

Barrières en facilitatoren van het huisbezoek door de apotheker

D.M.W. Hazelaar

Opleiding Farmakunde, Hogeschool Utrecht.

*Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening,
Hogeschool Utrecht.*

Apotheek de Brug, Flevoziekenhuis Almere.

Kernpunten

- Het bewust zijn van de barrières en facilitatoren van de innovatie vergroot de kans op succes.
- Ervaringen van de huis bezoekende apothekers zijn positief. Ze zien en merken de voordelen van het huisbezoek door de apotheker.
- Vergoeding voor het huisbezoek is noodzakelijk om de innovatie te laten slagen.
- Voorafgaande screening van patiënten van belang om te bepalen wanneer een huisbezoek zinvol is.

Inleiding

Innovaties in de zorg gaan vaak langzaam en als er dan een doorbraak is wordt deze vaak niet herkend. Bovendien zijn de meeste innovaties niet succesvol, slechts 1 op de 70 innovaties slaagt er in geadopteerd te worden door de doelgroep. (Pater, Roest, Dubbeldam, & Verwey, 2008)

Voor het succes van een innovatie is het van belang om te beseffen dat innoveren meer is dan alleen iets nieuws bedenken. Het dissemineren is belangrijk voor het succes van de innovatie. Deze mislukt vaak doordat hier

Abstract

Objective

What are the barriers and facilitators of home visits by pharmacists after hospital discharge?

Methods

In the study of this paper the experiences of the implementation with an innovation in the health care will be displayed. The experiences were shared by six pharmacists from Almere during a focus group.

Results

The aspects: innovation and adoption showed most facilitators followed by the implementation. The aspect: adopter had most barriers followed by system readiness and outer context.

All six pharmacists enjoyed the home visits. But they all agreed that the first home visit was a barrier. While looking back the pharmacist said that it wasn't that bad afterwards.

If the pharmacist doesn't receive any financial reward they don't want to do it anymore. Only in high risk situations they will make an exception. All pharmacists think these home visits are a good idea if there is a selection of patients before the home visits are done.

Conclusions

The conclusion of this study is that a financial reward is essential for the innovation to succeed. Just as the polyclinic pharmacy warning community placement of patients just discharged. The advantage of home visits is definitely noticeable.

onvoldoende aandacht aan besteed is. (Pater, Roest, Dubbeldam, & Verweyen, 2008)

Het invoeringsproces bestaat uit verschillende acties en fasen. Kennisfase, overtuigingsfase, beslissingsfase, adoptiefase, bevestigingsfase. (Rogers, 2003)

Er zijn vele factoren die het invoeringsproces beïnvloeden, dit kunnen zowel barrières als facilitatoren zijn. (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2002)

In de literatuur zijn vele factoren beschreven die in verschillende mate belangrijk zijn voor innovatie. (Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane, & Kyriakidou, 2005) (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2002) De kans dat een innovatie succesvol wordt, is groter wanneer er rekening wordt gehouden met deze factoren.

Er bestaan verschillende theorieën over innovatie in de zorg. Een veel gebruikte theorie is die van Rogers. Greenhalgh ondersteunt de theorie van Rogers, maar geeft een nog uitgebreider literatuuroverzicht over het innovatieproces. Dit model bestaat uit meer dan 60 factoren die zowel belemmerend als bevorderend kunnen zijn. (Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane, & Kyriakidou, 2005)

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het model Greenhalgh (zie figuur 1), omdat dit uitgebreid en overzichtelijk is. Greenhalgh is vaker gebruikt bij gezondheidsinnovaties. (van Ree, 2009) (Aarts, et al., 2014)

HomeCoMe

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat veel geneesmiddel gerelateerde (her)opnames voorkomen hadden kunnen worden. (van den Bemt, Egberts, & Leendertse, 2006) (Nikolaus, Specht-Leible, Kruse, Oster, & Schlierf, 1992) (Witherington, Pirzada, & Avery, 2008) (Howard, et al., 2007)

