



Universiteit Utrecht

**Opioid counseling and perceptions about opioids of pharmacy technicians:
A mixed-methods study**

Irem Simsek (5970687)

Utrecht University, Master Pharmacy (FA-MA203)

Daily supervisor: Dr. M. Heringa (SIR)

Examiner: Prof. dr. M.L. Bouvy (UU)

Referee: dr. E.S. Koster (UU)

**Division of Pharmacoepidemiology and Clinical Pharmacology
at Utrecht University**

SIR (Institute for Pharmacy Practice and Policy)

15 April 2022

ABSTRACT

Background: Studies on knowledge and perception of opioids focused mainly on pharmacists and physicians but in Dutch primary health care, pharmacy technicians have a major role in counseling patients on medication use.

Objective: To investigate how pharmacy technicians counsel patients who are prescribed opioids and which underlying barriers and facilitators determine their counseling behavior.

Methods: A mixed-methods study was conducted. Interviews with 18 pharmacy technicians were collected, transcribed, and coded (NVivo). Based on the results, a questionnaire for pharmacy technicians was developed and distributed through social media and the PAM panel of pharmacy technicians. The questions addressed information provision, experiences, and perceptions regarding opioid use by patients. Descriptive analysis was performed, and associations were analyzed by a Chi-square test ($p < 0.05$).

Results: 193 respondents were included in the analysis. At first opioid dispense, the majority of pharmacy technicians nearly always discussed the dosage and the common side effects. 44.5% (very) frequently distinguished information provision between opioid use for cancer and non-cancer-related pain. Insufficient knowledge about the indication (41.0%), not wanting to frighten (37.3%), and lacking patient compliance (48.7%) were noticed as barriers to discussing opioid dependence.

Although 91.2% of respondents thought discussing opioid dependence with patients is important, only 63.2% frequently discussed opioid dependence at first dispense.

Conclusion: About two-thirds of respondents (very) frequently discussed opioid dependence. Pharmacy technicians believed it is important to counsel patients on dependence, but experience barriers including patients not being open to receiving information, not wanting to frighten patients, and no availability of information on indications of the opioid.

Keywords Opioids · Counseling patients · Pharmacy technicians · Barriers · Perspectives

INTRODUCTION

Opioid use has increased significantly over the years, especially in the United States [1]. In the Netherlands, similar rising trends were observed in the number of opioid prescriptions, opioid use-related hospital admittance, and mortality between 2012 and 2017 [2]. A study by Helmerhorst et al. showed an increase in the incidence of opioid use among patients with non-cancer pain, despite insufficient evidence on the efficacy of opioids in the treatment of chronic non-cancer pain [2,3]. In contrast to the prevalence of opioid use among patients with cancer-related pains, which remained relatively unchanged. [2]. Long-term use of opioids is linked to an increased chance of developing an opioid use disorder or dependence, as well as the incidence of adverse events such as opioid overdose mortality [4].

With the rise in opioid prescriptions, it is important to consider how patients are informed about opioids. Thakur et al. studied what information was provided by physicians and pharmacists about opioid prescriptions and found that patients were not informed that they were prescribed an opioid, nor did they receive information about the risks of opioids [5]. Pharmacists and physicians play a crucial part in educating patients about opioid safety and informing patients about the risks and use of opioids that will be prescribed or dispensed. Patients also expressed a wish to be completely informed about the opioids [5]. The majority of pharmacists' counseling consisted of providing information about the potential side effects of opioids [6]. Pharmacists cited various reasons for limiting their counseling in informing patients about potential opioid side effects and having difficulty discussing the risks of opioids with their patients. Barriers such as lack of training, time, confidence in communication, facilitators for opioid counseling have been reported [6]. Thakur et al. also aimed to see how training and integrating a safety handout in their consult, improved pharmacists' content and comfort in communicating with the caregivers of pediatric patients about the risks of opioids [7]. The study suggested that the impact of this intervention should be investigated in different populations and settings. Another study by Thakur et al. explored which topics were generally discussed by pharmacy students during opioid counseling and assessed whether they talked about the risks of opioids such as the possibility of dependence and overdose [8]. They found that pharmacy students lacked training and confidence to discuss these topics. Most of these students had worked in pharmacies as pharmacy technicians.

In addition to providing information, it is important to create a safe space for patients in which they can discuss their personal experiences with opioids. Cernasev et al. aimed to investigate the perspectives of pharmacy technicians on patients who have an addiction to opioids [9]. A participant reported that many of these patients were uncomfortable picking up their opioids and are treated badly. It appeared that there is a stigma associated with patients seeking opioid therapy. Therefore, it is relevant for pharmacy technicians to discuss opioid use openly with patients. As a result, it may be possible to prevent opioid use disorder or dependency.

The studies on knowledge and perception of opioids mainly focused on pharmacists and physicians [5,6,7,8]. In Dutch pharmacies, however, the primary contact of most patients is the pharmacy technician. There seems to be a gap in knowledge regarding the pharmacy technicians' opioid counseling and their perspectives on opioid use by patients. To reduce chronic opioid use among patients, it would be very beneficial when pharmacy technicians counsel patients regarding the risks of opioids. To provide the correct information to the patient, pharmacy technicians must have sufficient knowledge about the risks of chronic opioid use.

Aim of the study

This study, therefore, aims to investigate how pharmacy technicians counsel patients who are prescribed opioids and which underlying barriers and facilitators determine their counseling behavior.

Ethics approval

Approval was granted by the Institutional Review Board (IRB) of the Division of Pharmacoepidemiology and Clinical Pharmacology at Utrecht University for the prior study "Information provided by pharmacy technicians regarding the risks of opiate use" during a Pharmacy Practice research course at Utrecht University in October 2021. For this research, that study was extended, also with IRB approval (reference number UPF2201).

METHODS

Study design

A mixed-methods study was conducted in which interviews were conducted to develop a questionnaire (Figure 1).

Thirteen interviews from the prior study were integrated into this research and supplemented with additional interviews. Based on the interview results, an online questionnaire for pharmacy technicians was developed. This questionnaire was based on semi-structured interviews with 18 pharmacy technicians.

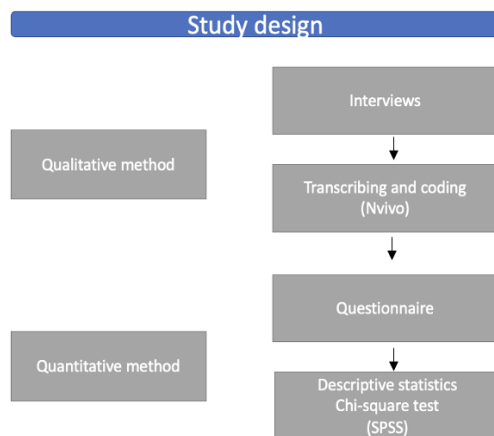


Figure 1 Summary of study design. First, interviews were conducted, transcribed, and coded. A questionnaire was developed based on the results. Quantitative data were analyzed using descriptive analysis and a Chi-square test

Interviews

Based on the interview guide from the prior study, an extended guide was developed. First, a concept was set up, and then, in agreement with the researchers, the final interview guide was created. The interview consisted of open questions addressing views on opioid use (Appendix A). Through open-ended questions, pharmacy technicians were encouraged to talk about their experiences to gather a lot of information and opinions. During the interview, the following

demographic information was collected from participants: age, gender, pharmacy setting, location of the pharmacy, and the number of years in practice. The themes used to guide the interview were information provision/consults with patients about opioids, considerations of pharmacy technicians to talk or not to talk about specific subjects, and opinion of pharmacy technicians on chronic opioid use by patients.

The interviews were transcribed verbatim after they had been conducted. Based on the responses of pharmacy technicians, categories were created with codes and subcodes. A concept coding frame was developed, based on the prior study. The transcripts were coded using open, axial, and selective coding using NVivo 12.7. Two interviews were also coded by two researchers. Then the coding frame was finalized by researchers after discussion and agreement (Appendix B). Based on the codes, themes were generated.

Questionnaire development

To structure the survey questions, the COM-B behavioral model was used to categorize the questions into domains that might be hindering or facilitating opioid counseling by pharmacy technicians (Appendix D). According to the COM-B model, any behavior change (B) depends on three main factors: capability (C), opportunity (O), and motivation (M). Capability refers to a person's mental and physical ability to engage in such behavior. The external factors that enable action are referred to as opportunities, while the processes that drive and motivate behavior are referred to as motivation.

A summary of the results of the interviews is presented in Appendix C. The results of the interviews were used to develop a questionnaire (Appendix D), in which the themes, which emerged from the interviews, were covered and used to identify answering options for closed-ended questions. The questions aimed to examine experiences and perceptions/perspectives of pharmacy technicians regarding opioid use by patients and pharmacy technicians' information provision. The first section of the questionnaire consisted of questions on background characteristics, such as current position, age, gender, practical experience, pharmacy setting, and location of the pharmacy. The second section contained questions about the actual opioid counseling procedure in the pharmacy. The questions in the third section were about actions performed in case of concern about a patient's opioid use. The fourth section included questions about the participant's considerations to provide (or not) information about opioid dependence. The last section consisted of questions about pharmacy technicians' perspectives and their desire for further education.

During the development of the questionnaire, a pre-test was conducted with a sample size of 5 pharmacy technicians to consider the clarity, feasibility, and duration of the questionnaire. After their input and feedback, the questionnaire was adjusted.

Data collection

Inclusion criteria for this study were pharmacy technicians working in the community pharmacy and speaking Dutch. Participants for the interviews were recruited through pharmacists from the network of the researchers. A wide variety of pharmacies was approached in both urban and country settings, in healthcare centers and stand-alone, large and small pharmacies, and independent and chain pharmacies.

The interviews were conducted through Teams, by telephone or in-person, between November 2021 and December 2021. For each interview, verbal informed consent was obtained. All interviews were audio-recorded. After 18 interviews, data saturation was assessed by looking at whether any new findings appeared in the last few interviews.

Pharmacy technicians completed a survey within 10–15-minutes. The software that was used for the questionnaire was Survalyzer. The questionnaire was distributed through the PAM panel (panel Apotheek Medewerker through SIR with technician addresses), and social media (Linked-in and Facebook). First, the questionnaire was distributed through the PAM panel, and thereafter through LinkedIn and Facebook. Different links were used for data collection by the PAM panel, Linked-in, and by Facebook. The data was collected in March 2022.

Data Analysis

The researchers compared the population using the background characteristics (age, pharmacy setting, and location of pharmacy) between groups per channel of PAM panel and social media. The results were analyzed both combined and by source.

Only completed questionnaires were included in the data analysis. Data analysis was initiated by analyzing the sample's background characteristics to ensure a proper range in age, location of the pharmacy, and pharmacy setting. The survey data was analyzed using descriptive statistics to determine frequencies and percentages (SPSS 28).

The following associations were analyzed, background characteristics versus:

- The amount of information provided by pharmacy technicians (section 2)
- The extent to which pharmacy technicians interfere in case of potential problematic use (section 3)
- The extent to which pharmacy technicians experience barriers to discussing opioid dependence (distinguishing capability, opportunity, and motivation) (section 4)

Categories were based on the variance in answers. The associations were analyzed using cross-tabulations (Chi-square test, univariate analysis). For open-ended questions, the comments provided by participants were collated and evaluated for common themes and suggestions.

RESULTS

Background characteristics

In total, 198 respondents completed the questionnaire. 1102 members of the PAM panel were invited to complete the questionnaire and 100 members completed it (9.1%). 98 pharmacy technicians completed the questionnaire through social media. Five of the total responses were excluded from the analysis due to them being pharmacists. The final study group, therefore, consisted of 95 respondents from the PAM panel and 98 pharmacy technicians that found the questionnaire through social media.

Table 1 presents the background characteristics. The mean age of the respondents was 43.8 ± 12.8 (in years \pm std). The mean number of years of practical experience was 25.9 ± 12.0 (in years \pm std). The participants worked all over the Netherlands.

The background characteristics of the PAM panel and the social media group were compared (Table 1) and showed a significant difference in age. The social media group contained 21.4% of respondents between 18 and 30 years of age and the PAM panel group did not include respondents from this age group. Whereas the PAM-panel group included 23.2% of participants who were over 60 years old, the percentage in the social media group was only 7.1%. Furthermore, the PAM panel group included respondents with more experience in practice than the social media group.

Due to the small count, the outpatient pharmacy group was excluded from the analysis of the association between pharmacy setting and statements.

Table 1 Background characteristics of respondents

	All respondents N (%)	PAM-panel N (%)	Social media N (%)	p-value
Total number of respondents	193	95	98	
Gender:				0.327*
Female respondents	189 (97.9%)	N= 94 (98.9%)	N=95 (96.9%)	
Age groups:				
18-30 years****	21 (10.9%)	0	21 (21.4%)	<0.001**
31-45 years	47 (24.4%)	23 (24.2%)	24 (24.5%)	
46-60 years	96 (49.7%)	50 (52.6%)	46 (46.9%)	
>60 years****	N= 29 (15.0%)	22 (23.2%)	7 (7.1%)	
Job position:				0.206*
Pharmacy technicians	172 (89.1%)	83 (87.4%)	89 (90.8 %)	
Pharmaceutical consultants	18 (9.3%)	9 (9.5%)	9 (9.2%)	
Pharmaceutical managers	3 (1.6%)	3 (3.2%)	0	
Pharmacy setting:				0.808*
Chain pharmacy	68 (35.2%)	33 (34.7%)	35 (35.7%)	
Stand-alone pharmacy	113 (58.5)	55 (57.9%)	58 (59.2%)	
Outpatient pharmacy	12 (6.2%)	7 (7.4%)	5 (5.1%)	
Located in a healthcare center	95 (49.2%)	41 (43.2%)	54 (55.1%)	0.137*
Not located in a healthcare center	97 (50.3%)	54 (56.8%)	43 (43.9%)	
Not applicable	1 (0.5%)	0	1 (1.0%)	
Years in practice***:				<0.001**
0-10 years	31 (16.1%)	0	31 (31.6%)	
11-20 years	28 (14.5%)	13 (13.7%)	15 (15.3%)	
21-30 years	58 (30.1%)	31 (32.6%)	27 (27.6%)	
>30 years	75 (38.9%)	51 (53.7%)	25 (25.5%)	
Location of pharmacy:				0.001*
Groningen	5 (2.6%)	5 (5.3%)	0	
Friesland	6 (3.1%)	6 (6.3%)	0	
Drenthe	6 (3.1%)	4 (4.2%)	2 (2.0%)	
Overijssel	55 (28.5%)	6 (6.3%)	49 (50.0%)	
Flevoland	3 (1.6%)	1 (1.1%)	2 (2.0%)	
Gelderland	23 (11.9%)	15 (15.8%)	8 (8.2%)	
Utrecht	14 (7.3%)	8 (8.4%)	6 (6.1%)	
Noord-Holland	21 (10.9%)	11 (11.6%)	10 (10.2%)	
Zuid-Holland	28 (14.5%)	13 (13.7%)	15 (15.3%)	
Zeeland	3 (1.6%)	3 (3.2%)	0	
Noord-Brabant	24 (12.4%)	19 (20.0%)	5 (5.1%)	

Limburg	5 (2.6%)	4 (4.2%)	1 (1.0%)
----------------	----------	----------	----------

* Chi-square test (significant when $p < 0.05$)
 ** Chi-square linear by linear association (significant when $p < 0.05$)
 *** The total number does not add up to 193 due to missing data
 **** In this study, the age group between 18-30 years is referred to as the youngest age group and the age group >60 years old, as the oldest group.

