Volgens dit model wordt tijdens de anamnese zowel over het biomedische perspectief (de ziekte) als het patiëntperspectief (de klacht) informatie verzameld. Deze aanpak is niet in strijd met de wetenschappelijke benadering, zoals in de traditionele anamnese wordt beoogd. Maar het ziekte-klachtmodel integreert wel de patiëntgerichte aanpak. [Silverman 2014].

In het Calgary-Cambridge-model wordt voor de fase van informatie inwinnen gebruikgemaakt van ziekte-klachtmodel, oftewel de patiëntgerichte benadering, omdat hiermee informatie wordt verkregen over de ziekte, over het geneesmiddel en over de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt [Silverman 2014]. Henbest en Stewart constateerden dat patiëntgerichtheid vooral samenhangt met het vaststellen van de redenen van de komst van de patiënt en de oplossing van zijn zorgen [Henbest 1990a, Henbest 1990b]. Een patiëntgerichte benadering verbetert de tevredenheid en therapietrouw van de patiënt en de patiënt begrijpt en onthoudt de informatie van de arts beter [Stewart 1984]. Uit onderzoek bij artsen blijkt dat bij hulpverleners die de patiëntgerichte benadering onder de knie hebben, een consult nauwelijks extra tijd kost [Roter 1995].

## NOOT 9: UITLEG, ADVIES EN BESLUIT

Voor een geslaagd consult is de fase van uitleg, advies en besluit uiterst belangrijk. Nagaan wat de zorgvragen zijn, informatie inwinnen en als zorgverlener de noodzakelijke kennis van zaken hebben, leiden tot weinig als de zorgverlener niet samen met de patiënt een plan weet te maken dat hij begrijpt, waarmee hij instemt en dat hij bereid is te volgen [Silverman 2014]. Om een gezamenlijk besluit te kunnen nemen, is het belangrijk dat de patiënt de benodigde uitleg en advies krijgt over de verschillende (behandel)mogelijkheden welke aansluit bij de informatie die is ingewonnen over de zorgvragen van de patiënt. Indien er geen keuze is voor verschillende behandelmogelijkheden is het belangrijk dat zorgverlener en patiënt overeenstemming bereiken. Uitleg en advies dienen bovendien aan te sluiten bij wat de patiënt kan begrijpen en onthouden en stelt de patiënt in staat tot zelfmanagement van zijn behandeling [KNMP 2017, Silverman 2014].

Het doel van deze fase in het consult is daarom tweeledig, namelijk 1) begrijpelijke en geschikte informatie geven afgestemd op de zorgvragen, verwachtingen, zorgen en persoonlijke behoeften van de patiënt en 2) met de patiënt tot een gezamenlijk besluit komen.

De informatie die de apotheker in de fase "informatie" inwinnen heeft verzameld over de zorgvragen, verwachtingen, zorgen en persoonlijke behoeften van de patiënt geven richting aan welke uitleg en advies wordt gegeven. Uit onderzoek onder voorschrijvers over het geven van uitleg en advies blijkt dat voorschrijvers en patiënten verschillen van mening over het belang van verschillende soorten informatie. Daarnaast blijkt dat voorschrijvers regelmatig voor patiënten onbegrijpelijke taal gebruiken en dat artsen hierdoor de inbreng van de patiënt bepalen.

Bovendien onthouden patiënten slechts 50-60% van de gegeven informatie [Silverman 2014]. Het is belangrijk dat de patiënt de informatie en het besluitvormingsproces begrijpt, dat de patiënt, voor zover hij dit wenst, bij dit proces betrokken wordt en zich bij het behandelplan betrokken voelt [Silverman 2014]. Deze "gezamenlijke besluitvorming" (shared decision making) houdt in dat de zorgverlener en de patiënt in een gezamenlijk proces beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van ervaringskennis, waarden en wensen van de patiënt en de zorgverlener. Op deze manier wordt recht gedaan aan de expertise van de zorgverlener én aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan [Elwyn 2012]. De mate waarin de patiënt in staat is te participeren in de besluitvorming kan variëren tussen patiënten. Indien er geen keuzemogelijkheden over de behandeling bestaan, borgt de zorgverlener dat er ten minste overeenstemming wordt bereikt met de patiënt. Uit onderzoek bij artsen blijkt dat door gezamenlijke besluitvorming de therapietrouw en tevredenheid van de patiënt toenemen [Eisenthal 1979, Stevenshon 2004], dat de patiënt minder zorgen over de klachten heeft [Brody 1989], dat dit leidt tot minder doorverwijzingen en onderzoeken [Stewart 2000] en dat dit de kennis van de patiënt verhoogt en verbetering geeft van de gezondheidsresultaten en tevredenheid [Stevenson 2004]. Uit onderzoek bij apothekers blijkt dat wanneer gezamenlijke besluitvorming wordt toegepast bij depressieve patiënten dit een significant positief effect heeft op therapietrouw, op tevredenheid over de behandeling en op het geloof in de antidepressiva [Aljumah 2015].

Een zorgverlener hanteert afhankelijk van de patiëntparticipatie tijdens zijn consult een paternalistisch stijl (zorgverlener staat boven de patiënt), de stijl geïnformeerde keuze (zorgverlener informeert, patiënt beslist) of een stijl daartussenin, namelijk gezamenlijke besluitvoering (samen beslissen wat de beste behandeling is) [Silverman 2014, Staveren 2015]. In deze richtlijn consultvoering is gekozen voor gezamenlijke besluitvorming, omdat dit het beste past bij patiëntgerichte zorg. Bovendien bleek uit de gehouden focusgroepbijeenkomsten met patiënten, (universitaire) praktijkdocenten en praktijkapothekers als voorbereiding op deze richtlijn ook de wens voor gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk onderdeel van patiëntgerichte communicatie, maar geen essentiële voorwaarde. In praktijk willen sommige patiënten misschien liever niet deelnemen aan de besluitvorming. Het kan ook zijn dat patiënten uiteindelijk iets anders beslissen dan de apotheker zou adviseren. Patiëntgerichte communicatie betekent bovenal respect hebben voor de behoeften en waarden van de patiënt [Staveren 2015].

