

Universiteit Utrecht  
Masterthesis 'Vraagstukken van Beleid en Organisatie'

# **Jouw taak of mijn taak?**

---

De samenwerking tussen openbaar apothekers en huisartsen  
nader bekeken

Door: Mariette Hannink  
Studentnr. 4113527  
Eerste begeleider: Liset van Dijk  
Stagebedrijf: NIVEL Utrecht  
Datum: juni 2014



## Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie ter afsluiting van de master ‘Vraagstukken van Beleid en Organisatie’ aan de faculteit Sociale Wetenschappen, opleiding Sociologie aan de Universiteit van Utrecht. In de afgelopen 5 maanden heb ik met veel plezier gewerkt aan dit onderzoek over de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in Nederland. Ik ben erg tevreden over het eindresultaat. Ik had dit niet kunnen realiseren zonder de hulp van een aantal mensen, daarom wil ik van de gelegenheid gebruik maken hen te bedanken.

Als eerste wil ik graag het onderzoeksinstituut NIVEL bedanken voor de mogelijkheid om mijn scriptie bij hen te schrijven. Binnen dit instituut wil ik met name Liset van Dijk bedanken. Zij heeft mij gedurende het proces begeleid. De gesprekken die wij hadden waren interessant, behulpzaam, maar ook leuk. Na elk gesprek ging ik met vernieuwd enthousiasme aan de slag. Verder wil ik graag Marcel Bouvy bedanken voor de kennis die hij met mij wilde delen op het gebied van farmaceutische zorg. Het onderzoek heeft naar mijn mening hierdoor meer diepgang gekregen. Dit geldt tevens voor de organisatie UPPER, die mij ook geholpen heeft (een groot aantal) apothekers te bereiken. Daarnaast wil ik graag alle andere mensen bedanken die mij van feedback hebben voorzien en mij verder geholpen hebben wanneer ik vast liep. Als laatste een speciaal bedankje aan mijn medestagiaires gedurende de tijd op het NIVEL. Naast dat wij met elkaar meedachten, was het fijn om gezelligheid te hebben tussen het werken door.

Mariette Hannink

*Juni 2014*

## Samenvatting

Met dit onderzoek is een aanzet gedaan naar meer kennis over de samenwerking tussen huisartsen en openbaar apothekers. De vraag naar zorg groeit en de samenstelling van de vraag verandert. Om de zorg betaalbaar te houden zet de overheid een koers uit naar integrale zorgverlening waarin de eerstelijnszorg een belangrijke rol vervult. Huisarts en de apotheker spelen hierin een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg met betrekking tot de farmaceutische zorg voor patiënten. Een goede samenwerking tussen beiden is van groot belang. Ondanks de vele aandacht voor samenwerking (in de eerstelijnszorg) is er weinig bekend over hoe deze op de werkvloer verloopt. Dit onderzoek had tot doel de samenwerking in kaart te brengen en te bekijken in hoeverre bepaalde factoren invloed hebben op de mate van samenwerking. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag: *‘Hoe zien de samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en apothekers er uit in Nederland anno 2014, in welke mate worden deze beïnvloed door verschillen in de verwachtingen van de taakverdeling tussen beide beroepen, de tijd waarin men is opgeleid (generatie) en (informeel) contact tussen beiden?’*. In het onderzoek is informatie verkregen via een online survey onder huisartsen en openbaar apothekers. Eerst zijn beschrijvende analyses gedaan. Daarna zijn met multivariate lineaire regressieanalyses de hypothesen getoetst. De analyses zijn afzonderlijk uitgevoerd voor apothekers en huisartsen. Uit ons onderzoek bleek huisartsen en apothekers op regionaal en/of lokaal en dagelijks niveau vaak samenwerken. Men is overwegend positief over de samenwerking. Binnen de samenwerking hebben ze vooral afspraken over procedures waarbij voorschriften aangepast moeten worden. De verwachtingen van apothekers en huisartsen over de taakverdeling binnen de samenwerking komen deels overeen. Ze zijn het er over eens dat centrale taken als informeren over voorschrijven van medicatie door de huisarts gedaan wordt en medicatiebewaking door de apotheker. Echter, over taken omtrent de medicatiebegeleiding is men het niet eens. Beiden willen deze taken op zich nemen, hier is dus competitie om. Doordat de verwachtingen over de taakverdeling niet gelijk lopen kan er wrijving zijn tussen apothekers en huisartsen. Dit zagen we ook terug: naarmate de verwachtingen over de taakverdeling van apothekers en huisartsen meer verschillen, wordt er minder samengewerkt. Ook wordt er minder samengewerkt door huisartsen wanneer de apothekers waarmee ze samenwerken later opgeleid zijn, omdat deze apothekers andere verwachtingen hebben over de taakverdeling. Er was een indicatie dat informeel contact tussen huisartsen en apothekers deze verschillen in verwachtingen verminderd.

# Inhoudopgave

<b>Voorwoord .....</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>7</b>
1.1. Achtergrond.....	7
1.2. Onderzoekvragen.....	11
1.3. Relevantie.....	11
1.4. Leeswijzer .....	12
<b>2. Theoretisch kader.....</b>	<b>13</b>
2.1. Ontwikkelingen in verhoudingen tussen huisarts en apotheker .....	13
2.2. Invloeden van de veranderingen op samenwerking .....	15
2.2.1. <i>Verwachtingen van elkaar</i> .....	16
2.2.2. <i>Generatie-effect</i> .....	17
2.3. Invloed van contact op samenwerking .....	19
<b>3. Methodologisch kader .....</b>	<b>21</b>
3.1. Onderzoeksoptzet .....	21
3.1.1. <i>Dataverzameling</i> .....	21
3.1.2. <i>Werving respondenten: Apothekers</i> .....	21
3.1.3. <i>Werving respondenten: Huisartsen</i> .....	23
3.1.4. <i>Online survey</i> .....	25
3.2. Operationalisaties .....	25
3.3. Analyse.....	32
<b>4. Analyse .....</b>	<b>33</b>
4.1. Beschrijving samenwerkingsverbanden .....	33
4.2. Veronderstelde invloeden op samenwerkingsverbanden .....	41
<b>5. Conclusie &amp; discussie .....</b>	<b>48</b>
5.1. Terugblik .....	48
5.2. Beschrijving samenwerkingsverbanden .....	48
5.3. Beschrijving inhoudelijke afspraken .....	49
5.4. Beschrijving verwachtingen die beroepsgroepen van elkaar hebben.....	49
5.5. Veronderstelde invloeden op samenwerkingsverbanden .....	50

5.6.	Beperkingen onderzoek.....	52
5.7.	Conclusie.....	53
<b>6.</b>	<b>Aanbevelingen.....</b>	<b>54</b>
6.1.	Onderzoek aanbevelingen .....	54
6.2.	Beleidsaanbevelingen.....	54
<b>Literatuur.....</b>		<b>56</b>
<b>Bijlage 1: Verzonden e-mails naar openbaar apothekers.....</b>		<b>60</b>
<b>Bijlage 2: Verzonden brief naar huisartsen .....</b>		<b>62</b>
<b>Bijlage 3: Enquête samenwerking huisarts en apotheker – versie apotheker .....</b>		<b>64</b>
<b>Bijlage 4: Enquête samenwerking huisarts en apotheker – versie huisarts.....</b>		<b>72</b>
<b>Bijlage 5: Verwachtingen over taakverdeling uitgesplitst .....</b>		<b>80</b>
<b>Bijlage 6: Samenhang variabelen - apothekers.....</b>		<b>81</b>
<b>Bijlage 7: Samenhang variabelen - huisartsen.....</b>		<b>82</b>

# 1. Inleiding

## 1.1. Achtergrond

### 1.1.1. *Integrale zorgverlening*

Het Nederlandse gezondheidsstelsel staat onder druk. Lage sterftcijfers en een stijgende levensverwachting resulteren in een groeiende bevolking. Daarnaast wordt de groep ouderen groter, waardoor de beroepsbevolking die het zorgstelsel financiert kleiner wordt en de vraag naar zorg toeneemt. Niet alleen de omvang van de vraag neemt toe, ook de samenstelling verandert. De zorg wordt steeds complexer door de vele zorgaanbieders waarmee de patiënt in aanraking komt en door innovaties in de zorg, waaronder farmaceutische innovaties, zijn veel ziektes onder controle en minder vaak dodelijk. Hierdoor zijn gezondheidsproblemen steeds meer verschoven van dodelijke aandoeningen naar chronische aandoeningen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport [VWS], 2013). Daarnaast zijn patiënten mondiger geworden, willen ze beter geïnformeerd worden en stellen ze hogere eisen aan de zorg die ze ontvangen (Groenewegen, Hansen & ter Bekker, 2007).

Om de zorg betaalbaar te houden, zal er kritisch gekeken moeten worden naar ons zorgstelsel. Structurele aanpassingen zullen noodzakelijk zijn (Rijksoverheid, z.d.; VWS, 2013). Het ministerie van VWS, patiëntenorganisaties en beroepsorganisaties zien hierin een grote rol voor de eerstelijnszorg. Deze zorg is goedkoper dan ziekenhuiszorg en veel medische klachten zijn daar ook te behandelen. (KNMP, z.d.; NHG & LHV, z.d.; Rijksoverheid, z.d.; VWS, 2013). De overheid streeft daarom naar integrale zorgverlening, wat betekent dat de zorg rondom de patiënt is georganiseerd en niet de patiënt om de zorg. Een voorwaarde om dit te realiseren is dat zorgverleners goed moeten samenwerken (VWS, 2008; 2013; Van Dijk, Swinkels, Lugt & Korevaar, 2011). In 2010 is een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd dat hier op aansluit. Naast de zorg voor de patiënt, was ook de financiering versnipperd. Het kwam bijvoorbeeld voor dat dezelfde handelingen door verschillende zorgverleners werden verricht, wat resulteerde in dubbele declaraties. Met het ‘integrale bekostigingssysteem’ wordt geprobeerd dit te voorkomen omdat met dit systeem niet langer wordt betaald per verrichting, maar voor de complete behandeling van de patiënt met een chronische aandoening. Met dit systeem probeert de overheid ook de samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren (VWS, 2008; 2013; van Dijk, Swinkels, Lugt & Korevaar, 2011).

### 1.1.2. *Farmaceutische zorg*

Door de bevolkingsgroei en de gewijzigde samenstelling van de bevolking nemen ook de kosten voor de farmaceutische zorg toe. Wanneer de kosten en het huidige gebruik van geneesmiddelen per persoon constant blijven, is de verwachting dat de totale kosten aan geneesmiddelen tot 2020 jaarlijks met 2,0% toenemen (Stichting Farmaceutische Kengetallen [SFK], 2013). Verder bleek uit het

onderzoek van Van den Bemt et. al. (2006) dat 2,4 procent van alle ziekenhuisopnames gerelateerd is aan geneesmiddelen. 46 procent werd als potentieel vermijdbaar beoordeeld. De kosten hiervan worden geschat op ruim 85 miljoen euro per jaar. Wanneer indirecte arbeidskosten van een patiënt meegerekend worden loopt dit bedrag zelfs op naar meer dan 94 miljoen euro per jaar (Leendertse et. al., 2011). Belangrijke oorzaak voor deze ziekenhuisopnames is een slechte samenwerking tussen zorgverleners, wat leidt tot grotere kans op medische fouten. Dit gaat niet alleen ten koste van de gezondheid van de patiënt, het geeft ook hoge financiële kosten voor de maatschappij (Lu & Roughead, 2011; Leendertse et.al., 2011).

Medische fouten in de farmaceutische zorg kunnen dus voorkomen worden door een goede afstemming tussen zorgverleners, omdat de begeleiding van en de therapie voor de patiënt dan verbeterd worden. Dit alles levert naast betere zorg waarschijnlijk ook een hogere patiënttevredenheid en betere therapietrouw op (KNMP, z.d). Twee beroepen die een belangrijke rol spelen in de farmaceutische zorg in de eerste lijn zijn de huisarts en de apotheker. De huisarts is een van de weinige beroepen die bevoegd is om geneesmiddelen voor te schrijven. Ongeveer, 80 procent van alle voorgeschreven geneesmiddelen komt van de huisarts (Schäfer et.al. 2010). Aan de andere kant spelen apothekers een belangrijke rol omdat zij als enigen bevoegd<sup>1</sup> zijn om voorgeschreven geneesmiddelen te verstrekken. Samen met de voorschrijvers, zoals de huisarts, zijn apothekers verantwoordelijk voor het informeren van gebruikers over hun medicijnen (Schäfer et.al. 2010). Een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers kan hierdoor betere zorg opleveren voor de patiënt.

### *1.1.3. Samenwerking in de farmaceutische zorg op lokaal en regionaal niveau*

Dit onderzoek richt zich op de samenwerking tussen huisartsen en openbaar apothekers<sup>2</sup>. Gekeken wordt welke samenwerkingsverbanden er tussen huisartsen en apothekers zijn anno 2014 en hoe deze organisatorisch en zorginhoudelijk zijn geregeld. Het NIVEL heeft hier in eerder onderzoek een aanzet tot gedaan. Vanaf 2005 zijn zij in opdracht van VWS gestart met een informatiesysteem waarbij gekeken wordt naar ontwikkelingen van samenwerkingsverbanden over de gehele eerstelijnszorg. De uitgevoerde onderzoeken zijn beschrijvend van aard en gaan globaal in op verschillende samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn (Kenens, Hofhuis & Hingstman, 2006; Hansen, Nuijen & Hingstman, 2007; Hansen, van Greuningen & Batenburg, 2010). Echter, om meer zicht te krijgen op hoe de samenwerking in de farmaceutische zorg georganiseerd is, is het belangrijk om dieper naar de inhoud van de samenwerking te kijken. Dit onderzoek zal dan ook kijken naar de samenwerkingsverbanden die huisartsen en apothekers hebben en welke afspraken ze hebben over zowel organisatorische zaken als zorginhoudelijke zaken.

Een voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen de huisartsen en apothekers dat al een lange geschiedenis heeft, is het Farmaco Therapie Overleg (FTO). Dit is een samenwerking tussen een

<sup>1</sup> Naast apotheekhoudende huisartsen

<sup>2</sup> Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over apothekers, wordt er gesproken over openbaar apothekers. Ziekenhuis apothekers zijn buitenbeschouwing gelaten.



groep apothekers en huisartsen, meestal in dezelfde woonplaats (Schäfer et.al, 2010). Bijna alle huisartsen en apothekers in Nederland zijn aangesloten bij een FTO. Zij komen een aantal keer per jaar bij elkaar om actuele onderwerpen te bespreken op het gebied van medicatie. Hier proberen ze gezamenlijk te komen tot nieuwe inzichten en richtlijnen. De FTO-groepen zijn ingedeeld in vier niveaus. Op niveaus 1 en 2 vinden overleg plaats tussen de apothekers en huisartsen over het te voeren farmacotherapiebeleid, maar er worden geen afspraken gemaakt. Op niveau 3 maken de deelnemers onderling afspraken met elkaar. FTO-groepen op niveau 4 toetsen ook of de deelnemers zich aan deze afspraken houden (medicijngebruik.nl, z.d.). Deze afspraken gaan over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen en over de voorlichting over deze middelen (lhv.artsennet.nl, z.d.). Uit onderzoek bleek dat deze samenwerking de gewenste positieve effecten heeft op bepaalde aspecten van de kwaliteit van voorschrijven, maar dat hangt wel af van het niveau van het FTO (Eimers, van der Aalst, Pelzer, Teichert & de Wit)

Daarnaast is er een nieuwe vorm van samenwerking in de zorg door de invoer van het 'integrale bekostigingssysteem'; de zorggroep. De zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars met betrekking tot het coördineren en leveren van behandelingen bij één of meerdere chronische aandoeningen. De afspraken die zorggroepen maken hebben betrekking op de inhoud en prijs van de geleverde zorg. De hoofdcontractant kan andere zorgverleners subcontracteren. De hoofdcontractant is op dit moment vaak een huisarts of groep van huisartsen. (Nederlandse zorg autoriteiten [NZA] & Nederlandse Mededingingsautoriteit [NMA], 2010; van Dijk, Swinkels, Lugt & Korevaar, 2011).

#### *1.1.4. Veranderingen van de rol van de apotheker en huisarts in de samenleving*

De afgelopen decennia zijn er veranderingen te zien in de rol van de huisarts en apotheker in de samenleving. Dit betreft onder andere de taken die beide beroepsgroepen uitvoeren. Met name de rol van de apotheker heeft grote veranderingen ondergaan. Apothekers hebben aan de ene kant de functie van bereider en distributeur van medicijnen en aan de andere kant de functie van zorgverlener. Eerst lag de nadruk vooral op de bereider/distributeur functie. Echter, sinds de opkomst van de geneesmiddelenindustrie in de jaren zestig van de vorige eeuw is deze taak steeds meer overgenomen door groothandelaren. Om als apotheker van waarde te blijven voor de maatschappij, is naar een nieuwe invulling van het beroep gezocht (Hepler, 1990). Door de toename van complex geneesmiddelengebruik, is de vraag naar specialistische kennis over geneesmiddelen en hun werking gestegen. De apotheker wordt vanuit de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie ([KNMP], z.d.) geprofileerd als een persoon met een unieke combinatie van kennis over geneesmiddelen, menselijk lichaam en gedrag. Op basis hiervan is de focus binnen het beroep steeds meer verschoven naar de functie van zorgverlener, waarbij de individuele patiënt centraal staat. Dit wordt ook wel farmaceutische patiëntenzorg genoemd (Hepler, 1990). Per 1 juli 2007 zijn apothekers

in hun rol als zorgverlener formeel opgenomen in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), onderdeel van het Burgerlijk Wetboek. Concreet betekent dit dat wanneer de patiënt bij de apotheker komt, een behandelingsovereenkomst wordt aangaan. In de wet staan de rechten en plichten van beide partijen beschreven. Zo is de apotheker verplicht om informatie over de behandeling te verstrekken, maar de patiënt kan ook aangeven geen informatie te willen ontvangen. De wet kan gezien worden als een stimulans voor apothekers om deze nieuwe rol te accepteren en zich meer als zorgverlener op te stellen (Cheung & de Bie, 2007).

Ook de rol van de huisarts in de maatschappij heeft veranderingen ondergaan. Deze veranderingen hebben vooral betrekking op het afstoten van taken oftewel taakverlichting. Huisartsen spelen een centrale rol in de zorg. Zij zijn de eerste schakel in het zorgproces waar de patiënt met zijn klachten komt. Daarnaast is de huisarts een poortwachter, wat betekent dat ziekenhuiszorg en specialistische zorg alleen toegankelijk is op doorverwijzing van de huisarts (Schäfer et.al., 2010). Eerder werd al beschreven dat de overheid steeds meer nadruk legt op de eerstelijnszorg, de problemen van patiënten complexer zijn geworden en patiënten hogere eisen stellen aan de zorg. Door deze ontwikkelingen wordt er meer gevraagd van een huisarts. Daarnaast neemt het aantal huisartsen en ander personeel in de zorg af. Taakherschikking naar andere zorgverleners zou moeten helpen om voldoende personeel in de zorg aan te trekken en te behouden doordat de druk op huisartsen lager wordt en andere zorgverleners meer uitdaging vinden in hun beroep. De overheid ziet de taakherschikking dan ook als oplossing voor het personeelstekort en de hoge kosten van zorg (Kroesen, 2013; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Voor huisartsen betekent deze herschikking onder andere dat praktijkassistenten bevoegdheid hebben gekregen om bepaalde medische handelingen te verrichten bij patiënten met chronische ziektes, zoals diabetes. Daarnaast hebben patiënten niet langer een verwijsbrief van de huisarts nodig voor onder andere fysiotherapie en de diëtist. Als laatste hebben verpleegkundigen van medisch specialisten een bevoegdheid gekregen om medicijnen voor te schrijven (Kroesen et.al., 2013; Schäfer et.al., 2010). Verschuiving van een deel van de farmaceutische patiëntenzorg naar de apotheker kan ook gezien worden als een taakverlichting voor de huisarts.

#### *1.1.5. Invloed veranderingen op samenwerking*

De veranderingen die het beroep van zowel apothekers als huisartsen doormaken, kunnen kansen bieden voor nieuwe vormen van samenwerking, maar kunnen ook veel onduidelijkheden met zich mee brengen. Het kan onduidelijk zijn welke taken door wie uitgevoerd worden omdat taken zoals de voorlichting over medicatie, op bepaalde gebieden overlappen. De huisarts kan verwachten dat de apotheker dit doet, terwijl de apotheker verwacht dat de huisarts dit doet. De verwachtingen die de beide professionals van elkaar hebben over de taakinvulling kunnen dus verschillen. Wanneer deze

verwachtingen binnen een samenwerkingsverband verschillen, kan dit leiden tot spanningen. Huisartsen en apothekers hebben daarnaast door hun verschillende achtergronden een andere beroeps cultuur en spreken ook “een andere taal” (Groenewegen, Hansen & ter Bekker, 2007). Deze cultuur is ook generatiegebonden. Immers, oudere generaties professionals zijn opgeleid in een tijd waarin de beroepen nog anders gedefinieerd waren dan nu. Tijdens hun opleiding hebben zij andere normen en waarden mee gekregen over welke taken bij welk beroep horen. Hierdoor kan verwacht worden dat oudere generaties huisartsen en apothekers meer moeite hebben om de veranderingen te accepteren. De veranderingen en de verschillende culturen kunnen leiden tot onbegrip. Een manier om deze problemen te overbruggen is door middel van contact tussen beide beroepsgroepen waardoor ze elkaar beter leren begrijpen. Men leert dat de normen en waarden van de eigen groep niet de enige manier zijn om het beroep uit te voeren (Allport, 1954). De vraag is in hoeverre dit probleem voorkomt en hoe beleid hierop in kan spelen.

## **1.2. Onderzoeksvragen**

Ondanks de vele aandacht voor samenwerking in de eerstelijns zorg, is er nog weinig bekend over hoe deze in de praktijk verloopt. Met dit onderzoek wordt een aanzet gedaan naar meer kennis hierover door de samenwerking tussen twee belangrijke actoren op het gebied van farmaceutische zorg, apothekers en huisartsen, in kaart te brengen. De onderzoeksvraag die centraal staat is: *‘Hoe zien de samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en apothekers er uit in Nederland anno 2014, in welke mate worden deze beïnvloed door verschillen in de verwachtingen van de taakverdeling tussen beide beroepen, de tijd waarin men is opgeleid (generatie) en (informeel) contact tussen beiden?’*

Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- 1a. *‘Welke vormen van samenwerking bestaan er tussen apothekers en huisartsen in Nederland?’*
- 1b. *‘Hoe zijn deze samenwerkingsverbanden organisatorisch en zorginhoudelijk geregeld?’*
- 2a. *‘Welke verwachtingen van de taakverdeling tussen huisartsen van apothekers hebben huisartsen en apothekers?’*
- 2b. *‘In hoeverre komen deze verwachtingen met elkaar overeen?’*
3. *‘In welke mate wordt deze beïnvloed door verschillen in de verwachtingen van de taakverdeling tussen beide beroepen, de tijd waarin men is opgeleid (generatie) en (informeel) contact tussen beiden?’*

## **1.3. Relevantie**

Door maatschappelijke ontwikkelingen nemen de kosten van ons zorgstelsel toe. Structurele veranderingen zijn noodzakelijk om de zorg betaalbaar te houden en bij de wensen van de burgers aan te laten sluiten. De overheid ziet binnen deze ontwikkelingen een grotere rol voor de eerstelijnszorg.

Daarnaast moet er integrale zorgverlening plaats gaan vinden waarbij de zorg om patiënt is georganiseerd en niet de patiënt om de zorg. Dit vereist een goede samenwerking. Via onder andere financiering probeert de overheid zorgverleners te stimuleren beter samen te werken. Ondanks de vele aandacht voor de samenwerking in de eerstelijnszorg is er weinig bekend over hoe deze op de werkvloer verloopt. Wanneer men niet weet hoe die samenwerking eruit ziet, is het lastig om beleid te maken dat hier op aansluit.

Met dit onderzoek wordt de samenwerking tussen huisartsen en apothekers verder in kaart gebracht. Er wordt niet alleen gekeken naar welke samenwerkingsvormen er zijn, maar ook naar hoe de samenwerking in de praktijk verloopt. Er is voor gekozen om in dit onderzoek specifiek te kijken naar deze twee actoren omdat beide een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg met betrekking tot de farmaceutische zorg voor patiënten. Dit is een groeiende kostenpost in de zorg (Leendertse et.al., 2011). Daarnaast zijn er veranderingen te zien in de rolverdeling van apothekers en huisartsen. Deze bieden kansen voor nieuwe vormen van samenwerking, maar kunnen ook veel onduidelijkheden met zich mee brengen. Er zal aandacht besteed worden aan drie factoren die vanuit theoretisch oogpunt van invloed kunnen zijn op de samenwerking: verwachtingen van elkaar, de tijd waarin men is opgeleid (generatie) en de mate van informeel contact tussen beide beroepen. Zo wordt er met dit onderzoek meer kennis gegenereerd over samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Dit kan aanknopingspunten bieden voor beleidsmakers om de samenwerking eventueel te stimuleren en/of verbeteren.