Information provision

At first dispense, the majority of the participants always discussed the dosage (83.4%), the risk of constipation (and the optional use of laxatives) (92.2%), and the risk of impaired reaction ability (90.7%) (Figure 2). Furthermore, more than half of the participants always or frequently provided information on the duration of the effect of opioids, the risk of nausea, tolerance, advice about (continue) use of alternative painkillers, and the treatment duration of the opioid. The indication is less often discussed.

Pharmacy technicians in the oldest age group were more likely to recommend (continue) using other painkillers compared to technicians in the youngest age group (86.2% always or frequently vs 52.3%, $p = 0.004$). Moreover, the results showed that pharmacy technicians who did not work in a healthcare center were significantly more likely to advise the patient on the treatment duration compared to those who were working in a healthcare center (74.5% always or frequently vs 53.7% $p = 0.002$). Information about opioid tolerance was also more frequently addressed by pharmacy technicians in the oldest age group than pharmacy technicians in the youngest age group (69% always or frequently vs 38% $p = 0.042$). Lastly, opioid dependence was always or frequently discussed by 31.6% and 31.6% of respondents. This topic was discussed more often in a chain pharmacy than in an independent pharmacy (75% always or frequently vs 59.3% $p = 0.018$).

During second opioid dispense, the majority always or frequently addressed the adverse effects and the used dosage. The minority of participants always or frequently provided information about the duration of the opioid treatment and the indication. During the second opioid dispense, 22.8% of the participants always discussed opioid dependence, and 22.3% discussed it frequently. The oldest pharmacy technicians were significantly more likely to provide information about dependence compared to the youngest pharmacy technicians (58.6% always or frequently vs 23.8% $p = 0.009$). Furthermore, technicians in the oldest age group provided more information about the indication (27.6% always or frequently vs. 19% $p = 0.027$) and the treatment duration (51.7% always or frequently vs. 33.4% $p = 0.018$) than those in the youngest age group.

Cancer and not-cancer-related pain

During the opioid dispense, 7.3% of the respondents always knew whether the indication was cancer or non-cancer-related pain. 29.5% of the respondents knew the indication frequently, 44.6% knew it sometimes, 15% knew it rarely, and 3.6% never knew the indication. Furthermore, 12.4% of the participants always distinguished what they discussed about opioids between patients with cancer and non-cancer-related pain, 32.1% frequently distinguished, 22.3% sometimes, 14.5% rarely, and 18.7% never distinguished what they discussed. The oldest participants were more likely to distinguish what information they provided about opioids between cancer and non-cancer patients than the youngest participants. (50% always or frequently vs 19.4% $p = 0.002$).

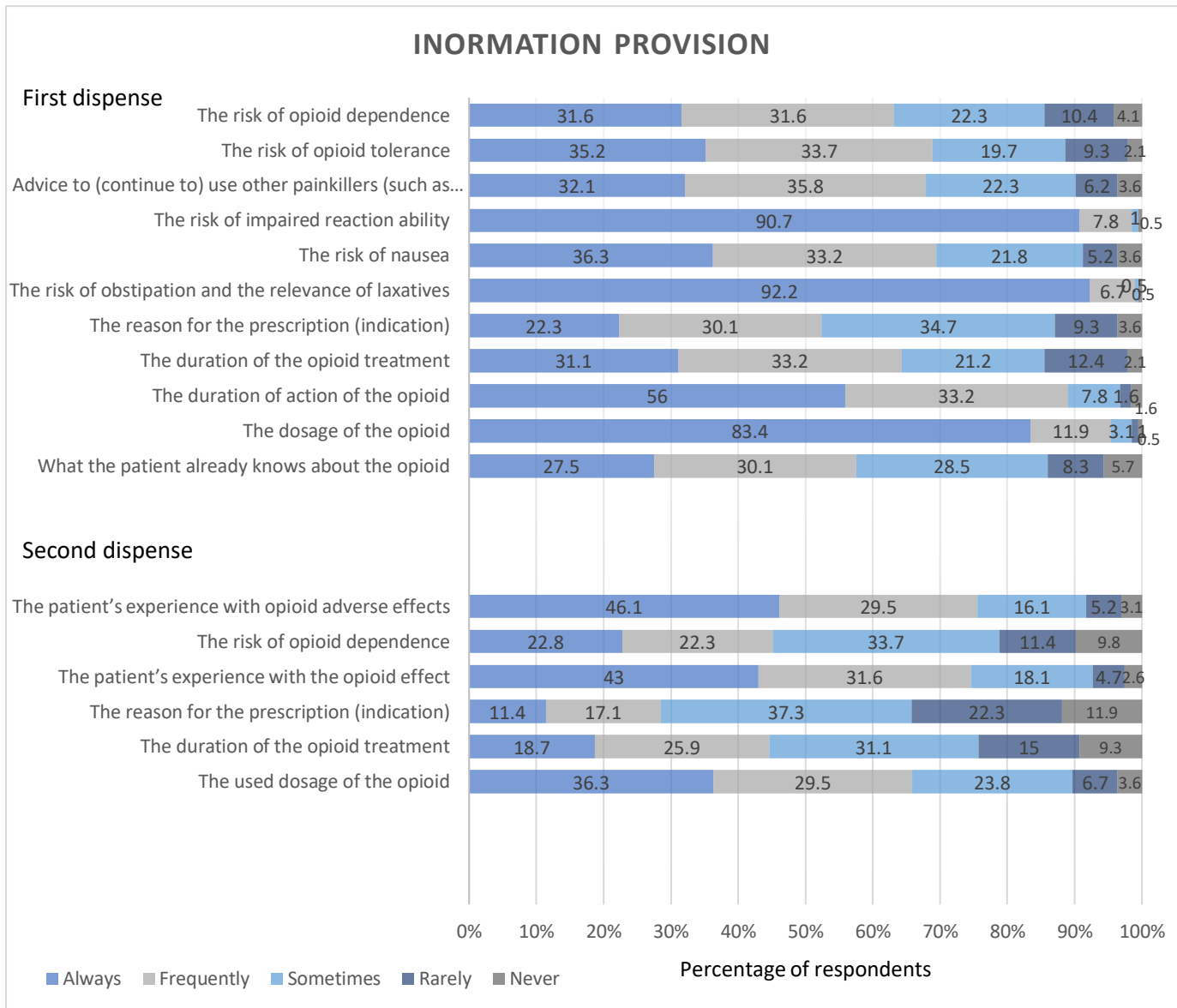


Figure 2 Frequencies of topics that were discussed during opioid dispense on a scale from always to never

Concerns and actions

Respondents' estimates of the number of patients addicted to opioids in their pharmacy varied: from one to five (29%), six to ten (23.8%), and more than ten patients (35.2%).

More than 90% of the respondents were concerned about opioid use when the patient returned too early for a repeat prescription or when the patient consistently came into the pharmacy without a prescription (Table 2). 78.7 % of pharmacy technicians were concerned when the patient received multiple times higher doses. When the patient used opioids for more than three months, 64.2% of respondents were concerned about opioid use. The oldest participants more often agreed that they were concerned about opioid use when the patients frequently came in early for their repeat prescription than the youngest participants (100% strongly agree/agree vs 85.7% p=0.048).

When pharmacy technicians were concerned, the majority always or frequently discussed with the pharmacist before dispensing the opioids, contacted the prescriber, or talked to the patient about their opioid use (Figure 3). The minority always or frequently made agreements with the patient about delivery times or dispense opioids without taking any action.

Table 2 Statements about opioid use concerns

Statements	Median [IQR]*	% Strongly agree/agree	% Neutral	% Strongly disagree/disagree
I am concerned about opioid use when the patient uses opioids for more than three months	4.0 [3-4]	64.2%	28.0%	7.8%
I am concerned about opioid use when the patient frequently comes back early for a repeat prescription of opioids	5.0 [4-5]	94.9%	2.6%	2.6%
I am concerned about opioid use when the patient receives multiple times higher doses of the opioid	4.0 [4-5]	78.7%	19.7%	1.5%
I am concerned about opioid use when the patient regularly comes into the pharmacy without a prescription	5.0 [4-5]	91.1%	3.6%	5.2%

*Interquartile range

The statements are ranked on a Likert scale: strongly disagree (1), disagree (2), neutral (3), agree (4) strongly agree (5).

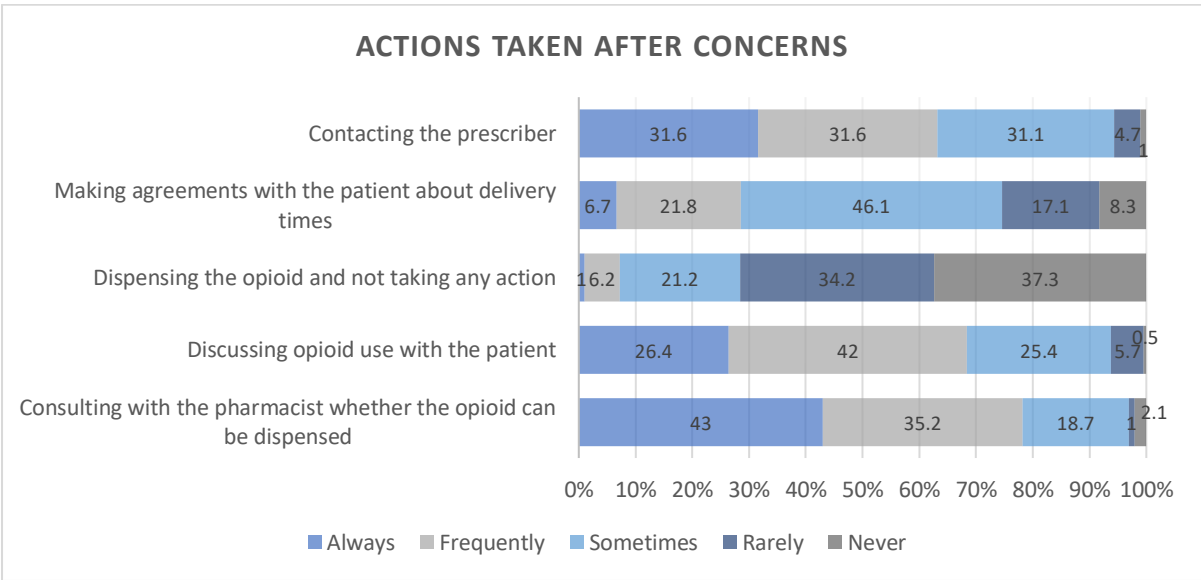


Figure 3 Frequencies of actions taken by pharmacy technicians after concerns about opioid use, on a scale from always to never

Barriers

Potential barriers to discuss the risk of opioid dependence in long-term opioid use are presented in Table 3. 89.1% of the technicians perceived at least one barrier and on average, technicians perceive

4 barriers. The factors that contributed most to the consideration of discussing opioid dependence were patients not being open to receive information, not knowing what the opioid is used for, and not wanting to frighten the patient. Factors that were less important when deciding to discuss opioid dependence were: insufficient knowledge to discuss all information, lack of time in the pharmacy and lack of privacy to discuss this sensitive topic. More pharmacy technicians in the youngest age group (strongly) agreed that some patients' lack of compliance was a factor to consider for discussing dependence than those in the oldest age group (66.7% strongly agree or agree vs 44.8% p=0.008).

Table 3 Considerations that determined whether the participant discussed the risk of dependence in long-term opioid use with a patient

Considerations	Median [IQR]*	% Strongly agree/agree	% Neutral	%Strongly disagree/disagree
The feeling of insecurity to discuss the risk of dependence with the patient (M/C)	3.0 [2-,4]	33.2%	33.7%	33.2%
Insufficient knowledge to discuss all the information (C)	2.0 [2-4]	27%	21.8%	51.3%
The fear of patient's reaction (M/C)	3.0 [2-4]	33.7%	19.7%	46.7%
Not wanting to frighten the patient (M/C)	3.0 [2-4]	37.3%	28.0%	34.7%
Not knowing exactly what the opioid is used for (M/C/O)	3.0 [2-4]	41%	23.8%	35.2%
Patients not being open to receive information (O)	3.0 [3-4]	48.7%	26.9%	24.4%
Experience of little time in the pharmacy (O)	3.0 [2-4]	29.5%	20.7%	49.6%
The opinion that the physicians are responsible to discuss this information with the patient (M)	3.0 [2-4]	31.6%	22.8%	45.6%
Insufficient privacy to discuss this sensitive information (O)	2.0 [2-4]	27.5%	20.2%	52.3%
Lack of pharmacy working agreements regarding provision of information about opioids (O)	3.0 [2-4]	36.8%	20.7%	42.4%
Experience of the language barrier (O/C)	3.0 [2-4]	27.4%	34.7%	37.8%

*Interquartile range

The statements are ranked on a Likert scale: strongly disagree (1), disagree (2), neutral (3), agree (4) strongly agree (5). The statements are coupled to the COM-B model.

C= Capability

O= Opportunity

M= Motivation

Opinion on Opioid Use

Most of the respondents believed that it was important to discuss opioid dependence in the pharmacy (Table 4). Additionally, they thought that the physician prescribed and repeated opioid prescriptions too easily. Approximately half of the respondents agreed that patients were not guided sufficiently regarding long-term opioid use by the pharmacy team. The minority thought that the patients themselves were responsible for their opioid use. No significant associations between background characteristics and statements were found.

Table 4 Statements of the vision of respondents about opioid use by patients

Statements	Median [IQR]*	% Strongly agree/ agree	% Neutral	% Strongly disagree/disagree
I am of the opinion that the patient is responsible for long-term opioid use (M)	4.0 [3-4]	11.4%	23.3%	65.3%
I am of the opinion that patients are not guided sufficiently on long-term opioid use by the pharmacy team (M)	4.0[3-4]	54.9%	24.4%	20.7%
I am of the opinion that opioid are too easily prescribed and repeated by the physician (M)	4.0 [4-5]	82.4%	9.8%	7.8%
It is important to discuss opioid dependence as a risk of opioids with patients in pharmacy as standard practice (M)	4.0 [4-5]	91.2%	6.2%	2.6%

*Interquartile range

The statements are ranked on a Likert scale: strongly disagree (1), disagree (2), neutral (3), agree (4) strongly agree (5). The statements are coupled to the COM-B model.