Het is daarom belangrijk om de patiënten te begeleiden na zorgovergangen, zoals van eerstelijns naar de tweedelijnszorginstanties. (Boutwell & Hwu, 2009)

Uit verschillende onderzoeken die als doel hebben om geneesmiddel-gerelateerde problemen te verminderen is gebleken dat interventies van apothekers effectief zijn. (Kaboli, Hoth, McClimon, & Schnipper, 2006) (Murphy, Oxencis, Klauck, Meyer, & Zimmerman, 2009) (Krska, et al., 2001) (Kwint, Faber, Gussekloo, & Bouvy, 2012) (Krska, et al., 2001)

In een lopend onderzoek (Ensing, Koster, Stuijt, van Dooren, & Bouvy) naar het verbeteren van de farmaceutische zorg rondom opnames en ontslag uit het ziekenhuis worden in Almere huisbezoeken door de apotheker uitgevoerd. Dit is het HomeCoMe programma (*home-based community pharmacist-led medication management program*). De huisbezoeken moeten bijdrage aan de verbetering van de farmaceutische zorg doordat er tijdens een huisbezoek mogelijke geneesmiddel gerelateerde problemen worden gevonden en kunnen worden opgelost.

Deze huisbezoeken worden uitgevoerd door apothekers van de openbare apotheken in Almere. Zoals met meer zorginnovaties kan het lastig zijn om deze huisbezoeken succesvol te implementeren in de dagelijkse apotheekpraktijk. Met dit onderzoek wil ik de barrières en facilitatoren in kaart brengen zodat de huisbezoeken na de initiële onderzoeksperiode succesvol geïmplementeerd kunnen worden in heel Nederland.

Methode

De onderzoekspopulatie bestond uit 16 apotheken uit Almere die meedoen aan het HomeCoMe programma.

Het is een kwalitatief onderzoek, omdat het onderzoek gericht is op motivaties, meningen, ervaringen en behoeftes van de onderzoekspopulatie.

Aan de hand het model van Greenhalgh (Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane, & Kyriakidou, 2005) en de in de inleiding besproken literatuur is er een half-gestructureerd gespreksprotocol opgesteld voor een focusgroep. In dit protocol zijn de thema's en factoren verwerkt die een rol zouden kunnen spelen bij de implementatie van de huisbezoeken. De keuze van de thema's zijn gebaseerd op gesprekken met twee poliklinische apothekers die het proces van de huisbezoeken begeleiden (bijlage 1) en de in de inleiding genoemde literatuur. Maar ook is er ruimte gelaten voor thema's die in eerste instantie minder van belang leken.

De focusgroep bestond uit zes apothekers die geselecteerd zijn door een poliklinische apotheker die het huisbezoek begeleidt. Er was gezorgd voor een goede balans tussen 'voor' en 'tegen' standers. Er is gekozen voor een focusgroep, omdat in een focusgroep de apothekers elkaar stimuleren om verder te kijken dan alleen hun eigen visie. Op deze