Het geven van informatie was al een wettelijke verplichting, maar sinds 1 januari 2020 is de informatieplicht in de WGBO uitgebreid en is de nadruk komen te liggen op 'samen beslissen'. Zo is de wettelijke informatieplicht van de hulpverlener aangevuld met de verplichting tijdig overleg te voeren met de patiënt, waarbij de patiënt ook wordt uitgenodigd tot het stellen van vragen. Daarnaast dient de patiënt geïnformeerd te worden over de mogelijkheid om af te zien van behandeling, andere onderzoeken en behandelingen door overige hulpverleners, de uitvoeringstermijn van de behandeling en de verwachte tijdsduur daarvan.

Het gezamenlijk besluit over het farmaceutisch behandelplan van de patiënt kan heel divers zijn, zoals het besluit tot het starten, aanpassen en/of monitoren van een behandeling, geen behandeling, het aangaan van nieuwe farmaceutische zorg zoals een medicatiebeoordeling, leefstijladvies of de start van een geïndividualiseerde distributierol of een (terug)verwijzing naar een andere zorgverlener.



## NOOT 10: AFSLUITING VAN HET CONSULT

Het doel van deze fase is het bevestigen van het besproken beleid, het bespreken van vervolgstappen en het vastleggen van de zorg. Doordat de apotheker het consult samenvat, de gemaakte afspraken benoemt en deze bij de patiënt toetst, wordt het besproken beleid bevestigd. Bij het maken van afspraken kunnen apotheker en patiënt hun verantwoordelijkheden nader identificeren [Silverman 2014]. Voor de apotheker kan dit bijvoorbeeld betekenen dat hij goed geneesmiddelgebruik extra zal bewaken in overeenstemming met de patiënt. Een verantwoordelijkheid van de patiënt kan bijvoorbeeld zijn dat hij zich aan het afgesproken behandelplan houdt. Tenslotte is het belangrijk om in de slotfase van het consult te bespreken wat te doen als het afgesproken behandelplan niet het gewenste resultaat heeft [Neighbour 1987]. De patiënt is zo voorbereid op de stappen die hij kan nemen als het besproken beleid niet volgens plan gaat. Bijvoorbeeld wanneer de voorgeschreven behandeling niet effectief is of bijwerkingen geeft. De apotheker verifieert of er nog onduidelijkheden zijn bij de patiënt. Indien dit is afgesproken maken apotheker en patiënt een vervolgafpraak. Als er geen onduidelijkheden meer zijn wordt het consult afgesloten. Als gegevens uit het consult in het patiëntendossier worden vastgelegd is het mogelijk om op een later moment te achterhalen wanneer welke zorg is verleend en met welke reden en of er eventuele bijzonderheden zijn geconstateerd. Hierdoor wordt de continuïteit van farmaceutische patiëntenzorg geborgd.

## NOOT 11: OPBOUWEN VAN DE RELATIE

Het doel van het opbouwen van de relatie is een goed contact tot stand te brengen, een vertrouwensband te creëren en de tevredenheid over consult voor beide partijen te bevorderen [Silverman 2014]. Om de patiënt zich te laten openstellen en een gelijkwaardige gesprekspartner te laten voelen is het nodig om respect voor en interesse in de patiënt te tonen en de patiënt op zijn gemak te stellen. De apotheker doet dit door een betrokken houding aan te nemen, de patiënt te betrekken bij het consult, passende gebaren te gebruiken, oogcontact te maken en begripvol en hulpvaardig te zijn. Tevens is de apotheker zich bewust van de rol van een aanwezige derde, zoals een mantelzorger bij het consult.

Het opbouwen van de relatie binnen het consult is een taak die gedurende alle fasen van het consult nodig is, ongeacht de duur van het consult en ongeacht het een bekende dan wel onbekende patiënt betreft. In het Calgary-Cambridge-model loopt het opbouwen van de relatie dan ook parallel met de andere vier fasen van het consult.

De patiënt zal soms zijn problemen met een voor hem onbekende zorgverlener bespreken. Het is dus een extra opgave voor de zorgverlener om in beperkte tijd een gezonde relatie op te bouwen met de patiënt, zodat de zorgverlener en de patiënt zich openstellen in het gesprek met elkaar [Barnett 2001]. In de apotheek komen kortdurende consulten geregeld voor. Naast de vele patiënten met chronisch geneesmiddelgebruik bestaan ook veel eenmalige consulten, bijvoorbeeld bij het kopen van de morningafterpil. Vertrouwen in de apotheker is dan van belang om eventuele vragen en zorgen te durven voorleggen. De patiënt verwacht niet alleen een competente zorgverlener, maar ook iemand die begrip toont en met wie hij kan praten. Vaak blijft de relatie tussen hulpverlener en patiënt niet beperkt tot één consult en wordt de relatie in elk volgend consult verder voortgezet en versterkt [Leopold 1996].

Uit onderzoek blijkt dat gebrek aan warmte en vriendelijkheid bij zorgverleners een van de belangrijkste oorzaken is van de grote ontevredenheid en lage therapietrouw van de patiënten [Korsch 1968]. Verder blijkt uit onderzoek bij artsen dat door een relatie opbouwen tijdens het consult de efficiëntie van het consult wordt bevorderd [Mauksch 2008].