#### **1.4. Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 zal aan de hand van literatuur bekeken worden hoe veranderingen die in de samenleving zichtbaar zijn, van invloed kunnen zijn op de samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Daarnaast worden enkele mechanismen besproken die volgens de bestaande literatuur van invloed zijn op samenwerking. Aan de hand hiervan worden hypothesen opgesteld over de verwachte effecten van verschillen in verwachtingen over taakverdeling, generatie waarin men is opgeleid en (informeel) contact tussen beide op de mate van samenwerking. In hoofdstuk 3 zal de onderzoeksopzet beschreven worden. Deze bestaat uit een beschrijving van de dataverzameling en de operationalisering van begrippen. Hierna worden in hoofdstuk 4 de resultaten van de analyses die uitgevoerd zijn en de verbanden die gevonden zijn besproken. Vanuit deze analyses zal in hoofdstuk 5 de onderzoeksvraag beantwoord worden, waarna een conclusie getrokken kan worden. Hierbij worden enkele discussiepunten besproken. Het rapport zal worden afgesloten met een aantal (beleids)aanbevelingen.

## **2. Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van enkele theorieën gekeken naar de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker. Eerst wordt vanuit de theorie van de Amerikaanse socioloog Abbott gekeken naar de relatie tussen huisarts en apotheker binnen de eerstelijns gezondheidszorg en de veranderingen die hierin zichtbaar zijn (paragraaf 2.1). Daarna zal behandeld worden in hoeverre deze veranderingen invloed kunnen hebben op de samenwerking tussen beiden. Hierbij worden hypothesen geformuleerd over de invloed van twee achterliggende factoren; verschillende verwachtingen over taakverdeling en generatie waarin men is opgeleid (paragraaf 2.2). Als laatste wordt besproken in hoeverre verwacht kan worden dat contact tussen huisartsen en apothekers, eventuele problemen die ontstaan zijn, kan overbruggen (paragraaf 2.3).

### **2.1. Ontwikkelingen in verhoudingen tussen huisarts en apotheker**

De beroepen van apotheker en huisarts kunnen gezien worden als professies. Het zijn beroepen die gespecialiseerde theoretische kennis toepassen op individuele omstandigheden (Flap, 2001). Abbott (1988) beschrijft de verhoudingen tussen professies als een systeem. Beroepen hangen onderling samen en zijn tot op zeker hoogte afhankelijk van elkaar zijn. Binnen dit systeem zijn de professies ook continu in competitie over de bevoegdheden die zij hebben. De kennis die de professies hebben, is een schaars goed en daarmee zijn de professies in bepaalde mate van belang voor de samenleving. De uniekheid van de kennis die zij hebben, geeft aan hoeveel macht en status een beroep heeft. De bevoegdheden en bekwaamheden die beroepsbeoefenaren hebben, bepalen dus de waarde die zij hebben voor de maatschappij. Beroepsbeoefenaren proberen hun werkkterrein te beschermen om zo hun positie te waarborgen (Abbott, 1988; Groenewegen, Hansen & ter Bekker, 2007), terwijl andere beroepen dit terrein proberen te bemachtigen om hun eigen positie te versterken. Verschuivingen van bevoegdheden gebeuren vooral wanneer een systeem verzwakt. Dit is veelal een onbedoeld gevolg van externe ontwikkelingen (Abbott, 1988; Groenewegen, Hansen & ter Bekker, 2007). Door de externe veranderingen past de verhouding tussen professies niet meer naadloos in de context waardoor de verhoudingen opnieuw gedefinieerd moeten worden.

In de maatschappij is een aantal ontwikkelingen te zien dat van invloed is op de verhouding (of te wel het systeem) tussen huisarts en apotheker. Zoals beschreven in hoofdstuk 1, is er een toenemende en complexere vraag naar medicatie. Daarnaast streeft de overheid naar structurele veranderingen in het zorgstelsel waardoor integrale zorgverlening moet plaatsvinden. Om dit te realiseren zullen de zorgverleners moeten samenwerken. Het systeem dat er was tussen huisartsen en apothekers sluit door de ontwikkelingen niet (helemaal) meer aan op de zorg die gevraagd wordt. Zo wordt de rol van een huisarts groter in de zorg, maar het aantal huisartsen in de zorg neemt af. Hierdoor komt er meer druk op hen te liggen (Kroezen, 2013; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

2002), aan de andere kant is de rol van de apotheker als bereider/distributeur van geneesmiddelen grotendeels overgenomen door de groothandelaren (Hepler, 1990). Apothekers en huisartsen proberen op de veranderingen in te spelen en hierbij hun positie in de zorg te waarborgen. Ze komen elkaar hierbij tegen. Hierdoor is er competitie tussen apothekers en huisartsen om bevoegdheden op het werkteerrein van de farmaceutische zorg.

Abbott (1988) onderscheidt binnen de werkteerreinen van professies drie contextuele gebieden waarin gestreden wordt: het juridische gebied, de werkvloer en de publieke opinie. Bij de huisarts en de apotheker is er op juridische gebied de ontwikkeling geweest, dat de apotheker als zorgverlener is opgenomen in de WGBO (per juli 2007). Hierdoor hebben de huisarts en de apotheker nu beiden wettelijk taken met betrekking tot informatieverstrekking en begeleiding van medicatie aan patiënten (wetten.nl, z.d.). Juridisch gezien zijn er dus kaders geschapen voor apothekers om hun rol als zorgverlener in te vullen. Echter, op 'de werkvloer' is tussen de beroepsgroepen nog niet altijd overeenstemming over de uitvoering en verantwoordelijkheid met betrekking tot de medicatiebegeleiding van patiënten. Er is bijvoorbeeld de discussie omtrent het uitschrijven van recepten. In deze discussie pleiten apothekers ervoor dat (huis)artsen de klacht, aandoening of ziekte op de receptuur moeten schrijven. De apothekers zien het bewaken van medicatie en het geven van voorlichting over de behandeling als hun taak. Om dit goed te kunnen doen zou bij de apotheker bekend moeten zijn voor welke klacht, aandoening of ziekte de medicatie is voorgeschreven. Sommige geneesmiddelen kunnen namelijk voor verschillende indicaties worden voorgeschreven waardoor de doseringsgrens, behandelduur en noodzaak voor strikte therapietrouw kan variëren. De voorschrijvers, zoals de huisarts, vinden dit niet nodig. Zij zien het als hun taak om een klinische afweging te maken voor het voorschrijven van een geneesmiddel en het behandeldoel en de risico's met de patiënt te bespreken (NHG, KNMP & Nictiz, 2008). Per januari 2012 is hier duidelijkheid geschapen door juridische kaders. Voor 39 geneesmiddelen is het toen wettelijk verplicht geworden om de indicatie op de receptuur te schrijven. Op initiatief van verschillende artsenverenigingen is deze regeling weer aangepast, waardoor dit per augustus 2013 nog maar geldt voor 23 geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die voor verschillende aandoeningen kunnen worden toegepast, uiteenlopende doseringen kennen en die bij overdosering ernstige bijwerkingen kunnen geven (De Kwant, 2013). Het laatste contextuele gebied waar gestreden wordt, is de publieke opinie. Onderzoeken die zich richten op de verwachtingen van patiënten over de huisarts en apotheker met betrekking tot medicatiebegeleiding, laten zien dat - hoewel de apotheker als meest betrouwbaar wordt gezien als het gaat om het geven van informatie van medicijnen - de meeste patiënten het liefst door hun (huis)arts geïnformeerd willen worden over hun medicatie (Schee, Delnoij & Willems, 2004). Wel staat de apotheker op een tweede plek. Er wordt dus nog geen actieve houding als zorgverlener van de apotheker verwacht (Vervloet, van Linschoten & van Dijk, 2007).

Naast het onderscheid dat Abbott (1988) maakt tussen contextuele gebieden, onderscheidt hij ook twee gebieden van het werkterrein van beroepen waar binnen gestreden kan worden: de harde kern en minder centrale gebieden. Binnen deze gebieden vallen alle bevoegdheden van de professies. Aan taken binnen de harde kern hecht de professie veel waarde en deze worden dan ook sterk beschermd tegen 'indringers'. Taken die in de minder centrale gebieden vallen, worden minder van belang geacht door de professie en hier worden verschuivingen toegestaan. Om in termen van Abbott te spreken: de strijd tussen huisartsen en apothekers gaat vooral om bevoegdheden die van oudsher binnen het centrale gebied vallen van het huisartsenberoep, namelijk de zorg voor patiënten. De apotheker heeft naast een faciliterende rol, ook een controlerende rol door hun taak met betrekking tot medicatiebewaking van de patiënt. Echter, direct contact met patiënten in de vorm van begeleiden en voorlichten over medicatie was met name de taak van de huisarts. De apotheker wil hier nu ook een functie in hebben. Dit zal de lijnen van het centrale gebied van de professie raken waardoor huisartsen zich bedreigd voelen. Dit is goed terug te zien aan de reactie van de huisartsen bij boven genoemde discussie over de indicatie op het recept. De strijd om bevoegdheden resulteert tot op heden in, zoals Abbott (1988) het noemt, beperkte bevoegdheidsschikking. Dit betekent dat beide beroepen de bevoegdheid krijgen om taken uit te voeren en de controle hierover tot zekere hoogte verdeeld is. In dit geval komt dat er op neer dat sommige bevoegdheden en taken die eerder uitsluitend bij de huisartsen hoorden, nu gedeeld worden met de apotheker. Dit komt voornamelijk door de opname van de apotheker in de WGBO in 2007 waardoor ze, net als de huisarts, wettelijk verantwoordelijk zijn voor onder andere goede behandeling en informatievertrekking over de behandeling. Concreet betekent dit dat de patiënt het geneesmiddel moet krijgen dat het beste voor degene werkt en ingelicht moet worden over de werking van het geneesmiddel, eventuele bijwerkingen en alternatieven (Geneesmiddel Informatie Centrum van de KNMP, z.d.).

## **2.2. Invloeden van de veranderingen op samenwerking**

Zoals eerder aangegeven kunnen de maatschappelijke ontwikkelingen en de veranderingen in de taakverdeling tussen apothekers en huisartsen kansen bieden voor nieuwe vormen van samenwerking, maar ze kunnen ook veel onduidelijkheden met zich mee brengen. In de volgende paragrafen wordt bekeken in hoeverre dit de samenwerking tussen apothekers en huisartsen beïnvloedt. Hierbij wordt aandacht besteed aan twee achterliggende factoren; verschillende verwachtingen over de taakverdeling en de generatie waarin men is opgeleid. Daarna wordt besproken in hoeverre verwacht kan worden dat informeel contact tussen beide beroepsgroepen, onduidelijkheden die ontstaan zijn, kan overbruggen. De hypothesen die hieruit geformuleerd worden, zijn in Figuur 2.1. op pagina 20 schematisch weergegeven.

### 2.2.1. *Verwachtingen van elkaar*

Een belangrijke factor die van invloed is op samenwerking is het vertrouwen dat samenwerkingspartners hebben in elkaar. Vertrouwen wordt vaak als smeerolie gezien die een (samenwerkings-)relatie makkelijker maakt. Dit komt doordat mensen zich bij onderling vertrouwen minder genoodzaakt voelen om de samenwerking permanent te controleren (Abts, 2005). De basis van vertrouwen wordt gevormd door de verwachtingen over hoe de ander zich zal gedragen. Door deze verwachtingen kunnen we doen alsof de toekomst gekend en zeker is waardoor we risico's durven te nemen. We gaan er dus vanuit dat de ander zich volgens deze verwachtingen zal gedragen en gedrag zal vertonen dat niet nadelig is voor onszelf. De verwachtingen die we maken zijn (meestal) gebaseerd op ervaringen uit het verleden (Abts, 2005), informele (sociale) regels zoals normen, waarden en gewoonten en op formele (sociale) regels zoals wetten of contracten. Instanties, bijvoorbeeld de overheid en politie, oefenen controle hierop uit. De regels en instanties beperken gedrag en geven hier richting aan (Nooteboom, 1997).

In een samenwerkingsverband zullen de verwachtingen die partners van elkaar hebben voornamelijk gebaseerd zijn op schriftelijke (formele) en mondelinge (informele) afspraken. Wanneer iemand deze afspraken niet na komt, kan de samenwerkingspartner er dus niet meer van uitgaan dat de ander zich gedraagt zoals we denken. Relaties waarbij daar niet van uitgegaan kan worden, kunnen alleen functioneren op basis van dwang en macht om zo gehoorzaamheid af te dwingen. Partners voelen zich dan genoodzaakt om de ander te controleren waardoor deze relaties kostbaarder, tijdrovender en minder flexibel zijn (Abts, 2005). Een samenwerking waarin partners er niet vanuit kunnen gaan dat de ander zich volgens verwachting zal gedragen kost dus meer moeite, tijd en geld om te onderhouden. Om de kosten minimaal te houden zullen partners de samenwerking minimaal proberen te houden. Ook zullen zij minder snel nieuwe samenwerkingsverbanden aangaan omdat zij negatieve verwachtingen van het andere beroep hebben overhouden uit het verleden.

De veranderingen in takenverdeling die huisartsen en apothekers nu doormaken kunnen veel onduidelijkheden met zich mee brengen. Taken zijn gaan overlappen op enkele gebieden zoals de therapietrouw. Dit brengt vragen met zich mee als: Wie vraagt de patiënt naar goed medicatie gebruik? De huisarts of apotheker? En wie vraagt de patiënt naar tevredenheid van medicatie? De huisarts kan verwachten dat dit door de apotheker wordt gedaan, terwijl de apotheker verwacht dat de huisarts dit doet. De verwachtingen die ze van elkaar hebben van de taakverdeling kunnen dus verschillen. De apotheker zal zich gedragen naar zijn eigen verwachtingen en de huisarts ook. Wanneer de verwachtingen van elkaar verschillen zal dus gedrag vertoond worden dat niet naar verwachting is van de andere. Wanneer dit gedrag nadelig is voor de ander, zal dit tot spanningen leiden binnen de samenwerking. Zoals eerder gesteld zijn samenwerkingsverbanden waarin we er niet vanuit kunnen gaan dat de ander naar onze verwachting gedraagt, kostbaarder en tijdrovender. Deze zullen daarom minimaal gehouden worden. Aan de hand hiervan verwachten we dat:



*H1a: Naarmate de verwachting van de apotheker over de taken van huisarts en apotheker minder overeenkomt met wat de huisarts hierover verwacht, zal er minder samenwerking plaatsvinden tussen deze professionals.*

*H1b: Naarmate de verwachting van de huisarts over de taken van huisarts en apotheker minder overeenkomt met wat de apotheker hierover verwacht, zal er minder samenwerking plaatsvinden tussen deze professionals.*

### 2.2.2. *Generatie-effect*

Een andere belangrijke factor die van invloed is op de samenwerking zijn de normen en waarden die we hebben. Zoals eerder gesteld komen huisartsen en apothekers uit een andere beroeps cultuur (Groenewegen, Hansen & ter Bekker, 2007). Tijdens de opleiding leren professionals naast vaardigheden ook de normen en waarden die binnen hun beroep heersen. Met andere woorden: hoe zij zich moeten gedragen wanneer ze hun beroep gaan uitoefenen. De periode waarin een persoon zijn opleiding volgt, kan dan ook gezien worden als een periode van socialisatie. Hierin wordt socialisatie gezien als een proces waarbij zij leren hoe ze zich moeten gedragen wanneer ze bij hun beroepsgroep gaan horen. In dit proces worden mensen voorbereid op de rol die ze gaan spelen in hun beroepsleven (Ryder, in Singh-Manoux & Marmot, 2005).

De opleiding voor apotheker heeft afgelopen decennia veranderingen ondergaan. Tot 1980 lag de focus op het bereiden en analyseren van geneesmiddelen. Pas na die tijd kwam geleidelijk meer aandacht voor de patiënt (SIR, 2011). Personen die langer geleden zijn opgeleid als apotheker hebben daarom minder training in hun opleiding gehad als het gaat om hun rol als zorgverlener. Echter, er wordt nu wel verwacht dat apothekers deze rol op zich nemen. Uit onderzoek van De Grip en Sieben (2002) blijkt dat oudere werknemers in de apotheek het moeilijker vinden om zich aan deze veranderende rol aan te passen. Net afgestudeerde hebben hier minder moeite mee. De Gripen en Sieben verklaren dit door het feit dat jongeren flexibeler zijn en dat oudere apothekers competenties tekort schieten door hun opleiding. Ouderen bleken bijvoorbeeld beduidend minder goede communicatievaardigheden te hebben dan jongere apothekers. Ook huisartsen die langer geleden zijn geschoold hebben tijdens hun opleiding de ‘oude’ rol van de apotheker in de zorg aangeleerd gekregen. Van Es et.al. (1980) beschrijft in het boek ‘Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde’ de taken van de huisarts in die periode. De rol van de apotheker ten opzichte van de huisarts wordt daarin beschreven als: “De apotheker speelt ook een rol in de eerstelijnszorg. Hij voert opdrachten van artsen uit (via het recept), maar heeft daarnaast in toenemende mate een adviserende functie, zowel naar de arts als naar de patiënt” (p.35). Vooral de distribuerende rol van de apotheker komt in het boek naar voren. De opkomende adviserende rol van de apotheker wordt al wel benoemd, maar de rol van zorgverlener in de vorm van voorlichten en begeleiden van patiënten wordt

anno 1980 duidelijk gezien als de taak van de huisarts. Om weer vanuit Abbott's theorie (1988) te spreken: de oudere generaties huisartsen hebben andere opvattingen over de centrale taken van de apotheker meegekregen vanuit de opleiding dan jongere huisartsen. De oudere huisartsen zullen hierdoor onder andere moeite hebben met het accepteren van de nieuwe rol van de apotheker omdat zij geleerd hebben dat dit hun taak is en niet die van de apotheker. Oudere huisartsen zullen zich dus wellicht eerder bedreigd voelen in hun centrale taken. De oudere apothekers hebben moeite met het accepteren van de nieuwe rol omdat zij met andere verwachtingen, van de taken als apotheker, het beroep in zijn gegaan. Oudere generaties zullen zich dus meer proberen vast te houden aan de oude taakverdeling waarbij minder samenwerking noodzakelijk was.

Hiernaast zullen oudere generaties negatiever tegenover samenwerking staan omdat ze een (negatiever) beeld van de huisarts/de apotheker hebben. Dit komt omdat in de periode waarin zij geschoold zijn een ander beeld van huisartsen en apothekers bestond. In de jaren '80 was er bijvoorbeeld discussie rondom de apotheker. Apothekers hadden toen de mogelijkheid om veel te verdienen aan de inkoop van geneesmiddelen waardoor de vraag rees of zij handelden in het belang van patiënt of uit eigen belang (SIR, 2011). De huisarts die in die tijd is geschoold, zal hierdoor mogelijk anders tegen de apotheker aankijken. Zij zien apothekers misschien meer als handelaar dan als zorgverlener. Apothekers zullen daarnaast huisartsen nog kennen als afstandelijk en arrogant. Dit komt door de strakke hiërarchie die vroeger binnen de medische sector sterker aanwezig was (Brandpunt, 2011). Vanuit deze gedachte staat de apotheker lager op de ladder. Dit is terug te zien aan het citaat uit Van Es et.al. (1980) waar gesproken wordt van 'opdrachten uitvoeren'. Deze hiërarchie is tegenwoordig minder strak, maar is nog steeds aanwezig (Brandpunt, 2011). Apothekers uit oudere generaties zullen hierdoor ook een ander beeld hebben van de huisarts, namelijk een beeld waarbij de huisarts zichzelf meer ziet als degene die de opdrachten geeft en niet als samenwerkingspartner. In dit onderzoek wordt verondersteld dat:

*H2a: Oudere generaties apothekers en huisartsen minder zullen samenwerken dan jonge generaties apothekers en huisartsen.*

In bovenstaande is verondersteld dat oudere generaties andere ideeën hebben over de taakverdeling (binnen een samenwerkingsverband) dan jongere generaties. Anders gezegd, de verwachtingen die oudere generaties hebben over de taakverdeling verschillen van de jongere generaties. Er kan dan ook verondersteld worden dat wanneer de apotheker en de huisarts behoren tot verschillende generaties, de verwachtingen die zij van elkaar hebben over hun beroepsuitoefening van elkaar zullen verschillen. Daarom verwachten we dat:

*H2b: Wanneer de apotheker en de huisarts(en) waarmee men samenwerkt uit verschillende generaties komen, zal men minder samenwerken.*

*H2c: Wanneer de huisarts en de apotheker(s) waarmee men samenwerkt uit verschillende generaties komen, zal men minder samenwerken.*

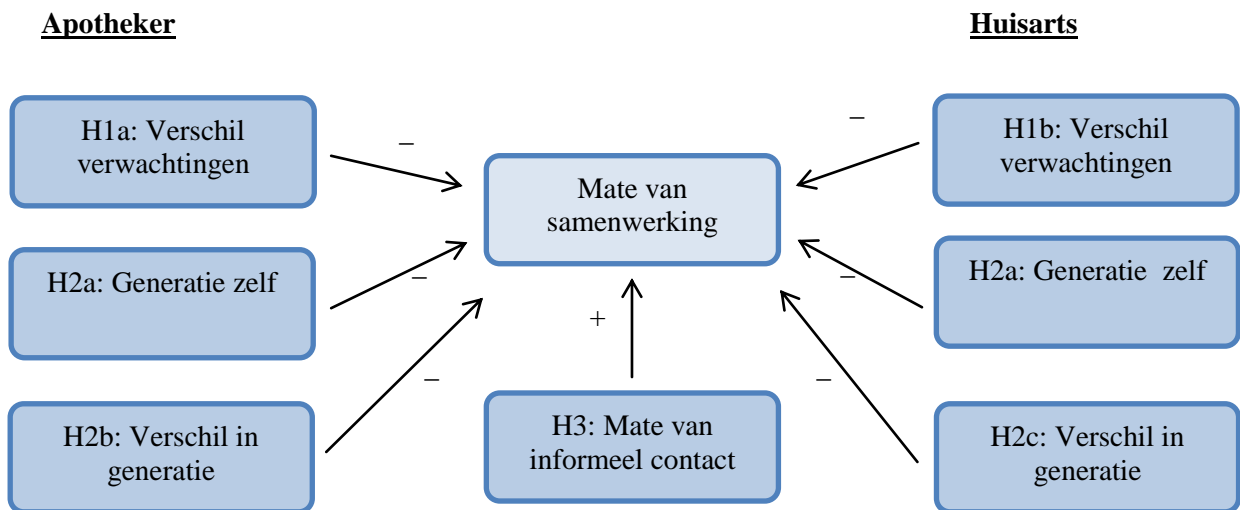
### **2.3. Invloed van contact op samenwerking**

Zoals beschreven kunnen de verschillende verwachtingen en de verschillende culturen die apothekers en huisartsen hebben, leiden tot onbegrip. Een manier om deze problemen te overbruggen is door middel van contact. Dit kan verklaard worden met behulp van de contacttheorie van Allport (1954). Deze stelt dat wanneer mensen interpersoonlijk contact hebben met een andere groep, ze elkaar beter leren begrijpen. We leren dat de normen en waarden van de eigen groep niet de enige manier zijn om te leven (Pettigrew, 1998). Hierbij wordt contact gezien als face-to-face contact (Pettigrew & Tropp, 2006). De theorie is oorspronkelijk gebaseerd op contact tussen etnische groepen. Echter, het positieve effect van contact is ook zichtbaar bij andere groepen. Dit wijst erop dat het effect van contact een basisproces is (Pettigrew, Tropp, Wagner & Christ, 2011). Door de verschillende achtergronden van apothekers en huisartsen kunnen ze gezien worden als verschillende groepen. Met de contacttheorie in gedachte kan daarom verwacht worden dat wanneer beide beroepen meer contact met elkaar hebben, ze elkaar beter begrijpen en de negatieve verwachtingen die ze ten opzichte van elkaar hebben, zullen verminderen. Allport (1954) stelt hierbij wel een aantal condities waaraan het contact moet voldoen. Als eerste moeten de betreffende personen een gelijke status hebben. Daarnaast moeten zij streven naar een gezamenlijk doel. Hierbij moet geen competitie tussen beiden zijn, maar moeten ze juist afhankelijk zijn van elkaar. Samenwerking wordt dan noodzakelijk om te het doel te verwezenlijken. Als laatste moet de omgeving of/een autoriteit het contact ondersteunen (Allport, 1954; Pettigrew, 1998). Uit een meta-analyse blijkt dat deze condities zorgen dat het positieve effect van contact op negatieve verwachtingen groter wordt onder deze condities (Pettigrew & Tropp, 2006). Volgens Pettigrew (1998) voldoen met name familiebanden en vriendschappen aan al deze voorwaarden. Dit zijn voorbeelden van hechte relaties. Naarmate mensen hechter worden met elkaar, hebben ze ook meer vertrouwen in elkaar. De kosten om gedrag te vertonen dat de ander schaadt zijn groter, aangezien ze meer te verliezen heeft. Mensen gaan er dus vanuit dat de ander zich zal gedragen, zoals zij verwachten en dat de ander geen gedrag zal vertonen dat nadelig is voor henzelf. Zoals eerder gesteld is dit van belang in samenwerkingsrelaties. In een samenwerking met familie of vrienden zal de kans daarom kleiner zijn dat er opportunistisch gedrag wordt vertoond. De samenwerking zal bij deze relaties hierdoor meer berusten op informele sociale regels, wat de samenwerking goedkoper en efficiënter maakt om aan te gaan. Hierdoor zal meer samenwerking plaatsvinden. Er wordt verwacht dat:

*H3: Wanneer er informeel contact is tussen huisartsen en apothekers, zal er meer samenwerking zijn.*

In Figuur 2.1 zijn alle hypothesen, die opgesteld zijn in dit hoofdstuk, weergegeven in een schematisch overzicht.