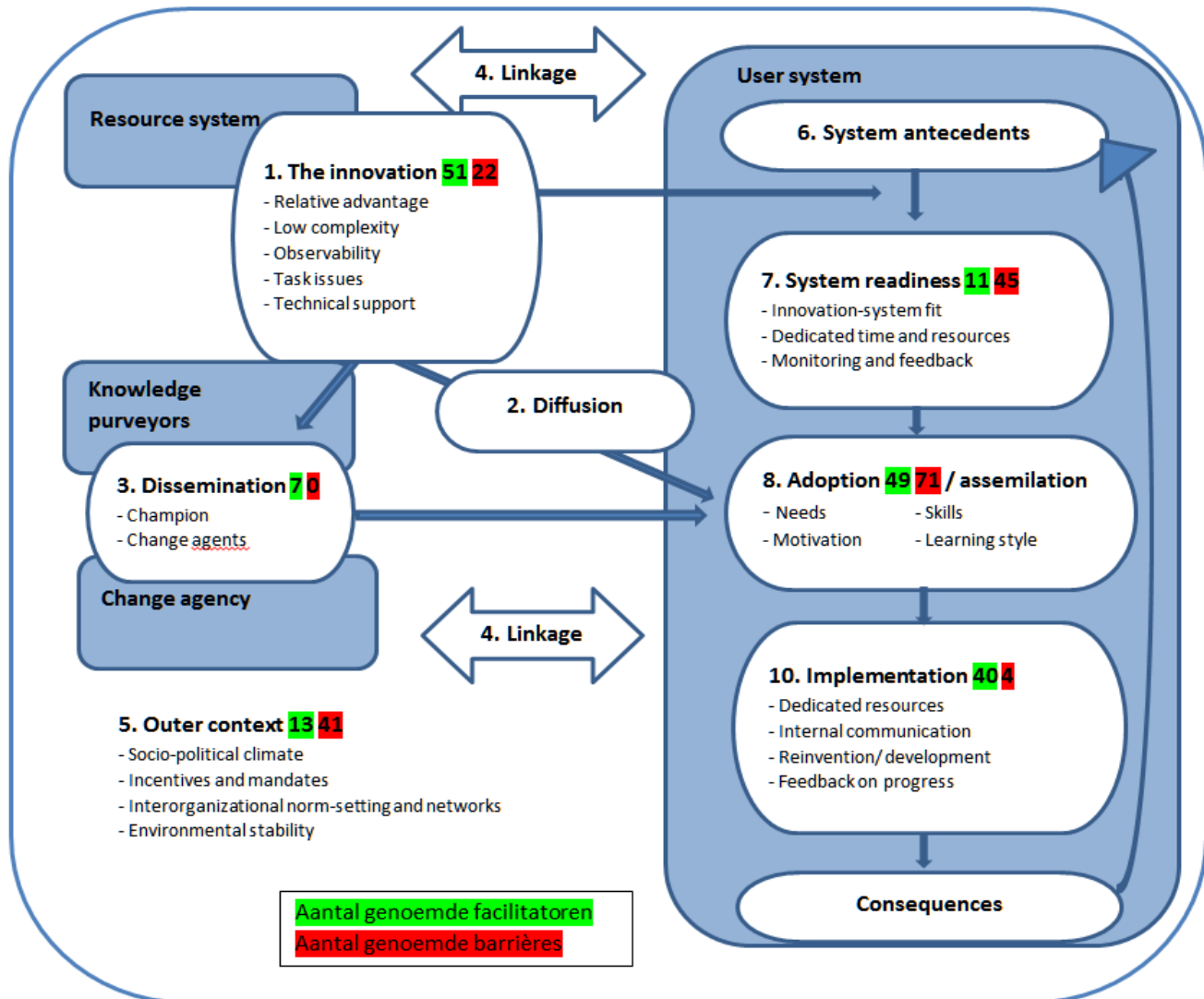
manier kunnen zij ook op elkaar reageren en zal er geregeld een discussie ontstaan. Er zullen meerdere focusgroepen volgen, om zo de verzadiging van de verkregen gegevens te controleren.

Het hele focusgroepsgesprek is opgenomen en de non verbale communicatie is genoteerd door een notulist. De opname is woord voor woord uitgetypt, gefragmenteerd en gelabeld met factoren van het model van Greenhalgh.

Resultaten

De gekozen thema's bevatten alle genoemde barrières en facilitatoren. Tijdens de focusgroep zijn geen andere thema's ingebracht door de apothekers. In figuur 1 is een overzicht te zien van het aantal genoemde barrières en facilitatoren per thema. Dit is een optelsom van alle genoemde barrières en facilitatoren van alle apothekers plus de non verbale bevestigingen/ ontkenningen. Ook zijn in deze figuur alle aanbod gekomen factoren per thema te zien.

Hieronder staan de factoren per thema beschreven. Alleen de meest besproken factoren worden genoemd en de factoren waarover geen consensus is bereikt.



Figuur 1: Aantal barrières en facilitatoren per thema (Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane, & Kyriakidou, 2005)

in de

1. The innovation

Bij het thema 'the innovation' zijn 51 facilitatoren en 22 barrières genoemd.