## NOOT 12: AANBRENGEN VAN STRUCTUUR

Het doel is een flexibel maar geordend gesprek mogelijk maken, nauwkeurige informatie verzameling mogelijk maken, betrokkenheid en samenwerking van de patiënt bevorderen, de patiënt helpen begrijpen welke richting het gesprek op gaat en efficiënt gebruik maken van de tijd [Silverman 2014]. De apotheker brengt structuur aan door de fasen van het consult in vaste volgorde te doorlopen, de patiënt te begeleiden door de fasen van het consult, tussendoor samen te vatten en de patiënt te vragen correcties en aanvullingen te geven.

Naast het opbouwen van de relatie is structuur aanbrengen een taak die gedurende alle fasen van het consult nodig is en dit vormt het cement van het consult. Meestal bepaalt de zorgverlener de structuur van het consult en heeft hierdoor een grote invloed op het verloop van het consult. Zoals eerder beschreven heeft het consult een patiëntgerichte benadering. Met de juiste structuur wordt de patiënt meer betrokken bij het consult en dit draagt bij aan een evenwichtige relatie. Wanneer de zorgverlener in het begin aandacht besteedt aan het verloop van het consult, wordt de patiënt aangemoedigd hier invloed op uit te oefenen [Silverman 2014].

Tijdens het consult wordt het Calgary-Cambridge-model gevolgd. Dit model omvat een vaste volgorde van fasen, maar het kan soms nodig zijn om vanuit de fase uitleg en advies terug te gaan naar de fase van informatie inwinnen, bijvoorbeeld als in de fase uitleg en advies andere zorgvragen naar voren komen.

## NOOT 13: COMPETENTIES

Het voeren van consulten met patiënten vraagt om een breed pakket aan kennis, inzicht, vaardigheden en attitude van de apotheker op verschillende competentiegebieden uit het competentieprofiel van de openbaar apotheker:

- Competenties op het gebied van communicatie zijn essentieel voor het voeren van consulten en het opbouwen van effectieve behandelrelaties met patiënten. De apotheker kan tijdens een consult goed en patiëntgericht luisteren, weet daarbij de zorgvragen van de patiënt te achterhalen en verzamelt op een doelmatige wijze relevante patiëntinformatie passend bij de zorgvragen. De apotheker bespreekt (medisch-)farmaceutische informatie op begrijpelijke wijze met de patiënt en komt samen met de patiënt tot een besluit over het geneesmiddelgebruik.
- De competenties binnen het competentiegebied Farmaceutisch handelen borgen dat de apotheker beschikt over voldoende kennis, inzicht, vaardigheden en attitude om informatie te verzamelen en te interpreteren om zorgvragen van patiënten te beantwoorden en patiënten bij het gebruik van geneesmiddelen te begeleiden.
- De competenties binnen het competentiegebied Organisatie borgen dat de apotheker consultvoering in de praktijk efficiënt en effectief kan organiseren. Het gaat hierbij zowel om praktische zaken zoals inrichting van de apotheek en van werkprocessen, maar ook om inzet, aansturing en deskundigheid van het apotheekteam.
- De competenties binnen het competentiegebied Professionaliteit borgen dat de apotheker zorgvragen van patiënten op een integere, betrokken en oprechte wijze beantwoordt en daarbij handelt binnen de grenzen van zijn eigen deskundigheid en bekwaamheid.

Genoemde competenties zoals van toepassing op de apotheker zijn ook van toepassing op de farmaceutische consulent en apothekersassistent aan wie de apotheker het voeren van consulten heeft gedelegeerd (zie 4.1.1 Taakdelegatie) [SBA 2019]. Met name wat betreft de kennis, inzicht, vaardigheden en attitude binnen het centrale competentiegebied farmaceutisch handelen, is er een verschil in deskundigheid en bekwaamheid tussen apothekers, farmaceutisch consulenten en apothekersassistenten. Het is daarom van belang dat degene die het consult voert met de patiënt zich goed bewust is van de grenzen van zijn eigen deskundigheid en bekwaamheid, binnen zijn eigen grenzen handelt en waar nodig hulp inschakelt of het consult overdraagt.

## NOOT 14: WIJZE VAN HET CONSULT

### Overdracht

De communicatie tussen de patiënt en de apotheker binnen een consult bestaat voornamelijk uit wederzijdse informatieoverdracht. Overdracht is essentieel om zorgvragen te begrijpen, relevante informatie te achterhalen en om samen met de patiënt de mogelijkheden te bespreken en een besluit te nemen voor de meest passende aanpak. Overdracht is kritisch voor het succes van een behandeling. Dat geldt zeker in een ambulante situatie waar de patiënt, in de rol van zelfmanager, zichzelf behandelt met geneesmiddelen. Informatieoverdracht tussen patiënt en apotheker vindt plaats op zowel inhoudsniveau als op betrekkingniveau. Met inhoudsniveau wordt vooral feitelijke informatie en kennis bedoeld die makkelijk te verwoorden is. Voor de apotheker zijn dat bijvoorbeeld, data, kennis over geneesmiddelen, kennis over ziekten en behandelingen, maar ook de feitelijke informatie die de patiënt aan de apotheker geeft tijdens het consult. Met betrekkingniveau wordt een ander type informatie bedoeld die minder feitelijk is, zoals emoties, bevorderende of belemmerende gedachten, bewuste overtuigingen maar ook ogenschijnlijk minder bewuste zaken. De informatie van het betrekkingniveau wordt niet alleen inhoudelijk verbaal, maar vooral ook non-verbaal overgedragen door bijvoorbeeld oogcontact, gezichtsuitdrukking, houding, positie, beweging en stemgebruik. In het Calgary-Cambridge-model is de antenne die de apotheker tijdens het consult voor informatie van het betrekkingniveau moet hebben ondergebracht bij de taak 'opbouwen van de relatie'.