M= Motivation

Training

52.3% of the respondents mentioned the desire for training on pain treatment and opioid alternatives. 62.2% of the respondents wanted education about opioid dependence and prevention. 47.7% of the participants reported training on how to recognize patients at risk of addiction. Communication training to encourage and support the patient during the tapering of opioids was mentioned by 43.5% of respondents. 14.5% of the respondents did not have a desire for training. Some respondents expressed their wish for agreements in the pharmacy team and with physicians on opioid counseling. Nine respondents had already received training or will receive training.

DISCUSSION

This study showed the information provided by pharmacy technicians during opioid dispense and the barriers that they encountered. More practical information such as dosage regimen, risk of impaired reaction ability, and risk of constipation (and optional use of laxatives) was nearly always discussed by pharmacy technicians during the first opioid dispense. This could be expected because of alerts in the pharmacy information system partly implemented after the HARM study that focused on preventable adverse drug events such as constipation or falling due to opioid use [10]. The recommendation by the HARM-Wrestling Task Force was to treat opioid users with a laxative to prevent constipation [11]. The oldest pharmacy technicians significantly gave more advice about other painkillers and talked about opioid tolerance more frequently than the youngest technicians. An explanation may be that they had more knowledge about other medicines (such as NSAIDs) and opioid tolerance due to their education in a different period and due to their experience. Another reason could be that the older pharmacy technicians communicate more easily with patients. The opioid users often are old, which can be difficult for a pharmacy technician that just started working, to talk with older patients.

Moreover, in a non-healthcare center, the patient was informed significantly more often about the duration of the opioid treatment. It may be due to another healthcare provider in the healthcare center that already explained the treatment duration. Opioid dependence was discussed significantly more often in a chain pharmacy than in an independent pharmacy during the first dispense. An explanation may be that within a chain pharmacy there may be agreements regarding opioid counseling. The results showed that dependence was always discussed during a first dispense by approximately a third of the participants, and about a third discussed it often. During the second dispense, this percentage was slightly lower. Opioid dependence, indication, and the treatment duration were discussed less frequently during a second dispense than during a first dispense, as expected. The expectation was a result of a study by van Dijk et al. [12]. The study showed that in pharmacies, patients were provided more information about possible adverse effects, the treatment duration, and reasons for taking medications at first dispense compared with repeat dispense. The oldest pharmacy technicians were significantly more likely to discuss dependence than the youngest technicians. Additionally, technicians in the oldest age group gave significantly more frequent information about the indication and duration of the treatment than technicians in the youngest age group. One reason may be that they may be more aware of the importance of continuing to discuss dependency, indication, and duration of the treatment. As mentioned in the methods, all these associations were studied using univariate analysis. There could be confounding factors in this study.

Moreover, during opioid dispenses, about a third of pharmacy technicians (very) frequently knew the indications of opioids, and less than a half of pharmacy technicians distinguished their information provision based on the indication (cancer and non-cancer-related pain). Therefore, pharmacies should have more information about indications of opioids to provide appropriate information. However, patients could be asked about their indications.

Furthermore, pharmacy technicians indicated that they were concerned about opioid use in the following situations: longer than three months of use, regular return for a repeat prescription of opioids before the amount of the previous prescription would be expected to have finished, getting a higher dosage multiple times and visiting the pharmacy without a prescription. However, it should be noted that opioid use for more than three months was less likely to cause concern than in other situations. An explanation may be that the pharmacy information system does not generate a specific alert for the total duration of the treatment. Other situations were more likely to be noticed.

It was mentioned earlier in the study of Thakur et al. that pharmacists reported a lack of training, lack of time, and lack of confidence as barriers to appropriate counseling in opioid users [6]. However, in

this study, these reasons were seen by about one-third of the pharmacy technicians. The reasons that came up more often were patients not being open to receive information, not wanting to frighten the patient and insufficient knowledge of indications of opioids. Based on the COM-B model, these reasons were mainly opportunity-related, but motivation and capability were also contributing. It is relevant to create time for counseling and to make clear the importance of this counseling to the patient (capability and motivation).

The study also showed that pharmacy technicians believed that opioid prescriptions were too easily prescribed and repeated. Slightly more than half of the participants believed that patients did not receive enough guidance on the long-term use of opioids in the pharmacy. Additionally, technicians indicated that it was important to discuss dependence as a standard practice in pharmacy (M), which means that pharmacy technicians are motivated to discuss opioid dependence.

Pharmacy technicians expressed a desire for training about pain treatment and alternatives for opioids. In addition, they desired education about opioid dependence and prevention.

Strengths and limitations

A strength of this study was that both qualitative and quantitative methods were conducted. Through collecting qualitative data first, until data saturation occurred, we were able to gain insight into the opinions and experiences of pharmacy technicians. With a coding frame linked to the COM-B model, we were able to develop specific questions in the questionnaire. Also, the count of responses was sufficient to gain insight into the beliefs and experiences of pharmacy technicians and the information provisions in pharmacies during opioid dispense.

A limitation was that pharmacy technicians were not equally divided between the age groups, which could overestimate or underestimate the significant associations with the age groups. Furthermore, the number of participants in the provinces was not equal. 28.5% of participants worked in Overijssel, 14.5% in South Holland, 12.4% in North Brabant, and 11.9% in Gelderland. The remaining part was located throughout the other provinces in smaller percentages. It is possible that in certain regions the pharmacy was busier, or the patients differed between provinces. As a result, information provision and experiences of pharmacy technicians could be different between provinces.

Implications

This study suggests that not enough information was provided about opioids such as indication, duration of treatment, and dependency, which are relevant to discuss to explain the importance of short-term use. Also, slightly more than half of the technicians thought that patients were not guided enough by the pharmacy team in long-term opioid use. However, respondents are motivated to discuss dependence. Since the factors contributing to considerations were patients not being open to receive information, not wanting to frighten the patient and, the indication, it is relevant to work on these opportunity/motivation/capability-related reasons. As some respondents have expressed a desire for training, pharmacy technicians could receive training on how to properly convey the importance of dependency to the patient. A possible recommendation for the future could be to include the indication of opioids in prescriptions since the indication is a consideration and only a third of pharmacy technicians knows the indication.

Conclusions

In the community pharmacies, pharmacy technicians nearly always counseled patients at first opioid dispense the dosage and the common side effects. Although pharmacy technicians mentioned the importance of discussing opioid dependence, only about two-thirds of the pharmacy technicians discussed opioid dependence and the duration of the treatment (very) frequently at first dispense. Patients not being open to receive information, not wanting to frighten the patient, and lacking knowledge about indications were noticed as barriers in discussing opioid dependence.

REFERENCES

1. HELMERHORST, G. T. T., et al. An epidemic of the use, misuse and overdose of opioids and deaths due to overdose, in the United States and Canada: is Europe next? *The bone & joint journal*, 2017, 99.7: 856-864.
2. BEDENE, Ajda, et al. Opioid prescription patterns and risk factors associated with opioid use in the Netherlands. *JAMA network open*, 2019, 2.8: e1910223-e1910223.
3. CHAPMAN, C. Richard, et al. Opioid pharmacotherapy for chronic non-cancer pain in the United States: a research guideline for developing an evidence-based. *The Journal of Pain*, 2010, 11.9: 807-829.
4. DOWELL, Deborah; HAEGERICH, Tamara M.; CHOU, Roger. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. *Jama*, 2016, 315.15: 1624-1645.
5. THAKUR, Tanvee; CHEWNING, Betty. Using role theory to explore pharmacist role conflict in opioid risks communication. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2020, 16.8: 1121-1126.
6. THAKUR, Tanvee; FREY, Meredith; CHEWNING, Betty. Pharmacist services in the opioid crisis: current practices and scope in the United States. *Pharmacy*, 2019, 7.2: 60.
7. THAKUR, Tanvee, et al. Pharmacy intervention to facilitate transparent opioid-risk and safety communication. *Journal of the American Pharmacists Association*, 2020, 60.6: 1015-1020.
8. THAKUR, Tanvee; FREY, Meredith; CHEWNING, Betty. Evaluating pharmacy student consultations with standardized patients on opioid medication use and opioid-specific risks. *American journal of pharmaceutical education*, 2019, 83.10.
9. CERNASEV, Alina, et al. Pharmacy Technicians, Stigma, and Compassion Fatigue: Front-Line Perspectives of Pharmacy and the US Opioid Epidemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18.12: 6231.
10. LEENDERTSE, Anne J., et al. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM study. *Value in health*, 2011, 14.1: 34-40.
11. HERWAARDEN, Margaretha F., et al. Targeting outpatient drug safety. *Drug Safety*, 2012, 35.3: 245-259.
12. VAN DIJK, Marloes, et al. Patient–provider communication about medication use at the community pharmacy counter. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2016, 24.1: 13-21.

APPENDICES

APPENDIX A: GESPREKSHANDLEIDING

Introductie/doel interview:

Ik ben Irem Simsek, masterstudent Farmacie aan de Universiteit Utrecht. In de loop van de jaren is het chronisch gebruik van opiaten in Nederland enorm toegenomen, zoals u misschien al weet. Patiënten zijn zich vaak niet bewust van de nadelige effecten hiervan. Wij zijn benieuwd welke informatie u als apothekersassistente patiënten meegeeft die opiaten ophalen in de apotheek. Daarbij zijn wij ook geïnteresseerd in de overwegingen die u daarbij maakt. Voor dit onderzoek interviewen we meerdere apothekersassistentes. De resultaten gebruiken we voor een vragenlijst die we aan meer assistenten zullen sturen. Het Interview zal 15 – 30 minuten duren. De interviews zullen gecodeerd worden verwerkt. Het interview wordt opgenomen, zodat deze naderhand kan worden uitgewerkt. Deze opname wordt niet beschikbaar gesteld aan andere personen en na het onderzoek zal de opname worden vernietigd. Gaat u hier akkoord mee?

- Zijn er vooraf nog vragen?

Beginvragen:

- Wat is uw geslacht?
- Wat is uw leeftijd?
- Hoelang werkt u als apothekersassistente in een openbare apotheek?
- In wat voor soort apotheek werkt u? (Denk hierbij aan: keten, zelfstandig, randstad, gezondheidscentrum)?

Bespreking met patiënten

- Wat bespreekt u tijdens een eerste uitgifte van opiaten?
- Vraagt u tijdens een eerste uitgifte de indicatie na bij de patiënt? Waarom wel/niet
 - o Vraagt u dan ook wat voor pijn de patiënt heeft?
 - o Vraagt u ook wat de arts al heeft verteld hierover? Zo ja, wat wordt meestal door de arts verteld aan de patiënt?
 - o Hoe lang denkt u dat een patiënt opiaten dient te gebruiken?
- Wat bespreekt u tijdens een tweede uitgifte van opiaten?
- Vraagt u naar het huidige gebruik en naar het gebruik van andere pijnstillers tijdens de eerste en tweede uitgifte?
- Vertelt u tijdens de eerste en tweede uitgifte iets over de risico's van chronisch gebruik van opiaten? Zo ja, wat vertelt u?
- Waar haalt u de informatie vandaan die u vertelt tijdens een eerste uitgifte van opiaten? (Bijvoorbeeld EU-briefje)
- Op basis waarvan geeft u informatie of stelt u vragen tijdens een tweede uitgifte (denk aan bijvoorbeeld TU-briefje)
- Vraagt u tijdens een tweede uitgifte de indicatie na bij de patiënt? Waarom wel/niet?
- Vindt u dat er een aanpassing nodig is op de bron waar u informatie vandaan haalt voor een eerste en tweede uitgifte? Zo ja, wat voor aanpassing?
- Wat voor ondersteunende materialen worden er meegegeven aan de patiënt? (Folders, papieren etc.)
- U merkt dat de patiënt steeds eerder zijn opioïdenmedicatie komt ophalen, want volgens de

computer zou hij genoeg moeten hebben. Zou u dat met de patiënt, met apotheker of met de arts bespreken? En waarom wel of niet?

- Een arts schrijft een eerste opioïdenrecept voor 1 maand, levert u medicatie voor 1 maand of voor 2 weken af?

Overweging apothekersassistent

- Zijn er onderwerpen die u niet bespreekt met de patiënt, die u eigenlijk wel zou willen bespreken?
 - o Zo ja, welke onderwerpen zijn dat?
- Zijn er onderwerpen die u lastig vindt om te bespreken met de patiënt met betrekking tot de neveneffecten van opiaatgebruik?
 - o Zo ja, welke onderwerpen zijn dat?
 - o Waarom?
- Zijn er nog andere redenen waarom u bepaalde neveneffecten wel bespreekt met de patiënt en andere niet?
- Maakt u onderscheid in informatie die u meegeeft aan de patiënt over neveneffecten tussen verschillende indicaties (oncologische patiënten/chronische pijn)?
 - o Zo ja, welk onderscheid maakt u dan?

Opvattingen apothekersassistent

- Wat zijn uw opvattingen over het chronisch opiaatgebruik door patiënten?
- Stel u zou zelf chronisch een opiaat moeten gebruiken, hoe zou u daar dan tegenover staan?
 - o Waarom?
- Zou u behoefte hebben aan nascholing over opiaten? Zo ja, wat zou u dan willen leren?
- Zou u behoefte hebben aan een training voor de bespreking van opiaten met patiënten? Zo ja, wat zou u willen leren?

Afsluiting:

Interview kort samenvatten, en vragen naar aanvullingen of suggesties die nog niet aan bod zijn gekomen tijdens het interview.