*Figuur 2.1 Schematisch overzicht hypothesen*



### **3. Methodologisch kader**

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is informatie verzameld via een online survey onder huisartsen en openbaar apothekers. In dit hoofdstuk wordt eerst uitgelegd hoe de informatieverzameling heeft plaatsgevonden en in hoeverre de gegevens representatief zijn. Dit gebeurt voor apothekers en huisartsen afzonderlijk. Daarna zal kort behandeld worden welke onderwerpen in de survey aanbod komen (paragraaf 3.1). Om de hypothesen, die in hoofdstuk 2 geformuleerd zijn, te toetsen was het nodig een aantal variabelen te construeren op basis van de vragen uit de survey. In paragraaf 3.2. wordt beschreven hoe dit is gedaan. Tot slot zal behandeld worden hoe de beschrijvende en verklarende analyses eruit gaan zien.

#### **3.1. Onderzoeksopzet**

##### *3.1.1. Dataverzameling*

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1, is er nog weinig bekend over hoe samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en apothekers eruit zien en hoe de samenwerking verloopt. Om hier informatie over te verzamelen, is een online survey onder huisartsen en apothekers verspreid. Met een survey kan veel globale informatie worden verzameld in een relatief korte tijd. Door de survey online te laten invullen is het laagdrempelig voor respondenten en zitten er minimale kosten aan. Met de informatie verkregen uit de survey kunnen we een eerste beschrijving geven van de samenwerkingsverbanden tussen apothekers en huisartsen. Deze informatie zal in een grotere studie die NIVEL en SIR, Institute for Pharmacy Practice and Policy uitvoeren naar samenwerking tussen apothekers en huisartsen, worden uitgediept in interviews.

##### *3.1.2. Werving respondenten: Apothekers*

De apothekers die zijn benaderd, komen uit een panel. Zij hebben aangegeven open te staan om deel te nemen aan onderzoek(en). Dit panel wordt gecoördineerd door UPPER. Dit is een organisatie die deel uitmaakt van het departement Farmaceutische Wetenschappen van de Bètafaculteit van de Universiteit Utrecht. UPPER zet zich in voor een evidence-based beroepsuitoefening van apothekers. Dit doen ze door farmaceutisch praktijkonderzoek en stages in apotheken te faciliteren (UPPER, z.d.). Om gebruik te kunnen maken van hun diensten voor deze studie, diende het onderzoeksvoorstel voorgelegd te worden aan de UPPER-Institutional Review Board (IRB). De IRB had nog enkele opmerkingen en vragen met name over de lengte van de vragenlijst en de formulering van bepaalde vragen. Op basis hiervan is een aantal aanpassingen gedaan, waarna goedkeuring voor het onderzoek werd gegeven en apothekers benaderd konden worden. Eind april 2014 zijn 1271 openbaar apothekers benaderd. De apothekers hebben een e-mail ontvangen met een korte beschrijving van het onderzoek, andere relevante informatie voor de respondent (zoals hoe omgegaan zou worden met de privacy) en een link

naar de survey (zie bijlage 1). Om te voorkomen dat meerdere mensen in een apotheek de enquête in zouden vullen, is hen in de e-mail gevraagd of slechts één apotheker in de apotheek de enquête wilde invullen. Om de respons te verhogen is een aantal maatregelen genomen. Als eerste zijn de respondenten vooraf geïnformeerd over de mogelijkheid om de resultaten te ontvangen. Daarnaast zijn er vijf VVV-bonnen ter waarde van twintig euro verloot onder de deelnemers van het onderzoek en er is één herinnering verstuurd. Het tijdstip waarop de e-mail naar de apotheker wordt verstuurd kan van belang zijn. Daarom hebben apothekers de e-mail in het begin van de week in de ochtend ontvangen. Dit zijn voor hen namelijk relatief rustige werkuren. Respondenten hebben vier weken te tijd gehad om te reageren, wat een totale respons van 182 openbaar apothekers opleverde. Echter, een deel van apothekers had het merendeel van de vragen niet ingevuld. Zij zijn verder niet in het onderzoek betrokken. Uiteindelijk bleven 153 apothekers over. Dit is ongeveer gelijk aan het vooraf verwachte aantal van 150.

Er is gebruik gemaakt van een panel. Apothekers hebben zichzelf hiervoor aangemeld. Het is dus niet een aselechte steekproef. Daarnaast hebben lang niet alle apothekers gehoor gegeven aan het verzoek de vragenlijst in te vullen. Dit kan tot gevolg hebben dat de steekproef niet representatief is voor de Nederlandse apothekerspopulatie. Via een non-respons enquête is geprobeerd te achterhalen in hoeverre de openbaar apothekers die niet reageerden, afweken van de apothekers die wel reageerden, met name op een aantal cruciale variabelen voor het onderzoek. Echter, de respons op deze non-respons enquête was te laag (n=6) om hier uitspraken over te doen. Wel is vergelijking mogelijk met de totale populatie openbaar apothekers in Nederland op een aantal achtergrondkenmerken. Via de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) zijn hierover gegevens beschikbaar. In tabel 3.1 is het beroep van apotheker opgesplitst in de wijze waarop deze het beroep in de openbare apotheek uitoefent: als ‘beherend’ of als ‘tweede’ apotheker. Te zien is dat in de onderzoekspopulatie vrouwen oververtegenwoordigd zijn. Wat betreft leeftijd zijn er geen grote verschillen tussen de onderzoekspopulatie en de Nederlandse populatie, met uitzondering van mannelijke tweede apothekers. Deze zijn in de onderzoekspopulatie gemiddeld jonger. De mannelijke tweede apothekers zijn net als in de Nederlandse populatie wel ouder dan de gemiddelde vrouwelijke tweede apotheker.

*Tabel 3.1. Beherend en tweede apothekers naar leeftijd en geslacht*

	<b>Beherend apothekers</b>			
	Nederland		Respondenten (n=116)	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Aandeel	54,0	46,0	44,8	55,2
Gemiddelde Leeftijd	47	41	44	44
	<b>Tweede apothekers</b>			
	Nederland		Respondenten (n=11)	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Aandeel	38,0	62,0	18,2	81,8
Gemiddelde Leeftijd	46	38	37	35

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen Data en feiten 2013

Tabel 3.2 geeft informatie over het aantal medewerkers van een aantal verschillende beroepsgroepen binnen een apotheek. Deze gegevens kunnen iets zeggen over de grootte van een praktijk. Bij vergelijking van de gegevens voor de Nederlandse apothekerspopulatie met onze respondenten is te zien dat de respondenten waarschijnlijk werkzaam zijn in grotere apotheken. Het gemiddelde aantal FTE in de apotheek is bij de onderzoekspopulatie voor alle drie de beroepsgroepen hoger dan in de totale apotheekpopulatie.

*Tabel 3.2. Gemiddeld aantal medewerkers in de apotheek in FTE*

Beroepsgroep	Nederland <sup>1</sup>	Respondenten <sup>2</sup>
Apothekers	1,41	2,20 (n= 127)
Apotheekassistenten	5,56	11,09 (n= 125)
Overig	2,09	2,35 (n= 88)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen Data en feiten 2013

1 Een gemiddelde apotheek in 2012

2 Een aantal respondenten heeft deze gegevens niet ingevuld. Zij worden wel mee genomen in andere analyses. In de tekst wordt daarom gesproken over n=153.

De onderzoekspopulatie is niet erg groot, waardoor bij weging de mening van de ondervertegenwoordigde groep sterk gaat mee wegen en de resultaten vertekend kunnen worden. Er is daarom gekozen om geen weegfactor in de analyses te gebruiken.

### *3.1.3. Werving respondenten: Huisartsen*

De huisartsen zijn benaderd vanuit het NIVEL. Het NIVEL verzamelt “op continue basis (...) gegevens over het aantal, de samenstelling en spreiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg” (Nivel.nl, z.d.) in de ‘beroepenregistraties’. Deze gegevens worden verkregen via schriftelijke en/of online vragenlijsten. Verder wordt gebruik gemaakt van ledenbestanden van beroepsverenigingen, gegevens van de registratiecommissie van huisartsen en lijsten van afgestudeerden. Op deze manier heeft het NIVEL gegevens van (de grote meerderheid van) de werkzame huisartsen. Uit de beroepenregistratie is een steekproef getrokken van 900 huisartsen. Om de e-mailadressen van deze huisartsen te gebruiken moet, in verband met het privacyreglement, een aanvraag worden gedaan binnen het NIVEL. Hiervoor was de looptijd van dit onderzoek te kort. Wel hadden we de beschikking over de praktijkadressen van de huisartsen. Daarom is er voor gekozen om de huisartsen via een brief te benaderen. Net als de apothekers zijn de huisartsen eind april 2014 benaderd. In de brief stond dezelfde informatie als in de e-mail die naar apothekers is verstuurd: een korte beschrijving van het onderzoek, het privacy beleid en een (eenvoudige) link naar de survey (zie bijlage 2). Om te voorkomen dat meerdere mensen in een praktijk de vragenlijst invulden, zijn de huisartsen op naam benaderd en niet per praktijk. Om de respons te verhogen zijn dezelfde maatregelen genomen als bij de apothekers: vooraf informatie over de mogelijkheid van het ontvangen van de resultaten en verloting van vijf VVV-bonnen onder de deelnemers van het onderzoek. Een

klein verschil is dat de apothekers één reminder ontvangen hebben en de huisartsen twee reminders. Op basis van eerdere onderzoeken die het NIVEL onder huisartsen hield leek 150 een haalbare netto respons. Echter, na 5 weken was de respons 80. In verband met tijdsplanning van dit onderzoek zijn er geen extra maatregelen getroffen om de respons te verhogen. Na verwijdering van de apotheekhoudende huisartsen uit het bestand bleven er 76 huisartsen over<sup>1</sup>. De samenstelling van de onderzoekspopulatie naar geslacht en leeftijd is te vergelijken met die van (alle) werkzame huisartsen in Nederland. Daarin is te zien dat in de steekproef de leeftijdscategorie ‘60-64 jaar’ oververtegenwoordigd is en de leeftijdscategorie ‘35-49 jaar’ ondervertegenwoordigd. Dit geldt voor zowel de mannen als de vrouwen, maar is sterker bij de mannen (zie tabel 3.3).

*Tabel 3.3. Procentueel aantal werkzame huisartsen naar leeftijd en geslacht*

Leeftijd	Nederland <sup>2,3</sup>			Respondenten		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
< 30	0,2	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0
30-34	2,5	10,0	5,8	2,1	9,5	4,3
35-39	8,1	20,7	13,6	0,0	23,8	7,2
40-44	10,9	22,2	15,8	8,3	14,3	10,1
45-49	13,1	17,9	15,2	8,3	14,3	10,1
50-54	18,8	12,8	16,2	18,8	14,3	17,4
55-59	26,2	12,0	20,0	20,8	9,5	17,4
60-64	18,0	3,5	11,7	39,6	14,3	31,9
>=65	2,2	0,3	1,4	2,1	0,0	1,4

Bron: NIVEL huisartsenregistratie 2013

N= 69<sup>4</sup>

2. Binnen NIVEL huisartsenregistratie ontbreken van 54 huisartsen de leeftijdsgegevens
3. Data NIVEL huisartsenregistratie inclusief apotheekhoudende praktijken
4. Een aantal respondenten heeft geen leeftijd ingevuld. Deze nemen respondenten wel mee in andere analyses. In de tekst wordt daarom gesproken over n=76.

In tabel 3.4 is de praktijkvorm van de onderzoekspopulatie vergeleken met die van de Nederlandse populatie. In de tabel is te zien dat in Nederland meer huisartsen werkzaam zijn in duo- en groepspraktijken in vergelijking met solopraktijken. Echter, in de onderzoekspopulatie zijn meer huisartsen werkzaam in een solopraktijk dan in de totale Nederlandse populatie. Toch is er voor gekozen om, net als bij het apothekersbestand, geen weging in de analyses te gebruiken in verband met de kleine onderzoekspopulatie.

*Tabel 3.4. Procentueel aantal huisartsen naar praktijkvorm*

	Nederland <sup>1</sup>	Respondenten
Solopraktijk	28,0	39,3
Duo	38,7	31,3
Groepspraktijk	33,3	29,5

Bron: NIVEL huisartsenregistratie 2013

N= 61

1. Data NIVEL huisartsenregistratie inclusief apotheekhoudende praktijken

<sup>1</sup> Apotheekhoudende huisartsen zijn verwijderd uit dit onderzoek. Zij zijn zelf bevoegd om medicatie te verstrekken aan hun patiënten. Hierdoor is samenwerking met apothekers minder van belang en zal ook minder plaats vinden. Dit zou onze resultaten onnodig beïnvloeden.



### *3.1.4. Online survey*

De survey is ontwikkeld op basis van de literatuur en het theoretisch kader. Hiernaast zijn nog aanpassingen gedaan na een kritische blik van enkele apothekers en huisartsen in het veld en op aanraden van de IRB van UPPER. Vervolgens is een kleine pilot gehouden onder enkele apothekers en huisartsen. De tijd die het kostte om de vragenlijst in te vullen bedroeg ongeveer 15 minuten. De survey (zie bijlage 3 en 4) bevatte vragen over kenmerken van samenwerking. Zo is gevraagd naar de regionale, lokale en dagelijkse samenwerkingsverbanden die men heeft. Ook kwamen hier kenmerken van het beroep zelf aan bod zoals de vraag of de apotheek eigendom is van een keten, in wat voor type huisartsenpraktijk men werkzaam is (solo, duo, groep) en hoeveel mensen op basis van FTE (fulltime equivalent) er werkzaam zijn in de praktijk. Om meer zicht te krijgen op de uitwerking van de samenwerking in de praktijk, zijn er in de survey enkele verdiepende vragen gesteld. Hierbij is aan de apothekers en huisartsen gevraagd om een samenwerking in gedachten te houden waarvan een substantieel deel van de patiënten door beiden wordt behandeld. Dit is gevraagd omdat men met meerdere praktijken kan samenwerken. Apothekers c.q. huisartsen konden aangeven in hoeverre men tevreden is over de samenwerking, de mondelinge en/of schriftelijke afspraken die binnen de samenwerking zijn gemaakt en de vormen en intensiteit van contact over zorginhoudelijke zaken. Verder zijn er vragen voorgelegd over de verwachtingen die men heeft over de taakverdeling binnen de samenwerking en hoe men deze idealiter zouden willen zien. Om de samenwerking in perspectief te bekijken, is gevraagd in hoeverre de samenwerking representatief is voor eventuele samenwerking met andere huisartsen c.q. apothekers en of deze beter/slechter is.

## **3.2. Operationalisaties**

### *3.2.1. Samenwerking*

De samenwerking tussen apothekers en huisartsen vindt plaats op verschillende niveaus: regionaal en/of lokaal en dagelijks. In het analysehoofdstuk wordt eerst een beschrijving gegeven van de mate waarin men deelneemt aan de verschillende samenwerkingsverbanden en hoe het eventuele samenwerkingsverband georganiseerd is. Over de regionale en/of lokale samenwerking zijn vragen gesteld als: Neemt u deel aan een FTO en/of zorggroep en hoe is deze te karakteriseren? Daarnaast zijn enkele stellingen voorgelegd over het effect van zorggroepen op de zorg. Om de dagelijkse samenwerking tussen openbaar apothekers en huisartsen te beschrijven, zijn vragen gesteld als: zijn er een huisartsenpraktijk en een apotheek gevestigd in het zelfde gebouw, ontvangt men extra financiering om de samenwerking te bevorderen en welk 'elektronisch systeem' gebruikt men om informatie uit te wisselen. Om een beschrijving te geven van hoe de samenwerking in de praktijk verloopt, zijn vragen gesteld over de inhoudelijke afspraken tussen openbaar apothekers en huisartsen binnen het belangrijkste samenwerkingsverband en de mate van contact over zorginhoudelijke zaken.

Verder zijn er vragen gesteld over de verwachtingen die men heeft over de taakverdeling tussen beide beroepsgroepen.

### 3.2.2. *Afhankelijke variabele 'mate van samenwerking'*

De centrale afhankelijke variabele in het onderzoek is de 'mate van samenwerking' tussen huisartsen en openbaar apothekers. Deze variabele geeft weer in hoeverre huisartsen en apothekers binnen een samenwerkingsverband zorginhoudelijk afspraken hebben. Om de 'mate van samenwerking' te operationaliseren, zijn tien stellingen gebruikt over de mondelinge en schriftelijke afspraken tussen de apothekers en huisartsen. Deze hebben betrekking op taken die door de huisarts, apotheker of gezamenlijk uitgevoerd kunnen worden zoals medicatievoorlichting en therapietrouw. De apothekers is gevraagd om een samenwerkingsverband met een huisartsenpraktijk in gedachten te houden waarvan een substantieel deel van de patiënten bij hun apotheek geneesmiddelen komt ophalen. De huisartsen is gevraagd om een apotheek te kiezen waarvan een substantieel deel van zijn/haar patiënten bij deze apotheek geneesmiddelen ophaalt. Dit samenwerkingsverband wordt hierna aangeduid als het belangrijkste samenwerkingsverband. De respondent is eerst gevraagd: 'Heeft u afspraken gemaakt omtrent de volgende procedures/activiteiten?':

- a) Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur
- b) Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten
- c) Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw
- d) Procedure bij starten weekdoseringen
- e) Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie
- f) Wie welke medicatievoorlichting geeft
- g) Voorkeur medicatiemiddel bij specifieke aandoeningen
- h) Informatie-uitwisseling over diagnose patiënt
- i) Uitwisseling labwaarden van de patiënt
- j) Procedure medicatieoverdracht.

De volgende antwoorden waren mogelijk: 'mondeling afspraken', 'schriftelijk afspraken', 'zowel mondelinge als schriftelijke afspraken', 'geen afspraken', 'weet ik niet' of 'niet van toepassing'. Wanneer de respondent aangaf 'geen afspraken' scoorde men 0 op het item. Wanneer de respondent aangaf 'mondeling en/of schriftelijk afspraken' te hebben, scoorde men 1 op het item. Per stelling kon een respondent dus 0 (geen afspraken) of 1 (wel afspraken) scoren. 'Weet ik niet' of 'niet van toepassing' werden als missing beschouwd. Er is uiteindelijk voor gekozen mondelinge en schriftelijke afspraken samen te nemen, dus ongeacht of men alleen mondelinge, alleen schriftelijke of beide vormen van afspraken had. Dit omdat de vorm van de afspraken niet noodzakelijkerwijze de mate van samenwerking weergeeft. Om te kijken of de items vervolgens tot één schaal konden worden

gereduceerd, is gekeken of de items één op één correleerden. Een factoranalyse bij apothekers liet twee factoren zien. Door orthogonaal te roteren werd de communaliteit van stelling (d) 'Procedure bij starten weekdoseringen' lager dan .20 waardoor deze verwijderd is uit de schaal. Een factoranalyse met orthogonale rotatie voor de huisartsen liet drie factoren zien. Daaruit bleek dat stellingen (d) 'Procedure bij starten weekdoseringen' en (i) 'Uitwisseling labwaarden van de patiënt' verwijderd moesten worden. Om de variabele bij apothekers en huisartsen gelijk te houden, is zowel stelling (d) als stelling (i) verwijderd uit de schaal. Aan de Cronbach's alpha was te zien dat voor beide groepen respondenten de schaal dan betrouwbaar is (bij apothekers .82 en huisartsen .81). Om het aantal missings op de schaal te beperken, zijn respondenten meegenomen in de schaal wanneer zij minimaal 5 van de 8 items beantwoord hadden. De antwoorden van een respondent zijn opgeteld en gedeeld door elkaar. De 'mate van samenwerking' is hierdoor een intervalvariabele geworden met een range van 0 t/m 1. De variabele is in beide bestanden niet normaal verdeeld, maar de steekproef wordt robuust genoeg geacht om regressieanalyse op uit te voeren. De verwijderden items (d) en (i) correleerden onderling niet, waardoor er geen extra variabele is gemaakt.

### 3.2.3. *Onafhankelijke variabele 'verschil in verwachtingen over taakverdeling'*

De veranderingen in taakverdeling die huisartsen en apothekers nu doormaken kunnen veel onduidelijkheden met zich mee brengen. Men kan verschillende verwachtingen hierover hebben. Dit kan tot spanningen leiden in een samenwerkingsverband (zie paragraaf 2.2.1.). Om te kijken of dit het geval is, is de onafhankelijke variabele 'verschil verwachtingen' geconstrueerd. De respondenten is een aantal stellingen voorgelegd over de taakverdeling tussen apothekers en huisartsen. Daarin is gevraagd: 'Kunt u aangeven in hoeverre deze taak in uw samenwerking uitgevoerd worden door de huisarts of apotheker?'. Er zijn taken voorgelegd die zowel apothekers als huisartsen kunnen uitvoeren. Deze luiden als volgt:

- a) Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven.
- b) Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie.
- c) Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- d) Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie.
- e) Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.
- f) De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik.
- g) De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie.

Bij de antwoordkeuze 'huisarts' scoorde een respondent -2, bij 'voornamelijk huisarts' -1, bij 'beide' 0, bij 'voornamelijk apotheker' 1 en bij 'voornamelijk apotheker' 2. Voor de range -2 tot en met 2 is gekozen zodat de verschilscore bij gelijke antwoorden '0' is wanneer de verwachting van de ander er

afgetrokken wordt. Wanneer een huisarts de vraag bijvoorbeeld met ‘voornamelijk apotheker’ (1) beantwoordt, en de apotheker ook, is het verschil  $(1-1=)$  0: zij hebben dezelfde verwachtingen. Echter, wanneer een huisarts een stelling beantwoordt met ‘voornamelijk huisarts’ (-1) en de apotheker met ‘voornamelijk apotheker’ (1), is het verschil  $(-1-1=)$  -2, maar gezien vanuit het perspectief van de apothekers zou de score zijn:  $(1- -1=)$  +2. De verschillcores zijn daarom nog gekwadraterd zodat een verschil van -2 in de analyses het zelfde is als een verschil van +2 ( $-2^2=$  +4 en  $2^2=$  +4). Aangezien er geen beschikking was over koppels van huisarts en apotheker die in de praktijk echt samenwerken, zijn de verwachtingen van apothekers vergeleken met de gemiddelde score van de huisartsen. De verwachtingen van de huisartsen zijn vergeleken met de gemiddelde score van de apothekers. Deze gemiddelden zijn berekend op basis van de gegevens uit de vragenlijsten (zie tabel 4.12). Voor elk item is een verschillscore berekend.

Vervolgens is een schaal geconstrueerd. Dit is de variabele ‘verschil in verwachtingen over taakverdeling’. Bij de apothekers laat een factoranalyse na orthogonaal roteren twee schalen zien. Een schaal met de stellingen (a), (b) en een schaal met (c), (d), (e), (f) en (g). Stelling (c) kan in beide schalen worden mee genomen, maar heeft een sterkere bijdrage bij de schaal van (d) tot en met (g). Ook bij een factoranalyse bij huisartsen is dit te zien. De variabelen (a) en (b) zijn daarom niet mee genomen in de schaal en in verdere analyses. Van de variabelen (c) t/m (g) is een schaal geconstrueerd die een Cronbach’s alpha heeft van .78 bij apothekers en .76 bij huisartsen. De respondenten die de stellingen hebben beantwoord, hebben op alle vijf de stellingen een geldig antwoord gegeven. Het was dus niet nodig om een keuze te maken of respondenten werden meegenomen in de schaal die een of meerdere stelling(en) niet beantwoord hadden. Na schaalconstructie is de variabele ‘verschil in verwachtingen tussen apothekers en huisartsen’ een interval variabele.

#### *3.2.4. Onafhankelijke variabelen generaties*

Een andere belangrijke factor van invloed op de samenwerking zijn de normen en waarden die mensen hebben. Tijdens de opleiding leren professionals naast vaardigheden ook de normen en waarden die binnen hun beroep heersen. De generatie waarin mensen zijn opgeleid kan hierdoor van invloed zijn op de samenwerking (zie paragraaf 2.2.2.). Er is daarom gekozen om als operationalisatie voor ‘generatie’ het afstudeerjaar te kiezen en niet de leeftijd. De variabele ‘generatie’ heeft twee kanten. Aan de ene kant de generatie van de respondent zelf en aan de andere de generatie van de personen waarmee men samenwerkt. Deze zijn apart meegenomen in de analyses.