### Keuze wijze van consult

De wijze van consult heeft invloed op de overdracht van informatie. De apotheker kiest, waar mogelijk samen met de patiënt, een wijze van consultvoering passend bij de complexiteit van de zorgvraag, alsmede de mogelijkheden en de situatie van de patiënt. De patiënt en de apotheker kunnen het consult op verschillende wijzen met elkaar voeren:

- Tijdens het face-to-face consult zijn de patiënt en de apotheker in eenzelfde ruimte. Meestal is dat in de apotheek aan de balie of in een spreekkamer. Een face-to-face consult kan ook bij de patiënt thuis. In het face-to-face gesprek is informatieoverdracht op inhouds- en betrekkingniveau het meest optimaal. Tijdens een face-to-face consult wordt non-verbaal gedrag (o.a. door oogcontact, gezichtsuitdrukking, houding, positie, beweging, stemgebruik) bewust en onbewust tussen patiënt en apotheker aan elkaar overgedragen en kan gericht worden ingezet om onzekerheden en misverstanden die verbale communicatie kan oproepen weg te nemen [Silvermann 2014]. Het face-to-face consult heeft daarom voor complexere communicatiesituaties voordelen. In het consult bij de patiënt thuis kan soms waardevolle informatie worden verkregen over hoe de patiënt zijn geneesmiddelen beheert en gebruikt en hoe daarbij zijn leefomgeving er uit ziet. De keuze van de ruimte is van invloed op het consult. In de spreekkamer ervaart de patiënt in de regel privacy. Aan de balie kan privacy afhankelijk van de inrichting van de apotheek als minder worden ervaren.

- Het consult op afstand gaat via beeldbellen (video-consult) of via de telefoon. Tijdens het consult op afstand bevindt de patiënt zich in zijn eigen woon- of leefomgeving. Patiënten ervaren in de regel meer privacy in hun eigen woon- of leefomgeving dan in de apotheek. Hierdoor zullen patiënten zich vanzelfsprekend meer op hun gemak voelen tijdens een consult, tenzij anderen ongewenst meekijken of meeluisteren. Voor het consult op afstand, met name het beeldbellen, zal de apotheker vaak eerst een afspraak met de patiënt maken. Indien een consult is gepland, zullen het doel en de verwachtingen van het consult meestal van tevoren besproken zijn. Dergelijke geplande gesprekken kunnen leiden tot tijdsefficiënter werken in de apotheek. Ook zal er minder drukte zijn aan de balie of in de publieksruimte. Voor sommige mensen die niet mobiel of moeilijk ter been zijn, maakt het consult op afstand de farmaceutische zorg meer toegankelijk. De apotheker kan het consult voeren met de patiënt, in plaats van met degene die voor hem in de apotheek komt. Consult op afstand kan de patiënt ook tijd, met name reistijd besparen. Een consult op afstand heeft beperkingen. Bij beeldbellen en telefonisch contact kan wederzijds begrip worden bemoeilijkt door het (ten dele) ontbreken van non-verbale signalen. Dit kan de wederzijdse informatieoverdracht belemmeren en daarmee het beloop en de kwaliteit van het consult beïnvloeden. Bij beeldbellen is het gezicht wel zichtbaar, waardoor op basis van de gezichtsuitdrukking van de gesprekspartner wél non-verbale signalen opgepakt kunnen worden, maar worden signalen uit de lichaamshouding, positie en beweging beperkt overgedragen. Om die reden is bij het consult op afstand het herhalen van de zorgvraag van de patiënt nog relevanter dan tijdens een face-to-face consult. De patiënt wordt op die manier uitgenodigd de apotheker te corrigeren of aan te vullen en actief deel te nemen aan het consult. Voor een effectief consult op afstand is het daarnaast extra van belang zorgvuldig te luisteren en te controleren of de informatie goed is begrepen [Silverman 2014]. Beperkingen in technische geluid- en beeldkwaliteit hebben eveneens invloed op het consult op afstand.
- Schriftelijk contact (via schrift, email, website, app) is voornamelijk geschikt voor het opvragen en geven van feitelijke informatie en valt vanwege de veelal eenzijdige informatieoverdracht buiten bestek van deze richtlijn.

Tabel 1. Mogelijkheden en beperkingen informatieoverdracht en privacy bij verschillende wijzen van consultvoering.

| Wijze van consult              | Verbale informatie | Non-verbale informatie        | Privacy*                            |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Face-to-face thuis             | +                  | +                             | +                                   |
| Face-to-face apotheek          | +                  | +                             | afhankelijk van inrichting apotheek |
| Consult op afstand Beeldbellen | +                  | beperkingen (zie toelichting) | +                                   |
| Consult op afstand Telefonie   | +                  | beperkingen (zie toelichting) | +                                   |

\* bij alle wijzen van consultvoering geldt dat de patiënt door aanwezigheid van andere personen minder privacy kan ervaren.

### Invloed patiënt, zijn zorgvraag en zijn context op wijze van consult

De patiënt, zijn zorgvraag en zijn context zijn bepalend in de keuze voor de wijze van het consult. De patiënt moet ten alle tijden een consult kunnen ontvangen passend bij zijn zorgvraag en context. Onder context van de patiënt worden patiëntkenmerken verstaan, zoals geletterdheid, taalgebruik, intelligentie, organisatievermogen, psychologische gezondheid, fysieke barrières (gehoor, visus) of culturele achtergrond, maar ook handigheid en mogelijkheid om digitaal te kunnen communiceren. Naarmate de apotheker de patiënt beter kent en vaker heeft gesproken, kan hij deze verschillen beter wegen in de keuze voor de wijze van het consult. Bovendien heeft de patiënt zijn eigen voorkeur voor de wijze van consultvoering.