APPENDIX B: CODEBOOM (GEKOPPELD AAN HET COM-B MODEL)

❖ Proces

- Checks bij receptverwerking
 - Komt patiënt te vroeg
 - Chronisch gebruik
 - Dosering
 - Gebruiksduur
 - Aflevertermijn eerste recept
 - Laxans
- Acties
 - Contact opnemen met voorschrijver
 - Gesprek aangaan met patiënt
 - Niets
 - Overleg met apotheker
 - Voorzichtig met afleveren
 - Dosering/voorschrift/datum controleren
- Informatiebron
 - Eerste uitgifte
 - Tweede uitgifte

❖ Inhoud begeleiding patiënt

- Eerste uitgifte
 - Bijwerkingen
 - Obstipatie
 - Misselijkheid
 - Rijvaardigheid/reactievermogen
 - Afhankelijkheid/verslaving
 - Gewenning
 - Duizeligheid
 - Alcohol
 - Dosering en gebruik
 - Indicatie
 - Navragen informatie gekregen door arts
 - Beoogde gebruiksduur
 - Verwachte werking/effect
 - Vragen naar opiaten en andere pijnstillers gebruik
- Tweede uitgifte
 - Ervaring
 - Bijwerkingen
 - Indicatie
 - Gebruik
 - Verwachte werking/effect
 - Beoogde gebruiksduur
 - Vragen naar opiaten en andere pijnstillers gebruik
- Vervoluitgifte

❖ Overwegingen bij patiëntbegeleiding

- Patiënt gerelateerd
 - Angst voor reactie patiënt (motivatie/capaciteit)
 - Behoefte/kennis patiënt (capaciteit/gelegenheid)
 - Belerend overkomen (capaciteit)
 - Dosis afhankelijk (capaciteit/motivatie)

- Leeftijd patiënt (motivatie/kennis)
- Komt negatief over (motivatie/capaciteit)
- Onnodig bang maken patiënt (motivatie/capaciteit)
- Patiënt wil geen informatie/ Geen acceptatie door de patiënt (gelegenheid)
- Patiënt zelf al sceptisch (Motivatie)
- Verantwoordelijkheid patiënt (Motivatie)
- Ontbreken achtergrondinformatie patiënt (gelegenheid)
- Assistentie gerelateerd
 - Kennis assistente (capaciteit)
 - Verantwoordelijkheid voorschrijver (motivatie)
 - Wordt niet aan gedacht (capaciteit)
 - Geen wijziging verwacht (motivatie/capaciteit)
- Proces gerelateerd (Gelegenheid)
 - Gebaseerd op informatiebron
 - Tijdsdruk/werkdruk

❖ **Eigen opvatting chronisch opiaatgebruik [motivatie]**

- Gedachte gebruiksduur patiënten (capaciteit)
- Begeleiding of ondersteuning onvoldoende (motivatie/gelegenheid/capaciteit)
- Te makkelijk voorgeschreven (motivatie)
- Aanpassing informatiebron nodig (gelegenheid)
- Opvatting chronisch opiaatgebruik door patiënten (motivatie)
- Zelf gebruiken (motivatie)
- Behoefte nascholing (capaciteit)

APPENDIX C: SAMENVATTING VAN RESULTATEN INTERVIEWS

PROCESMATIGE ASPECTEN

- Acties chronisch gebruik:

Gesprek aangaan met patiënt (3 interviews)	<p>R4: Dan vraag je waarom ze het zo lang gebruiken, waar het aan ligt. Dan hoor je vanzelf hoe de mensen reageren. Of het inderdaad de afhankelijkheid wordt.</p> <p>R11: 'of we gaan in gesprek met de patiënt over de reden waarom ze zo vaak terugkomen.'</p>
Geen acties (7 interviews)	<p>R2: 'Niks, nee. Eigenlijk niet. Is dat erg? Helemaal niks'</p> <p>R7: 'we hebben geen volgsysteem dus dat volgen we niet'</p> <p>R12: 'Ik kan me niet herinneren dat wij een actie ondernemen vanuit de apotheek bij een gebruiker van langer dan drie maanden. En om eerlijk te zijn zou het ons niet eens opvallen als we kijken in het systeem omdat we geen melding of iets dergelijks krijgen bij een gebruiker van langer dan drie maanden. Ik zou er niet echt bij stilstaan uit mezelf.'</p>
Dosis/voorschrift/datum controleren (2 interviews)	R1: 'Ik weet niet of er intern hier echt in de gaten gehouden wordt. Je kijkt natuurlijk wel of er een geldig recept is'
Contact opnemen met voorschrijver (6 interviews)	<p>R4: 'Als mensen het continue gebruikt dan overleggen we wel met de arts waarom iemand het zo lang gebruikt.'</p> <p>R5: 'Je hebt bijvoorbeeld een systeem waar je een pop up krijgt als mensen te lang opiaten gebruiken of iets dergelijks, en dan vragen wij het meestal bij de arts.'</p>

Het is belangrijk om de bovenstaande acties mee te nemen in de vragenlijst. In de interviews komen namelijk tegenstrijdige antwoorden voor. Hierdoor is het belangrijk om bij een grotere 'apothekersassistenten populatie' na te gaan of zij actie ondernemen wanneer een patiënt langdurig opioïden gebruikt.

- Acties wanneer patiënt te vroeg komt:

Voorzichtig met afleveren (6 interviews)	<p>R7: 'ja, het volgsysteem daar wil ik even op terugkomen. Het is wel zo dat patiënten die verslaafd zijn dat we daar wel op letten. Dat ze dan niet eerder de medicatie komen ophalen. Dat gebeurt heel vaak, dan proberen ze medicatie eerder op te halen dan nemen ze bijvoorbeeld wat meer in of dan klopt de periode niet. Daar letten we wel op.'</p> <p>R9: 'en ook altijd in het systeem even kijken of de patiënt op tijd of te vroeg komt. Want er wordt heel veel geshopt met die medicijnen. En daar wordt dus ook actief op gelet.'</p>
Overleg met apotheker (4 interviews)	<p>R14: 'Maar meestal ga je wel met of bijna altijd met dat signaal naar de apotheker om te overleggen van hè mag ik het meegeven of wat nu zegmaar. Dus eigenlijk doen we dat meestal wel in overleg ja, ja, ja.'</p> <p>R18: 'Uhm als dus blijft dat iemand toch chronisch steeds te vroeg de medicatie komt ophalen dan informeer ik de apotheker'</p>
Niets (1 interview)	Interviewer 01 Voornamelijk dat als iets te vroeg opgehaald wordt of dat het recept te vroeg dat er dan wel opgemerkt wordt. Maar verder geen andere acties.

	R2: 'Ja'
Niets (1 interview)	Interviewer 01 Voornamelijk dat als iets te vroeg opgehaald wordt of dat het recept te vroeg dat er dan wel opgemerkt wordt. Maar verder geen andere acties. R2: 'Ja'
Gesprek aangaan met patiënt (6 interviews)	R1: 'Ja, en het systeem geeft ook wel melding als iemand te vroeg is met herhalen. Dan kun je daar ook weer naar kijken. Vaak zet je het dan even onder elkaar, van hé, dat is weer twee weken eerder. Hoe gebruikt iemand dat dan? Is het recept te vroeg? Vraagteken erbij zetten en gebruik navragen aan de balie. Om te kijken of iemand toch niet meer tabletten inneemt.' R17: 'Nou als het een keer eerder is dan vragen we het soms aan de patiënt waarom ze eerder komen of dat nog hetzelfde gebruikt hebben of dat ze meer zijn gaan gebruiken. He het kan zijn dat de dokter heeft gezegd dat het al twee keer op een dag is in plaats van een keer en dat het daardoor is, dus we proberen wel te achterhalen waarom dat ze te vroeg komen.'
Dosering of voorschrift of datum controleren (7 interviews)	R3: 'Maar het gekke is, ik weet niet of dat bij andere apotheken ook zo is, kijk als je een receptje krijgt ja dan lever je het af. Tenzij het natuurlijk veel te vroeg is. Dan ga je sowieso natuurlijk actie ondernemen. Dat je denkt van die vorige week ook al gehad of iets dergelijks. Of ze gaan over op een andere sterkte, of met verlengde afgifte of juist niet. Dus dan onderneem je actie' Interviewer: dus jullie letten vooral op de datum van afgifte van medicatie? R7: 'precies, soms zouden ze voldoende in huis moeten hebben maar komen ze aangeven dat het al op is. En dat volgen we wel.' R14: 'Hè tuurlijk probeer je hè wel de dagdosering hè te controleren of de einddatum hè dat ze het niet te vroeg komen ophalen, dat is zeker wel een taak van ons. Dat zie je daar natuurlijk ook wel dat ze daarin gaan rommelen hè, dat ze juist weer vroeg willen gaan ophalen. Dus nou dat is echt wel een signaal waar je wat mee gaat doen.'
Contact opnemen met voorschrijver (6 interviews)	R11: 'Als de patiënt te vroeg terugkomt kunnen we dit zien en kunnen we opmerken dat een patiënt verslaafd is of richting de verslaving gaat. We nemen dan contact op met de huisarts en vragen we of zij ook opmerken dat de patiënt vaker opium aanvragen en dan kijken we zo verder wat we kunnen doen.' R17: 'En als we het echt niet vertrouwen of ze komen echt te vroeg, dan bellen we ook wel de arts hoor. Als het meerdere keren is.' R18: 'Blijft het bij herhaling dat mensen te vroeg komen, dan neem ik pas contact op met de huisarts.'

Ook dit thema is belangrijk om mee te nemen in de vragenlijst. Wanneer een patiënt herhaald vroeg zijn/haar medicatie komt ophalen, kan dit duiden op verslaving. Hierdoor is het belangrijk om te kijken hoe de apothekersassistenten reageren wanneer een patiënt te vroeg komt.

- **Laxans proces**

Bekend (12 interviews)	R11: 'Voor de obstipatie geven we macrogolzakjes mee'
------------------------	---

	<p>R14: 'ook de stoelgang wordt genoemd hè dus dat daar een klacht van kan komen, dus we geven ook eigenlijk standaard daarvoor macrogol zakjes mee, dat wordt standaard bij gegeven en eigenlijk dat wordt helemaal niet met de patiënt overlegd. Hè dus dat beleid hebben we dan wel'</p> <p>R17: 'En dan is met name de verstopping natuurlijk de belangrijkste, en daarom geven wij standaard macrogol zakjes mee.'</p>
Onbekend (1 interview)	R9: 'Nee, ik weet niet goed of het beleid in deze apotheek is dat er meteen een laxans meegegeven wordt. Vaak kijk je in het systeem of mensen al een laxans hebben en waarom ze het krijgen en ook hoe hoog de dosering van het opiaat is.'

In de interviews is heel vaak voorgekomen dat apothekersassistent laxeermiddelen meegeven ter preventie van obstipatie. Hierdoor is het bijna vanzelfsprekend dat patiënten laxeermiddelen meekrijgen bij obstipatie of ter preventie hiervan, waardoor het niet nodig is om dit in de vragenlijst op te nemen als apart thema, maar wel geïncorporeerd in een vraag.

Informatiebron eerste uitgifte:

VI-folder (2 interviews)	<p>Interviewer: Oké. Dan zal ik beginnen met de bespreking met de patiënten. Wat bespreekt u tijdens een eerste uitgifte van opiaten met de patiënten?</p> <p>R16: 'Nou eigenlijk nemen wij de VI-folder door hè. We hebben gewoon VI-folders die nemen we gewoon door.'</p> <p>Interviewer: Bennekom, ja oké. Dan zal ik beginnen met het onderdeel bespreking met patiënten. Uhm wat bespreekt u met patiënten over opiaten tijdens een eerste uitgifte?</p> <p>R17: 'Nou wij houden eigenlijk de VI-folder aan. Ik weet niet of je die kent. Wat daarin staat wordt besproken'</p>
AIS/GIP/EU-briefje (2 interviews)	<p>R14: 'J'a, ja, ja inderdaad het EU-briefje. En je hebt in het pharmacom systeem tijdens je receptverwerking krijg je zo een informatie blok te zien met extra informatie. Daar haal ik dan mijn informatie uit. Ja, ja, ja'</p> <p>Interviewer: Nee. En waar haalt u de informatie vandaan die u vertelt tijdens de eerste uitgifte van de opiaten? Dus denk aan bijvoorbeeld een EU-briefje of het systeem?</p> <p>R15: 'EU-briefjes.'</p>
Anders: standaard protocol, bijsluiter, kennisbank (2 interviews)	<p>R1: Ja dat ligt er een beetje aal bij verschillende recepten. Over het algemeen verstrekken we gewoon informatie aan de hand van een standaard protocol'</p> <p>Interviewer: Oké. En waar haalt u de informatie vandaan die u vertelt tijdens een eerste uitgifte?</p> <p>R18: 'Uhm ik haal ze uit de bijsluiter, en vanuit de kennisbank.'</p>

- Informatiebron tweede uitgifte:

Vragenlijst (2 interviews)	R16: 'Nee, we hebben voor een tweede uitgifte heb je zegmaar eigenlijk een folder, bij een tweede uitgifte heb je alle medicatie zegmaar daar kan je een vinkje aanvinken en krijg je een folder er uit.'
----------------------------	---

	R17: 'Nee, nee, nee. Dus we gaan gewoon ons vragenlijstje die we moeten vragen, die gaan we langs.'
AIS/ TU-briefje (2 interviews)	R14: 'Ja ja tevens zo, er komt standaard een tweede uitgifte briefje erbij. Ja en eventueel ook het informatieblok in het Pharmacom systeem. Ja, ja.' Interviewer: briefjes. En de informatie of de vragen die u stelt tijdens een tweede uitgifte van waar haalt u die R15: 'Ook briefjes.'
Anders: standaardvragen, WIBO, afspraken TU (2 interviews)	R1: 'Ja dat ligt er een beetje aal bij verschillende recepten. Over het algemeen verstrekken we gewoon informatie aan de hand van een standaard protocol' Interviewer: Oké, dat is heel heftig. En waar haalt u de informatie vandaan die u tijdens een tweede uitgifte vertelt? R18: 'Dat is gewoon eigenlijk door open vragen te stellen, over de ervaringen.'

Uit de interviews is gebleken dat de apothekersassistenten voor een eerste uitgiftegesprek (EU), vooral VI-folders, EU-briefjes/het apotheekinformatiesysteem (AIS), bijsluiters en de kennisbank gebruiken als bron om voorlichting te geven aan de patiënt. Voor de tweede uitgiftegesprekken (TU) worden TU-briefjes, AIS, vragenlijsten en vragen die zijn afgesproken in de apotheek, gebruikt als bron om de medicatie te bespreken. Deze resultaten uit de interviews geven een goed beeld weer van de bronnen waar apothekersassistenten hun informatie vandaan halen voor eerste en tweede uitgiftegesprekken. Hierdoor is het niet noodzakelijk om dit onderwerp mee te nemen in de vragenlijst.

- Afleverduur eerste recept

Twee weken (7 interviews)	R3: Ja precies, dat is eigenlijk bij alle medicijnen dat bij een eerste uitgifte voor 2 weken wordt meegegeven. Ook bij de opiumwet natuurlijk. R17: 1201: in principe leveren we standaard voor 2 weken af. Volgens de regels in Nederland, dat je alles voor 2 weken aflevert. In principe voor 2 weken.
Een maand (maximaal) (1 interview)	Interviewer: Oké, ja, oké. Uhm even kijken en stel een arts schrijft een eerste recept voor, voor een maand. Voor hoelang levert u dan af? R18: wij leveren voor maximaal een maand af.