‘Generatie zelf’ is gemeten door de respondent te vragen; ‘In welk jaar bent u afgestudeerd als apotheker?’. De range van dit item loopt bij apothekers van 1968 t/m 2013 en bij huisartsen van 1974 t/m 2012. De populatie is in de zelfde vier cohorten verdeeld als de generatie van de persoon(en) waarmee men samenwerkt: ‘voor 1990’, ‘1991-2000’, ‘2001-2010’, ‘2011 en later’.

De generatie van de personen waarmee men samenwerkt, is gemeten door de respondent te vragen naar een schatting van de leeftijd van de apotheker(s)/huisarts(en) met wie men samenwerkt. Hier is voor gekozen omdat een respondent vaak niet zal weten in welk jaar de ander is afgestudeerd. Respondenten hadden de keuze uit vijf categorieën lopend van ‘jonger dan 30 jaar’ tot ‘ouder dan 65 jaar’. Op basis van de leeftijd is daarna een schatting gemaakt van het afstudeerjaar. Deze zijn verdeeld in vier cohorten: ‘voor 1990’, ‘1991-2000’, ‘2001-2010’, ‘2011 en later’. De cohorten zijn gebaseerd op de leeftijdscategorieën. Eerst zijn de leeftijdscategorieën omgerekend naar geboortjaar. Daar is 18 jaar bij opgeteld, omdat een persoon op ongeveer 18-jarige leeftijd begint met studeren. Hier zijn weer 6 jaar bij opgeteld voor de duur van de opleiding. Om uitspraken te doen over het effect van generatie, moeten er genoeg respondenten in een cohort vallen. Dit is in dit onderzoek het geval.

Er kunnen meerdere personen werkzaam zijn bij de praktijk/apotheek die de respondent gekozen had als belangrijkste samenwerking. Daarom kon men de vraag voor meerdere personen beantwoorden met een maximum van vijf personen. Op basis van het aantal personen dat de respondent had ingevuld, is berekend hoeveel procent van die personen komt uit het ‘zelfde cohort’, uit ‘oudere cohorten’ en uit ‘jongere cohorten’. De antwoorden op deze variabele hebben dus een range van 0 tot 100 procent en vormen samen ‘generatie ander’. De categorieën zijn elk apart opgenomen in de analyses. Aangezien de drie variabelen bij elkaar opgeteld ook 100 procent zijn, wordt ‘zelfde cohort’ als referentiecategorie gezien.

### 3.2.5. *Onafhankelijke variabele ‘informeel contact’*

De verschillende verwachtingen en de verschillende culturen die apothekers en huisartsen hebben, kunnen leiden tot onbegrip tussen de partijen. Een manier om deze problemen te overbruggen is door middel van contact. Door (informeel) contact leert men elkaar beter begrijpen (zie paragraaf 2.3). Voor de variabele ‘informeel contact’ is gebruik gemaakt van een aantal stellingen. Hierbij is gevraagd naar het informeel contact dat de respondent heeft met personen die het beroep van apotheker/huisarts uitoefenen. De respondent kon aangeven of de stelling van toepassing was (‘Ja’, ‘nee’ of ‘weet ik niet’). Deze laatste categorie wordt als missing beschouwd. De volgende stellingen zijn voorgelegd, waarbij de vragenlijst voorgelegd aan apothekers als voorbeeld dient:

- a) **Mijn** huisarts behoort tot mijn vriendenkring
- b) Iemand uit mijn vriendenkring is **een** huisarts
- c) **Mijn** huisarts is een kennis van mij.
- d) Ik heb een kennis die **een** huisarts is
- e) **Mijn** huisarts behoort tot mijn (schoon)familie.
- f) Iemand uit mijn (schoon)familie is **een** huisarts
- g) **Mijn** huisarts is mijn buurman/vrouw.

- h) Mijn buurman/vrouw is **een** huisarts
- i) Ik ben getrouwd met/samenwonend met/mijn partner is **mijn** huisarts.
- j) Ik ben getrouwd met/samenwonend met/mijn partner is **een** huisarts

Aangegeven is dat, wanneer er gesproken wordt over ‘mijn huisarts’, er bedoeld wordt op de huisartsen uit de eerder gekozen praktijk. Uit een eerste analyse bleek dat veel antwoorden slechts voor enkele respondenten gelden. Dit is als volgt te verklaren: de kans dat een apotheker bijvoorbeeld getrouwd is met een huisarts, is niet zo groot. Om toch uitspraken te kunnen doen over het effect van informeel contact, is ervoor gekozen om geen onderscheid te maken in de mate waarin men contact heeft en de soort relatie. Wanneer een respondent ‘ja’ heeft geantwoord op minimaal één stelling heeft men ‘informeel contact’. Op de geconstrueerde variabelen ‘informeel contact’ kan een respondent dus ‘ja’ (1) of ‘nee’ (0) scoren.

### 3.2.6. Controle variabelen

Verder worden in de analyses enkele controlevariabelen meegenomen. Zo wordt gecontroleerd voor het geslacht van de respondent en het geslacht van de persoon(en) waarmee wordt samengewerkt. Mogelijk is de samenwerking met iemand van hetzelfde geslacht beter omdat zij elkaar beter begrijpen. ‘Geslacht respondent’ heeft de antwoordcategorieën ‘man’(0) en ‘vrouw’(1). Voor ‘geslacht ander’ geldt, net als bij ‘generatie ander’ dat respondenten met meer mensen kunnen samenwerken. Ook hier is voor een maximum van vijf anderen gekozen. Op basis van de antwoorden van de respondent, is vervolgens berekend hoeveel procent van die personen het ‘zelfde geslacht’ had. Deze categorie wordt als variabele opgenomen in het model en heeft een range van 0 tot 100 procent. ‘Zelfde geslacht’ en ‘ander geslacht’ zijn samen 100 procent. ‘Ander geslacht’ wordt daarom niet meegenomen in de analyses en wordt als referentiecategorie gezien.

In de analyses bij de apothekers is verder gekeken of gecontroleerd moest worden voor het aantal personen van de drie belangrijkste beroepsgroepen die werkzaam zijn binnen de apotheek. Hiermee wordt indirect de grootte van de apotheek meegenomen. Verwacht kan worden dat bij kleinere apotheken de lijntjes met de huisarts korter zijn, wat positief voor de samenwerking kan zijn. De respondent is gevraagd naar het aantal uren op basis van FTE (fulltime equivalent) van vier groepen; ‘apothekers (incl. henzelf)’, ‘apothekersassistenten’, ‘farmaceutisch medewerkers’ en ‘personen uit een andere beroepsgroep’. Deze laatste antwoordcategorie had een lage respons. Hierdoor zouden in de regressie-analyses veel respondenten uitvallen. Daarom is ervoor gekozen om deze niet mee te nemen in de analyses. Verder is gevraagd of de apotheek ‘HKZ-gecertificeerd’ is. Een dergelijk certificaat geeft weer dat de apotheek aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet (hkzcertificaat.nl, z.d). De antwoordcategorie ‘ja, ketencertificaat’ dient hierin als referentie ten opzichte van ‘nee’ of ‘ja, eigen certificaat’. De laatste controlevariabele voor de apothekers is de

eventuele ‘formule’ (zoals Mediq, Benu, Kring of Service) waaronder een apotheker werkzaam is (nee ‘0’, ja ‘1’, niet van toepassing ‘9’). Respondenten die ‘niet van toepassing’ hebben geantwoord worden niet meegenomen. Er kan verwacht worden dat men meer samenwerkt met huisartspraktijken wanneer dit van bovenaf wordt opgelegd.

In de analyses bij de huisartsen wordt, naast ‘geslacht respondent’ en ‘geslacht ander’, gecontroleerd voor het ‘type praktijk’: ‘Solo-’, ‘duo-’ of ‘groepspraktijk’. Deze worden als dummyvariabelen opgenomen waarbij ‘solo’ als referentiecategorie wordt gezien. Daarnaast wordt gecontroleerd ‘hoeveel patiënten in behandeling zijn bij de huisartsenpraktijk’: ‘Minder dan 2000’, ‘2000-2500’, ‘2500-3000’, ‘3000-3500’, ‘3500-4000’ of ‘Meer dan 4000’. Ook deze worden als dummy variabelen meegenomen. Doordat er een directe variabele is over de grootte van de praktijk, zou ‘hoeveel personen van de volgende beroepsgroepen werkzaam zijn binnen de huisartsenpraktijk’ op basis van FTE (fulltime employment) niet meegenomen hoeven te worden. Deze zou immers theoretisch het zelfde meten. Echter, om een vergelijking met apothekers te maken wordt deze toch meegenomen. Hierbij is gevraagd naar ‘huisarts (incl. henzelf)’, ‘praktijkassistente’, ‘praktijkondersteuner/ praktijkverpleegkundige op HBO-i’ en ‘personen uit een andere beroepsgroep’. Net als bij de apothekers heeft deze laatste antwoordcategorie een lage respons, waardoor er gekozen is deze niet mee te nemen in de analyses. De tabellen 3.5 en 3.6 geven de beschrijvingen van alle variabelen weer.

*Tabel 3.5 Beschrijving intervalvariabelen opgenomen in de analyses*

	Apotheker					Huisarts				
	Min.	Max.	Gemid.	Std afwijking	N	Min.	Max.	Gemid.	Std afwijking	N
<b>Afhankelijke</b>										
Mate van samenwerking	0,00	1,00	0,69	0,29	136	0,00	1,00	,64	,30	69
<b>Onafhankelijke</b>										
Verskil verwachtingen	0,08	4,43	1,29	1,01	129	0,23	7,99	1,39	1,29	69
Generatie ander ( <i>ref. Zelfde</i> )	0,00	1,00	0,28	0,27	128	0,00	1,00	,51	,42	68
<i>Cohorten lager</i>	0,00	1,00	0,44	0,40	128	0,00	1,00	,24	,37	68
<i>Cohorten hoger</i>	0,00	1,00	0,27	0,33	128	0,00	1,00	,25	,32	68
<b>Controle</b>										
Geslacht ander ( <i>ref. anders</i> )	0,00	1,00	0,53	0,25	128	0,00	1,00	,53	,34	68
Apothekers/huisartsen	0,70	84,00	2,20	7,36	127	,90	8,00	2,36	1,56	68
Apothekers/praktijkassistenten	2,00	414,00	11,09	36,85	125	1,00	15,00	3,03	2,46	68
Farmaceutisch medewerkers/ Praktijkondersteuner	0,00	10,00	1,09	1,41	112	,20	23,00	1,74	2,83	67

Tabel 3.6 Beschrijving categorische variabelen opgenomen in de analyses

	Apothekers		Huisartsen	
	Proportie	N	Proportie	N
<b>Onafhankelijke</b>				
Generatie zelf (ref. voor 1990)	30,7	127	44,9	69
1991 tot 2000	28,3	127	26,1	69
2001 tot 2010	34,6	127	26,1	69
na 2011	6,3	127	2,9	69
Informeel (ref. Nee)	30,5	128	44,9	69
Ja	69,5	128	55,1	69
<b>Controle</b>				
Geslacht respondent (ref. Man)	43,0	128	69,6	69
Vrouw	57,0	128	30,4	69
HKZ (ref. Nee)	2,3	128		
Ketencertificaat	40,6	128		
Eigen certificaat	57,0	128		
Formule (ref. Nee)	29,7	128		
Ja	70,3	128		
Type (ref. Solo)			39,3	61
Duo			31,1	61
Groeps			29,5	61
Patiënten in behandeling (ref. Minder dan 2000)			8,7	69
2000-2500			31,9	69
2500-3000			21,7	69
3000-3500			13,0	69
3500-4000			2,9	69
Meer dan 4000			21,7	69

### 3.3. Analyse

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is gestart met analyses (frequentieverdelingen en kruistabellen) om samenwerkingsverbanden organisatorisch en zorginhoudelijk te beschrijven. Daarna zijn, om de in hoofdstuk 2 opgestelde hypothesen te toetsen, multivariate lineaire regressieanalyses uitgevoerd in SPSS versie 18. Eerst is een model geschat zonder de controlevariabelen, daarna met de controlevariabelen. Er is gebruik gemaakt van regressieanalyse omdat de afhankelijke variabele van intervalniveau is. De analyses zijn twee keer uitgevoerd; één keer voor apothekers en één keer voor huisartsen. Er is gekozen om deze bestanden niet samen te voegen en apart te analyseren omdat er zo gecontroleerd kan worden op enkele specifieke kenmerken van de praktijken waarin men werkzaam is. Daarnaast zijn verschillen tussen beide groepen inzichtelijker bij afzonderlijke analyses. De uitkomsten kunnen wel vergeleken worden omdat de vragen die gesteld zijn aan de apothekers en huisartsen, op enkele specifieke vragen na, identiek zijn.



## 4. Analyse

In dit hoofdstuk zal eerst door middel van beschrijvende tabellen en figuren een beeld gegeven worden van de samenwerkingsverbanden die er zijn tussen huisartsen en apothekers. Daarbij zal ook ingegaan worden op de inhoudelijke afspraken die ze met elkaar hebben en de verwachtingen die ze van elkaar hebben. Vervolgens worden de, in hoofdstuk 2, opgestelde hypothesen getoetst. Eerst door middel van bivariate analyses, daarna met multivariate regressie analyses. De analyses worden twee keer uitgevoerd: één keer voor apothekers en één keer voor huisartsen.

### 4.1. Beschrijving samenwerkingsverbanden

#### 4.1.1. Beschrijving regionale en/of lokale samenwerkingsverbanden

Op regionaal en lokaal niveau zijn globaal twee samenwerkingsverbanden te onderscheiden waaraan apothekers en huisartsen aan deelnemen. De eerste is het Farmaco Therapie Overleg (FTO). Alle apothekers geven aan deel te nemen aan een FTO, van de huisartsen is dat 96,1%. Het FTO kent vier niveaus (zie paragraaf 1.1.3). Hiervoor geldt: hoe hoger het niveau, hoe meer afspraken er gemaakt worden en hoe meer terugkoppeling van het naleven van deze afspraken er plaatsvindt. In tabel 4.1 is te zien dat respondenten vooral deelnemen aan een FTO met een hoog niveau: 77,1% van de deelnemende apothekers en 79,1% van de deelnemende huisartsen. Dit is iets hoger dan het landelijk gemiddelde. In 2011 functioneerde namelijk 60% van de FTO's op niveau 3 of 4. In dit aantal is een stijgende lijn te zien (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Tabel 4.1 Procentuele deelname naar niveau van FTO per beroepsgroep

	Apotheker (n=153) % van alle apothekers	Huisarts (n=72) % van alle huisartsen
Niveau 1	3,3	2,8
Niveau 2	19,6	18,1
Niveau 3	36,6	33,3
Niveau 4	40,5	45,8
Totaal	100,0	100,0

Een andere bekend samenwerkingsverband is de zorggroep. De eerste zorggroepen zijn enkele jaren geleden opgericht ten gevolge van het integrale bekostigingssysteem. Huisartsen zijn vaak de hoofdcontractant in een zorggroep. In dit onderzoek wordt alleen gekeken naar de zorggroepen waarin beide beroepsgroepen deelnemen (zie paragraaf 1.1.3). Omdat zorggroepen zich richten op specifieke aandoeningen, kunnen huisartsen en apothekers zich aansluiten bij meerdere zorggroepen. Een derde (33,3%) van de apothekers (n=153) geeft aan deel te nemen aan één of meer zorggroepen. Het vaakst zijn dit zorggroepen voor diabetes (zie tabel 4.2). Naast de voorgelegde aandoeningen gaven enkele apothekers aan deel te nemen aan een zorggroep voor incontinentie. Van de huisartsen (n=76) geeft 39,5% aan deel te nemen aan een zorggroep waar ook één of meerdere apothekers aan deelnemen.

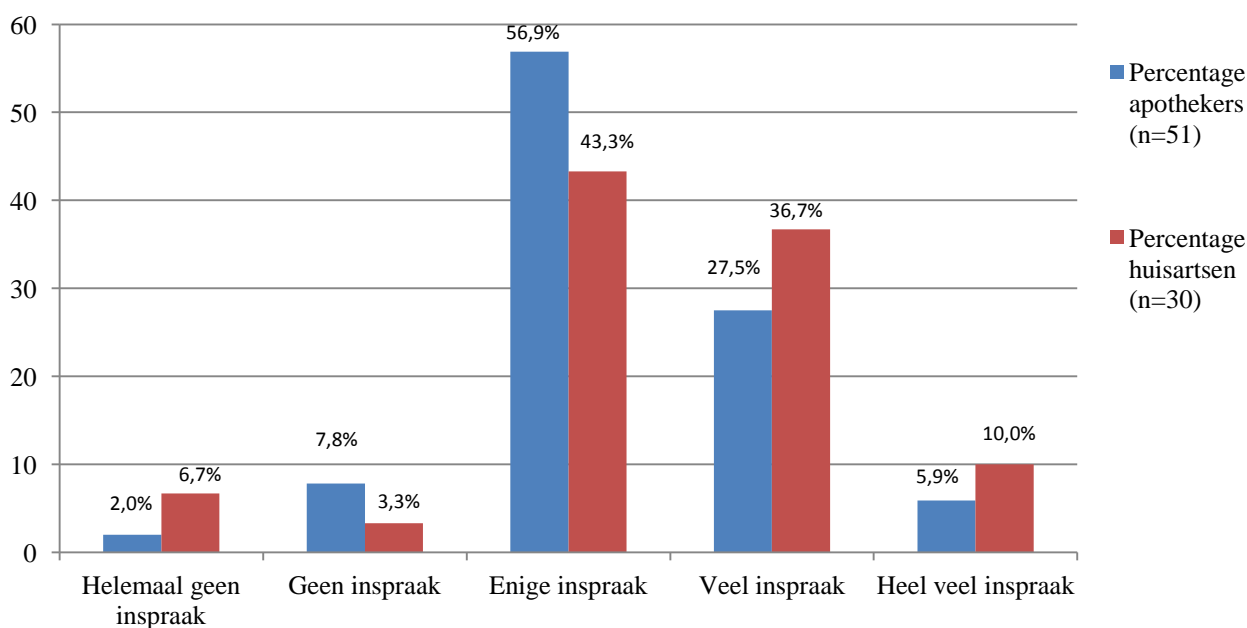
Ook huisartsen geven aan dit dat vooral zorggroepen zijn voor 'Diabetes'. Daarnaast worden CVRM en COPD vaker genoemd.

Tabel 4.2. Deelname naar onderwerp van zorggroep(en) per beroepsgroep

	Apotheker (n=51) % van apothekers in een zorggroep	Huisarts % van huisartsen in een zorggroep met apotheker
Diabetes	74,5	90,0
CVRM	45,1	73,3
COPD	64,7	86,7
Ouderenzorg	62,7	40,0
Astma	35,3	26,7
Depressie	7,8	20,0

De respondenten die deelnemen aan een zorggroep is gevraagd hoeveel inspraak ze hebben in de zorggroep (Figuur 4.1). Meer dan de helft van de apothekers (56,9%) gaf aan 'enige inspraak' te hebben en ruim een kwart heeft 'veel inspraak' (27,5%). Ook de huisartsen geven vooral aan 'enige inspraak' of 'veel inspraak' te hebben. Echter, huisartsen geven aan gemiddeld meer inspraak te hebben dan apothekers. Dit valt te verklaren door de centrale positie die huisartsen innemen in de zorg, waardoor ze ook vaak hoofdcontractant zijn van een zorggroep.

Figuur 4.1. Mate van inspraak in zorggroep per beroepsgroep



Beide beroepen zijn overwegend positief over het effect van zorggroepen op de zorg. Op een schaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens) geven ze merendeel aan, eens te zijn met de stellingen. (Tabel 4.3).

Tabel 4.3. Gemiddelde score 'effect zorggroep' op zorg per beroep

	Apotheker (n=133)		Huisarts (n=75)	
	Gemiddeld	Std. afwijking	Gemiddeld	Std. afwijking
Zorggroepen maken de zorg effectiever	3,66	0,95	3,53	1,03
Zorggroepen maken de zorg veiliger	3,54	1,01	3,48	0,95
Zorggroepen maken de zorg efficiënter	3,46	1,12	3,28	1,09

1= Helemaal oneens; 2= oneens; 3= niet mee eens/niet oneens; 4= helemaal mee eens; 5= helemaal mee eens

#### 4.1.2. Beschrijving dagelijkse samenwerkingsverbanden

Naast samenwerking op regionaal en/of lokaal niveau kunnen apothekers en huisartsen samenwerken in de dagelijkse praktijk. Bijna 80% van de apothekers geeft aan met het merendeel (60% of meer) van de huisartsen die recepten voorschrijven aan de bezoekers van hun apotheek, afspraken te hebben. Dit komt overeen met wat de huisartsen aangeven (zie tabel 4.4). Aangezien men vaak met meerdere huisartsen c.q. apothekers samenwerkt, is gevraagd om bij inhoudelijke vragen over de samenwerking een samenwerkingsverband ingedachte te houden waarvan een substantieel deel van de patiënten behandeld wordt door beide partijen. Hier gaat een groot deel van de resultaten in het vervolg van dit hoofdstuk over.

Tabel 4.4 Percentage patiënten in behandeling binnen samenwerkingsverband

	Apotheker Totaal (n=147)	Huisarts Totaal (n=70)
<20%	5,4	8,6
20 tot 40%	8,2	10,0
40 tot 60%	8,2	7,1
60 tot 80%	27,9	30,0
<80 %	50,3	44,3
Totaal	100,0	100,0

Als eerste is gevraagd of de respondent in een gebouw gevestigd is met zowel een huisartsenpraktijk als een apotheek. Bijna de helft (45,6%) van de apothekers (n=147) geeft aan in een vestiging te zitten met een of meer huisartsen. Bij huisartsen is dit 41,9% (n=74). In tabel 4.5 is te zien welke gemeenschappelijke faciliteiten de beroepsgroepen delen wanneer ze onder een dak zitten. Men deelt voornamelijk de entree. De balie, spreekkamer/behandelkamer en het afsprakenbureau zijn vaak onafhankelijk van elkaar. Daarnaast gaven enkele respondenten aan te beschikken over een gezamenlijke vergaderruimte en koffie/lunchruimte.

*Tabel 4.5 Percentage gezamenlijke faciliteiten per beroepsgroep*

	Apotheker (n=67) % van apothekers in een gezamenlijke vestiging	Huisarts (n=31) % van huisartsen in een gezamenlijke vestiging
Entree	73,1	74,2
Balie	1,5	6,5
Spreekkamer/behandelruimte	3,0	0,0
Afsprakenbureau	0,0	0,0
Zorgdossier/logboek	7,5	6,5
Website	37,3	16,1
ICT	44,3	48,4

De ruime meerderheid van de apothekers en huisartsen geeft aan geen extra financiering te ontvangen om het samenwerkingsverband mogelijk te maken. Geen enkele huisarts ontvangt financieel iets extra's van de overheid voor de samenwerking. Bij de apothekers is dit slechts 2%. Wel krijgt een klein deel van de apothekers en huisartsen financiële ondersteuning vanuit de zorgverzekeraars (respectievelijk 17,0% en 13,2% ) (zie tabel 4.6).

*Tabel 4.6 Percentage extra financiering per beroepsgroep*

	Apotheker (n=153)	Huisarts (n=76)
Geen extra financiering	74,5	82,9
Eigen middelen van deelnemers aan het samenwerkingsverband	6,5	1,3
Overheidssubsidie	2,0	0,0
Zorgverzekeraars	17,0	13,2
Particuliere fondsen	1,3	0,0

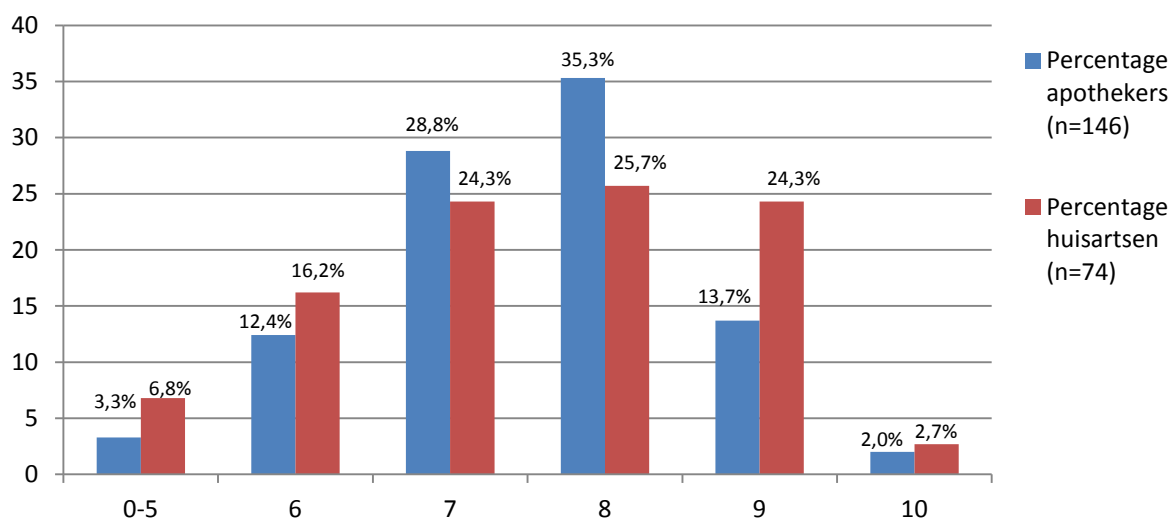
Slechts een klein deel van de apothekers geeft aan geen gebruik te maken van (gestandaardiseerde) elektronische informatie-uitwisseling. Meer van 60% zegt digitaal recepten uit te wisselen. De huisartsen maken allemaal gebruik van een vorm van elektronische informatie-uitwisseling. Evenals bij de apothekers komt het digitaal uitwisselen van recepten het vaakst voor.