## Onderzoek naar consult op afstand

De exacte toepasbaarheid van consulten op afstand door de apotheker (type consult, type zorgvraag en de patiëntengroep) en de behoefte van patiënten daaraan vergt nader onderzoek. Praktijkonderzoek naar consult op afstand in de Nederlandse apotheekpraktijk is nagenoeg niet uitgevoerd. In een Nederlands onderzoek van UPPER werden 215 apotheekmedewerkers, waaronder 208 apothekers, ondervraagd naar de invloed van de coronapandemie (maart-juni 2020) op de farmaceutische zorg. Hierbij gaven de respondenten aan dat startconsulten in 73% en vervolgsconsulten in 68% van de gevallen face-to-face in de apotheek waren uitgevoerd en in de andere gevallen per telefoon. Voor inhalatie-instructies gaf 42% aan dit in zijn geheel in de apotheek te doen, 22% telefonisch en 35% op een andere wijze veelal door een gesprek in de apotheek ondersteund met een video-instructie. Eén respondent gaf aan dit via beeldbellen te doen. Tijdens de pandemie werden medicatiebeoordelingen door 44% van de respondenten uitgevoerd. 95% van de apotheken voerden de consulten bij medicatiebeoordeling telefonisch uit, slechts drie apothekers maakten gebruik van beeldbellen [Koster 2020]. Concluderend, tijdens de coronapandemie, waarin contact met de patiënt beperkt mogelijk is, hebben apothekers dominant voorkeur om het consult face-to-face of telefonisch uit te voeren. Beeldbellen wordt in 2020 in de apotheek vooralsnog nagenoeg niet toegepast.

## NOOT 15: CONSULT BIJ START VAN EEN BEHANDELING MET GENEESMIDDEL

Tijdens het consult bij de start van een geneesmiddel (in het kort 'startconsult') worden de zorgvragen over een nieuwe behandeling met een UR-geneesmiddel besproken. Om patiëntgerichte zorg bij de start van een behandeling met een geneesmiddel te leveren is naast kennis om het geneesmiddel veilig en effectief te gebruiken, afstemming nodig van de behandeling op de persoonlijke situatie van de individuele patiënt. Voor de start van de behandeling met een geneesmiddel heeft de patiënt nog geen eigen ervaring met het geneesmiddel. De patiënt heeft vanuit zijn opvoeding en levensloop gedachten, gevoelens en overtuigingen over geneesmiddelen. Ook heeft de patiënt vaak wel bepaalde ervaringen met de apotheek en het apothekerteam. Deze zaken hebben bewust of onbewust invloed. De verwachte positieve en negatieve uitkomsten en verwachtingen over het eigen kunnen van de patiënt ten aanzien van de behandeling met het geneesmiddel zullen bepalend zijn of de patiënt het geneesmiddel zal gaan gebruiken.

De zorgvragen van de patiënt bij de start van een behandeling kunnen heel divers zijn. Zorgvragen bestaan vaak uit het verzoek tot terhandstelling van het geneesmiddel op recept, maar kunnen bijvoorbeeld ook betrekking hebben op de werking, bijwerking of gebruiksduur van het geneesmiddel. Het is belangrijk in het consult ruimte te bieden voor het bespreken van mogelijke belemmeringen die het goed gebruik van het geneesmiddel in de weg staan, zoals hoe het gebruik in te passen in het dagelijks leven, ongerustheid over aandoening of zorgen over langdurig gebruik. Naast zorgvragen die betrekking hebben op de kortere termijn, kunnen ook zorgvragen met betrekking tot de lange termijn worden gesteld, zoals de behoefte aan ondersteuning bij een behandeling van een chronische aandoening. Het patiëntgerichte startconsult vervangt het oude begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel (BNG). Tijdens het 'oude' BNG werd de patiënt geïnformeerd met standaardinformatie over de werking, wijze van gebruik, dosering en bijwerkingen bij het gebruik door deze patiënt [Handreiking begeleidingsgesprek KNMP].

Tijdens het startconsult wordt in de fase 'informatie inwinnen' echter eerst geïnventariseerd welke verwachtingen, zorgen en behoeften de patiënt heeft met betrekking tot de aandoening en het geneesmiddel. Vervolgens worden tijdens de fase 'uitleg, advies en besluit' informatie en adviezen gegeven die zijn afgestemd op de context van de patiënt, in plaats van de standaardinformatie die vanouds bij het BNG werd gegeven.

Daarnaast wordt bij consultvoering rekening gehouden met de overtuigingen en behoeften van de patiënt en besluiten apotheker en patiënt gezamenlijk over de wijze waarop de patiënt het geneesmiddel gaat gebruiken. Bij het BNG was nauwelijks ruimte voor gezamenlijke besluitvorming.

### **NOOT 16: CONSULT BIJ WIJZIGING OF VERVOLG VAN EEN BEHANDELING MET EEN GENEESMIDDEL**

Een consult bij een wijziging of een vervolg van een behandeling met een UR-geneesmiddel (in het kort vervolgconsult) volgt altijd op een eerder consult met het geneesmiddel, zoals een startconsult of een eerder vervolgconsult. Dat betekent dat de patiënt in de voorliggende periode ervaring heeft opgedaan met het geneesmiddel. Deze ervaring wordt in een vervolgconsult besproken en is vaak bepalend voor óf en hoe de patiënt de behandeling met het geneesmiddel zal voortzetten. Daarnaast bespreken apotheker en patiënt in een vervolgconsult eventueel nieuw ontstane zorgvragen. Apotheker en patiënt beslissen tijdens een vervolgconsult in gezamenlijkheid of de behandeling met het geneesmiddel wordt voortgezet. Door de Nederlandse prescriptieregeling heeft de tweede uitgifte van een geneesmiddel een aparte status gekregen. Deze prescriptieregeling houdt in dat de patiënt bij het eerste gebruik een geneesmiddel voor maximaal 15 dagen voorgeschreven krijgt. De tweede uitgifte vormt daardoor een logisch moment voor een vervolgconsult, omdat de patiënt dan de eerste ervaringen met het geneesmiddel heeft opgedaan. Wat betreft het toepassen van het Calgary-Cambridge-model voor consultvoering is er geen onderscheid tussen specifieke consulten bij een tweede uitgifte of een vervolguitgifte. Ze worden in beide situaties op dezelfde wijze uitgevoerd.