Uit de resultaten van de interviews is gebleken dat de meerderheid van de apothekersassistenten de medicijnen bij een EU voor twee weken afleveren. Aangezien in de interviews het overgrote deel voor twee weken aflevert is het overbodig om een vraag hierover mee te nemen in de vragenlijst.

- Checks

Check gebruiksduur (1 interview)	R9: Bij het krijgen van een jaarrecept gaan bij mij natuurlijk wel de toeters en bellen aan van is dit wel de bedoeling. Dan neem ik contact op met de dokter omdat ik wil weten hoe dat zit. Vaak is dat namelijk niet de bedoeling en vaak ook helemaal niet haalbaar.
Check dosering (2 interviews)	R9: Als iemand binnenkomt en zegt ik heb enorme pijn in mijn been en ik wil 20 mg en dat staat ook op het recept dan moet er bij jou toeters en bellen aangaan met waarom nu bij een eerste uitgifte meteen al 20 mg voor pijn in een been? Als je pijn in de rug hebt dan zou 20 mg wel kunnen. Ik zit nu al zo lang in het vak en ben nu zo geroutineerd dat ik weet dat er een indicatie nodig is voor deze hoge dosering.

Hoewel hier niet expliciet naar is gevraagd, is uit een aantal interviews gebleken dat de dosering van opioïden wordt gecontroleerd en uit één interview is gebleken dat de gebruiksduur wordt gecontroleerd. Het is belangrijk om hiernaar te kijken bij een grotere groep respondenten, omdat dit een belangrijk onderdeel is

en invloed kan hebben op de bespreking van informatie over opioïden. Hierdoor zullen hierover vragen gesteld worden in de vragenlijst, onder het kopje van de eerste en tweede uitgiftegesprekken.

INFORMATIEVOORZIENING

EERSTE UITGIFTE

<p>Werking of effect (10 interviews)</p>	<p>R12: standaard bespreek ik het effect, R14: Ja hè je gaat nou hè de werking van het tablet bij langs is het kortwerkend snelwerkend hè daar zit natuurlijk een verschil in. R15: Uhm, de werking van opiaten en dat het wel echt een sterkwerkend medicijn is</p>
<p>Vragen naar opiaten en andere pijnstillers Wel: 2 interviews Niet: 2 interviews Dossier afhankelijk: 3 interviews</p>	<p>R9: Ook vraag ik of ze van tevoren paracetamol uitprobeerde hebben of andere medicijnen. Ik kijk ook mee in het systeem of ze bijvoorbeeld al tramadol hebben gehad. Dat is namelijk een vergrotende trap. Als ik dan merk en zie dat we dan overgaan naar opiaten dan zeg ik inderdaad dat de patiënt het kan gaan gebruiken.</p> <p>R18: Uhm als ik een eerste uitgifte doe dan vraag ik eigenlijk niet naar de daarvoor gebruikte pijnstiller.</p> <p>R15: Uhm, bij opiaten meestal niet echt. Kijk als ik zie dat ze verder nog wat in de historie daarnaast hebben staan zeg maar, dan vragen we wel van goh heeft u dit nog in gebruik of heeft u dat nog in gebruik. Uhm maar als zij dat niet hebben, ga ik niet vragen of ze daarnaast nog paracetamol ofzo gebruiken.</p>
<p>Overig (vragen beantwoorden/vertellen dat ze niet zomaar kunnen stoppen maar arts raadplegen etc.) (8 interviews)</p>	<p>R5: Dat ze met elk verschijnsel contact met de dokter moeten nemen of met ons omdat wij contact met boven hebben.</p> <p>R10: Zeker met afbouwen. Ook vaak in overleg met de arts. Nooit zelf zomaar iets doen.</p> <p>R13: En bij aanhoudende pijn vertellen we dat er contact opgenomen moet worden met de arts omdat er waarschijnlijk iets anders aan de hand waardoor de pijn niet weggaat. Pijnstillers zorgt ervoor dat de pijn weggaat maar niet dat de oorzaak weggaat.</p>
<p>Navragen informatie gekregen door arts Wel: 6 interviews Niet: 2 interviews</p>	<p>R14: Ja, ja, ja hè het is eigenlijk beetje een eerste soort vraag van wat weet u daarvan, wat heeft de huisarts of de arts verteld, dan probeer je zo het gesprek in te gaan. Ja, ja.</p> <p>R16 : Nee dat vraag ik niet , dat vraag ik niet. Het is misschien wel eigenlijk inderdaad zegmaar verstandiger om uhm, kijk als er iets onduidelijk is dan vraag je het wel aan een patiënt van he qua gebruik als het zegmaar niet duidelijk op het recept staat. Dan vraag je dat wel na, maar meestal is dat niet het geval.</p> <p>R17: Ja. Bij elke eerste uitgifte ga je vragen van ja wat heeft de arts u al verteld. En dan proberen we aan te vullen wat de arts niet heeft gezegd. Of je herhaalt het nog een keer.</p>
<p>Navragen informatie arts laxans (2 interviews)</p>	<p>R9: Eventueel laxans toevoegen beleid wordt meegeven en je vraagt of de dokter er al contact met hen over gehad heeft of ze dat moeten gebruiken.</p>

<p>Indicatie</p> <p>Subtiel gevraagd (soms): 3 interviews</p> <p>Patiënt vertelt zelf: 4 interviews</p> <p>Niet verteld of nagevraagd: 6 interviews</p> <p>Indicatie verteld door assistent: 5 interviews</p> <p>Indicatie of soort pijn nagevraagd bij de patiënt: 5 interviews</p>	<p>R1: Ja, dat denk ik wel, want ik ga niet aan iedereen vragen van wat is de indicatie. Bij opium medicijnen</p> <p>Interviewer: Vraag je dan ook naar de indicatie? Want vaak staat dat natuurlijk niet op het recept</p> <p>R10: Niet altijd. Soms wel.</p> <p>‘Uiteraard ook waarvoor het gebruikt wordt.’</p> <p>O6: de indicatie bedoelt u?</p> <p>R11: Ja.</p> <p>R15: Vaak vertellen ze ook wel van goh uhm, ik heb een nieuwe heup gekregen of ik heb een nieuwe knie. En dan weet je ook zegmaar wel waarvoor het is.</p> <p>R18: Uhm we vragen altijd wel naar voor wat voor soort pijn het wordt gebruikt.</p>
<p>Gebruik (11 interviews)</p>	<p>Wat bespreek je tijdens een eerste uitgifte van opiaten?</p> <p>R11: sowieso het gebruik, dus hoe vaak ze het moeten gebruiken</p>
<p>Extra informatie (VI-folders/informatiefolders/bijsluiters, interactiefolders/kijksluiters/GIP)</p> <p>18 interviews</p>	<p>R2: Alleen een VI folder bij eerste uitgifte.</p> <p>R5: Oh ja, bijsluiters altijd, interactiefolders bij een interactie en die lichten we ook toe. Voor de rest niks.</p> <p>R8: Alleen de VI folder en de bijsluiter.</p> <p>R13: Ja tijdens een eerste uitgifte krijgen ze altijd een gepersonaliseerde eerste uitgifte brief mee. Daarna zijn ze altijd welkom als ze extra informatie nodig hebben van de apotheek.</p>
<p>Dosering (3 interviews)</p>	<p>R1: en de dosering</p> <p>R12: Natuurlijk ook de dosering</p>
<p>Bijwerkingen</p> <p>Rijvaardigheid/reactievermogen: 15 interviews</p> <p>Obstipatie: 16 interviews</p> <p>Misselijkheid: 3 interviews</p> <p>Duizeligheid: 2 interviews</p> <p>Alcohol: 1 interview</p> <p>Afhankelijkheid/verslaving: 4 interviews</p> <p>Gewenning: 6 interviews</p>	<p>R3: Wat de bijwerkingen zijn. Bij opiaten is vooral belangrijk dat het obstipatie kan veroorzaken. Dus dat mensen dat goed in de gaten moeten houden.</p> <p>R5: dat ze duizelig kunnen worden, misselijk, reactievermogen kan beïnvloed worden, als ze teveel gaan spelen kunnen ze ook dingen verbeelden, maar dat zeggen we niet altijd erbij. Soms vinden ze dat een beetje eng.</p> <p>R8: Rijvaardigheid, uhm ook vaak het langzaam opstarten van onderdrukken van de pijnstilling , misselijkheid, uhm obstipatie.</p> <p>R10: Ja dat inderdaad en het reactievermogen wordt minder. Je wordt er suf van. Obstipatie dus inderdaad en dat je er afhankelijk van kan worden.</p> <p>R13: We vertellen ook dat er gewenning op kan treden.</p>

	R15: En we vertellen vaak ook altijd bij de eerste uitgifte over reactievermogen en alcohol. Die had ik nog niet gezegd maar dat vertellen we ook.
Beoogde gebruiksduur Wel besproken: 9 interviews (bij de rest van de interviews niet vermeld)	R8: Enige wat ik vertel bij eerste uitgifte is dat het meestal kortdurend gebruik moet worden R16: Dat het eigenlijk, dat het niet zeg maar gebruikelijk is om op lange termijn te gebruiken maar op een korte termijn.

Met behulp van de interviews is de informatie die apothekersassistenten geven aan patiënten over opioïden, duidelijk in kaart gebracht. Tijdens een eerste uitgiftegesprek worden vooral: de werking/effect van medicatie, het gebruik, de bijwerkingen en de beoogde gebruiksduur besproken. Aangezien het doel van dit onderzoek is om ook weer te geven hoe de informatievoorziening is, zal er hierover een vraag opgenomen worden in de vragenlijst om de informatievoorziening in beeld te brengen bij een grote groep apothekersassistenten.

- **TWEEDE UITGIFTE**

Werking of effect gevraagd (11 interviews)	R16: dan vraag je eigenlijk of het zeg maar effect heeft gehad
Vragen naar opiaten en andere pijnstillers (Wel: 1 interviews Niet: 1 interview Dossier afhankelijk: 3 interviews)	Interviewer: En vraagt u dat dan altijd tijdens de eerste uitgifte of de tweede uitgifte? R14: Ja, uhm ja allebei wel, ja, ja, ja. Ja om mensen echt wel bewust van te maken van ja dit moet je eigenlijk zo kort mogelijk gebruiken en er zijn andere alternatieven ja, ja, ja, ja. R17: Nee, eigenlijk niet. Nee. Soms vragen ze zelf wel van mag ik er nog paracetamol bij gebruiken. Uhm maar het is niet dat ik er bewust naar vraag.
Overig (of er nog vragen zijn, alles duidelijk is) 9 interviews	R4: Sommige hebben dan ook nog zelf vragen. En die kan je dan gewoon netjes beantwoorden.
Indicatie Subtiel gevraagd (niet altijd): 3 interviews Patiënt vertelt zelf: 2 interviews Niet verteld of nagevraagd door assistent: 6 interviews Indicatie verteld door assistent: 1 interview Indicatie of soort pijn nagevraagd bij de patiënt: 4 interviews	Oké. Vraagt u tijdens een tweede uitgifte de indicatie na bij de patiënt? R15: Nee. R17: Ja in principe doen we geen standaard afspraak dat we dat vragen. R5: Bij de TU vragen we meestal naar de indicatie.
Gebruik 10 interviews	R11: Hoe het gaat met het gebruik. R12: Ik vraag vooral hoe het is gegaan met het gebruik,
Ervaring 13 interviews	R4: En ja en je vraagt verder hoe ze erop reageren of het goed gaat. R18: Nou hoe mensen het ervaren hebben,
Bijwerkingen 16 interviews	Interviewer: en naar welke bijwerkingen vraag je dan? R5: meer algemeen. Of ze dingen hadden die ze ervoor niet hadden. Net als plotselinge dingen verbeelden, of ze heel moe of slaperig zijn, heel suf zijn, of ze

	misselijk zijn, of ze obstipatie hebben, want je moet altijd een laxans erbij geven. Of ze dat wel goed gebruiken R7: TU vraag ik of er bijwerkingen zijn geweest
Beoogde gebruiksduur Wel besproken: 2 interviews Niet besproken: 1 interview	R14: Ja, ja, ja, ja, ja dan probeer je wel van is het nog echt nodig, hè moet u het nog echt nog langer gebruiken.

Met behulp van de interviews is de informatie die apothekersassistenten geven aan patiënten over opioïden, duidelijk in kaart gebracht. Tijdens een tweede uitgiftegesprek worden vooral: de werking/effect van medicatie, het gebruik, de ervaring, de bijwerkingen en de beoogde gebruiksduur besproken. Aangezien het doel van dit onderzoek is om ook weer te geven hoe de informatievoorziening is, zal er hierover een vraag opgenomen worden in de vragenlijst om de informatievoorziening in beeld te brengen bij een grote groep apothekersassistenten.

- **RISICO'S CHRONISCH GEBRUIK**

Risico's chronisch gebruik Wel verteld: 3 interviews Niet verteld: 15 interviews	R5: Wij vermelden alleen dat het verslavend kan raken en kan zorgen voor gewenning, dat er bijwerkingen kunnen voorkomen en dat ze niet zomaar mogen stoppen. Maar we vertellen niet dat het heel gevaarlijk is. Interviewer: Wat wordt er tijdens de EU en TU verteld over de risico's van chronisch gebruik van opiaten? R6: Eerlijk gezegd wordt er in de praktijk niet heel erg wat verteld, wat ik bij ons ervaar. R8: Ik vertel eigenlijk niet iets over dat het verslavend zou kunnen zijn
--	--

Uit de interviews is gebleken dat merendeels van de apothekersassistenten tijdens een eerste en tweede uitgiftegesprek niks vertellen over de risico's van chronisch opioïden gebruik, met name de verslaving. Aangezien dit onderzoek het belang benadrukt van de bespreking van de risico's van chronisch opioïden gebruik, is het zeker relevant om na te gaan hoe de informatievoorziening hierover is bij meerdere apothekersassistenten. Bovendien is het ook belangrijk om te kijken wat de barrières zijn voor apothekersassistenten bij de bespreking van opioïden verslaving.