*Tabel 4.7. Percentage elektronische informatie-uitwisseling per beroepsgroep*

	Apotheker (n=153)	Huisarts
Geen	2,7	0,0
Digitale receptuitwisseling	67,0	84,2
Gezamenlijk dossier / KIS systeem	10,4	3,9
We kunnen in elkaars systeem kijken	15,4	7,9

Als laatste is gevraagd om het belangrijkste samenwerkingsverband een rapportcijfer te geven (zie Figuur 4.2). Apothekers zijn over het algemeen tevreden en geven gemiddeld een 7,5 ( $\sigma = 1,06$ ). Ook huisartsen geven gemiddeld een 7,5 ( $\sigma = 1,28$ ). Huisartsen zijn wel meer verdeeld over hoe tevreden ze zijn met de samenwerking dan apothekers.

*Figuur 4.2. Gemiddeld rapportcijfer voor belangrijkste samenwerking per beroepsgroep*



#### *4.1.3. Beschrijving inhoudelijke afspraken*

Om meer zicht te krijgen op de uitwerking van de samenwerking in de praktijk, zijn in de survey vragen gesteld over de afspraken tussen de beide beroepsgroepen betreffende zorginhoudelijke zaken. Ook zijn vragen gesteld over de mate van contact tussen de apothekers en huisartsen. Hierbij is gevraagd de vragen te beantwoorden voor de belangrijkste samenwerkingspartner. Meer dan de helft van de apothekers geeft aan over alle taken die voorgelegd zijn mondelinge en/of schriftelijke afspraken te hebben gemaakt met huisartsen. Bijna alle apothekers hebben afspraken over de ‘procedure bij starten van weekdoseringen’ en de ‘procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur’. Apothekers zijn wettelijk niet bevoegd tot voorschrijven van geneesmiddelen. Daarom zal overleg hierover met de huisarts vrijwel altijd noodzakelijk zijn. Ook over de ‘procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen’ hebben apothekers vaak afspraken gemaakt. Dit zal weer te maken hebben met het voorschrijven van geneesmiddelen. Wanneer er in de medicatiebeoordeling besloten wordt dat er aanpassingen in de medicatie nodig zijn, zal de huisarts dit moeten voorschrijven. De huisartsen geven over het algemeen hetzelfde aan als de apothekers. Meer dan de helft van de huisartsen heeft afspraken met apothekers over alle taken die zijn voorgelegd en het vaakst over die taken die de apothekers ook het vaakst noemden. Huisartsen geven wel aan vaker afspraken te hebben, dan apothekers. Om de gegevens in tabel 4.8 te vergelijken zijn alleen apothekers en huisartsen mee genomen die op alle stellingen een geldige waarde hebben. Wanneer er naar de stellingen word gekeken zonder de zogenaamde “listwise deletion” toe te passen, zijn overigens geen grote verschillen zichtbaar.

Tabel 4.8 Percentage professionals per beroepsgroep dat aangeeft afspraken te hebben

	Apotheker (n=119)		Huisarts (n=51)	
	Wel afspraken	Geen afspraken	Wel afspraken	Geen afspraken
<i>Medicatiebewaking</i>				
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur	76,5	23,5	89,9	10,1
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten	58,8	41,2	59,7	40,3
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw	58,8	41,2	64,7	35,3
Procedure bij starten weekdoseringen	86,6	13,7	95,8	4,2
Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie	80,4	19,6	87,4	12,6
<i>Voorlichting</i>				
Welke zorgverlener bij welke medicatie voorlichting geeft	58,8	41,2	68,9	31,1
<i>Samenwerking</i>				
Voorkeur medicatie bij specifieke aandoeningen	62,7	37,3	68,1	31,9
Informatie-uitwisseling over diagnose patiënt	49,0	51,0	52,1	47,9
Uitwisseling labwaarden van de patiënt	78,4	21,6	75,6	24,4
Procedure medicatieoverdracht	58,8	41,2	69,7	30,3

Men heeft het vaakst overleg over de procedure waar ook het vaakst afspraken overgemaakt zijn. Op een schaal van ‘nooit’ (1) tot ‘altijd’ (4), antwoorden de meeste apothekers met ‘altijd’ als het gaat om ‘aanpassingen van receptuur’, ‘starten weekdoseringen’ en ‘uitvoeren medicatiebeoordelingen’. Gemiddeld hebben deze items een score van boven de 3. Dit betekent dat er ‘vaak’ (of meer) overleg plaatsvindt over de procedure indien de situatie zich voor doet. Bij ‘constatering/twijfel over therapietrouw’ en het ‘vastleggen van aandoeningen van patiënten’ ligt het gemiddeld tussen soms en vaak. De huisartsen zijn het met de apothekers eens over welke taken het ‘vaakst’ overleg plaatsvindt, maar geven over het algemeen aan dat er minder overleg plaats vindt dan dat de apothekers aangeven (zie tabel 4.9).

Tabel 4.9. In hoeverre gemiddeld overleg plaatsvindt tussen beide beroepsgroepen, indien situatie zich voordoet.

	Apotheker (n=131)		Huisarts (n=67)	
	Gemiddeld	Std. afwijking	Gemiddeld	Std. afwijking
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur	3,11	0,65	2,85	0,84
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten	2,20	0,77	1,97	0,67
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw	2,50	0,79	2,25	0,68
Procedure bij starten weekdoseringen	3,45	0,75	2,87	1,07
Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie	3,53	0,79	2,93	1,03

1= Nooit; 2= Soms; 3=Vaak; 4= Altijd

Hoe vaak apothekers en huisartsen elkaar spreken over zorginhoudelijke zaken, is weergegeven in tabel 4.10. Er kon geantwoord worden op een schaal van ‘minder dan elke maand’ (1) tot ‘elke dag’ (5). Beide beroepsgroepen geven aan elkaar gemiddeld enkele keren per maand te spreken over zorginhoudelijke zaken. Het vaakst gaat dit per telefoon. E-mail is het minst populaire communicatiemiddel. Huisartsen geven gemiddeld iets minder vaak aan dat er contact is dan apothekers. Het kan zijn dat dit verschil er is doordat de apotheker ook contact heeft met de doktersassistente.

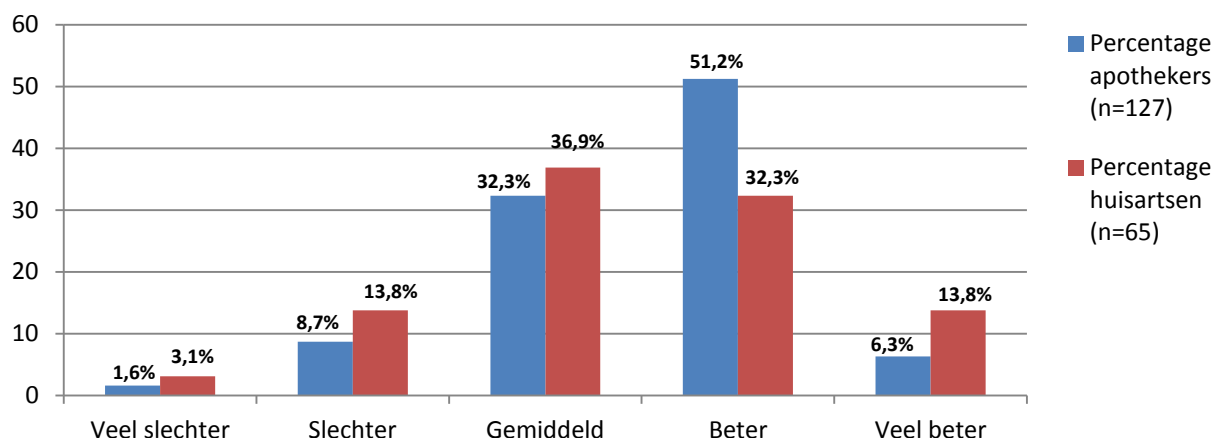
*Tabel 4.10. In hoeverre gemiddeld contact per communicatiemiddel plaatsvindt per beroepsgroep*

	Apotheker (n=124)		Huisarts (n=61)	
	<i>Gemiddeld</i>	<i>Std. afwijking</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Std. afwijking</i>
Face-to-face	2,71	1,274	2,41	1,189
Via de mail	2,68	1,347	2,03	1,140
Via de telefoon	3,72	1,213	3,41	1,086

1= Minder dan elke maand; 2= elke maand; 3=enkele keren per maand; 4= elke week; 5= elke dag.

Zoals eerder aangegeven werken apothekers en huisartsen vaak met meerdere praktijken/apotheken samen. Daarom is hen gevraagd om bij inhoudelijke vragen een samenwerking ingedachte te houden waarvan een substantieel deel van de patiënten behandeld wordt door beide partijen. Verwacht kan worden dat respondenten de vragen beantwoord hebben over de samenwerking die het best verloopt. Om te kijken of dit het geval is, is hen gevraagd een vergelijking te maken tussen deze samenwerking en eventuele andere samenwerkingen. De apothekers geven aan dat de gekozen samenwerking goed te vergelijken is met hun andere samenwerkingen. Van de huisartsen vindt ongeveer 60% andere samenwerkingen vergelijkbaar met de gekozen samenwerking. Daarnaast is gevraagd om de gekozen samenwerking te vergelijken met de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in Nederland in het algemeen (zie Figuur 4.3.). Apothekers vinden de gekozen samenwerking gemiddeld net iets beter dan gemiddeld in Nederland, 10,3% vindt deze ‘(veel) slechter’ dan gemiddeld in Nederland (n=127). Ruim een derde (37%) van de huisartsen vindt de gekozen samenwerking te vergelijken met wat ze denken dat in Nederland gemiddeld is. Echter, bijna de helft (46,1%) heeft het idee dat de gekozen samenwerking (veel) beter is. Deze resultaten kunnen erop duiden dat de deelnemende huisartsen beter met apothekers samenwerken dan gemiddeld.

Figuur 4.3. Eigen samenwerkingsverband in vergelijking met samenwerking tussen huisartsen en apothekers in Nederland in het algemeen per beroepsgroep.



#### 4.1.4. Beschrijving verwachtingen die beroepsgroepen van elkaar hebben

Om de verwachtingen van apothekers en huisartsen over de taakverdeling binnen de gekozen samenwerking in kaart te brengen, is een aantal stellingen gebruikt. Hierbij kon de respondent aangegeven of de betreffende taak binnen de samenwerking gebeurt door: ‘de huisarts’ (-2), ‘voornamelijk de huisarts’ (-1), ‘beide’ (0), ‘voornamelijk de apotheker’ (1) of ‘de apotheker’ (2). De apothekers zien vooral een taak voor zichzelf weggelegd betreffende erop toe te zien dat, indien de patiënt meerdere geneesmiddelen inneemt, ze gecombineerd kunnen worden. Voor huisartsen zien zij vooral een taak weggelegd als het gaat om het informeren over de reden van voorschrijven. De ‘voorlichting over de bedoelde effecten van de medicatie’ gebeurt volgens apothekers door beide beroepsgroepen (zie tabel 4.11.). Huisartsen zien het één en ander anders. Zij zien het ‘voorlichten over de reden van voorschrijven’ en het voorlichten over bedoelde effecten medicatie’ voornamelijk als een taak van zichzelf. In de rest van de taken heeft ook de apotheker een rol, aldus de huisartsen. Echter, meestal deelt de apotheker die taak wel met de huisarts (voor percentages per antwoordcategorie zie bijlage 5).

Tabel 4.11 Gemiddelde verwachtingen van taakverdeling binnen de gekozen samenwerking per beroepsgroep

	Apotheker (n=129)	Huisarts (n=69)
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven	-0,84	-1,28
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie	0,09	-1,09
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie	0,76	-0,12
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie	0,74	0,25
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.	1,21	0,14
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik	0,78	-0,22
De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie	0,61	-0,52

Uitgevoerd door: -2= huisarts; -1= voornamelijk huisarts; 0=beide; 1= voornamelijk apotheker; 2= apotheker



Vervolgens is aan de respondenten gevraagd hoe de taakverdeling idealiter zou zijn. Voor apothekers komt de huidige taakverdeling vrij goed overeen met wat zij ideaal vinden. Wel trekken apothekers in de ideale situatie de taken sterker naar zichzelf toe. Zij vinden alleen het geven van voorlichting over de reden van voorschrijven ook in de ideale situatie vooral de taak van de huisarts. Het ‘voorlichten over de bedoelde effecten van medicatie’ zouden beide beroepsgroepen moeten doen. Ook de huisartsen houden te taakverdeling in de ideale situatie ongeveer gelijk aan hoe deze nu is. Het ‘voorlichten over reden van voorschrijven’ zou in de ideale situatie nog meer hun taak moeten zijn. Daarnaast geven ze aan dat de apotheker een grotere rol kan spelen in het vragen naar goed medicatiegebruik aan de patiënt en het erop toezien dat, indien de patiënt meerdere geneesmiddelen inneemt, ze gecombineerd kunnen worden (voor percentages per antwoordcategorie zie bijlage 5).

*Tabel 4.12 Gemiddelde verwachtingen van taakverdeling idealiter per beroepsgroep*

	Apotheker (n=129)	Huisarts (n=69)
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven	-0,93	-1,52
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie	0,07	-1,12
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie	0,96	-0,12
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie	1,08	0,25
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.	1,35	0,26
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik	0,88	-0,01
De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie	0,61	-0,38

Uitgevoerd door: -2= huisarts; -1= voornamelijk huisarts; 0=beide; 1= voornamelijk apotheker; 2= apotheker

## 4.2. Veronderstelde invloeden op samenwerkingsverbanden

### 4.2.1. Bivariate analyse apothekers

Om de in hoofdstuk 2 opgestelde hypothesen te toetsen is eerst bekeken of er samenhang bestaat tussen de onafhankelijke variabelen ‘verschil in verwachtingen over taakverdeling’, ‘generatie zelf’, ‘generatie ander’ en ‘informeel contact’ enerzijds en de afhankelijke variabele ‘mate van samenwerking’ anderzijds (tabel 4.13 en 4.14). Bij de intervalvariabelen (tabel 4.13) is een significante negatieve samenhang te zien tussen ‘verschil in verwachtingen over taakverdeling’ en ‘de mate van samenwerking’ ( $p=-.19$ ). Dit is conform hypothese 1a: *Naarmate de verwachting van de apotheker over de taken van huisarts en apotheker minder overeenkomt met wat de huisarts hierover verwacht, zal er minder samenwerking plaatsvinden tussen deze professionals*. Verder blijkt uit een ANOVA-test dat er verschillen zijn tussen de verschillende generaties waarin apothekers zijn afgestudeerd en in de mate waarin men samenwerkt ( $F=3,925$   $\alpha=.010$ ). Apothekers afgestudeerd na 2011 werken minder samen met huisartsen dan apothekers afgestudeerd tussen 1991 – 2000 of 2001-2010 (zie tabel 4.14). Deze bevinding is het tegenovergestelde van wat verwacht werd ( $H2a$ : *Oudere generaties apothekers en huisartsen minder zullen samenwerken dan jonge generaties apothekers en*

huisartsen). In bijlage 6 staan tabellen met de correlaties tussen alle onafhankelijke variabelen die in de regressie-analyse opgenomen worden. Daar zijn geen sterke verbanden te zien.

*Tabel 4.13 Correlatiematrix; Samenhang onafhankelijke intervalvariabelen met mate van samenwerking - apothekers*

	Mate van samenwerking
Vershil in verwachtingen	-.19**
Generatie ander	
<i>Zelfde</i>	.11
<i>Lager</i>	-.04
<i>Hoger</i>	-.06
Informeel contact	.06

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

*Tabel 4.14 Bonferroni-test; Gemiddeld verschil mate van samenwerking tussen generatie - apothekers*

		Mate van samenwerking Gemiddeld verschil
<1990	<i>1991 - 2000</i>	-,10
	<i>2001- 2010</i>	-,13
	<i>&gt;2011</i>	,19
1991 - 2000	<i>&lt;1990</i>	,10
	<i>2001- 2010</i>	-,04
	<i>&gt;2011</i>	,29*
2001- 2010	<i>&lt;1990</i>	,13
	<i>1991 - 2000</i>	,04
	<i>&gt;2011</i>	,33**
>2011	<i>&lt;1990</i>	-,19
	<i>1991 - 2000</i>	-,29*
	<i>2001- 2010</i>	-,33**

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

#### 4.2.2. Regressieanalyse apothekers

Vervolgens is een multivariate lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Oorspronkelijk zou in de regressieanalyse gecontroleerd worden voor ‘geslacht respondent’, ‘geslacht ander’, of de apotheek waar men werkzaam is ‘HKZ-gecertificeerd’ is, of men onder een bepaalde ‘formule’ werkzaam is zoals Mediq, Benu, Kring of Service en ‘hoeveel personen van de volgende beroepsgroepen werkzaam zijn binnen de apotheek (FTE)’. Echter, alleen ‘FTE’ blijkt effect te hebben in het model. Daarnaast hebben twee antwoordcategorieën van de variabele ‘FTE’ een VIF waarde die hoger is dan 40, wat wijst op collineariteit. Daarom is ervoor gekozen om geen controlevariabelen op te nemen in het regressiemodel.

In tabel 4.15 zijn de resultaten van de regressie-analyse weergegeven voor de apotheker. De relatie tussen ‘verschil in verwachtingen over taakverdeling’ tussen de apotheker en de huisartsen de ‘mate van samenwerking’ is significant. Naarmate de verwachtingen van de apotheker over de

taakverdeling tussen beide beroepsgroepen in de samenwerking, minder overeenkomen met wat de huisarts gemiddeld verwacht, is er minder samenwerking. Dit bevestigt hypothese 1a: *Naarmate de verwachting van de apotheker over de taken van huisarts en apotheker minder overeenkomt met wat de huisarts hierover verwacht, zal er minder samenwerking plaatsvinden tussen deze professionals.*

De volgende hypothese (2a) stelde dat *Oudere generaties apothekers en huisartsen minder zullen samenwerken dan jonge generaties apothekers en huisartsen.* Uit de ANOVA-test bleek dat er verschillen zijn in de ‘mate van samenwerking’ en de ‘generaties’ waarin apothekers zijn afgestudeerd. Dit is ook te zien in de regressieanalyse. Apothekers die afgestudeerd zijn in de periode 1991 tot 2000 en 2001 tot 2010, werken meer samen dan apothekers die afgestudeerd zijn voor 1990. Dit effect is sterker voor de generatie ‘2001 tot 2010’ dan voor de generatie ‘1991 tot 2000’. Dit betekent dat hypothese 2a bevestigd wordt. Hiernaast werd verwacht dat (hypothese 2b) *Wanneer de apotheker en de huisarts(en) waarmee men samenwerkt uit verschillende generaties komen, zal men minder samenwerken.* In model 1 is te zien dat naarmate meer huisartsen waarmee de apotheker samenwerkt later zijn opgeleid dan de apotheker zelf, er minder samenwerking is dan wanneer huisartsen in de zelfde periode zijn opgeleid als apothekers. Dit effect wordt echter niet gevonden naarmate meer huisartsen waarmee de apotheker samenwerkt met een huisarts die eerder is opgeleid dan de apotheker zelf. Hypothese 2b kan hierdoor deels bevestigd worden.

De laatste hypothese (3) stelde dat *wanneer er informeel contact is tussen huisartsen en apothekers, er meer samenwerking zal zijn.* Uit de analyse blijkt het hebben van informeel contact met een huisarts geen effect heeft op de ‘mate van samenwerking’. Er wordt dus geen bevestiging gevonden voor de hypothese. Er kan verwacht worden dat het effect van informeel contact via verwachtingen loopt: door contact begrijpt elkaar beter, waardoor men weet wat ze van elkaar kunnen verwachten. Echter, ook in een extra analyse met ‘verschil verwachtingen over taakverdeling’ als afhankelijke variabele wordt geen effect van informeel contact gevonden (zie bijlage 6) In figuur 4.5. (op pagina 47) zijn de gevonden effecten schematisch weergegeven.

*Tabel 4.15. Regressie-effecten op mate van samenwerking - apotheker (n= 127)*

	M1	
	b	$\beta$
Constante	,729	
Vershil in verwachtingen	-,105**	-,170
Generatie zelf (ref. voor 1990)		
1991 tot 2000	,196**	,304
2001 tot 2010	,291***	,477
Na 2011	,014	,012
Generatie ander (ref. Zelfde)		
Cohorten lager	-,208*	-,285
Cohorten hoger	,009	,010
Informeel contact	,000	,001
R <sup>2</sup> (adjusted)	,096	

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

#### 4.2.3. Bivariate analyse huisartsen

In tabel 4.16 en 4.17 zijn de resultaten van de bivariate analyse bij huisartsen weergegeven. Er is enige samenhang tussen het ‘verschil in verwachtingen over taakverdeling’ en de ‘mate van samenwerking’ ( $p=-.36$ ). Naarmate de verwachtingen van huisartsen over de taakverdeling in de samenwerking minder overeenkomen met wat apothekers gemiddeld vinden, vindt er minder samenwerking plaats. Dit bevestigt hypothese 1b: *Naarmate de verwachting van de huisarts over de taken van huisarts en apotheker minder overeenkomt met wat de apotheker hierover verwacht, zal er minder samenwerking plaatsvinden tussen deze professionals*. Daarnaast zijn er enige verbanden te zien bij ‘generatie ander’. Naarmate meer apothekers waarmee de huisarts samenwerkt later zijn opgeleid dan de huisarts zelf, werkt men minder samen. Aan de andere kant werkt men juist meer samen, wanneer er meer apothekers waarmee de huisarts samenwerkt later zijn opgeleid dan de huisarts zelf. Dit is niet volgens de hypothese (2c: *wanneer de huisarts en de apotheker(s) waarmee men samenwerkt uit verschillende generaties komen, zal men minder samenwerken.*). Verder blijkt dat de generatie waarin de huisarts zelf is afgestudeerd geen samenhang heeft met de mate van samenwerking ( $F=,523 \alpha=,668$ ).

In bijlage 7 staan tabellen met de correlaties tussen alle variabelen. De generatie van de apothekers waarmee de huisarts samenwerkt, blijkt invloed te hebben op het ‘verschil in verwachtingen over taakverdeling’. Naarmate meer apothekers waar de huisarts mee samenwerkt later zijn opgeleid dan de huisarts zelf, is het verschil in verwachtingen over de taakverdeling kleiner. Naarmate meer apothekers waar de huisarts mee samenwerkt eerder zijn opgeleid dan de huisarts zelf, is het verschil in verwachtingen over de taakverdeling juist groter. Dit wijst erop dat de samenhang van ‘generatie ander’ met ‘mate van samenwerking’, ook indirect te verklaren is via ‘verschil in verwachtingen’. Daarnaast is er een negatief verband tussen ‘verschil in verwachtingen over de taakverdeling’ en ‘informeel contact’. Dit wijst erop dat het hebben van ‘informeel contact’ met apothekers, indirect samenhangt met ‘mate van samenwerking’. Door informeel contact neemt het verschil in verwachtingen over de taakverdeling af en naarmate het verschil in verwachtingen afneemt, werken apothekers en huisartsen meer samen.

*Tabel 4.16 Correlatiematrix; Samenhang onafhankelijke intervalvariabelen met mate van samenwerking - huisarts*

	Mate van samenwerking
Verschil in verwachtingen	-0,36***
Generatie ander	
<i>Zelfde</i>	-0,07
<i>Lager</i>	-,0.21*
<i>Hoger</i>	0,23*
Informeel contact	0,00

Significant: \* $<0.1$ , \*\* $<0.05$ , \*\*\* $<0.01$

*Tabel 4.17 Bonferroni-test; Gemiddeld verschil mate van samenwerking tussen generaties - huisartsen*

		Mate van samenwerking Gemiddeld verschil
<1990	1991 - 2000	,073
	2001- 2010	,105
	>2011	,071
1991 - 2000	<1990	-,073
	2001- 2010	,031
	>2011	,002
2001- 2010	<1990	-,105
	1991 - 2000	-,031
	>2011	-,033
>2011	<1990	-,071
	1991 - 2000	,002
	2001- 2010	,033

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

#### 4.2.4. Regressieanalyse huisartsen

De multivariate lineaire regressieanalyses op de huisartsen, zijn in tabel 4.18 in twee modellen weergegeven. In model 2 zou gecontroleerd worden voor het geslacht van de respondent en het geslacht van de apothekers waar men mee samenwerkt, het type praktijk, ‘hoeveel personen van de volgende beroepsgroepen werkzaam zijn binnen de huisartsenpraktijk’ en ‘hoeveel patiënten die in behandeling zijn bij de huisartsenpraktijk’. Echter, alleen het geslacht van de apothekers waar men mee samenwerkt voegt iets toe aan het model. Daarnaast is er een relatief kleine n, waardoor het aantal variabelen in het model niet te groot kan zijn. Er is daarom gekozen om alleen te controleren voor geslacht van de apothekers waarmee men samenwerkt.