Tijdens een lopende behandeling met medicatie zijn er in de tijd meerdere contactmomenten tussen de patiënt en de apotheker. Deze contactmomenten zijn veelal gekoppeld aan de terhandstelling van een geneesmiddel en kunnen aanleiding geven voor een vervolgconsult [Zie noot 1 Consultvoering in de apotheek]. Binnen een lopende behandeling kunnen zorgvragen ontstaan, welke aanleiding geven voor een consult losstaand van een terhandstelling. Triggers voor een vervolgconsult zijn bijvoorbeeld zorgvragen rondom wijzigingen in medicatie, verminderde therapietrouw, vermoeden van bijwerkingen, de wens tot minderen of stoppen van medicatie, farmacogenetica of anderszins vragen over geneesmiddelgebruik door de patiënt of vermoeden van farmacotherapiegerelateerde problemen bij de apotheker. Bij de behandeling van een chronische aandoening hebben consulten een verband met elkaar, omdat ze gaan over de verschillende stadia van de behandeling van een aandoening. Tijdens het consult wordt rekening gehouden met de behandelfase van de aandoening, waarin de patiënt zich bevindt. Een voorbeeld van een samenhang van consulten is te vinden in de KNMP-richtlijn Diabetes. Het initiatief voor een vervolgconsult kan zowel bij de patiënt als de apotheker liggen. Indien de apotheker de initiatiefnemer is, dan ligt de basis van het vervolgconsult altijd in een eerder gestelde zorgvraag van de patiënt. Zo kan in een voorgaand consult met de patiënt zijn afgesproken dat de apotheker de patiënt ondersteunt bij goed geneesmiddelgebruik door het bewaken van de therapietrouw.

### **NOOT 17 : CONSULT BIJ VRAGEN OVER ZELFZORG**

De beantwoording van zorgvragen bij zelfzorg vindt plaats in een situatie die op een aantal punten verschilt met start- of vervolgconsulten.

- De patiënt wendt zich met bepaalde zorgvragen op eigen initiatief tot de apotheker. Meestal heeft de patiënt hierover (nog) geen andere zorgverlener geconsulteerd. Dit betekent dat de apotheker vaak geen gegevens van andere zorgverleners heeft. De patiënt is voor de apotheker zijn belangrijkste bron van informatie.

- Inhoudelijke zorgvragen bestaan in de regel uit een vraag om een zelfzorgmiddel of een vraag die gaat over een klacht of een door de patiënt zelf gestelde diagnose. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen een klacht of een aandoening die met zelfzorg kan worden behandeld of een aandoening welke eerst een consult met een arts behoeft.
- Bij bekende patiënten die als “vaste patiënt” voor andere behandelingen bij de apotheker komen zal gebruik worden gemaakt van gegevens uit het patiëntendossier. Deze gegevens kunnen eventueel aangevuld worden met gegevens geraadpleegd via het LSP of andere systemen. Bij incidentele patiënten (passanten) zijn deze gegevens mogelijk niet beschikbaar en zal afhankelijk van de zorgvraag informatie worden ingewonnen.
- Bij een zelfzorgvraag stelt de apotheker een werkdiagnose, op basis waarvan hij de patiënt uitleg en advies geeft over de (behandel)mogelijkheden, terwijl bij een zorgvraag over behandeling met een UR-geneesmiddel de arts degene is die de diagnose stelt en de behandeling met een UR-geneesmiddel inzet.
- De patiënt komt op eigen initiatief naar de apotheker en dat betekent dat de patiënt meer nog dan bij andere consulten een eigen besluit zal nemen binnen de setting van gezamenlijke besluitvorming

Tot het verschijnen van de KNMP-richtlijn consultvoering waren de ‘KNMP Standaarden voor zelfzorg’ de enige richtlijnen voor het voeren van een zelfzorgconsult. De herziene ‘KNMP Standaarden voor zelfzorg’ (juni 2020) beschrijft aanbevelingen voor het zelfzorgconsult volgens de fasen van het Calgary-Cambridge-model. Het verzamelen van informatie over de achtergrond van de zelfzorgvraag van de klant vindt tijdens het zelfzorgconsult plaats door het stellen van de WHAM-vragen. WHAM staat daarbij voor:

- W - Voor wie is het middel of advies bedoeld?
- H - Hoe lang heeft de klant de klachten al?
- A - Welke actie heeft de klant al ondernomen?
- M - Welke medicijnen gebruikt de klant nog meer?

Afhankelijk van de situatie kan vervolgens de uitleg en het advies in het zelfzorgconsult bestaan uit achtergrondinformatie over de klacht, leefregels ter genezing, verzachting of voorkoming van de klacht of kwaal, een zelfzorgmiddel of een verwijzing naar de huisarts. Vaak zal het advies bestaan uit een combinatie van genoemde adviezen. Een verschil met de richtlijn Consultvoering is dat de zelfzorgstandaarden de relatie met de apotheker als een klantrelatie karakteriseren. De algemene aanbevelingen in de richtlijn Consultvoering gaan uit van een patiënt die met een zorgvraag voor een behandeling bij de apotheker komt en is dus meer patiënt- en zorggericht. Dit blijkt bijvoorbeeld uit verschillen bij het informatie inwinnen. De WHAM-vragen adresseren belangrijke informatiedelen (“HAM-vragen”) van de patiënt, maar hebben door hun formulering een afbakenend karakter. De vragen adresseren zoals bij de algemene aanbevelingen over consultvoering het geval is, minder de context van de patiënt of wat de patiënt zelf denkt of wil weten. Bovendien komt het onderdeel gezamenlijke besluitvorming, wat van belang is voor een patiënt-zorgverlener relatie in de Zelfzorgstandaarden, minder naar voren. Indien de apotheker zelfzorgvragen volgens consultvoering aangaat zal dit leiden tot meer patiëntgerichte aanpak van de zelfzorgvragen van de patiënt.