Bij de factor 'relative advantage' werden 26 facilitatoren en 10 barrières genoemd.

Alle apothekers vonden de huisbezoeken heel zinvol. Alle vijf apothekers die huisbezoeken uitvoeren gaven aan bij bijna alle huisbezoeken iets betekend te kunnen hebben. Ook gaven vier van de zes aan dat de patiënten de huisbezoeken als belangrijk en prettig ervaren.

Vier van de zes apothekers gaven aan dat patiënten die dat kunnen ook naar de apotheek kunnen komen. Vervolgens werd er gezegd dat je om een goed beeld te krijgen echt naar iemand toe moet. Vijf van de zes gaven aan het hiermee eens te zijn. Verder vonden drie van de zes dat je medicijngebruik

praktijk alleen bij iemand thuis kan beoordelen. 'Dan heb je van te voren een polyfarmacie gesprek gedaan met een huisarts en dan gaat het bijvoorbeeld over valrisico en dan denk je daar zit helemaal geen medicatie in die het valrisico kan verhogen. En dan kom je bij die mensen thuis en dan zie je wat voor tapijtjes daar liggen en van die kleine tafeltjes en dan denk je ja nou snap ik het wel. Dus in die zin heeft het ook echt wel zin.' Één apotheker vond dat dit ook in de apotheek kan.

Ook werd er door vier van de zes apothekers aangegeven dat de apotheek nu laagdrempeliger bereikbaar is voor patiënten.

Bij de factor 'technical support' werden 13 facilitatoren en 12 barrières genoemd. Alle apothekers vonden de eerste keer op

huisbezoek gaan een barrière. Wel gaven ze aan dat hier niks aan gedaan kan worden in de begeleiding. *‘De eerste keer is gewoon spannend. En dat is niet erg.’* Vier van de zes apothekers vonden de begeleiding vooraf zinvol en niks daarvan overbodig. Bij de factor ‘low complexity’ vonden alle apothekers het eerste huisbezoek achteraf meevallen.

3. Communication and influence (dissemination)

Onder het thema ‘communication and influence’ vallen ‘dissemination’ en ‘diffusion’ Bij het thema ‘dissemination’ werden 7 facilitatoren genoemd en geen barrières. *‘De champion’* is erg belangrijk voor het uitvoeren van de huisbezoeken. Zij helpt, motiveert en ondersteunt de apothekers waar nodig. *‘Als het moment daar is, is ze zo lief die zegt van nou dan breng ik het apparaatje, ik laat zien hoe het werkt.’* Dit werd gezegd door een apotheker over de poliklinische apotheker die ze ondersteunt bij de huisbezoeken.

5. The outer context

Bij het thema ‘the outer context’ werden 13 facilitatoren en 41 barrières genoemd. Bij de factor ‘socio-political climate’ werden 2 facilitatoren en 13 barrières genoemd. Zo merkte vier van de zes apothekers dat het in de perceptie van de patiënt een barrière is dat de rekening van het huisbezoek meestal eerder komt dan die van de opname in het ziekenhuis. Zo lijkt het dat de rekening van het huisbezoek betaald moet worden, terwijl dit niet het geval is. Wanneer de rekening van de opname komt zijn de patiënten al door het eigenrisico heen. Ook ervoeren vier van de zes het als barrière dat er nog geen vergoeding is voor het huisbezoek alleen een vast tarief.

Bij de factor ‘interorganizational-norm setting and networks’ gaven vijf van de zes

apothekers aan de samenwerking met de thuiszorg een facilitator te vinden.

7. System readiness for innovation

Bij het thema ‘system readiness for innovation’ werden 11 facilitatoren en 45 barrières genoemd.