In het eerste model, de regressieanalyse zonder controlevariabele, is te zien dat naarmate de verwachtingen over de taakverdeling binnen de samenwerking van de huisartsen meer verschillen van de verwachtingen van de apothekers, men minder samenwerkt. Dit is conform H1b. Ook wanneer de controlevariabele ‘geslacht ander’ in model 2 wordt toegevoegd, blijft dit verband bestaan. Hypothese 2a stelt dat: *Oudere generaties apothekers en huisartsen minder zullen samenwerken dan jonge generaties apothekers en huisartsen*. In de bivariate analyse was geen samenhang te zien tussen de verschillende ‘generaties’ en ‘mate van samenwerking’. In de regressieanalyse is wel te zien dat huisartsen afgestudeerd in jongere generaties meer samenwerken in vergelijking met de oudere generaties. Echter, doordat het geen significante verschillen zijn kan er niet worden uitgesloten dat het toeval is. Hierdoor kan de hypothese niet bevestigd worden. Ook hypothese 2c (*wanneer de huisarts en de apotheker(s) waarmee men samenwerkt uit verschillende generaties komen, zal men minder samenwerken*) wordt niet bevestigd. In de regressieanalyse is geen samenhang te zien tussen de afstudeergeneratie van de apothekers waarmee de huisarts samenwerkt en de mate van samenwerking. Uit een bivariate analyse bleek dat er een samenhang was tussen de onafhankelijke variabelen

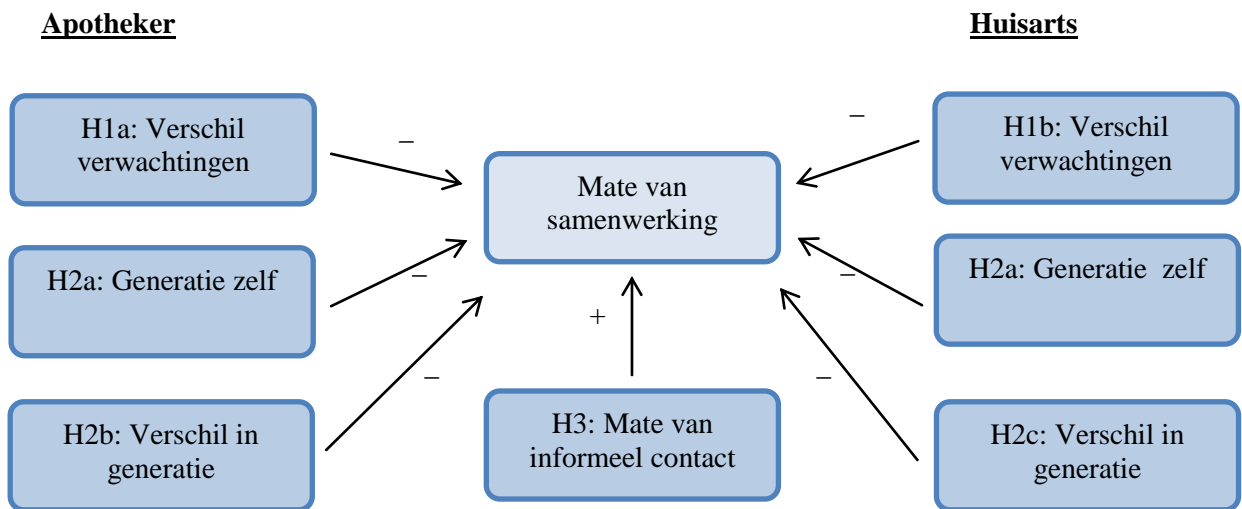
‘generatie ander’ en ‘verschil in verwachtingen over de taakverdeling’. In een extra regressieanalyse met als afhankelijke ‘verschil in verwachtingen’ over de taakverdeling (zie bijlage 7) is dit positieve verband van ‘cohort lager’ ook te zien ( $\beta=0,354$ ;  $\alpha=,061$ ). Naarmate meer apothekers waarmee men samenwerkt later zijn opgeleid dan de huisarts zelf, zijn de verschillen in verwachtingen over taakverdeling groter. Er lijkt dus wel een indirecte relatie tussen de generatie en de mate van samenwerking te bestaan; deze loopt via de verwachtingen. De laatste hypothese (3) luidde: *Wanneer er informeel contact is tussen huisartsen en apothekers, zal er meer samenwerking zijn*. Deze hypothese wordt verworpen. In een extra regressieanalyse met ‘verschil verwachtingen’ als afhankelijke variabele (zie bijlage 7) is echter een negatieve samenhang te zien ( $\beta=-0,218$ ;  $\alpha=,095$ ) tussen informeel contact en verwachtingen. Het verschil in verwachtingen over de taakverdeling is kleiner, wanneer een huisarts informeel contact heeft met apothekers. Er lijkt dus een indirecte relatie te bestaan tussen informeel contact en de mate van samenwerking via de verwachtingen. Tot slot werken huisartsen meer samen met apothekers die hetzelfde geslacht hebben als zijzelf. In figuur 4.5 zijn de gevonden effecten schematisch weergegeven.

Tabel 4.18. Regressie-effecten op mate van samenwerking - huisarts (n= 65)

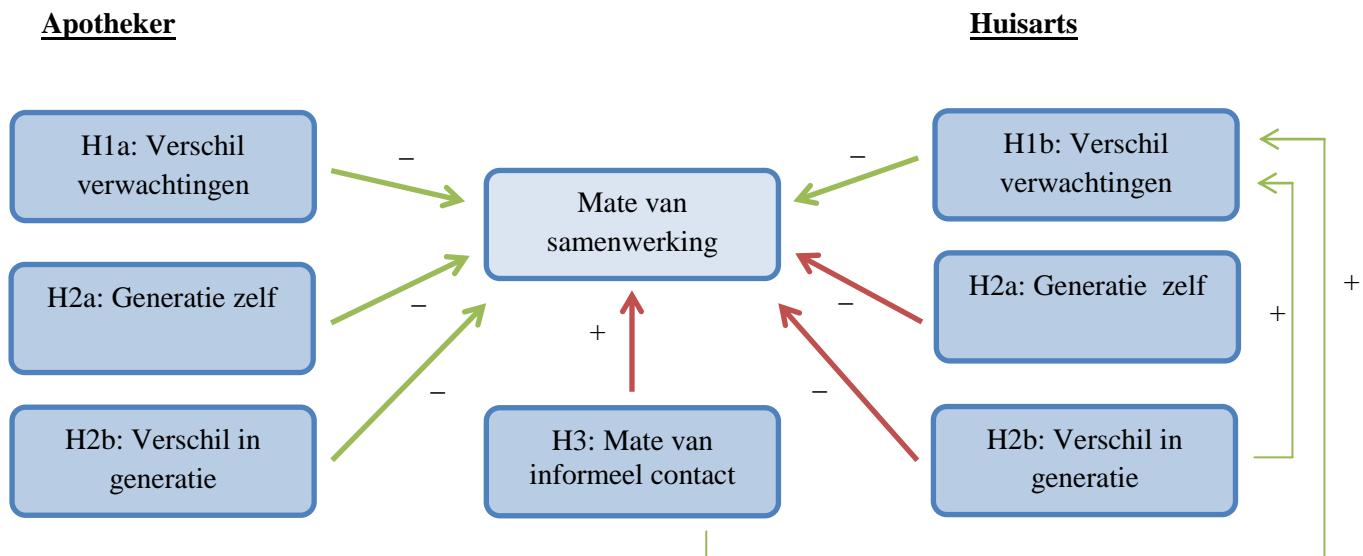
	M1		M2	
	b	$\beta$	b	$\beta$
Constante	,731		,640	
Vershil in verwachtingen	-,079***	-,346	-,073**	-,323
Generatie zelf (ref. voor 1990)				
1991 tot 2000	,013	,020	,011	,016
2001 tot 2010	,025	,037	,012	,017
na 2011	,082	,049	,097	,057
Generatie ander (ref. Zelfde)				
Cohorten lager	,125	,180	-,117	-,147
Cohorten hoger	-,051	-,064	,087	,125
Informeel contact (ref. Nee)				
Ja	-,073	-,125	-,053	-,091
Geslacht ander (ref. anders)				
Zelfde			,211**	,247
R <sup>2</sup> (adjusted)	,076		,123	

Significant: \* $<0.1$ , \*\* $<0.05$ , \*\*\* $<0.01$

Figuur 4.4 Schematisch overzicht hypotheses



Tabel 4.5 Schematisch overzicht gevonden verbanden



## 5. Conclusie & discussie

In dit onderzoek is bekeken hoe de samenwerking tussen apothekers en huisartsen eruit ziet. Er is gekeken hoe deze samenwerking wordt beïnvloed door de verwachtingen die beide beroepsgroepen hebben over hun onderlinge taakverdeling, de generatie waarin ze zijn afgestudeerd en het (informeel) contact tussen deze professionals. In dit hoofdstuk zal eerst kort worden teruggeblikt op eerdere hoofdstukken, waarna de onderzoeksvragen beantwoord zullen worden.

### 5.1. Terugblik

De vraag naar zorg wordt groter en ook de samenstelling van de vraag naar zorg veranderd. Om de zorg betaalbaar te houden zet de overheid een koers in naar integrale zorgverlening waarin de eerstelijnszorg een belangrijke rol vervult (VWS, 2013). Twee beroepen die hierin een centrale plaats hebben, zijn de huisarts en de apotheker. Een goede samenwerking is van belang om een goede farmaceutische zorg aan patiënten te kunnen leveren. Echter, er is nog weinig bekend over hoe die samenwerking vormgegeven wordt, bijvoorbeeld als het gaat om zorginhoudelijke taken. Met dit onderzoek is de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in kaart gebracht, en daarnaast bekeken welke factoren deze samenwerking beïnvloeden. De onderzoeksvraag die centraal stond is: *'Hoe zien de samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en apothekers er uit in Nederland anno 2014, in welke mate worden deze beïnvloed door verschillen in de verwachtingen van de taakverdeling tussen beide beroepen, de tijd waarin men is opgeleid (generatie) en (informeel) contact tussen beiden?'* Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn vijf deelvragen opgesteld. In het onderzoek is gebruik gemaakt van een online survey onder huisartsen en openbaar apothekers. Eerst zijn analyses gedaan om samenwerkingsverbanden te beschrijven. Daarna zijn met multivariate lineaire regressieanalyses de hypothesen getoetst. De analyses zijn afzonderlijk uitgevoerd voor apothekers en huisartsen.

### 5.2. Beschrijving samenwerkingsverbanden

De eerste deelvraag was: *'Welke vormen van samenwerking bestaan er tussen apothekers en huisartsen in Nederland?'* De samenwerking tussen apothekers en huisartsen vindt plaats op verschillende niveaus: regionaal en/of lokaal en dagelijks. De bekende regionale en/of lokale samenwerkingsverbanden zijn het FTO en de zorggroep. Merendeel van de huisartsen en apothekers uit onze onderzoekspopulatie zitten in een FTO, waarbij onderling afspraken worden gemaakt en bij een groot deel vindt ook terugkoppeling plaats van deze afspraken. Een derde neemt daarnaast deel aan een zorggroep. Het vaakst richt deze zorggroep zich op diabetes. Apothekers en huisartsen hebben beiden enige inspraak in de zorggroep, hoewel huisartsen vaak meer inspraak hebben. Verder is men over het algemeen positief over het effect van zorggroepen. De zorg zou veiliger, efficiënter en



effectiever zijn. Dit sluit aan bij de doelen van de overheid. Bijna 80% van de apothekers hebben op dagelijks niveau afspraken met merendeel van de huisartsen die recepten voorschrijven aan bezoekers van hun apotheek. Dit geldt ook voor huisartsen. Daarnaast zijn huisartsen en apothekers geregeld onder één dak gevestigd (40%).

### **5.3. Beschrijving inhoudelijke afspraken**

De tweede deelvraag betreft de vraag *hoe de huisartsen en apothekers de samenwerking zorginhoudelijk en organisatorisch regelen*. Binnen het samenwerkingsverband hebben apothekers en huisartsen vooral afspraken over procedures waarbij voorschriften aangepast moeten worden. Enkele malen per maand hebben huisartsen en apothekers contact over zorginhoudelijke zaken. Dat contact is meestal via de telefoon. Huisartsen rapporteren minder frequent overleg en contact dan apothekers. Het kan zijn dat dit verschil komt doordat de apotheker ook contact heeft met de doktersassistente. Beide beroepen geven het belangrijkste samenwerkingsverband gemiddeld een 7,5 als rapportcijfer. Dit zou, volgens de onderzoekspopulatie, te vergelijken zijn met andere samenwerkingen die ze hebben. Echter, ze zien hun samenwerking wel als beter dan gemiddeld in Nederland. Dit wijst erop dat onze resultaten een bias richting goede samenwerking heeft. Het gemiddeld hoge niveau van FTO waaraan men deelneemt, is hier ook een indicator voor.

### **5.4. Beschrijving verwachtingen die beroepsgroepen van elkaar hebben**

Door ontwikkelingen in de maatschappij is de rol die gevraagd wordt van de huisarts en de apotheker in de zorg veranderd. Hierdoor kunnen de verwachtingen die apothekers en huisartsen van elkaar hebben over welke taken door welk beroep uitgevoerd worden verschillen. Om te kijken in hoeverre er onduidelijkheden zijn, is bekeken welke verwachtingen huisartsen en apothekers van elkaar hebben en in hoeverre deze verwachtingen met elkaar overeen komen.

Vanuit de theorie van Abbott (1988) gezien zijn apothekers en huisartsen in competitie op het werkterrein van de farmaceutische zorg over de bevoegdheden die zij hebben. De uniekheid van deze bevoegdheden geeft namelijk aan hoeveel macht en status een beroep heeft in de maatschappij. Abbott (1988) onderscheidt twee gebieden op het werkterrein van beroepen waar binnen ‘gestreden’ wordt: de harde kern en minder centrale gebieden. Aan taken binnen de harde kern wordt veel waarde gehecht en deze worden sterk beschermd tegen ‘indringers’. Taken die in de minder centrale gebieden vallen worden minder van belang geacht en hier worden verschuivingen toegestaan. Uit ons onderzoek bleek dat er weinig competitie plaatsvindt om centrale taken zoals het informeren van patiënten over de redenen van voorschrijven, of het voorlichten over bedoelde effecten medicatie. Dit zijn taken die door de huisarts worden gedaan, terwijl medicatiebewaking de taak van apothekers is. Beide beroepsgroepen erkennen deze taakverdeling. De competitie zien we meer terug bij taken omtrent de

medicatiebegeleiding van patiënten. Zowel de apotheker als de huisarts wil deze taken op zich nemen. De verwachtingen over de taakverdeling komen hier dus niet overeen. Het direct contact met patiënten in de vorm van begeleiden en voorlichten is van oudsher met name de taak van de huisarts. Medicatiebegeleiding zal dus de lijnen van het centrale gebied van de huisarts raken waardoor ze deze taken (sterker) blijven beschermen.

### **5.5. Veronderstelde invloeden op samenwerkingsverbanden**

Om te kijken welke factoren van invloed kunnen zijn op de mate van samenwerking is de volgende vraag opgesteld; *'In welke mate wordt samenwerking beïnvloed door verschillen in de verwachtingen van de taakverdeling tussen beide beroepen, de tijd waarin men is opgeleid (generatie) en (informeel) contact tussen beiden?'*

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van cross-sectionele data. Hierdoor kunnen geen uitspraken worden gedaan over de causaliteit van de gevonden verbanden. Zo kan er geen onderscheid gemaakt worden tussen het aangaan en behouden van samenwerking. Vanaf nu zal daarom gesproken worden over samenhang en niet over invloed. Door extra analyses te doen met de verschillen in verwachtingen over de taakverdeling als afhankelijke, is de causaliteit van het effect van generatie en informeel contact wel nader bekeken.

#### *5.5.1. Samenhang verschil in verwachtingen en mate van samenwerking*

Het vertrouwen dat samenwerkingspartners in elkaar hebben zou een belangrijke invloed hebben op de samenwerking (Abts, 2005). De basis van vertrouwen wordt gevormd door de verwachtingen over hoe de ander zich zal gedragen. Een samenwerking waarin de ene partner er niet vanuit kan gaan dat de ander zich volgens de verwachtingen zal gedragen kost meer moeite, tijd en geld om te onderhouden. Om de kosten minimaal te houden zal de samenwerking minimaal gehouden worden, wanneer verwachtingen over deze samenwerking niet overeen komen (Abts, 2005). In ons onderzoek zagen we dat de verwachtingen die apothekers en huisartsen van elkaar hebben over de taakinvinging, niet helemaal overeenkomen. De apotheker zal zich gedragen naar zijn eigen idee over taakinvinging en niet naar wat de huisarts er van verwacht. Andersom geldt dit ook. Wanneer de apotheker en de huisarts een andere idee hebben over de taakinvinging zal er dus minder samen gewerkt worden. Uit dit onderzoek bleek er een samenhang te bestaan tussen de mate van samenwerking en het verschil in verwachtingen over de taakverdeling. Naarmate er grotere verschillen zijn tussen de verwachtingen van de apotheker over de taakverdeling tussen beide beroepsgroepen en de verwachtingen van de gemiddelde huisarts hierover, is er minder samenwerking. Vanuit het perspectief van de huisarts geldt dit ook. Naarmate er grotere verschillen zijn tussen de verwachtingen van de huisarts over de taakverdeling tussen beide beroepsgroepen en de verwachtingen van de gemiddelde apotheker

hierover, is er minder samenwerking. Echter, de causaliteit van dit gevonden effect zou ook andersom kunnen lopen. Naarmate men meer samenwerkt, zijn er minder verschillen tussen de verwachtingen van apothekers en huisartsen over de taakverdeling, bijvoorbeeld omdat de taakverdeling is vastgelegd.

In het theoretisch kader is kort gesproken over het effect van vertrouwen op de mate van samenwerking. Idealiter hadden we dit verband willen meten. Echter, het meten van vertrouwen heeft veel problemen. Het is vaak een onbewust proces en vragen over vertrouwen zijn gevoelig voor politiek correcte antwoorden. Verwachtingen van mensen zijn daarentegen makkelijker te meten. Door deze als indicator te nemen van vertrouwen hebben is geprobeerd eerder genoemde meetproblemen te voorkomen.

#### *5.5.2. Samenhang generatie en mate van samenwerking*

Een andere belangrijke factor die van invloed kan zijn op de samenwerking zijn de normen en waarden die men heeft. Ryder (in Singh-Manoux & Marmot, 2005) stelt dat tijdens de opleiding professionals, zoals apothekers en huisartsen, naast vaardigheden ook de normen en waarden leren die binnen hun beroep heersen. Met andere woorden; hoe moet men zich gedragen wanneer men een bepaald beroep gaat uitoefenen. Om weer vanuit Abbott's theorie te spreken: oudere generaties hebben een ander idee over wat centrale taken zijn voor het beroep. Oudere huisartsen zullen hierdoor mogelijk meer moeite hebben met het accepteren van de nieuwe rol van de apotheker omdat zij geleerd hebben dat dit hun taak is en niet die van de apotheker. Oudere apothekers hebben mogelijk meer moeite met het accepteren van de nieuwe rol omdat zij met andere verwachtingen het beroep in zijn gegaan. Oudere generaties zullen zich hierdoor meer proberen vast te houden aan de oude taakverdeling waarbij minder samenwerking noodzakelijk was. Daarnaast was er in de periode waarin oudere apothekers en huisartsen zijn geschoold een ander (negatiever) beeld van huisartsen en apothekers aanwezig was, waardoor ze negatiever tegenover samenwerking zullen staan. Uit ons onderzoek bleek dat apothekers die recenter zijn afgestudeerd meer samenwerken. Daarnaast vindt er minder samenwerking plaats wanneer de huisartsen waarmee de apotheker samenwerkt later zijn opgeleid (jongere generatie) dan de apotheker zelf. Bij de huisartsen zagen we echter alleen een indirect verband van generatie van apothekers waarmee men samenwerkt en mate van samenwerking. Naarmate de apothekers waarmee een huisarts samenwerkt recenter zijn afgestudeerd (jongere generatie) dan de huisarts zelf, zijn de verschillen in verwachtingen over taakverdeling groter. Dit wijst erop dat vooral de generatie van apotheker van invloed is op de mate van samenwerking.

### 5.5.3. *Samenhang informeel contact en mate van samenwerking*

De verschillende verwachtingen en de verschillende culturen die apothekers en huisartsen hebben (Groenewegen, Hansen & ter Bekker, 2007), kunnen leiden tot onbegrip. Een manier om deze problemen te overbruggen is door middel van contact. Allport (1954) stelt dat wanneer mensen interpersoonlijk contact hebben met een andere groep, ze elkaar beter leren begrijpen. De mens leert dat de normen en waarden van de eigen groep niet de enige manier zijn om te leven. Door de verschillende achtergronden en culturen waaruit apothekers en huisartsen komen, kunnen ze gezien worden als verschillende groepen. Met de contacttheorie in gedachte kan daarom verwacht worden dat wanneer de beroepsgroepen meer contact hebben, ze meer samenwerken. Dit verband wordt niet gevonden. Wel is bij de huisartsen een negatief verband te zien tussen verschillen in verwachtingen over de taakverdeling en informeel contact. Door de lage vulling van de variabele hebben we niet kunnen kijken welke vormen van informeel contact (bijvoorbeeld familie of burens) meer samenhang hebben met verschillen in verwachtingen. In dit onderzoek hebben we gekozen om te kijken naar informeel contact en niet naar formeel contact. Hier is voor gekozen omdat formeel contact erg samenhangt met de mate van samenwerking. Er kan wel worden verwacht dat formeel contact een rol speelt in de mate van samenwerking en verschillen in verwachtingen.

### **5.6. Beperkingen onderzoek**

Met dit onderzoek is een aanzet gedaan naar meer kennis over de samenwerking tussen huisartsen en openbaar apothekers. Er is niet alleen gekeken naar welke samenwerkingsverbanden men heeft, maar ook welke afspraken er binnen de samenwerking zijn en het contact dat men heeft. Hierdoor is veel informatie verzameld en een basis gelegd voor verder onderzoek dat meer de diepte in kan gaan. Doordat beide partijen (apothekers en huisartsen) benaderd zijn hebben we vanuit verschillende perspectieven naar de samenwerking kunnen kijken en de resultaten voor beide groepen kunnen vergelijken. De groepen zijn apart geanalyseerd waardoor verschillen tussen beide groepen inzichtelijker waren dan wanneer bij gezamenlijke analyse.

Idealiter zouden de gegevens in koppels van huisarts en apotheker verzameld zijn zodat de verwachtingen een-op-een vergeleken hadden kunnen worden. Echter, opties om dit te doen bleken niet haalbaar binnen de tijd voor het onderzoek of ze hadden inhoudelijke nadelen. Wanneer bijvoorbeeld de apotheker via de huisarts benaderd zou zijn of vice versa, zou dit waarschijnlijk een sterke bias richting goede samenwerking opleveren. Daarnaast is het ook praktisch lastig te regelen. Dit alles betekent dat er niet met zekerheid gesproken kan worden over de verwachtingen over de taakverdeling in de samenwerking van de persoon(en) waarmee men samenwerkt. In ons onderzoek zijn indicaties dat de resultaten als nog een bias richting goede samenwerking hebben. De resultaten

kunnen hierdoor onderschat zijn. Wat betekent dat bepaalde verbanden misschien wel (sterker) aanwezig zijn, maar hebben wij dat niet hebben kunnen bevestigen.

Voor het onderzoek is een aselechte steekproef van de Nederlandse huisartsenpopulatie getrokken. De respons onder huisartsen was echter minder dan gehoopt. Dit valt te verklaren uit het feit dat huisartsen erg veel voor onderzoek benaderd worden waardoor zij kritischer zullen zijn alvorens hun medewerking te verlenen. Het belang van dit onderzoek is voor huisartsen ook minder dan voor apothekers, onder andere omdat huisartsen met veel zorgverleners moeten samenwerken. Dit is terug te zien aan de hogere respons van apothekers (waar we wel erg tevreden mee zijn). Daarnaast zijn de huisartsen benaderd via een brief, met daarin een link naar de vragenlijst. De link in de mail was eenvoudig over te typen, echter dit blijft een extra drempel in vergelijking met een e-mail met een link waarop men kan klikken. Door de relatief kleine  $n$ , is geprobeerd het aantal variabelen in het model minimaal te houden zodat de analyses niet ‘opgeblazen’ zouden worden. Daarom zijn bijvoorbeeld de controlevariabelen die niks toevoegen, niet mee te nemen. Wat betekende dat er geen controlevariabelen meegenomen zijn in de analyses bij de apothekers.

In dit onderzoek is gekeken naar de afspraken die men heeft, echter er is niet gekeken naar de kwaliteit en/of effectiviteit van de samenwerking. Meer samenwerking hoeft namelijk niet per definitie betere kwaliteit van samenwerking te zijn. In ons onderzoek zijn hier wel indicaties gevonden. Uit een extra analyse bleek dat de mate van samenwerking een positief verband had met de hoogte met van het rapportcijfer dat men de samenwerking gaf. Echter, hier kunnen geen duidelijke uitspraken over gedaan worden.