## NOOT 18 SOCIAL RETURN ON INVESTMENT ANALYSE

Consultvoering is relatief nieuw voor de apotheker en zijn apotheketeam. Om de impact van consultvoering te bepalen, is een Social Return on Investment (SROI) analyse uitgevoerd. Een monodisciplinaire budget impactanalyse voor de apothekorganisatie als ook de klassieke kosten-effectiviteitsanalyse van sec een interventie bleken minder geschikt. Omdat consultvoering inhoudelijk-cognitieve zorgverlening is, is het minder eenvoudig uit te drukken in financiële investeringen en baten. Bovendien zijn in eerste instantie ook niet-materiële opbrengsten te verwachten die niet direct neerslaan binnen de apothekorganisatie. De SROI-consultvoering maakt voor de betrokkenen en stakeholders investeringen en opbrengsten in termen van maatschappelijk rendement inzichtelijk, zowel binnen de apothekorganisatie als daarbuiten. De SROI-methode is internationaal gevalideerd en wordt gebruikt om de maatschappelijke en economische impact van een veranderde werkwijze in beeld te brengen. Een SROI is een kwantitatieve analyse en tevens een analyse van een groter systeem. Hierdoor is het model geschikt voor betrokken stakeholders om met elkaar in gesprek te gaan. De SROI-analyse over consultvoering is prospectief uitgevoerd. De onderzochte praktijk is een gemiddelde Nederlandse openbare apotheek waar de apotheker en zijn team consultvoering uitvoeren bij zorgvragen waar een startconsult of een vervolconsult is geïndiceerd. Het uitgebreide rapport is op aanvraag bij de KNMP beschikbaar, per mail via [richtlijnen@knmp.nl](mailto:richtlijnen@knmp.nl).

Voor de SROI-consultvoering is een impactmodel ontwikkeld, waarin onderdelen als stakeholders, activiteiten, type opbrengsten en de wijze van waarden zijn opgenomen. Dit impactmodel is vervolgens getoetst middels interviews met twee opinieleiders en in een vijftal apotheken telkens bestaande uit een praktijkapotheker en een vertegenwoordiger van het verband waarvan de apotheek deelnemer is (bijvoorbeeld keten, collectief of formule). Op basis van gegevens uit deze interviews is de kwantitatieve analyse uitgevoerd. Diverse gebruikte kwantitatief economische waardebepalingen zijn gebaseerd op overeengekomen aannames en deels op reeds erkende berekeningen en waarderings afkomstig uit andere SROI's, bepalingen van landelijke instituten en wetenschappelijke literatuur.

Met de aanname dat in 2024 50% van de apotheken consultvoering toepast en dat 50% van de patiënten in de apotheken een consult krijgt aangeboden geeft de SROI-analyse een ratio van 3,83. Dat wil zeggen dat de maatschappelijke investering van een euro over vijf jaar een rendement van 3,83 euro oplevert. De SROI-analyse laat zien dat van de kosten voor 74,4% bij de apotheker liggen. Daarnaast ligt 19,9% van de te investeren kosten bij de patiënt zelf en 5,7% bij andere zorgverleners in de eerstelijns. De opbrengsten komen voor 40,9% ten gunste van de patiënt, voor 36,3% van de zorgverzekeraar en voor 20,6% voor de gemeente. Terwijl de baten voor 0,14% bij de apotheek terechtkomen en voor 2,02% bij de eerstelijns. De SROI-analyse bevestigt de veronderstelling dat consultvoering de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert. Consultvoering leidt tot meer werkplezier en hiermee tot vermindering van ziekteverzuim en dus economische baten voor de apotheek. Ook leidt consultvoering tot efficiënter werken ten gunste van de eerste lijn en tweede lijn, minder kosten voor de Zorgverzekeringswet ten gunste van de zorgverzekeraar en minder maatschappelijke kosten ten gunste van de gemeente.

Concluderend kan worden gesteld dat consultvoering een positieve SROI-ratio heeft, met zowel economisch als maatschappelijk rendement. De investeringen liggen in de eerste plaats bij de apotheker, terwijl de te verwachten opbrengsten neerslaan bij de andere stakeholders. Dit fenomeen wordt vaker waargenomen in de zorg en kan een barrière zijn voor apothekers om consultvoering te implementeren in de apothekpraktijk. Consultvoering als basis voor het gesprek van de patiënt met de apotheker is een veelbelovende propositie, op zowel economisch als maatschappelijk vlak. De SROI-consultvoering maakt dit inzichtelijk en leent zich ervoor dat betrokken partijen hierover met elkaar in gesprek gaan.



## NOOT 19 PATIËNTPERSPECTIEF OP CONSULTVOERING

Een goede aansluiting op de wensen en behoeften van patiënten bevordert de kwaliteit en de implementatie van de aanbevelingen van de richtlijn Consultvoering en daardoor de farmaceutische zorg. In 2016 heeft een knelpuntenanalyse plaatsgevonden als voorstudie voor de ontwikkeling deze richtlijn met vijf patiëntenverenigingen. Deze antwoorden op die knelpunten zijn verwerkt in de conceptaanbevelingen. Om het patiëntperspectief op consultvoering verder te onderzoeken is de richtlijn Consultvoering in het najaar van 2020 in concept opnieuw voorgelegd aan vertegenwoordigers van vier patiëntenorganisaties: Patiëntenfederatie Nederland, Longfonds, Osteoporosevereniging en het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM). Door middel van semigestructureerde interviews is de vertegenwoordigers gevraagd in hoeverre de aanbevelingen van de richtlijn aansluiten op de wensen en behoeften van de patiënten wat betreft consulten in de apotheek. Hieronder zijn de opbrengsten van deze interviews per thema samengevat.