OVERWEGINGEN VOOR HET WEL/NIET BESPREKEN VAN ONDERWERPEN

- **PATIËNT GERELATEERD**

Verantwoordelijkheid patiënt 4 interviews	R13: nee eigenlijk niet, het is ook een stukje eigen verantwoordelijkheid van de patiënt vind ik. De apothekersassistente legt uit wat voor gevolgen opiaatgebruik mee kan brengen en als dat hun niet boeit dan denk ik wie ben ik dan om me uit te spreken van hey je moet stoppen als de arts er toestemming voor geeft Interviewer: dus als ik het goed heb begrepen: worden de bijwerkingen bij de patiënten niet benadrukt? Omdat jullie de patiënten niet willen afschrikken. R5: het wordt wel gezegd, maar we blijven er niet op hameren. We zeggen niet elke keer dat ze verslaafd kunnen raken, dat gaat niet en dat kan je ook niet zeggen. Je zegt het in het begin. En de patiënten weten ook meestal waaraan ze beginnen.
--	--

Patiënt zelf al sceptisch 2 interviews	R9: Mensen zijn over het algemeen terughoudend met opiaten. Als ze een recept dan in komen leveren voor de eerste keer dan zeggen ze al heel vaak uit zichzelf van; "ik weet niet of ik dit moet doen hoor, want ik wil helemaal niet verslaafd worden".
Patiënt wil geen informatie/geen acceptatie door patiënt 7 interviews	R5: Want patiënten zijn heel prikkelbaar. Die hebben zoiets van waar bemoeien jullie je mee. We vragen dan heel rustig van heb je het nog wel nodig of heeft u nog pijn. Maar meestal is dat wel zo. R6: Ja bij de patiënten meestal wel, ze willen heel snel de medicijnen meenemen en willen weer weg. Veel willen ze niet horen. Dat is ook wel iets
Ontbreken achtergrondinformatie 4 interviews	R1: Wat ik wel vaak lastig vindt is dat je niet in iemands medicatie of patiëntendossier kan inzien, dus je ziet vaak niet wat de beweegredenen zijn waarom iemand het moet gebruiken of nodig heeft. Dus dat vind ik soms ook lastig die koppeling dan. Dan hoor je wel eens aan de telefoon van...
Onnodig bang maken patiënt 6 interviews	R1: Ik ga niet mensen al bang maken van 'o dat is misschien verslavend, je moet hiermee stoppen' R17: Ja, je wil niet dat ze bang worden van het medicijn.
Leeftijd patiënt 1 interview	R2: maar dus ook weer die verslaving afhankelijk van hoe oud iemand is. We hebben nog wel wat jongere patiënten met oxycodon bijvoorbeeld. Afhankelijk dus van hoe oud iemand is, qua verslaving. Dat is denk wel wat je hetgeen wat je meest benadrukt denk ik
Komt negatief over 3 interviews	R11: Verslaving. Interviewer: waarom vind je het lastig om dat te bespreken? R11: Het komt heel erg negatief over en om dat aan de patiënt te vertellen vind ik lastig omdat je niet van tevoren weet hoe de patiënt hierop zal reageren.
Kennis/behoefte patiënt 9 interviews	R2: Als je zware pijnstilling hebt dan doe ik het eigenlijk gewoon vrij globaal, omdat ze meestal al vrij veel informatie hebben gekregen van de arts. R4: Dat is beetje patiënt afhankelijk, sommige patiënten begrijpen dingen niet zo goed. Dat klinkt een beetje gek, maar dan kan je het wel aan vertellen maar die snappen dan toch niet wat je bedoelt. Sommige mensen zijn wel heel open en duidelijk. En die vinden het wel fijn dat je alles wel vertelt. R18: Soms heb je mensen die ineens in huilen uitbarsten omdat ze net hebben gehoord dat ze uhm uitbehandeld zijn, dus. Dus ik richt me heel erg op waar staat iemand voor open, waar is op dat moment behoefte aan.
Indicatie patiënt 11 interviews	R2: Eindstadium kanker of net beginstadium kanker wil je dat soort dingen überhaupt niet horen. Dan heeft iemand al zoveel op z'n bordje. Dan is verslaving nog het minst belangrijkste lijkt mij. R4: Soms is het kort gebruik na een operatie dat iemand het krijgt. Bij sommige mensen is het natuurlijk als ze aan het laatste deel van hun leven zijn. Dat ze ook opiaten krijgen. Je hebt dan verschillende soorten uitleg dan R13: Bij chronische pijn vertel ik de gewenning. Bij terminale patienten kan ik niet zeggen probeer minder te gebruiken omdat het negatief overkomt vind ik terwijl je weet dat de pijnstillers het leven nog een beetje aanvaardbaar maakt voor deze mensen. Het enige wat ik dan doe, dan spreken we eerst met de arts om de

	<p>dosering te bespreken als deze te hoog is. Bij deze patiënten bespreek ik geen gewenning, wel dat het reactievermogen beïnvloed kan worden. Bij chronische pijn patiënten zeggen we wel van hey ga eerder voor een NSAID of paracetamol dan voor morfine of fentanyl.</p> <p>R14:: Uhm, nou qua informatie denk ik niet. Ja kijk nou bijvoorbeeld bij dat stukje verslaving dan ga je daar niet denk ik heel erg bovenop zitten want ja dan denk ik van ja eigenlijk is dit niet helemaal voor deze persoon niet heel belangrijk dan hè want die is het gewoon echt nodig en die zit in heel andere fase en dan denk ik van na ja dan is het maar een kleinere bijkomstigheid. Zo voelt dat dan hè. Vanaf de zijlijn gezien ja. Daar zit wel een verschil in ja ja, ja.</p>
Dosis afhankelijk 1 interview	R9: Vaak kijk je in het systeem of mensen al een laxans hebben en waarom ze het krijgen en ook hoe hoog de dosering van het opiaat is. Kijk als je 5 mg oxycodon krijgt en je hebt dat maar 2-3 keer per dag nodig. 's Morgens en 's avonds een langwerkende, dan heb je daar nog niet meteen een laxans bij nodig mits het niet langer dan drie weken gebruikt gaat worden. Dus daar kijk ik wel meestal even naar
Belerend overkomen 1 interview	R14: Uhm, ja nou hè als je op de verslaving gaat zitten hè dan uhm dat wil je wel benoemen hè dat is natuurlijk ook heel belangrijk maar dat kan ook, mensen willen die pijnstilling dan dus je wilt dan ook niet heel, hoe zeg je dat, heel belerend overkomen ofzo. Dus dat stukje van nou hè mensen moeten het wel weten maar je doet daar ook weer voorzichtig in op een bepaalde manier. Ja dat ja.
Angst voor reactie patiënt 4 interviews	R12: Ja, soms vind ik het lastig om een persoon te vertellen dat die de komende tijd niet auto mag rijden omdat het reactievermogen beïnvloed wordt. Soms gaan patiënten in discussie dat het echt niet kan vanwege werkomstandigheden en dat vind ik best wel lastig. Ik vind het ook lastig om over bijvoorbeeld verslaving te bespreken met de patiënt omdat ik de reactie van de patiënt niet kan voorspellen.

Tijdens de interviews is gevraagd naar redenen waarom apothekersassistente bepaalde informatie wel/niet geven. De redenen die vooral voorkwamen in de interviews waren: dat de patiënt zelf geen informatie wil, dat zij de patiënten niet bang willen maken, dat de informatie niet altijd aankomt bij de patiënt vanwege kennis, dat de informatie die gegeven wordt afhankelijk is van de indicatie van de patiënt en angst voor reactie van de patiënt. Hierdoor worden deze onderwerpen meegenomen in de vragenlijst, om te kijken hoe andere apothekersassistenten dit ervaren.

- **Assistente gerelateerd**

Verantwoordelijkheid voorschrijver 13 interviews	<p>R1: Ik ga niet mensen al bang maken van 'o dat is misschien verslavend, je moet hiermee stoppen'. Dat vind ik echt iets voor bij de huisarts.</p> <p>Interviewer: Oké. En als een patiënt het wel chronisch gebruikt, vinden jullie het dan ook lastig om het aan te kaarten?</p> <p>R5: dan geven we het door aan de behandelaar. Wij gaan daar niet in zitten.</p>
Kennis assistente 4 interviews	R2: Er zit natuurlijk een verslavingskans in bij chronisch gebruik. Ik zie 1 patiënt voor me die altijd op de morfine van Centra Farm nodig heeft, bepaald merk, weet niet of dat nog helpt eigenlijk. Maar goed. *nadenken* Ja, misschien zouden wij daar wel iets meer in moeten doen eigenlijk. Dan misschien niet eens naar de

	patiënt toe, maar via de dokter. Zeg maar van dat het opvalt dat het al zo lang in gebruik is, heeft het überhaupt nog zin om te gebruiken of moeten we niet is naar iets anders? Zouden we daar iets in kunnen betekenen? Weet niet. Goede vraag eigenlijk.
Wordt niet aan gedacht 2 interviews	R10: maar als iemand het voor het eerst gaat gebruiken dan is dat niet iets wat je als eerste bedenkt. Dat is het meer. Je gaat iemand uitleggen dat het voor de pijn is. De eerste gedachte dat het dan verslavend zou kunnen werken die is er bij mij nog niet.
Geen wijziging verwacht door assistente 1 interview	R9: Vaak heb ik het niet over verhoging of verlaging van de dosering want die blijft meestal wel een tijd hetzelfde.

Ook zijn veel apothekersassistenten uit de interviews van mening dat het geven van bepaalde informatie de verantwoordelijkheid is van de voorschrijver. Hierdoor is het belangrijk om zo een veelvoorkomende mening mee te nemen in de vragenlijst, om te bepalen hoe meerdere apothekersassistenten hierover denken.

- **Proces gerelateerd**

Gebaseerd op informatiebron: 2 interviews	R16: Nee daar is geen reden voor, dat is gewoon ja, dat is eigenlijk bij alle geneesmiddelen zo dat je als je aflevert dat je gewoon de belangrijkste punten doorneemt.
Tijdsdruk/werkdruk 2 interviews	R6: Het is wel zo dat, niet dat het niet vermeld wordt het wordt wel besproken maar het gaat een beetje snel, het wordt voorgeschreven ze krijgen het mee, we leggen er wat over uit en dat is het.

- **Geen overwegingen** (1 interview)

OPVATTINGEN ASSISTENTEN

- **Zelf gebruiken**

Wel 6 interviews	R8 Dat ligt eraan. Als ik echt verga van de pijn en ik heb alles geprobeerd en je gaat van een mild medicijn naar sterker en nog sterker en een opiaat is echt wat je nodig hebt dan zou ik dat doen. Ik denk als je zoveel pijn hebt zelf en dat is wat werkt dan moet je dat maar dagelijks slikken. R17:Nou als het nodig is zou ik het wel gaan gebruiken.
Niet 3 interviews	R4: Als ik het zelf zou moeten gebruiken? Dat zou ik niet willen.
Kortdurend gebruik, niet chronisch 5 interviews	R7: ik ben niet echt fan van medicatie moet ik zeggen. Maar mocht ik pijnstilling nodig hebben dan zou ik het wel kortdurend willen innemen. Als het echt dringend is. Interviewer: en stel je zou het langdurig moeten innemen? 0402: langdurig zou ik toch wel voor een andere oplossing kiezen. Voor een andere behandeling. R18: Ja, dus ik zou het heel kortdurend gebruiken.

De vraag aan apothekersassistenten in de interviews was hoe zij er tegenover zouden staan als zij zelf opioïden moesten gebruiken. Aan de hand van deze vraag is hebben apothekersassistenten beter hun visie op het gebruik van opioïden kunnen uitleggen, en waarom zij het wel of niet zouden gebruiken. Echter is dit onderdeel niet van belang voor de vragenlijst, omdat het uiteindelijk niet gaat over de apothekersassistenten zelf.

- **Te makkelijk voorgeschreven: 8 interviews**

Te makkelijk voorgeschreven: 8 interviews	<p>R4: Ik vind het soms te makkelijk uitgeschreven. Dat vind ik. Mijn mening eigenlijk.</p> <p>R5: Het gaat naar mijn idee best makkelijk, ook met het voorschrift door de arts.</p> <p>R8: Ik vind dat als een patiënt een herhaalrecept aanvraagt en ik weet dat assistentes bij de huisarts eigenlijk vaak maar gewoon wat doen.</p>
---	---

Veel apothekersassistenten vinden dat de opioïden recepten makkelijk worden voorgeschreven. Ondanks dat hier niet expliciet naar werd gevraagd tijdens de interviews, kwam deze mening wel vaak naar voren. Hierdoor is het relevant om dit op te nemen in de vragenlijst om te kijken hoe andere apothekersassistenten hierover denken en hoe zij dit ervaren.

- **Ondersteuning of begeleiding onvoldoende: 6 interviews**

Ondersteuning of begeleiding onvoldoende: 6 interviews	<p>R15: Uhm, ja ik, sommige mensen, ik denk dat iedereen inderdaad meer moet soms kijken naar wat ze er kunnen aan doen aan de oorzaak van de pijn waarvoor ze het krijgen inderdaad en moeten kijken met de arts of ze kunnen afbouwen, uhm ik heb ook wel gezien dat mensen echt een heel snel afbouwschema krijgen waardoor ze echt weer heel erg last krijgen van ontwenningverschijnselen. Dat er soms ook wel iets meer aandacht naar mag naar hoe kan je het beste afbouwen als je wel echt lang hebt gebruikt voor een hernia ofzo waar je operatie super lang voor is uitgesteld.</p> <p>R9: Nee, ik denk dat het ligt aan de gewenning van het medicijn. Effectief is het op een gegeven moment niet meer. Omdat ze denken dat ze het allerbeste medicijn hebben wat ze kunnen nemen. Spreek ik uit ervaring met mensen die dit redelijk veel gebruiken. Die denken dat er niets meer is na dat medicijn. Dus dat dit het allerergste is en dat ze verder ook niets meer kunnen. En daar wordt eigenlijk te weinig ondersteuning in gegeven. En dat vind ik het probleem in opiumgebruik.</p>
--	---

In een aantal interviews hebben apothekersassistenten aangegeven dat de ondersteuning of begeleiding van patiënten bij het gebruik van opioïden weinig is. Ook dit onderwerp is belangrijk om in kaart te brengen aan de hand van de vragenlijst. Tijdens de interviews is dit onderwerp niet aan bod gekomen, waardoor het relevant is om hier nu wel een vraag over te stellen.