Bij de factor ‘dedicated time and resources’ werden 6 facilitatoren 26 barrières genoemd. Cruciaal binnen deze factor is de vergoeding van het huisbezoek. Zonder vergoeding gaven alle apothekers aan geen huisbezoek meer te willen doen, of de voorkeur geven aan taken die wel geld op leveren. *‘Stel dat de verzekeraars zeggen van goed lange neus, daar krijgen jullie geen vergoeding voor. Dat hoort gewoon bij je basis taak dan denk ik dat het een stille dood [sterft.]’* Verder gaven vier van de zes aan dat ze het huisbezoek meer planbaar willen hebben. Ook vonden ze het een barrière dat een vast moment in de week voor het huisbezoek niet mogelijk is.

Bij de factor ‘innovation-system fit’ werden 5 facilitatoren en 18 barrières genoemd.

Vier van de zes apothekers gaven aan het als facilitator te ervaren dat de patiënten aangeleverd worden door de poliklinische apotheek voor het huisbezoek. *‘We krijgen patiënten aangeleverd. Als jullie dat niet meer doen, dan houdt het op denk ik.’*

De barrières die genoemd werden hebben allemaal te maken met het lastige inplannen van het huisbezoek. Er werd gezegd dat het huisbezoek altijd onverwachts is, dat het op dit moment niet past, dat je als apotheker altijd flexibel moet zijn en dat je het aantal huisbezoeken niet kan sturen, maar dat meerdere huisbezoeken op een dag eigenlijk niet mogelijk is. *‘Als apotheker moet je je een beetje flexibel opstellen. Ik ben wel eens op zaterdag bij iemand geweest in m’n vrije tijd of ’s avonds na werktijd.’*

8. The adopter

Bij het thema 'the adopter' worden 49 facilitatoren en 71 barrières genoemd.

Bij de factor 'motivation' werden 26 facilitatoren genoemd en geen barrières. Alle apothekers vonden het leuk om op huisbezoek te gaan. Ze gaven aan dat het voldoening geeft en dat het een band schept met de patiënt. *'Ja ik vind het echt heel leuk om te doen, zeker een toegevoegde waarde.'* Ook gaven alle huis bezoekende apothekers aan dat wanneer er geen vergoeding komt ze toch naar de echte risicogeveallen willen gaan.

Bij de factor 'skills' werden 15 facilitatoren en 12 barrières genoemd. Vier van de zes apothekers gaven als barrière aan dat het huisbezoek niet uitbesteed kan worden aan een assistent. Drie van de zes dachten dat dit na een opleiding misschien wel mogelijk is. Drie van de zes gaven aan over voldoende communicatievaardigheden te beschikken voor het huisbezoek. Verder gaven drie van de zes aan dat ze ervaring en uren nodig hebben om de benodigde vaardigheden te krijgen. Twee van de zes apothekers twijfelden of het beoordelen van de woonsituatie van de patiënt wel hoort bij de taken van een apotheker.

Bij de factor 'learning style' werden 2 facilitatoren en 5 barrières genoemd. Alle huis bezoekende apothekers vonden het lastig dat iedereen zijn eigen manier van werken heeft.

10. The implementation process

Bij het thema 'the implementation process' werden 40 facilitatoren en 4 barrières genoemd.

Bij de factor 'reinvention/development' werden 26 facilitatoren 3 barrières genoemd. Alle apothekers gaven aan het selecteren van patiënten aan de balie van de polytheek voor het huisbezoek een goed idee te vinden. Wel gaven twee van de zes aan dat dit geen

garantie is dat je op deze manier geen patiënten mist. Over de criteria waarop de patiënten geselecteerd zouden kunnen worden is geen consensus.

Verder vonden drie van de zes apothekers het een goed idee om met de patiënten die buiten de selectie vallen een telefonisch ontslaggesprek te houden.

Vijf van de zes apothekers zouden graag voorafgaand aan het huisbezoek hun bezoek willen afstemmen met de huisarts van de betreffende patiënt.

Ook werd er genoemd dat je met het huisbezoek meerdere vliegen in één klap kan slaan door tijdens het huisbezoek ook meteen een medicatiereview te doen en de lab waarden te controleren.