### Opbrengst van consultvoering

Patiëntenorganisaties geven aan dat consultvoering winst zal opleveren voor patiënten die geneesmiddelen gebruiken. Patiëntgerichte consulten met de apotheker(sassistente) kunnen bijdragen aan de therapietrouw en de kwaliteit van leven. De opbouw volgens het Calgary-Cambridge-gespreksmodel achten patiënten daarbij een geschikt uitgangsmodel. Zij geven aan dat met de toepassing van dit model meer tijd, rust en ruimte zal worden ervaren voor het gesprek over de behandeling met geneesmiddelen. Oprechte interesse geeft patiënten het gevoel dat patiënten serieus worden genomen en met hen wordt meegedacht. Patiënten zullen moeten wennen aan deze nieuwe wijze van gespreksvoering door de apotheker. Patiënten geven aan dat ze verwachten dat apotheker en huisarts hun zorg voor de patiënt hebben afgestemd, zij verwachten dit ook voor het consult met de patiënt. Tenslotte verwachten patiënten dat de apotheker in het consult rekening houdt met de mogelijkheden en beperkingen (gezondheidsvaardigheden) van de patiënt en nagaat of hetgeen is besproken in het consult goed is overgekomen bij de patiënt.

### Opbouwen van de relatie tijdens het consult

Patiënten hebben behoefte aan het opbouwen van een relatie met de apotheker. Belangrijk is dat de apotheker oprechte interesse en aandacht voor zijn patiënten heeft. En dat de apotheker met compassie en zonder oordeel de consulten met hen voert. Voor het opbouwen van een relatie moeten patiënten vertrouwen hebben in de apotheker. Patiënten geven aan dat de wisselingen in geneesmiddelmerken en de geneesmiddeltekorten hier een negatieve invloed op hebben. Het ervaren van voldoende privacy tijdens het consult is belangrijk voor patiënten en dat vraagt in apotheken nog aandacht. Het voeren van consulten door de apotheker in de spreekkamer of tijdens een huisbezoek kan positief bijdragen aan het gevoel van privacy dat de patiënt ervaart.

### Consult op afstand

Patiënten zien de mogelijkheid om consulten met de apotheker op afstand te voeren, telefonisch of via beeldbellen, als een kans. Zij willen graag meebeslissen over de wijze waarop het consult wordt gevoerd. Voor consulten op afstand staan patiënten zeker open, maar de behoefte aan het consult op afstand verschilt per persoon. Patiënten noemen als voordeel dat een consult op afstand op een passend moment zorgt voor meer rust en privacy. Bovendien verwachten patiënten een consult als er van te voren een afspraak wordt gemaakt. Patiënten geven aan dat het ontbreken van lichaamstaal in meer of mindere mate een beperking kan zijn bij het voeren van consulten op afstand. Ze benoemen daarnaast dat het voor patiënten lastig kan zijn om op afstand hun zorgen te uiten als er geen behandelrelatie is. Het feit dat niet iedereen over een computer of tablet met microfoon en camera beschikt en/of voldoende digitaal vaardig is, wordt door patiënten als belemmering gezien voor consulten via beeldbellen.

### **Verwachtingen bij het vervolgconsult**

Patiënten verwachten dat vervolgconsulten met de apotheker de therapietrouw zullen verbeteren. Met name door vragen van patiënten te beantwoorden en onzekerheid over de geneesmiddelen weg te nemen. Ook hebben de patiënten behoefte aan aandacht voor en uitleg over de wisseling van geneesmiddelmerken en geneesmiddeltekorten. Patiënten benoemen dat ze niet gewend zijn aan consulten met de apotheker tijdens een bestaande behandeling. Patiënten adviseren daarom wel de verwachtingen van de patiënten te managen door aan te geven dat er een vervolgconsult volgt. Patiënten vinden dat de apotheker zich met de vervolgconsulten zou moeten richten op patiënten met veel chronische geneesmiddelen. Deze middelen worden vaak via de herhaalmodule aangevraagd en via een geneesmiddelautoomaat of door de bezorger uitgegeven. Hierdoor ervaren patiënten onvoldoende controle en begeleiding tijdens chronisch geneesmiddelgebruik.

### **Gezamenlijke besluitvorming**

Patiënten hebben behoefte aan gezamenlijke besluitvorming over een behandeling met geneesmiddelen. Ze vinden het met name wenselijk dat wordt meegedacht over hoe het geneesmiddelgebruik in het dagelijks leven kan worden ingepast. Maar patiënten vinden het krijgen van informatie, voldoende gesprekstijd en aandacht tijdens een consult minstens zo belangrijk. Gezamenlijke besluitvorming is voor veel patiënten nieuw en daarom zal men hieraan nog wel moeten wennen.

### **Behoeftte aan een vast contactpersoon in de apotheek**

Sommige patiënten waarderen het als er één of twee vaste contactpersonen zijn in de apotheek. Maar ook het vastleggen en overdragen van informatie over patiënten binnen de apotheek kan voorkomen dat patiënten telkens hetzelfde verhaal moeten vertellen of dezelfde vragen moeten beantwoorden. Dat vinden patiënten minstens zo belangrijk. Zeker oudere of kwetsbare patiënten geven aan dat een vast contactpersoon vertrouwen wekt en dat dit helpt om een behandelrelatie met elkaar op te bouwen.

### **Conclusie**

Op basis van de interviews met de vier patiëntorganisaties kan worden geconcludeerd dat consultvoering door patiënten wordt gezien als van waarde voor patiëntgerichte farmaceutische zorg. Om die reden juichten deze organisaties de implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijn consultvoering dan ook toe.