- **Behoeft nascholing**

Wel 3 interviews	<p>R14: Uhm, ja nou mis je ook wel dat stukje communicatie hè naar de mensen toe van dat ze toch meer duidelijkheid kunnen halen van waar wordt het dan misschien voor gebruikt, dat stukje hè dat stukje communicatievaardigheden, daarin nog wat meer toegereikt krijgt. Ja ik denk vooral voor hè, nou in de beleving ook van mensen he dus dat je ook, he dan mis je dat stukje ook wel van dat je ook in iemands uhm, nou dat je niet vanaf de zijlijn zomaar dingen zegt maar dat je ook met mensen meedenkt, meeleeft soms hè dus dat stukje. Dus vooral bij dit soort situaties zitten mensen toch vaker in ja heftige situaties denk ik.</p>
------------------	---

	<p>R15: Ja ik denk dat er sowieso altijd wel over alles eigenlijk wat wij doen, sowieso wel heel goed is dat wij regelmatig nascholing krijgen ook</p> <p>R17: specifiek over opiaten denk ik niet, want ik denk dat iedereen dat eigenlijk best wel weet. Maar als je zegmaar in een cursus tips zou hebben over hoe je dan zo een verslaving zou kunnen voorkomen, met voorlichting, dan denk ik dat het voor iedereen nuttig is.</p> <p>R17: Hoe je het kan achterhalen dat iemand op de grens zit en dat je ze net op tijd erbij bent om ze te laten afbouwen voordat ze verslaafd raken.</p>
Niet 2 interviews	<p>R16: Nu vraag je me een vraag. Als ik heel eerlijk moet zijn, ik denk dat wij het eigenlijk al, ja, dat we het al behoorlijk goed doen, denk ik zelf hoor. Maar tuurlijk het zal altijd niet 100% zijn, tuurlijk zou je er altijd wel extra dingen bij kunnen leren maar ik denk dat, als ik heel eerlijk moet zijn, en ik wil niet uit de hoogte zijn, maar ik denk eigenlijk dat wij het ook echt wel hartstikke goed doen</p> <p>R18: uhm we hebben een hele goeie apotheker die zich helemaal gespecialiseerd is in pijn en daarbij ook in opiaten. Dus ik denk dat er vanuit het team geen extra bijscholing maar wel heel fijn dat dat de apotheker die bijscholing heeft gegeven. Dus wij krijgen hem.</p>

Tijdens vijf van de totale interviews is aan de respondenten de vraag gesteld of zij behoefte zouden hebben aan nascholing van opiaten. Een aantal apothekersassistenten hebben aangegeven dit wel te hebben. Zij zouden dan een stukje over verslaving willen leren, de bewustwording hiervan, het onbewust iets leren van opiaten en hoe je met voorlichting verslaving kan voorkomen. Hierdoor kunnen deze onderdelen als opties in een vraag gezet kunnen worden, om te kijken of andere apothekersassistenten hier ook behoefte aan zouden hebben.

Tijdens vijf van de totale interviews is aan de respondenten de vraag gesteld of zij behoefte zouden hebben aan een training voor de bespreking van opiaten met patiënten. Weer een aantal apothekersassistenten hebben aangegeven om wel de behoefte te hebben, namelijk: de bewustwording van wat men allemaal vertelt en hoe men zich gedraagt, het meedenken en meeleven met patiënten en hoe je kan achterhalen dat iemand op de grens zit en dat je ze net op tijd erbij bent om ze te laten afbouwen voordat ze verslaafd raken. Ook deze onderdelen kunnen als opties in een vraag opgenomen worden, om te kijken of andere apothekersassistenten hier ook behoefte aan hebben.

- **Aanpassing informatiebron**

Wel 5 interviews	<p>R6: ja de nadelige effecten zoals gewenning en de bijwerkingen zouden naar mijn idee meer besproken moeten worden. Zodat de mensen weten wat ze krijgen en dat het misschien echt kortdurig is en heel snel gewenning kan geven. Het wordt wel verteld, maar ik denk dat er meer nadruk op moet komen</p> <p>R14: Ja, naja hè als je dan hè over die verslaving hebt dat wordt dan nergens niet echt genoemd. Dus dat is denk ik echt wel vooral op het briefje want dat is natuurlijk een hele korte omschrijving van wat erop staat, dus ik denk dat dat echt wel verbetering kan zijn ja, ja.</p> <p>R17: kijk als het echt zo is dat je daar meteen op moet waarschuwen, dan zou het aangepast moeten worden. Maar de vraag is inderdaad of het moet en hoe terughoudend zijn dan de mensen die het wel moeten gebruiken, gaan die het dan gebruiken of gaan ze het meteen niet gebruiken.</p>
---------------------	---

	R18: Uhm niet bij een EU en een TU. Ja nu je het erover hebt, waar jullie het onderzoek naar doen over het gevaar van langdurig gebruik, wat we misschien moeten oppakken met elkaar. Maar als je me blanco had gebeld dan had ik dat niet genoemd.
Niet 2 interviews	En vindt u dat er een aanpassing nodig is op de bron van uw informatie, dus in dit geval op de briefjes? Qua informatie wat u vertelt? R15: dat er nog meer bij moet of? Interviewer: Ja of misschien er af moet, of erbij. R15: Uhm, nee, niet zo zeer.

Over de aanpassing van de voorlichting hebben apothekersassistenten verschillende meningen. Sommige respondenten waren van mening om meer over verslaving te kunnen vertellen tijdens een uitgiftegesprek. Een aantal apothekersassistenten vonden er geen aanpassing nodig is op de informatie die zij geven over opioïden. Aangezien er verschillende meningen zijn, is het belangrijk om na te gaan wat andere apothekersassistenten hiervan vinden. Dit onderwerp zou als stelling kunnen worden opgenomen in de vragenlijst.

- **Opvattingen van assistenten over chronisch opiaatgebruik door patiënten**

R2: *Nadenken*. Er zit natuurlijk een verslavingskans in bij chronisch gebruik. Ik zie 1 patiënt voor me die altijd op de morfine van Centra Farm nodig heeft, bepaald merk, weet niet of dat nog helpt eigenlijk. Maar goed. *nadenken* Ja, misschien zouden wij daar wel iets meer in moeten doen eigenlijk. Dan misschien niet eens naar de patiënt toe, maar via de dokter. Zeg maar van dat het opvalt dat het al zo lang in gebruik is, heeft het überhaupt nog zin om te gebruiken of moeten we niet is naar iets anders? Zouden we daar iets in kunnen betekenen? Weet niet. Goede vraag eigenlijk.	R3: Nee, niet echt eigenlijk. Nee, de mensen die het chronisch gebruiken die gaan er ook wel goed mee om. Heb ik het idee. Tenzij je soms zoiets hebt van dat is wel te vroeg. Nee voor de rest niet nee, dat ik zeg van daar moeten we achteraan. Nee, ik denk wel dat mensen die het chronisch gebruiken er wel zorgvuldig mee omgaan.
R2: Ja, want heeft het eigenlijk wel zin als iemand continue morfine 10 en 30 gebruikt? Dat vraag ik me af. En dat je dan op een andere manier zou kunnen bijstaan. Dat je dan advies zou moeten durven geven. Daar heb je hem toch wel. Ik weet toevallig dat deze mevrouw ontzettend last van haar knieën heeft en dat het beter zou zijn om toch wat meer gewichtsverlies beter zou zijn. Dat je haar altijd op een brommertje langs ziet komen en dat het toch beter zou zijn als ze zou gaan wandelen of fietsen. Dat je dan op die manier iets kan adviseren. Dat is dan wat ik niet zou durven.	R3: Kijk er zijn zat andere pijnstillers, maar misschien dat ze die dan al geprobeerd hebben. Dat dat niet gewerkt heeft en dat oxycodon dan wel het laatste is, ja het redmiddel om echt zo maar te zeggen. Dat ze daar dan wel baat bij hebben. Dat kan ik me dan ook wel voorstellen, want elke dag met pijn is ook niets. Maar ja het is natuurlijk wel moeilijker om eraf te komen dan. Denk ik. Dat geloof ik graag. Dat als je denkt van ik wil proberen te stoppen kijk dan moet je sowieso natuurlijk al afbouwen, maar als je dat al jaren slikt dat het dan wel lastig gaat worden. Dat geloof ik best wel, ja
Interviewer 01 En waaraan merk je dat vooral? R4: Dat ze al gauw een ander. Als ze bijvoorbeeld paracetamol of diclofenac hebben gebruikt of iets, dat er dan al gauw een keuze wordt gemaakt naar een opiaat. Dat vind ik eigenlijk zonde. Waarom moet je gelijk een opiaat? R4: Ja, ik ben er niet zo op voor. Nee, waarom gelijk die opium? Kijk als iemand echt zwaar kankerpatiënt is en aan het einde van zijn levensfase dan is er eigenlijk ook geen andere keuze. Daar moet het ook voor bedoeld zijn. Dan ja, niet zomaar voor een pijntje. Ik vind het soms te makkelijk uitgeschreven. Dat vind ik. Mijn mening eigenlijk.	R5: als het nodig is, is het gewoon nodig. Ik vind dat ik daar geen idee over kan hebben. Ik ben geen arts, ik kan me voorstellen dat niet een gezond persoon zomaar om een opiaat gaat vragen. Als iemand veel pijn heeft, kan ik me voorstellen dat ze iets willen voor hun pijn. Ja alcohol verslaafden etc, je kan daar moeilijk een idee over hebben. Het is iedereen's prive situatie. En ik geloof wel zelf dat niemand het voor de lol gebruikt. Als het nodig is, dan moet het maar. Je hebt mensen die er misbruik van maken, maar je moet eerst naar de kern kijken en beseffen waarom de mensen het gebruiken. Dan pas ga je naar andere dingen kijken. We hadden ook een patient die ging handelen uiteindelijk, maar

<p>Interviewer 01 Ja, dus jouw mening is dat het soms wat te makkelijk wordt uitgeschreven voor wat pijnntjes. Maar dat het in sommige gevallen wel juist wordt gebruikt, bijvoorbeeld bij oncologische patiënten.</p> <p>R4: Ja, dan vind ik het ook gewoon juiste toediening. Daar is het ook voor bedoelt. Daar is geen andere keuze meer. Die kunnen niet meer een paracetamolletje hebben, dat is afdoende.</p>	<p>je kan daar niks over zeggen, de huisarts en psychiater doen al hun best. Ik kan daar moeilijk wat over zeggen, ik vind het lastig.</p>
<p>R7: we hebben patiënten die enorm verslaafd zijn aan die opiaten, dus die nemen het in als pijnstillers. Ik vind het wel zonde, want het kan zijn dat ze het helemaal niet nodig hebben maar dat ze het innemen vanwege de verslaving.</p>	<p>R8: Ik denk dat heel veel mensen ook om die reden blijven slikken want ze raken er gewoon aan gewend. Soms dan heb je hier een patiënt aan de balie, misschien heb je die op stage ook wel een keer voorbij zien komen, maar die gebruikt 12 keer oxycodon 20 mg, 6 keer van 10 mg en dan blijkt hij bijvoorbeeld ook nog een morfinepomp vanuit het ziekenhuis gekregen te hebben en dan denk ik echt bij mezelf 'dat jij nog wakker bent'. Dat is eigenlijk het enige en dan weet je gewoon dat die mensen verslaafd zijn. Artsen weten dat ook, maar er is dan niet echt iets aan te doen. Je weet dat daar iedere week een recept voor komt. Dat moet je dan laten, je weet dat daar dan niets aan te doen is...</p>
<p>R9: Nee, ik denk dat het ligt aan de gewenning van het medicijn. Effectief is het op een gegeven moment niet meer. Omdat ze denken dat ze het allerbeste medicijn hebben wat ze kunnen nemen. Spreek ik uit ervaring met mensen die dit redelijk veel gebruiken. Die denken dat er niets meer is na dat medicijn. Dus dat dit het allerergste is en dat ze verder ook niets meer kunnen. En daar wordt eigenlijk te weinig ondersteuning in gegeven. En dat vind ik het probleem in opiumgebruik.</p>	<p>Interviewer 04 En verder gaf je aan dat je denkt dat het probleem eerder bij de huisarts ligt dan in de apotheek.</p> <p>R10: Ja inderdaad</p>
<p>R12: Ja ik vind het heel erg belangrijk om verslaving en gewenning te bespreken omdat het vaak voorkomt bij chronisch gebruik.</p>	<p>R14: Oh dat vind ik wel een lastige. Ja bedoel je dan, ja gericht op opiaten natuurlijk. Ja dat je toch wel hè, naja je zou haast wel willen afraden van hè denk er goed over na om er mee te starten zegmaar, want het kan best wel nare bijwerkingen krijgen dus dat dat wel heel duidelijk is voor de mensen van dat het echt een overweging is van ga ik hiermee beginnen, hè andere dingen zijn allemaal geprobeerd of naja dus hè dat stukje ja.</p> <p>R14: Ja beetje psychisch kan het ook wat geven aan bijwerking hè dat mensen zich heel naar kunnen voelen hè. Of toch wel beetje nare gedachten of hè naar gevoel zegmaar. Dus dat stukje, dus ik denk van ja volgensmij wordt daar makkelijk over gedacht. Dat er heel snel, vooral het ziekenhuis heel snel dit toch wel voorgeschreven wordt. In mijn ogen, in onze ogen. Terwijl dat misschien helemaal niet nodig is. Dus ja, ja dat stukje ja.</p>

	<p>R14: Uhm, ja als je ziet dat iemand het echt chronisch gebruikt, dan denk je van ach wat is er toch aan de hand hè of kun je niet op een andere manier geholpen worden of dat stukje he, dat wel een beetje. Dus je kijkt wel een beetje vanuit de menselijke kant ja en je vindt het dan soms bijna zielig he, dat mensen dat constant moeten gebruiken hè dus dat ja, ja.</p>
<p>R15: Ja, ik heb geen idee, het is lastig natuurlijk altijd. Waarvoor je het krijgt inderdaad en hoe lang mensen eraan zitten. Maar ja, ik ben wel blij voor heel veel mensen dat ze er zijn en dat het wel echt een oplossing is. Tijdelijk, hoop ik voor de meeste mensen.</p>	<p>R16: Kijk als zij daar geen misbruik van maken, en niet verslaafd aan raken en als ze het nodig hebben. Dat het gewoon wel kan dat het wel mag. Snap je, maar maak je er misbruik van dat dat dan aangepakt moet worden</p> <p>R16: Als ze het nodig hebben, snap je als ze het nodig hebben ze hebben het gewoon nodig, en maken verder geen misbruik van, ja weet je wel je kan diegene niet met een paracetamol uhm naar huis sturen of met een diclofenac ik noem maar wat.</p>
<p>R17: Ik denk dat het scherp onder controle moet staan door de arts.</p> <p>R17: Ja ik vind het, voor ons is het heel lastig om te bepalen wanneer iemand over de grens gaat en het eigenlijk niet meer nodig zou hebben en dus zou moeten afbouwen. Dat krijgen we eigenlijk niet te zien of te horen. Zo een goed gesprek heb je met je patiënten niet. Dus de arts die zou de patiënt moeten vragen hoe het zit met de pijn en of dat eens een keer afgebouwd kan worden, he die moet terughoudend zijn in het voorschrijven. Wij leveren eigenlijk maar af. Dus je ziet niet het moment waarop het fout gaat. Waarop ze dus niet meer nodig hebben maar doorgaan naar we zijn eraan verslaafd. Dat stukje zie je niet, tenminste zien we heus wel verslaafde mensen omdat we weten er zijn mensen die komen paar tabletjes in de week nog halen of een doosje. Dus we weten heus wel dat we patiënten hebben die verslaafd zijn, maar het moment waarop ze verslaafd raken eraan dat kan ik aan de balie niet zien of niet ontdekken. Dat is het lastige eraan denk ik.</p>	<p>R18: Oh heel lastig. Je hebt verschillende groepen, uhm soms is het voor ons ook moeilijk om een beeld te krijgen, iemand wordt behandeld voor een hernia, ik ben niet diegene die kan beoordelen of een opiaat het juiste geneesmiddel is of dat mensen toch met een andere pijnstiller ook weg kunnen komen. Iemand die zegt ik heb het nodig, wie ben ik dan om te zeggen u heeft het niet nodig.</p> <p>R18: En mensen die dus terminaal ziek zijn, ik denk dat het enige doel is om de pijn zo goed mogelijk te onderdrukken. En of dat langdurige opiaten zijn vind ik niet zo boeiend. Mensen zijn terminaal en hebben het recht om met zo weinig mogelijk pijn te sterven.</p> <p>R18: Ja net als wat ik zeg moeilijk te beoordelen. Ik heb niet veel achtergrondinformatie. Uhm ja wie ben ik om te oordelen van dat de pijn niet heftig genoeg is om een opiaat te gebruiken. Dan heb je toch echt veel meer medische achtergrond nodig in plaats van dat ik zeg daar is de meneer weer voor oxycodon. En als ik vraag van waar gebruikt u dat voor en het is voor een hernia, dan neem ik aan dat de arts verantwoordelijk genoeg is om te besluiten of daar wel of geen OW voor nodig is.</p>