Bij de factor 'feedback on progress' gaven vijf van de zes apothekers aan een focusgroep erg interessant te vinden voor het delen van ervaringen, tips en trucs.

Beschouwing

Discussie

In dit onderzoek zijn de barrières en facilitatoren van het huisbezoek door de apotheker onderzocht. Er zijn een scala aan barrières en facilitatoren aan het licht gekomen. Het is belangrijk deze in kaart te brengen, zodat de kans op succesvolle implementatie groter is.

De resultaten tonen veel overeenkomsten met eerdere onderzoeken, maar er zijn ook verschillen.

Wat faciliterend werkt is dat de apothekers de huisbezoeken zinvol vonden. Dit komt overeen met een eerder onderzoek.

(Hugtenburg, Borgsteede, & Beckeringh, 2009) Een andere facilitator is de samenwerking met artsen. Dit resultaat is ook terug te vinden in eerdere onderzoeken. (Marquis, Schneider, Spencer, Bugnon, & Du Pasquier, 2014)

Verder werd door de apothekers aangegeven

dat de begeleiding en training goed was. In eerdere onderzoeken naar apothekersinterventies kwam naar voren dat hier onvoldoende aandacht aan besteed was. (Marquis, Schneider, Spencer, Bugnon, & Du Pasquier, 2014) (Emmerton, et al., 2012) (Niquille, Lattmann, & Bugnon, 2010)

In dit onderzoek kwam als barrière naar voren dat de huisbezoeken soms lastig in te plannen zijn in de dagelijkse praktijk van de apotheek. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken. (Marquis, Schneider, Spencer, Bugnon, & Du Pasquier, 2014) (Emmerton, et al., 2012) (Niquille, Lattmann, & Bugnon, 2010)

Ook gaven de apothekers aan dat een vergoeding voor het huisbezoek belangrijk is. Deze resultaten zijn ook terug te vinden in eerdere onderzoeken. (Marquis, Schneider, Spencer, Bugnon, & Du Pasquier, 2014) (Niquille, Lattmann, & Bugnon, 2010)

Een verschil met deze onderzoeken was dat de apothekers daar soms te maken hadden met het ontbreken van interesse bij de patiënt. In dit onderzoek gaven de apothekers aan dat de patiënten de huisbezoeken als belangrijk ervaren.

Alle reacties van de apothekers zowel verbaal als non verbaal zijn zo nauwkeurig mogelijk vastgelegd. Het is echter mogelijk dat niet alle non verbale communicatie is waargenomen. Een tweede observator zou een verbeterpunt kunnen zijn.

Wat opvalt is dat alle apothekers het leuk vonden om het huisbezoek te doen en ook vonden dat dit bij hun taak als apotheker hoort. Maar wanneer er geen vergoeding komt voor het huisbezoek houdt het op.

De interne validiteit is gewaarborgd doordat alle uitspraken gekoppeld zijn aan factoren van Greenhalgh. Ook zijn alle vragen van te voren getest en zijn ze tijdens de focusgroep goed geïnterpreteerd. Wel is het aan te bevelen een soortgelijke focusgroep te herhalen met het overige deel van de

onderzoekspopulatie ter controle van de verzadiging van de resultaten.

Over de externe validiteit kan nog geen uitspraak worden gedaan. De huisbezoeken worden op dit moment alleen uitgevoerd in een onderzoek setting in Almere.

Conclusie

De gekozen thema's van Greenhalgh bevatten alle tijdens de focusgroep genoemde barrières en facilitatoren.

Een vergoeding lijkt essentieel voor het slagen van deze innovatie net als de melding door de poliklinische apotheek bij welke patiënten een huisbezoek ingepland moet worden. Ook de planbaarheid speelt een belangrijke rol.

Wat ook belangrijk is voor deze innovatie is een 'champion'. Iemand die de apothekers motiveert en ondersteunt.

Het voordeel van het huisbezoek ten opzichte van de huidige situatie (relative advantage) is merkbaar. Bij bijna alle patiënten hebben de apothekers iets kunnen betekenen. Ook ziet de patiënt zelf het belang van het huisbezoek in.