## **5.7. Conclusie**

Dit onderzoek biedt inzicht in de samenwerking tussen huisartsen en openbaar apothekers. Het bleek dat er al veel samenwerking tussen beiden plaatsvindt. Over deze samenwerking is men ook overwegend positief. De verwachtingen over de taakverdeling binnen de samenwerking komen deels overeen. Enkele centrale taken van elkaars beroepen worden geaccepteerd, echter over taken omtrent medicatiebegeleiding van patiënten is meer discussie. Het direct contact met patiënten in de vorm van begeleiden en voorlichten is van oudsher met name de taak van de huisarts. De apotheker wil hier nu een functie in hebben. De verwachtingen over deze taakverdeling lopen dus niet gelijk, wat tot wrijving kan leiden. Dit zagen we ook terug: naarmate de verwachtingen over de taakverdeling van apothekers en huisartsen meer verschillen, wordt er minder samengewerkt. Ook wordt er minder samengewerkt door huisartsen wanneer de apothekers waarmee ze samenwerken later opgeleid zijn, omdat deze apothekers andere verwachtingen hebben over de taakverdeling. Informeel contact tussen huisartsen en apothekers vermindert deze verschillen in verwachtingen.

## **6. Aanbevelingen**

### **6.1. Onderzoek aanbevelingen**

Met dit onderzoek is veel informatie verzameld met betrekking tot de samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Hierdoor is er een basis gelegd voor verder onderzoek. We weten nu bijvoorbeeld dat men veel samenwerkt en veel afspraken heeft, maar het is de vraag of men deze afspraken ook na komt. Vervolgonderzoek kan zich richten op hoe de afspraken zich uiten in de praktijk. Met kwalitatief onderzoek kan hier beter zicht op gekregen worden. Daarnaast kan bekeken worden wat het effect is van de samenwerking op de zorg die geleverd wordt. Eerder onderzoek indiceerde dat betere samenwerking tot minder ziekenhuiskosten leidt (Leendertse et.al., 2011) en betere patiënt tevredenheid (KNMP, z.d.). Longitudinaal onderzoek zou hier meer duidelijkheid over kunnen geven, door te kijken naar het effect van samenwerking in de farmaceutische zorg op de kwaliteit en effectiviteit van zorg.

Uit ons onderzoek bleek verder dat weinig samenwerkingsverbanden extra financiering krijgen om de samenwerking mogelijk te maken. Echter, aan samenwerking zitten wel kosten verbonden in de vorm van tijd en communicatiemiddelen. Vervolgonderzoek zou kunnen kijken in hoeverre financiële beperkingen invloed hebben op mate van samenwerking en hoe financiële prikkels dit kunnen beïnvloeden. Daarnaast kan verder onderzoek de samenhang die gevonden is tussen geslacht van de persoon(en) waarmee samengewerkt wordt en de mate van samenwerking nader bekijken.

### **6.2. Beleidsaanbevelingen**

In ons onderzoek was te zien dat de verwachtingen over taakverdeling binnen de samenwerking tussen apothekers en huisartsen, niet helemaal gelijk lopen. Ze zijn het er over eens dat het voorschrijven van medicatie en het voorlichten hierover taken zijn van de huisarts en medicatiebewaking is de taak van de apotheker. Echter, over taken omtrent medicatiebegeleiding van patiënten is meer ambiguïteit. Zowel de huisarts als de apotheker wil deze taken op zich nemen. Door de opname van de apotheker in de WGBO heeft de apotheker hier juridisch ook verplichten in. Echter, op de werkvloer wordt dit nog niet van hen verwacht. Daar zit nog een discrepantie en zal in beleid rekening mee moeten worden gehouden. Het op papier zetten van rechten en plichten blijkt niet genoeg, het moet ook geaccepteerd worden door beide partijen. Daarnaast bleek uit ons onderzoek dat er minder samenwerking plaatsvindt, wanneer de verwachtingen van de beroepen over de taakverdeling in een samenwerking verder uit elkaar liggen. Beroepsorganisaties als de NHG en de KNMP kunnen deze verschillen helpen te overbruggen door huisartsen en apothekers te wijzen op taken die overlappen. Hierdoor kan men in een samenwerking bespreken wat men van elkaar verwacht met betrekking tot deze taken. Het lijkt er op dat het niet uit maakt welke taakverdeling er is binnen een samenwerking, zolang ze maar met elkaar eens zijn over wie wat doet.

Uit ons onderzoek bleek verder dat mensen die recenter zijn afgestudeerd andere verwachtingen hebben over de taakverdeling dan mensen die eerder zijn afgestudeerd. Tegenwoordig wordt er in de opleidingen van apothekers en huisartsen meer aandacht besteed aan de taakverdeling tussen hen. Dit is te zien aan de gevonden generatieverschillen. Opleiding blijkt invloed te hebben op verwachtingen. Door in de opleiding aandacht te besteden aan de taakverdeling tussen huisartsen en apothekers, kunnen verschillen in verwachtingen dus verholpen worden.

## Literatuur

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Abts, K. (2005). De grammatica en dynamica van vertrouwen: een sociologische verkenning. *Ethiek en Maatschappij*, 8(2), 3-27.
- Brandpunt (2011, 2 oktober). [videobestand] geraadpleegd op 4 maart 2014 via:  
<http://www.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1112544>
- Cheung, K.C. & de Bie, J. (2007). Apotheker in de WGBO. Praktijk, kennis en verwachtingen van apothekers en apothekersassistenten voor opname van de apotheker in de WGBO. KNMP, WINAp, SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy. Geraadpleegd op 18 februari 2014 via: <http://www.knmp.nl/downloads/organisatie-regelgeving/organisatie-regelgeving-wet-en-regelgeving/>
- De Grip & Sieben (2002). *Werken in de openbare apotheek*. Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt. Universiteit Maastricht.
- Es, J. C., Melker, R. A., & Touw-Otten, F. W. M. M. (1980). *Patiënt en huisarts: een leerboek huisartsgeneeskunde*. Bohn, Scheltema & Holkema. p32
- Flap, H. (2001). Professions als probleem: sociaal-wetenschappelijke vraagstellingen op het terrein van vrije beroepen. *Arts ea* (red.), 2001, 31-50.
- Geneesmiddel Informatie Centrum van de KNMP (z.d.) Rechten en plichten. Geraadpleegd op 9 april 2014 via: [http://www.apotheek.nl/Thema\\_s/Thema\\_s/U\\_uw\\_apotheker\\_en\\_de\\_wet.aspx?mId=10702&rId=75#](http://www.apotheek.nl/Thema_s/Thema_s/U_uw_apotheker_en_de_wet.aspx?mId=10702&rId=75#)
- Groenewegen, P.P., Hansen, J. & ter Bekker, S. (2007). Professions en de toekomst. Veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Utrecht: Springer uitgeverij BV. p. 20-23
- Hansen, J., Nuijen, T., & Hingstman, L. (2007). *Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn*. Nivel.
- Hansen, J., van Greuningen, M., & Batenburg, R. S. (2010). *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn*. NIVEL.
- Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 47(3), 533-43.



Hkzcertificaat.nl (z.d) Wat is het HKZ? Geraadpleegd op 26 juni 2014, via:

<http://www.hkzcertificaat.nl/index.php?id=2>

Hopman, E. P. C., Batenburg, R. S., & Bakker, D. H. (2009). *Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn-een verkenning*. Utrecht: NIVEL.

Kenens, R. J., Hofhuis, E. H., & Hingstmann, L. (2006). *Inventarisatie mono-en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkenning*. NIVEL.

KNMP. (z.d.). Contouren. Toekomstvisie Farmaceutische Zorg 2020. Samenwerken aan professionele, persoonsgerichte farmacie. Geraadpleegd op 14 februari 2014 via: <http://www.knmp.nl/over-de-knmp/toekomstvisie-farmaceutische-zorg-2023/toekomstvisie-farmaceutische-zorg-2023>

KNMP (z.d) KNMP-richtlijnen. Medicatiebeoordeling. Geraadpleegd op 18 februari 2014 via:

<http://www.knmp.nl/downloads/organisatie-regelgeving/organisatie-regelgeving-normen-en-richtlijnen/richtlijnmedicatiebeoordeling.pdf>

Kroezen, M., Mistiaen, P., Van Dijk, L., Groenewegen, P.P., Francke, A.L. (2013) Negotiating jurisdiction in the workplace: a multiple case study of nurse prescribing in hospital settings

Kwant, de L. (2013) Arts zet zelden diagnose op recept. Geraadpleegd op 26 februari 2014 via

<http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/140659/arts-zet-zelden-diagnose-op-recept.htm>

Leendertse, A. J. (2011). Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM study. *Value in Health*, 14(1).

Lu, C. Y., & Roughead, E. (2011). Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries. *International journal of clinical practice*, 65(7), 733-740.

Ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] (2008). Kamerbrief "De patient centraal door omslag naar functionele bekostiging" 22 december 2008.

Ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] (2013). Kamerbrief 'Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen''. 8 februari 2013. Geraadpleegd op 17 februari 2014 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/02/08/kamerbrief-gezamenlijke-agenda-vws-van-systemen-naar-mensen.html>

Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG] & Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering

- der Pharmacie [KNMP] (2008). Verslag projectgroep 'Reden van voorschrijven' van het programma EMD Plus. Voorstel standaardlijst van geneesmiddel & reden van voorschrijven. In opdracht van Nictiz.
- NHG & LHV. (z.d.). Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat.
- Huisartsenzorg in 2022. Geraadpleegd op 14 februari 2014 via: <http://www.tkv2022.nl/>
- Nederlandse zorg autoriteiten [NZA] & Nederlandse Mededingingsautoriteit [NMA] (2010).
- Richtsnoeren zorggroepen.
- Nivel (z.d) Beroepenregistratie. Geraadpleegd op 15 mei 2014, via: <http://www.nivel.nl/beroepenregistraties>
- Nivel (z.d) Databank. Geraadpleegd op 19 mei 2014, via: <http://www.nivel.nl/databank>
- Nooteboom, B (1997) Grondslagen en grenzen van vertrouwen. *Filosofie in bedrijf* 1997/25.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual review of psychology*, 49(1), 65-85.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, 90(5), 751.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271-280.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer  
Rijksoverheid. (z.d.). Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014. Betere zorg, beheerste uitgaven. Geraadpleegd op 13 februari 2014 via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d) FTO niveau. Geraadpleegd op 3 juni 2014 via: <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/patientveiligheid/fto-op-niveau-3-en-4/>
- Ryder, N. B. (1965). The cohort as a concept in the study of social change. *American sociological review*, 843-861.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., & van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: health system review. *Health systems in transition*, 12(1), xxvii-1.
- Schee, E., Delnoij, D., & Willems, M. (2003). Wie informeert patiënten over receptgeneesmiddelen? NIVEL.

Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2129-2133.

Stichting Farmaceutische Kengetallen [SFK]. (z.d.). Data en feiten 2013: het jaar 2012 in cijfers.

Geraadpleegd op 13 februari 2014 via: <http://www.sfk.nl/pdf-documenten/data-en-feiten/data-en-feiten-2013>

Stichting SIR Institute for Pharmacy Practice, Policy and Research (2011) Weerstand en verandering.

Zeven doorkijkjes in de farmacie. Leiden.

UPPER (z.d.) UPPER-vkc: het virtuele kenniscentrum van UPPER. Geraadpleegd op 15 mei 2014,

via: <http://vkc.library.uu.nl/vkc/UPPER/Pages/Default.aspx>.

Van den Bemt, P., Egberts, T. et al. (2006) . Hospital admissions related to medication (HARM) Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

Vervloet, M., van Linschoten, C. P., & van Dijk, L. (2007). CQ-index Farmaceutische Zorg. Kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling. NIVEL.

Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek, enz. (geneeskundige behandelingsovereenkomst) [WGBO] (z.d.)

Geraadpleegd op 9 april 2014 via: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/geldigheidsdatum\\_27-05-2014](http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/geldigheidsdatum_27-05-2014)

Van Dijk, C.E., Swinkels, I.C.S., Lugt M.G.H. & Korevaar, J.C. (2011). Integrale bekostiging.

Evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

## Bijlage 1: Verzonden e-mails naar openbaar apothekers

Utrecht, Mei 2014

Geachte apotheker,

Graag willen we u vragen deel te nemen aan een onderzoek over de samenwerking tussen apothekers en huisartsen. De overheid zet een koers naar integrale zorgverlening waarin de eerstelijnszorg een belangrijke rol vervult. De samenwerking tussen huisartsen en apothekers is daarbij van groot belang. Er is nog weinig bekend over hoe die samenwerking vormgegeven wordt, bijvoorbeeld als het gaat om zorginhoudelijke taken. Met dit onderzoek willen we daarom de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in kaart brengen. Ook willen we kijken welke factoren deze samenwerking beïnvloeden.

In de vragenlijst wordt onder andere gevraagd naar uw regionale/lokale samenwerkingsverbanden en uw dagelijkse samenwerkingsverbanden met huisartsen. U kunt ons helpen door via onderstaande link de enquête in te vullen. U blijft daarbij volledig anoniem. Het duurt ongeveer 15 minuten om de vragenlijst in te vullen. Indien er meer apothekers werkzaam zijn binnen uw apotheek, vragen we of slechts één van uw de vragenlijst wil invullen. Als blijkt van dank worden er onder de deelnemers 5 VVV-bonnen van 20 euro verloot.

<http://tinyurl.com/samenwerkingAPO>

Het onderzoek wordt uitgevoerd door het NIVEL, SIR en UPPER. De gegevens worden gebruikt in een grotere studie naar de samenwerking tussen zorgverleners in de eerstelijns farmaceutische zorg waarin ook interviews met apothekers en huisartsen worden gehouden. Aan het einde van de enquête kunt u aangeven of u interesse heeft in het ontvangen van de resultaten uit het onderzoek. Indien u interesse heeft in de resultaten of deelname aan de loting, vragen wij u uw e-mailadres invullen. Deze zal niet gekoppeld worden aan uw antwoorden op de vragen. Mocht u vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Mariëtte Hannink (030-2729700, [m.hannink@nivel.nl](mailto:m.hannink@nivel.nl)).

Mocht u niet willen meewerken aan het onderzoek, dan willen we u vragen om kort aan te geven waarom u dat niet wenst te doen, via de link <http://tinyurl.com/samenwerkingkort>.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Mariette Hannink  
Dr. ir. Liset van Dijk  
Prof. dr. Marcel Bouvy

Onderwerp: Uitnodiging deelname onderzoek samenwerking apothekers en huisartsen

Geachte collega,

Graag willen we u uitnodigen om deel te nemen aan een onderzoek naar de samenwerking tussen apothekers en huisartsen, dat wordt uitgevoerd door Mariëtte Hannink, NIVEL, in samenwerking met SIR en UPPER.

In de betreffende vragenlijst wordt u onder andere gevraagd naar uw regionale/lokale samenwerkingsverbanden en uw dagelijkse samenwerkingsverbanden met huisartsen. U kunt ons helpen door via onderstaande link de enquête in te vullen. Het duurt ongeveer 15 minuten om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is volledig anoniem.

Indien er meer apothekers werkzaam zijn binnen uw apotheek, vragen we of slechts één van u de vragenlijst wil invullen.

<http://tinyurl.com/samenwerkingAPO>.

In de bijlage vindt u meer informatie over het onderzoek. We hopen van harte dat u er aan wilt meewerken. Als blijk van dank worden er onder de deelnemers 5 VVV-bonnen van 20 euro verloot.

Mocht u niet willen meewerken aan het onderzoek, dan willen we u vragen om kort aan te geven waarom u dat niet wenst te doen, via de link <http://tinyurl.com/samenwerkingkort>.

Met vriendelijke groeten,

Willem Rump

Marcel Bouvy

**UPPER** - *netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk*

| dr. H.H. (Willem) Rump | Departement Farmaceutische Wetenschappen | Faculteit Bètawetenschappen | Universiteit Utrecht | David de Wiedgebouw | Kamer 4.62 | 06-22736661 | Postbus 80.082 – 3508 TB Utrecht | <http://www.uu.nl/vkc/upper> | [LinkedIn](#) |

## Bijlage 2: Verzonden brief naar huisartsen

Utrecht, Mei 2014

Geachte heer/mevrouw.....,

Graag willen we u vragen deel te nemen aan een onderzoek over de samenwerking tussen apothekers en huisartsen. De overheid zet een koers naar integrale zorgverlening waarin de eerstelijnszorg een belangrijke rol vervult. De samenwerking tussen huisartsen en apothekers is daarbij van groot belang. Er is nog weinig bekend over hoe die samenwerking vormgegeven wordt, bijvoorbeeld als het gaat om zorginhoudelijke taken. Met dit onderzoek willen we daarom de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in kaart brengen. Ook willen we kijken welke factoren deze samenwerking beïnvloeden.

In de vragenlijst wordt onder andere gevraagd naar uw regionale/lokale samenwerkingsverbanden en uw dagelijkse samenwerkingsverbanden met apothekers. U kunt ons helpen door via onderstaande link de enquête in te vullen. U blijft daarbij volledig anoniem. Het duurt ongeveer 15 minuten om de vragenlijst in te vullen. Als blijk van dank worden er onder de deelnemers 5 VVV-bonnen van 20 euro verloot.

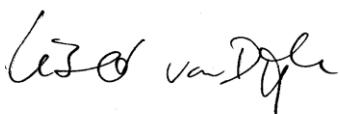
<http://tinyurl.com/samenwerkingHA>

Het onderzoek wordt uitgevoerd door het NIVEL, SIR en UPPER. De gegevens worden gebruikt in een grotere studie naar de samenwerking tussen zorgverleners in de eerstelijns farmaceutische zorg waarin ook interviews met apothekers en huisartsen worden gehouden. Aan het einde van de enquête kunt u aangeven of u interesse heeft in het ontvangen van de resultaten uit het onderzoek. Indien u interesse heeft in de resultaten of deelname aan de loting, vragen wij u uw e-mailadres invullen. Deze zal echter niet gekoppeld worden aan uw antwoorden op de vragen. Mocht u vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Mariëtte Hannink (030-2729700, m.hannink@nivel.nl).

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Namens het onderzoeksteam,



Dr. Ir. (Liset) van Dijk

Utrecht, Mei 2014

Geachte heer/mevrouw.....,

Graag willen we u uitnodigen om deel te nemen aan een onderzoek naar de samenwerking tussen apothekers en huisartsen, dat wordt uitgevoerd door het NIVEL, in samenwerking met SIR en UPPER. In de betreffende vragenlijst wordt u onder andere gevraagd naar uw regionale/lokale samenwerkingsverbanden en uw dagelijkse samenwerkingsverbanden met apothekers. U kunt ons helpen door via onderstaande link de enquête in te vullen. Het duurt ongeveer 15 minuten om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is volledig anoniem. Als blijk van dank worden er onder de deelnemers 5 VVV-bonnen van 20 euro verloot.

<http://tinyurl.com/samenwerkingHA>

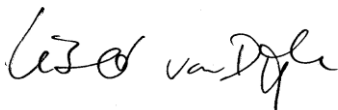
Aan het einde van de enquête kunt u aangeven of u interesse heeft in het ontvangen van de resultaten uit het onderzoek. Indien u interesse heeft in de resultaten of deelname aan de loting, vragen wij u uw e-mailadres invullen. Deze zal echter niet gekoppeld worden aan uw antwoorden op de vragen. Mocht u vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Mariëtte Hannink (030-2729700, [m.hannink@nivel.nl](mailto:m.hannink@nivel.nl)).

Dit is een herinnering. Mocht u de vragenlijst al hebben ingevuld, willen we u hiervoor hartelijk bedanken. U kunt deze brief dan als niet verzonden beschouwen.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Namens het onderzoeksteam,



Dr. Ir. (Liset) van Dijk

## **Bijlage 3: Enquête samenwerking huisarts en apotheker – versie apotheker**

Geachte heer/mevrouw,

Graag willen we u een aantal vragen stellen over uw samenwerking met huisartsen. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 15 minuten. U blijft daarbij volledig anoniem. Een beknopt verslag van dit onderzoek zal worden aangeboden in de UPPER actueel. Wanneer u interesse hebt om een samenvatting van het onderzoek te ontvangen of kans wilt maken op één van de vijf te verloten VVV-bonnen, kunt u aan het einde van de vragenlijst uw e-mailadres invullen. Dit e-mail adres zal separaat van de ingevulde enquête worden bewaard en na verloting worden verwijderd.

Indien u nog vragen of opmerkingen hebt, kunt u contact opnemen met:

Mariette Hannink

m.hannink@nivel.nl

### **- Lokale en regionale samenwerkingsverbanden**

*Eerst volgt een aantal vragen over de samenwerkingsverbanden die u heeft met huisartspraktijk(en) lokaal en in de regio.*

*Wanneer in de vragenlijst gesproken wordt over een samenwerkingsverband doelen we op contractuele of mondelinge afspraken over zorginhoudelijke en/of organisatorische zaken tussen u en de huisartspraktijk(en).*

1. Neemt u deel aan een Farmaco Therapie Overleg (FTO)?
  - Nee → naar 3
  - Ja
  
2. Hoe karakteriseert u uw FTO?
  - Geen gestructureerd overleg
  - Regelmatig overleg zonder concrete afspraken over voorschrijfbeleid
  - Regelmatig overleg met concrete afspraken over voorschrijfbeleid aan de hand van voorschrijfcijfers
  - Regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken over voorschrijfbeleid aan de hand van voorschrijfcijfers
  - Anders, namelijk
  
3. Neemt uw apotheek deel aan een of meerdere zorggroepen?
  - Nee → Ga naar 7
  - Ja



4. Op welke aandoening(en) richten deze zorggroep(en) zich?

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Diabetes
- CVRM
- COPD
- Ouderenzorg
- Astma
- Depressie
- Anders, namelijk

5. In hoeverre heeft u inspraak in de gang van zaken binnen de zorggroep(en)?

- Helemaal geen inspraak
- Geen inspraak
- Enige inspraak
- Veel inspraak
- Heel veel inspraak

6. Kunt u dit kort toelichten? *Open*

7. Er volgen enkele stellingen over het effect van zorggroepen in het algemeen op de zorg. Kunt u aangeven in hoeverre u het hier mee eens of oneens bent?

	Helemaal oneens	Oneens	Niet mee eens / niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Zorggroepen maken de zorg effectiever.						
Zorggroepen maken de zorg veiliger.						
Zorggroepen maken de zorg efficiënter.						

**- Dagelijkse samenwerkingsverbanden in de wijk**

*Er volgen een aantal vragen over de samenwerking die u heeft met huisartspraktijk(en) in de dagelijkse praktijk. Hiermee bedoelen we de samenwerking in de dagelijkse zorg voor uw patiënten*

8. Is/zijn er huisartspraktijk(en) gevestigd/werkzaam in het gebouw waar uw apotheek is gevestigd? Zo ja, over welke gemeenschappelijke faciliteiten beschikt u?

- Nee
- Ja, met daarbij een gemeenschappelijke..

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Entree
- Balie
- Spreekkamer/behandelruimte
- Afsprakenbureau
- Zorgdossier/logboek
- Website
- ICT
- Anders, namelijk.....

9. Kunt u aangeven met welk percentage van de huisartsen die recepten voorschrijven aan bezoekers van uw apotheek, u samenwerkingsafspraken heeft? *Hiermee bedoelen we contractuele of mondelinge afspraken over zorginhoudelijke en/of organisatorische zaken tussen u en de huisartspraktijk(en).*
- <20%
  - 20-40%
  - 40-60%
  - 60- 80%
  - <80 %
  - Weet ik niet

***Indien u met meerdere huisartspraktijken samenwerkt, wilt u dan een huisartspraktijk kiezen waarvan een substantieel deel van de patiënten bij uw apotheek geneesmiddelen komt ophalen en hier de volgende vragen over beantwoorden.***

10. Hoeveel procent van de patiënten in de apotheek komen van die huisartsenpraktijk?
- <20%
  - 20-40%
  - 40-60%
  - 60- 80%
  - <80 %
  - Weet ik niet
11. Van wie krijgt u naast de reguliere financiering voor de zorg, extra financiering om de samenwerking met deze huisartsenpraktijk te bevorderen?
- Meerdere antwoorden mogelijk.*
- Geen extra financiering
  - Eigen middelen van deelnemers aan het samenwerkingsverband
  - Overheidssubsidie
  - Zorgverzekeraars
  - Particuliere fondsen
  - Anders, namelijk .....
12. Van wel systeem maakt uw apotheek gebruik voor (gestandaardiseerde) elektronische informatie-uitwisseling met de huisartsenpraktijk?
- Meerdere antwoorden zijn mogelijk*
- Geen
  - Digitale receptuitwisseling
  - Gezamenlijk dossier / KIS systeem
  - We kunnen in elkaars systeem kijken
  - Anders, namelijk.....
13. Als ik mijn samenwerking met de huisartsenpraktijk een rapportcijfer zou moeten geven, geef ik deze op een schaal van 1 tot 10 een: ...
14. In hoeverre is de samenwerking met de gekozen huisartsenpraktijk representatief voor uw eventuele andere samenwerkingen met andere huisartsenpraktijken?
- Helemaal niet vergelijkbaar
  - Niet vergelijkbaar
  - Vergelijkbaar
  - Heel erg vergelijkbaar
  - Niet van toepassing, Ik heb geen andere samenwerkingen

- **Inhoudelijke afspraken samenwerkingsverbanden**

15. Zijn er inhoudelijk afspraken gemaakt tussen uw apotheek en de huisartsenpraktijk(en) waarmee u in de FTO, de zorggroep en/of dagelijks samenwerkt omtrent de volgende procedures en activiteiten?