Een aanbeveling is om de patiënten te screenen op relevantie. Het huisbezoek is niet voor alle patiënten zinvol. Een andere aanbeveling is om voorafgaand aan het huisbezoek een afstemming te plannen met de huisarts van de betreffende patiënt, zodat zij beide op één lijn zitten en op de hoogte zijn van alle actuele informatie.

Literatuur

Aarts, J. W., Vennik, F., Nelen, W. L., van der Eijk, M., Bloem, B. R., Faber, M. J., et al. (2014). *Personal health communications: a phenomenological study of a new health-care concept*. Nijmegen : John Wiley & Sons Ltd Health Expectations.

Boutwell, A., & Hwu, S. (2009). *Effective interventions to reduce rehospitalizations: A survey of the*

- published evidence. Cambridge: MA: Institute for healthcare improvement.
- Emmerton, L. M., LeMay, K. S., Smith, L., Krass, I., Saini, B., Bosnic-Anticevich, S. Z., et al. (2012). *Experiences of community pharmacists involved in the delivery of a asthma service in Australia*. BMC Health Services Research.
- Ensing, R., Koster, E., Stuijt, C., van Dooren, A., & Bouvy, M. (sd). *A home-based community pharmacist-led medication management program to identify drug-related problems post-discharge: rationale*. Almere. (ongepubliceerd studyprotocol)
- Fleuren, M., Wiefferink, C., & Paulussen, T. (2002). *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwing in organisaties*. TNO preventie en gezondheid, divisie volksgezondheid.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Grol, R., & Wensing, M. (2007). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Herzlinger, R. E. (2006). *Why innovation in health care is so hard*. Harvard: Harvard business school publishing .
- Howard, R., Avery, A., Slavenburg, S., Royal, S., Pipe, G., Lucassen, P., et al. (2007). *Wich drugs cause preventable admissions to hospital?* . Br J Clin Pharmacol.
- Hugtenburg, J. G., Borgsteede, S. D., & Beckeringh, J. J. (2009). *Medication review and patient counselling at discharge from the hospital by community pharmacists*. Amsterdam: Springer .
- Kaboli, P., Hoth, A., McClimon, B., & Schnipper, J. (2006). *Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review*. Arch Intern Med.
- Krska, J., Cromarty, J., Arris, F., Jamieson, D., Hansford, D., Duffus, P., et al. (2001). *Pharmacist-led medication review in patients over 65: A randomized controlled trial in primary care*. Age Ageing.
- Kwint, H., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. (2012). *The contribution of patient interviews to the identification of drug-related problems in home medication review*. J Clin Pharm Ther.
- Marquis, J., Schneider, M. P., Spencer, B., Bugnon, O., & Du Pasquier, S. (2014). *Exploring the implementation of a medication adherence programme by community pharmacists: a qualitative study*. Dordrecht: Springer.
- Murphy, E., Oxencis, C., Klauck, J., Meyer, D., & Zimmerman, J. (2009). *Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to discharge*. Am J Health Syst Pharm.
- Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Kruse, W., Oster, P., & Schlierf, G. (1992). *The early rehospitalization of elderly patients. Causes and prevention*. Dtsch Med Wochenschr.
- Niquille, A., Lattmann, C., & Bugnon, O. (2010). *Medication reviews led by community pharmacists in Switzerland: a qualitative survey to evaluate barriers and facilitators*. Pharmacy Practice.
- Pater, L., Roest, S., Dubbeldam, M., & Verweyen, M. (2008). *Implementeren. Het speelveld in de praktijk*. Utrecht: Lemma.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- van den Bemt, P. M., Egberts, T. C., & Leendertse, A. (2006). *Hospital Admissions Related To Medication (HARM) een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames*. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.
- van Ree, T. (2009). *Werken met een elektronische patiëntendossier*. Rotterdam.
- Witherington, E., Pirzada, O., & Avery, A. (2008). *Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observation study*. Qual Saf Health Care .

Bijlage 1. Samenvatting proces huisbezoek