*Kruis aan welke van toepassing zijn.*

	Mondeling afspraken	Schriftelijk afspraken	Zowel mondelinge als schriftelijke afspraken	Geen afspraken	Weet ik niet	N.v.t.
<i>Medicatiebewaking</i>						
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur						
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten						
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw						
Procedure bij starten weekdoseringen						
Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie						
<i>Voorlichting</i>						
Welke zorgverlener bij welke medicatie voorlichting geeft						
<i>Samenwerking</i>						
Voorkeurs medicatie bij specifieke aandoeningen						
Informatie-uitwisseling over diagnose patiënt						
Uitwisseling labwaarden van de patiënt						
Procedure medicatieoverdracht						

16. In hoeverre vindt er, wanneer de situatie zich voordoet, overleg tussen u en de huisarts(en) plaats?

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd	N.v.t.
<i>Medicatiebewaking</i>					
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur					
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten					
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw					
Procedure bij starten weekdoseringen					
Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie					

- **Taak verwachtingen**

De volgende vragen gaan over de taakverdeling tussen apothekers en huisartsen.

**Indien u met meerdere huisartspraktijken samenwerkt, wilt u dan de volgende vragen beantwoorden voor de eerder gekozen huisartspraktijk.**

17. Kunt u aangeven in hoeverre deze taak in uw eerder gekozen samenwerking uitgevoerd worden door de huisarts of apotheker?

	Huisarts	Voornamelijk huisarts	Beide	Voornamelijk apotheker	Apotheker
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven					
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie					
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie					
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie					
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.					
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik					
De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie					

18. Als u de samenwerking met deze huisartsenpraktijk vergelijkt met de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in Nederland in het algemeen, heeft u dan het idee dat uw samenwerking ....is:

- Veel beter
- Beter
- Gemiddeld
- Slechter
- Veel slechter
- Niet te beoordelen

19. De volgende vragen gaan nogmaals over taakverdeling. Kunt u dit keer aangeven in hoeverre naar uw mening deze taak idealiter uitgevoerd zouden moeten worden door de huisarts of apotheker?

	Huisarts	Voornamelijk huisarts	Beide	Voornamelijk apotheker	Apotheker
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven					
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie					
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie					
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie					
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.					
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik					
De patiënt vragen naar tevredenheid over					

de medicatie					
--------------	--	--	--	--	--

**- Formeel contact**

We willen u graag nog een aantal vragen stellen over de vorm(en) van contact die u heeft met huisartsen en de intensiteit van deze contacten.

*Indien u met meer huisartspraktijken samenwerkt, wilt u dan de volgende vragen beantwoorden voor de eerder gekozen huisartspraktijk.*

20. Ik spreek de huisarts(en) uit de praktijk over zorginhoudelijk zaken

	minder dan elke maand	elke maand	enkele keren per maand	elke week	Elke dag	Anders, namelijk....
Face-to-face						
Via de mail						
Via de telefoon						

**- Informeel contact**

21. De volgende stellingen gaan over in welke mate u informeel contact heeft met personen die het beroep van huisarts uitoefenen. Kunt u aangeven of de volgende stellingen bij u van toepassing zijn of niet.

*Wanneer er gesproken wordt over 'mijn huisarts' doelen we op de huisarts(en) uit de eerder gekozen praktijk.*

	Ja	Nee	Weet ik niet
<b>Mijn</b> huisarts behoort tot mijn vriendenkring.			
Iemand uit mijn vriendenkring is <b>een</b> huisarts			
<b>Mijn</b> huisarts is een kennis van mij.			
Ik heb een kennis die <b>een</b> huisarts is			
<b>Mijn</b> huisarts behoort tot mijn (schoon)familie..			
Iemand uit mijn (schoon)familie is <b>een</b> huisarts			
<b>Mijn</b> huisarts is mijn buurman/vrouw.			
Mijn buurman/vrouw is <b>een</b> huisarts			
Ik ben getrouwd met/samenwonend met/mijn partner is <b>mijn</b> huisarts.			
Ik ben getrouwd met/samenwonend met/mijn partner is <b>een</b> huisarts			

**- Algemeen**

22. Wat is uw geboortejaar? *Open*

23. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

24. In welk jaar bent u afgestudeerd als apotheker? *Open*

25. Wat is het geslacht van de huisarts(en) uit de praktijk waarmee u samenwerkt? En kunt u een schatting geven van zijn/haar leeftijd? *Hierbij doelen we op de huisarts(en) uit de eerder gekozen praktijk.*

	Man	Vrouw	N.v.t.	Jonger dan 30 jaar	Tussen 30-40 jaar	Tussen 41-50 jaar	Tussen 51-65 jaar	Ouder dan 65 jaar	N.v.t.
Huisarts 1									
Huisarts 2									
Huisarts 3									
Huisarts 4									
Huisarts 5									

**- Extra vragen apotheker**

26. Op welke wijze oefent u het beroep van apotheker uit?

- Ik ben werkzaam als beherend apotheker
- Ik ben werkzaam als tweede apotheker
- Anders, namelijk .....

27. Hoeveel personen van de volgende beroepsgroepen zijn werkzaam binnen uw apotheek?

*Op basis van FTE (fulltime equivalent)*

- ..... apothekers (incl. uzelf)
- ..... apothekersassistenten
- ..... farmaceutisch medewerkers
- ..... personen uit een andere beroepsgroep, namelijk .....

28. Is de apotheek HKZ-gecertificeerd?

- Nee
- Ja, ketencertificaat
- Ja, eigen certificaat

29. Is de apotheek *eigendom* van een groter samenwerkingsverband zoals een maatschap of keten?

- Nee
- Ja, met minder dan 5 apotheken
- Ja, met 5-25 apotheken
- Ja, met meer dan 25 apotheken

30. Voert de apotheek een formule (zoals Mediq, Benu, Kring/Alphega of Service)?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing

**Dit waren de laatste vragen. Hartelijk bedankt voor uw tijd!**

Indien u interesse heeft om een samenvatting van het onderzoek te ontvangen of kans wilt maken op één van de vijf te verloten VVV-bonnen, kunt u hier uw e-mailadres invullen. Dit e-mailadres zal separaat van de ingevulde enquête worden bewaard, waardoor uw volledig anoniem blijft.

31. a. E-mailadres:... *open*

31. b Interesse in:...

- Samenvatting van onderzoek
- Deelname loting VVV-bonnen

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Mariëtte Hannink (030-2729700, m.hannink@nivel.nl).

## **Bijlage 4: Enquête samenwerking huisarts en apotheker – versie huisarts**

Geachte heer/mevrouw,

Graag willen we u een aantal vragen stellen over uw samenwerking met apotheker (s). Het invullen van de enquête duurt ongeveer 15 minuten. U blijft daarbij volledig anoniem. Wanneer u interesse hebt om een samenvatting van het onderzoek te ontvangen of kans wilt maken op één van de vijf te verloten VVV-bonnen, kunt u aan het einde van de vragenlijst uw e-mailadres invullen. Dit e-mail adres zal separaat van de ingevulde enquête worden bewaard en na verloting worden verwijderd.

Indien u nog vragen of opmerkingen hebt, kunt u contact opnemen met:

Mariette Hannink

m.hannink@nivel.nl

### **- Lokale en regionale samenwerkingsverbanden**

-

*Eerst volgt een aantal vragen over de samenwerkingsverbanden die u heeft met apotheken lokaal en in de regio.*

*Wanneer in de vragenlijst gesproken wordt over een samenwerkingsverband doelen we op contractuele of mondelinge afspraken over zorginhoudelijke en/of organisatorische zaken tussen u en de apotheken.*

1. Neemt u deel aan een Farmaco Therapie Overleg (FTO)?

- Nee → naar 3
- Ja

2. Hoe karakteriseert u uw FTO?

- Geen gestructureerd overleg
- Regelmatig overleg zonder concrete afspraken over voorschrijfbeleid
- Regelmatig overleg met concrete afspraken over voorschrijfbeleid aan de hand van voorschrijfcijfers
- Regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken over voorschrijfbeleid aan de hand van voorschrijfcijfers
- Anders, namelijk

3. Neemt uw huisartsenpraktijk deel aan een of meerdere zorggroepen waar ook apothekers aan deelnemen?

- Nee → Ga naar 7
- Ja



4. Op welke aandoening(en) richten deze zorggroep(en) zich?

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Diabetes
- CVRM
- COPD
- Ouderenzorg
- Astma
- Depressie
- Anders, namelijk

5. In hoeverre heeft u inspraak in de gang van zaken binnen de zorggroep(en)?

- Helemaal geen inspraak
- Geen inspraak
- Enige inspraak
- Veel inspraak
- Heel veel inspraak

6. Kunt u dit kort toelichten? *Open*

7. Er volgen enkele stellingen over het effect van zorggroepen in het algemeen op de zorg. Kunt u aangeven in hoeverre u het hier mee eens of oneens bent?

	Helemaal oneens	Oneens	Niet mee eens / niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Zorggroepen maken de zorg effectiever .						
Zorggroepen maken de zorg veiliger.						
Zorggroepen maken de zorg efficiënter.						

**- Dagelijkse samenwerkingsverbanden in de wijk**

*Er volgen een aantal vragen over de samenwerking die u heeft met apothekers in de dagelijkse praktijk. Hiermee bedoelen we de samenwerking in de dagelijkse zorg voor uw patiënten*

8. Is er apotheek gevestigd/werkzaam in het gebouw waar uw huisartsenpraktijk is gevestigd? Zo ja, over welke gemeenschappelijke faciliteiten beschikt u?

- Nee
- Ja, met daarbij een gemeenschappelijke..

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Entree
- Balie
- Spreekkamer/behandelruimte
- Afsprakenbureau
- Zorgdossier/logboek
- Website
- ICT
- Anders, namelijk.....

9. Kunt u aangeven met hoeveel procent van de apotheken die voor de aflevering van geneesmiddelen voor uw patiënten zorgen, u samenwerkingsafspraken heeft? ? *Hiermee bedoelen we contractuele of mondelinge afspraken over zorginhoudelijke en/of organisatorische zaken tussen u en de apotheken.*

- <20%
- 20-40%
- 40-60%
- 60- 80%
- <80 %
- Weet ik niet

***Indien u met meerdere apotheken samenwerkt wilt u dan één apotheek kiezen waarvan een substantieel deel van uw patiënten bij deze apotheek geneesmiddelen ophaalt en hier de volgende vragen over beantwoorden.***

10. Hoeveel procent van de patiënten uit uw huisartsenpraktijk gaat naar deze apotheek voor het ophalen van geneesmiddelen?

- <20%
- 20-40%
- 40-60%
- 60- 80%
- <80 %
- Weet ik niet

11. Van wie krijgt u naast de reguliere financiering voor de zorg, extra financiering om de samenwerking met deze apotheek te bevorderen?

*Meerdere antwoorden mogelijk.*

- Geen extra financiering
- Eigen middelen van deelnemers aan het samenwerkingsverband
- Overheidssubsidie
- Zorgverzekeraars
- Particuliere fondsen
- Anders, namelijk .....

12. Van wel systeem maakt uw huisartsenpraktijk gebruik voor (gestandaardiseerde) elektronische informatie-uitwisseling met de apotheek?

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Geen
- Digitale receptuitwisseling (bijvoorbeeld het HIS)
- Gezamenlijk dossier / KIS systeem
- We kunnen in elkaars systeem kijken
- Anders, namelijk.....

13. Als ik mijn samenwerking met de apotheek een rapportcijfer zou moeten geven, geef ik deze op een schaal van 1 tot 10 een: ...

14. In hoeverre is de samenwerking met de gekozen apotheek representatief voor uw eventuele andere samenwerkingen met andere apotheken?

- Helemaal niet vergelijkbaar
- Niet vergelijkbaar
- Vergelijkbaar
- Heel erg vergelijkbaar

Niet van toepassing, Ik heb geen andere samenwerkingen

- **Inhoudelijke afspraken samenwerkingsverbanden**

15. Zijn er inhoudelijk afspraken gemaakt tussen uw huisartsenpraktijk en de apotheken waarmee u in de FTO, de zorggroep en/of dagelijks samenwerkt omtrent de volgende procedures en activiteiten?

*Kruis aan welke van toepassing zijn.*

	Mondelinge afspraken	Schriftelijke afspraken	Zowel mondelinge als schriftelijke afspraken	Geen afspraken	Weet ik niet	N.v.t.
<i>Medicatiebewaking</i>						
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur						
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten						
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw						
Procedure bij starten weekdoseringen						
Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie						
<i>Voorlichting</i>						
Welke zorgverlener bij welke medicatie voorlichting geeft						
<i>Samenwerking</i>						
Voorkeurs medicatie bij specifieke aandoeningen						
Informatie-uitwisseling over diagnose patiënt						
Uitwisseling labwaarden van de patiënt						
Procedure medicatieoverdracht						

16. In hoeverre vindt er, wanneer de situatie zich voordoet, overleg tussen u en de apotheker(s) plaats?

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd	N.v.t.
<i>Medicatiebewaking</i>					
Procedure bij eventuele aanpassingen van receptuur					
Procedure bij vastleggen van aandoeningen van patiënten					
Procedure bij constatering/twijfel over therapietrouw					
Procedure bij starten weekdoseringen					
Procedure bij het uitvoeren van gemeenschappelijke medicatiebeoordelingen bij polyfarmacie					

- **Taak verwachtingen**

*De volgende vragen gaan over de taakverdeling tussen apothekers en huisartsen.*

**Indien u met meerdere apotheken samenwerkt, wilt u dan de volgende vragen beantwoorden voor de eerder gekozen apotheek.**

17. Kunt u aangeven in hoeverre deze taak in uw eerder gekozen samenwerking uitgevoerd worden door de huisarts of apotheker?

	Huisarts	Voornamelijk huisarts	Beide	Voornamelijk apotheker	Apotheker
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven					
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie					
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie					
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie					
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.					
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik					
De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie					

18. Als u de samenwerking met deze apotheek vergelijkt met de samenwerking tussen huisartsen en apothekers in Nederland in het algemeen, heeft u dan het idee dat uw samenwerking ....is:

- Veel beter
- Beter
- Gemiddeld
- Slechter
- Veel slechter
- Niet te beoordelen

19. De volgende vragen gaan nogmaals over taakverdeling. Kunt u dit keer aangeven in hoeverre naar uw mening deze taak idealiter uitgevoerd zouden moeten worden door de huisarts of apotheker?

	Huisarts	Voornamelijk huisarts	Beide	Voornamelijk apotheker	Apotheker
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven					
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie					
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie					
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie					
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.					
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik					
De patiënt vragen naar tevredenheid over					

de medicatie					
--------------	--	--	--	--	--

**- Formeel contact**

We willen u graag nog een aantal vragen stellen over de vorm(en) van contact die u heeft met apothekers en de intensiteit van deze contacten.

**Indien u met meer apotheken samenwerkt, wilt u dan de volgende vragen beantwoorden voor de eerder gekozen apotheek.**

20. Ik spreek de apotheker(s) uit de praktijk over zorginhoudelijk zaken

	minder dan elke maand	elke maand	enkele keren per maand	elke week	Elke dag	Anders, namelijk...
Face-to-face						
Via de mail						
Via de telefoon						

**- Informeel contact**

21. De volgende stellingen gaan over in welke mate u informeel contact heeft met personen die het beroep van apotheker uitoefenen. Kunt u aangeven of de volgende stellingen bij u van toepassing zijn of niet.

*Wanneer er gesproken wordt over 'mijn apotheker' doelen we op de apotheker(s) uit de eerder gekozen praktijk.*

	Ja	Nee	Weet ik niet
<b>Mijn</b> apotheker behoort tot mijn vriendenkring.			
Iemand uit mijn vriendenkring is <b>een</b> apotheker			
<b>Mijn</b> apotheker is een kennis van mij.			
Ik heb een kennis die <b>een</b> apotheker is			
<b>Mijn</b> apotheker behoort tot mijn (schoon)familie.			
Iemand uit mijn (schoon)familie is <b>een</b> apotheker			
<b>Mijn</b> apotheker is mijn buurman/vrouw.			
Mijn buurman/vrouw is <b>een</b> apotheker			
Ik ben getrouwd met/samenwonend met/mijn partner is <b>mijn</b> apotheker.			
Ik ben getrouwd met/samenwonend met/mijn partner is <b>een</b> apotheker			

**Algemeen**

22. Wat is uw geboortjaar? *Open*

23. Wat is uw geslacht?

- Man  
 Vrouw

24. In welk jaar bent u afgestudeerd als huisarts? *Open*

25. Wat is het geslacht van de apotheker(s) uit de praktijk waarmee u samenwerkt? En kunt u een schatting geven van zijn/haar leeftijd? *Hierbij doelen we op de apotheker(s) uit eerder gekozen praktijk.*

	Man	Vrouw	N.v.t.	Jonger dan 30 jaar	Tussen 30-40 jaar	Tussen 41-50 jaar	Tussen 51-65 jaar	Ouder dan 65 jaar	N.v.t.
Apotheker 1									
Apotheker 2									
Apotheker 3									
Apotheker 4									
Apotheker 5									

#### - Extra vragen huisarts

26. In wat voor type huisartspraktijk bent u werkzaam?

- Solopraktijk
- Duopraktijk
- Groepspraktijk
- Anders namelijk...

27. Hoeveel personen van de volgende beroepsgroepen zijn werkzaam binnen uw huisartsenpraktijk?  
*Op basis van FTE (fulltime equivalent)*

- ..... huisarts (incl. uzelf)
- ..... praktijkassistente
- ..... praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige op HBO-i
- ..... personen uit een andere beroepsgroep, namelijk .....

28. Is uw huisartspraktijk apotheekhoudend?

- Nee
- Ja

29. Hoeveel patiënten staan ingeschreven bij uw huisartsenpraktijk?

- Minder dan 2000
- 2000-2499
- 2500-2999
- 3000-3499
- 3500-3999
- Meer dan 4000
- Weet ik niet

**Dit waren de laatste vragen. Hartelijk bedankt voor uw tijd!**

Indien u interesse heeft om een samenvatting van het onderzoek te ontvangen of kans wilt maken op één van de vijf te verloten VVV-bonnen, kunt u hier uw e-mailadres invullen. Dit e-mailadres zal separaat van de ingevulde enquête worden bewaard, waardoor uw volledig anoniem blijft.

30. a. E-mailadres:... *open*

30.b Interesse in:...

- Samenvatting van onderzoek
- Deelname loting VVV-bonnen

**We willen u vragen om hier uw respondentnummer in te voeren. Dit nummer staat bovenaan in de brief die u ontvangen heeft.**

Door dit nummer in te voeren kunnen we voorkomen dat u een extra brief ontvangt ter herinnering. Net als uw e-mailadres, zal deze separaat van de ingevulde enquête worden bewaard, waardoor uw volledig anoniem blijft.

31. Respondentnummer... *open*

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Mariëtte Hannink (030-2729726, m.hannink@nivel.nl).

**Bijlage 5: Verwachtingen over taakverdeling uitgesplitst**

*Percentage beroepsgroep per taak over verwachtingen van taakverdeling binnen de gekozen samenwerking*

	Apotheker (n=129)					Huisarts (n=69)				
	Huisarts	Voornamelijk huisarts	Beide	Voornamelijk apotheker	Apotheker	Huisarts	Voornamelijk huisarts	Beide	Voornamelijk apotheker	Apotheker
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven	16,3	54,3	27,1	2,3	0,0	43,5	40,6	15,9	0,0	0,0
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie	0,7	6,5	75,2	14,7	1,6	31,9	44,9	23,2	0,0	0,0
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie	0,0	0,8	31,8	58,1	9,3	7,2	13,2	63,8	15,9	0,0
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie	0,0	0,0	35,7	55,0	9,3	2,9	1,4	65,2	29,0	1,4
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.	0,0	0,0	10,9	57,4	31,8	1,4	1,4	81,2	13,0	2,9
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik	0,0	0,0	35,7	50,4	14,0	10,1	17,4	58,0	13,0	1,4
De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie	0,0	2,3	44,2	43,4	10,1	10,1	34,8	52,5	2,9	0,0
<i>Percentage beroepsgroep per taak over verwachtingen van taakverdeling idealiter</i>										
Voorlichting patiënt over reden van voorschrijven						65,2	21,7	13,0	0,0	0,0
Voorlichting patiënt over bedoelde effecten van de medicatie						46,4	21,7	29,0	2,9	0,0
Voorlichting patiënt over mogelijke bijwerkingen van de medicatie						8,7	8,7	69,6	11,6	1,4
Voorlichting patiënt over het gebruik van de medicatie						4,3	1,4	6,38	26,1	4,3
Er op toe zien dat, indien de patiënt meerdere medicatie in neemt, ze gecombineerd kunnen worden.						1,4	1,4	71,0	21,7	4,3
De patiënt vragen naar goed medicatie gebruik						8,7	2,9	72,5	13,0	2,9
De patiënt vragen naar tevredenheid over de medicatie						14,5	15,9	62,3	7,2	0,0

Uitgevoerd door: -2= huisarts; -1= voornamelijk huisarts; 0=beide; 1= voornamelijk apotheker; 2= apotheker



## Bijlage 6: Samenhang variabelen - apothekers

### Samenhang onafhankelijke intervalvariabelen met mate van samenwerking - apothekers

	Mate van samenwerking	Verschil in verwachtingen	Generatie ander			Informeel contact
			Zelfde	Lager	Hoger	
Mate van samenwerking	1					
Verschil in verwachtingen	-,190**	1				
Generatie ander			1			
Zelfde	,109	-,075				
Lager	-,044	,055	-,543***	1		
Hoger	-,058	,035	-,120	-,739***	1	
Informeel contact	,059	-,044	,106	,629	,003	1

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

### Gemiddeld verschil verwachtingen over taakverdeling tussen generatie - apothekers

		Verschil verwachtingen
		Gemiddeld verschil
<1990	1991 - 2000	-,014
	2001- 2010	-,001
	>2011	-,035
1991 - 2000	<1990	,014
	2001- 2010	,013
	>2011	-,021
2001- 2010	<1990	,001
	1991 - 2000	-,013
	>2011	-,034
>2011	<1990	,035
	1991 - 2000	,021
	2001- 2010	,034

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

### Regressie-effecten op mate van samenwerking - apotheker (n= 127)

	M1	
	b	β
Constante	,985	
Generatie zelf (ref. voor 1990)		
1991 tot 2000	-,023	-,022
2001 tot 2010	,004	,004
Na 2011	-,035	-,018
Generatie ander (ref. Zelfde)		
Cohorten lager	,172	,145
Cohorten hoger	,166	,117
Informeel contact	-,092	-,090
R <sup>2</sup> (adjusted)	-,016	

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

## Bijlage 7: Samenhang variabelen - huisartsen

### Samenhang onafhankelijke intervalvariabelen met mate van samenwerking - huisartsen

	Mate van samenwerking	Verschil in verwachtingen	Generatie ander			Informeel contact
			Zelfde	Lager	Hoger	
Mate van samenwerking	1					
Verschil in verwachtingen	-,359***	1				
Generatie ander			1			
<i>Zelfde</i>	-,069	-,061	1			
<i>Lager</i>	-,209*	,311***	-,275**	1		
<i>Hoger</i>	,234*	-,229*	,524***	-,676***	1	
Informeel contact	,002	-,228*	-,230	-,230*	,180	1

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

### Gemiddeld verschil mate van samenwerking tussen generaties - huisartsen

		Verschil verwachtingen
		Gemiddeld verschil
<1990	1991 - 2000	-,465
	2001- 2010	-,552
	>2011	-,645
1991 - 2000	<1990	,465
	2001- 2010	-,086
	>2011	-,180
2001- 2010	<1990	,551
	1991 - 2000	,086
	>2011	-,180
>2011	<1990	,645
	1991 - 2000	,180
	2001- 2010	,094

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01

### Regressie-effecten op verschil in verwachtingen - huisarts (n= 67)

	M1	
	b	β
Constante	1,820	
Generatie zelf (ref. voor 1990)		
1991 tot 2000	-,033	-,011
2001 tot 2010	-,432	-,145
na 2011	-1,146	-,150
Generatie ander (ref. Zelfde)		
Cohorten lager	1,232*	,354
Cohorten hoger	-,233	-,076
Informeel contact (ref. Nee)		
Ja	-,568*	-,218
Geslacht ander (ref. anders)		
Zelfde	-,250	-,066
R <sup>2</sup> (adjusted)	,050	

Significant: \*<0.1, \*\*<0.05, \*\*\*<0.01