Hierboven zijn de verschillende opvattingen van apothekersassistenten weergegeven over het chronisch opioïdengebruik door patiënten. Hieronder zijn deze opvattingen samengevat:

Een apothekersassistent heeft aangegeven dat het lastig is om te bepalen wanneer een patiënt over de grens gaat en zou moeten afbouwen. Dat de arts hiernaar zou moeten vragen, omdat de apothekersassistenten het niet kunnen ontdekken aan de balie wanneer de patiënt verslaafd raakt aan de opioïde. Een aantal apothekersassistenten hebben aangegeven dat zij zich kunnen voorstellen dat als een patiënt het nodig heeft om opioïden te gebruiken, dat ze dat dan willen voor de pijn en dat de apothekersassistenten hier niet over kunnen beoordelen. Ook zijn een aantal apothekersassistenten van mening dat de reden waarom veel patiënten opioïden blijven gebruiken, de gewenning is, dat het op een gegeven moment niet meer effectief is. Hier wordt niet altijd ondersteuning in gegeven en dat dit het probleem is in opiumgebruik. Het is

belangrijk om verslaving en gewenning te bespreken omdat het vaak voorkomt bij chronisch gebruik. Bovendien betwijfelen sommige apothekersassistenten of het zinvol is om langdurig opioïden te gebruiken en of de behandeling niet op een andere manier kan. Dat de patiënten het misschien helemaal niet nodig hebben maar dat zij het innemen vanwege verslaving. Een apothekersassistent denkt dat patiënt die chronisch opioïden gebruiken er zorgvuldig mee omgaan. Een andere apothekersassistent vindt dat zolang de patiënt niet verslaafd is de opioïden gebruikt kunnen worden, maak indien er misbruik van wordt gemaakt dat dit dan aangepakt moet worden.

Voor dit onderzoek is het relevant om een aantal opvattingen mee te nemen in de vragenlijst, om de visie van apothekersassistenten op het opioïdengebruik te bepalen en om te achterhalen of apothekersassistenten open zouden staan voor veranderingen in de informatievoorziening in de openbare apotheek.

Gedachte gebruiksduur (hoelang assistenten denken dat patiënten het geneesmiddel dienen te gebruiken)

- R15: dat het ligt aan de gewenning van het medicijn. Effectief is het op een gegeven moment niet meer.
- R15: Ja ik denk dat dat ook heel erg per persoon ligt voor wat voor klachten ze het krijgen, krijg je het omdat je een nieuwe knie of nieuwe heupen hebt gekregen dan zal het voor een korte periode zijn en af moeten bouwen. Uhm krijg je het voor chronische nekklachten en dat je eigenlijk sporadisch gebruikt dan ja dan ja kan het voor jaren zijn natuurlijk.
- R16: Hoelang zou dat moeten. Ja kijk als een patiënt dat nodig heeft, het is echt per persoon heel anders. Als patiënt dat nodig heeft, en die heeft echt pijn en het dimt de pijn dan moet die dat blijven gebruiken. Het kan wel heel ja, het is gewoon echt persoonsafhankelijk denk ik.
- R17: Kijk als iemand uhm gevallen en heeft iets gebroken, dan zal die echt heel erg pijn hebben dus dan mag je best een paar weken oxycodon gebruiken. Als de pijn heel heftig is.
- R17: zodra het minder wordt, zul je moeten afbouwen.
- R17: Kijk mensen die het bijvoorbeeld langdurig gebruiken, die zullen ook palliatief zijn maar met artrose klachten en uitgezaaide kanker, nou die mevrouw die leeft bijvoorbeeld best een lange tijd. Die heeft het wel al die tijd in gebruik, dan denk ik ja geen idee. Moet je daar wel terughoudend mee zijn of stoppen of
- R17: Nee, ik denk dat we daar wel terughoudender in moeten zijn. Maar ik denk dat dat ook meer een taak is voor de arts om te zeggen van nou misschien moeten we eens iets anders proberen, iets minder sterk of proberen af te bouwen. Ik denk niet dat wij daar aan de balie heel veel mee kunnen. Behalve bij de patiënt aan te geven, maar die zegt altijd als de pijn onder controle is zijn ze alleen maar blij natuurlijk. Dus die gaat niet zomaar zeggen ik wil afbouwen.
- R18: Dat is niet in te schatten, iemand die terminaal ziek is zal dat doorgebruiken tot het einde van zijn leven. Na een operatie zie je vaak dat het echt terughoudend wordt voorgeschreven. Dus dat is heel erg qua indicatie.
- R18: Ja dan zeg je het al, als iemand het chronisch gebruikt. Dan is het eigenlijk al chronisch

Tijdens de interviews is aan een aantal apothekersassistenten gevraagd hoelang zij denken dat patiënten de opioïden dienen te gebruiken. Hierboven zijn de verschillende meningen hierover weergegeven.

Samenvatting:

De gebruiksduur van de opioïden is afhankelijk van de indicatie van de patiënt. Na een operatie zullen de patiënten het kortdurend gebruiken. Patiënten met chronische klachten of in de palliatieve fase, zullen de opioïden langdurend gebruiken. Bovendien wordt betwijfeld of er terughoudend gedaan moet worden in opioïdengebruik bij palliatieve patiënten, iemand die terminaal ziek is zal dit moeten doorgebruiken tot het einde van zijn leven. Voor de vragenlijst zal dit onderdeel deels meegenomen kunnen worden.

APPENDIX D: VRAGENLIJST (GEKOPPELD AAN COM-B MODEL)

Beste deelnemer,

Steeds meer patiënten gebruiken chronisch opioïden. Zij zijn zich vaak niet bewust van de nadelige effecten hiervan. In de openbare apotheek spreekt u deze patiënten regelmatig. De Universiteit Utrecht en SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy doen daarom onderzoek naar uw ervaringen met het begeleiden van patiënten die opioïden ophalen in de apotheek.

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten en is anoniem. We vragen naar uw mening en ervaring: er zijn geen goede of foute antwoorden.

N.B. Met de term opioïden wordt in deze vragenlijst bedoeld: sterkwerkende opioïden zoals oxycodon, fentanyl en morfine. Minder sterkwerkende middelen zoals tramadol en codeïne laten we nu buiten beschouwing. In deze vragenlijst wordt langdurig gebruik van opioïden gedefinieerd als aaneengesloten gebruik voor langer dan drie maanden.

Alvast vriendelijk bedankt voor uw medewerking namens,

Irem Simsek (UU)
Dr. M. Heringa (SIR)
Prof. Dr. M.L. Bouvy (UU)
E. Badawy BSc (SIR)
E.A.W. Jansen – Groot Koerkamp MSc (SIR/UU)

Bij vragen kunt u contact opnemen met Irem Simsek via: i.simsek@students.uu.nl

Ik heb bovenstaande gelezen en ga akkoord met het verwerken van de antwoorden voor onderzoek
 Ja

Hier volgen eerst enkele vragen over uw werksituatie

1) Huidige functie:

- Apothekersassistent(e)
- Farmakundige /farmaceutisch consulent
- Anders, namelijk: _____

2) Leeftijd:

3) Geslacht:

- Man
- Vrouw
- Anders

4) Hoeveel jaar werkervaring heeft u in de openbare of poliklinische apotheek?

5) Bevindt de apotheek waar u werkt zich in een gezondheidscentrum?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

6) De apotheek waar u werkt is een:

- Keten apotheek
- Zelfstandige apotheek
- Poliklinische apotheek

7) In welke provincie werkt u?

- Groningen
- Friesland
- Drenthe
- Overijssel
- Flevoland
- Gelderland
- Utrecht
- Noord-Holland
- Zuid-Holland
- Zeeland
- Noord-Brabant
- Limburg

De komende vragen gaan over informatievoorziening tijdens eerste en tweede uitgifte gesprekken

1) Tijdens een **eerste uitgiftegesprek (EU)** van opioïden bespreek ik het volgende:

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	Vraag ik naar wat de patiënt al weet over het opioïde	1	2	3	4	5
2	De dosering van het opioïde	1	2	3	4	5
3	De werkingsduur van het opioïde	1	2	3	4	5
4	Hoelang de patiënt het opioïde dient te gebruiken	1	2	3	4	5
5	De reden van voorschrijven (indicatie)	1	2	3	4	5
6	Optreden van obstipatie en belang van laxantia	1	2	3	4	5
7	Optreden van misselijkheid	1	2	3	4	5
8	Invloed op reactievermogen	1	2	3	4	5
9	Advies om andere pijnstillers (zoals paracetamol of NSAID) te (blijven) gebruiken	1	2	3	4	5
10	Gewenning/tolerantie	1	2	3	4	5
11	Afhankelijkheid	1	2	3	4	5

2) Tijdens een **tweede uitgiftegesprek (TU)** van opioïden bespreek ik het volgende:

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	De gebruikte dosering van het opioïde	1	2	3	4	5
2	Hoelang de patiënt het opioïde nog dient te gebruiken	1	2	3	4	5
3	De reden van voorschrijven (indicatie)	1	2	3	4	5
4	De ervaring van de patiënt over de werking van het opioïde	1	2	3	4	5
5	Afhankelijkheid	1	2	3	4	5
6	De opgetreden bijwerkingen van het opioïde	1	2	3	4	5

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
3a	Ik weet tijdens het afleveren van opioïden of de indicatie kanker of niet-kanker gerelateerde pijn is	1	2	3	4	5
3b	Ik maak onderscheid in wat ik vertel over opioïden tussen patiënten met kanker of niet-kanker gerelateerde pijn	1	2	3	4	5

De komende vragen gaan over acties bij een vermoeden van ongepast opioïdengebruik

1) Ik maak mij zorgen over het opioïdengebruik wanneer de patiënt:

		Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
<u>1</u>	Langer dan drie maanden opioïden gebruikt	1	2	3	4	5
<u>2</u>	Steeds vóór de einddatum terugkomt voor een herhaalrecept van opioïden	1	2	3	4	5
<u>3</u>	Meerdere malen een hogere dosering krijgt	1	2	3	4	5
<u>4</u>	Regelmatig in de apotheek komt zonder recept	1	2	3	4	5

2) Wanneer ik mij zorgen maak over het opioïdengebruik, onderneem ik de volgende actie:

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	Neem ik contact op met de voorschrijver	1	2	3	4	5
2	Overleg ik met de apotheker of ik het kan afleveren	1	2	3	4	5
3	Bespreek ik het opioïdengebruik met de patiënt	1	2	3	4	5
4	Onderneem ik geen actie en lever ik het af	1	2	3	4	5
5	Maak ik afspraken met de patiënt over de aflevermomenten	1	2	3	4	5

Hier volgt een aantal vragen over uw ervaring in de praktijk

1) Het aantal patiënten in mijn apotheek bij wie ik vermoed dat er sprake is van afhankelijkheid is:

- 0
- 1-5
- 6-10
- >10
- Weet ik niet

2) De volgende overwegingen bepalen of ik het risico op afhankelijkheid bij langdurig opioïdengebruik bespreek met een patiënt (motivatie, capaciteit, gelegenheid):

		Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1	Het gevoel van onzekerheid om het risico op afhankelijkheid te bespreken met de patiënt	1	2	3	4	5
2	De onvoldoende kennis om alle informatie te bespreken	1	2	3	4	5
3	De angst voor de reactie van de patiënt	1	2	3	4	5
4	Het niet bang willen maken van de patiënt	1	2	3	4	5
5	Het niet weten waarvoor het opioïde precies gebruikt wordt	1	2	3	4	5
6	Geen wens voor informatie door sommige patiënten	1	2	3	4	5
7	Ervaring van weinig tijd in de apotheek	1	2	3	4	5
8	Mening dat het de verantwoordelijkheid is van de arts om deze informatie te bespreken met de patiënt	1	2	3	4	5
9	Onvoldoende privacy om deze gevoelige informatie te bespreken	1	2	3	4	5
10	Het ontbreken van werkafspraken in de apotheek m.b.t. voorlichting over opioïden	1	2	3	4	5
11	Ervaring van taalbarrière	1	2	3	4	5

Hier volgt een aantal stellingen over uw visie rondom het langdurige gebruik van opioïden

1) Geef bij de onderstaande stelling aan in hoeverre u het ermee eens bent (motivatie/capaciteit)

		Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1	Ik vind dat de patiënten te weinig worden begeleid in het langdurig gebruik van opioïden door het apotheketeam	1	2	3	4	5
2	Ik vind dat de verantwoordelijkheid voor het langdurig opioïdengebruik bij de patiënt ligt	1	2	3	4	5
3	Ik vind dat de opioïderecepten te makkelijk worden voorgeschreven en herhaald door de arts	1	2	3	4	5
4	Het is belangrijk om afhankelijkheid standaard als risico van opioïden te bespreken met patiënten in de apotheek	1	2	3	4	5

De volgende vraag gaat over uw wensen voor nascholing

Ik heb behoefte aan nascholing op de volgende gebieden (meerdere antwoorden mogelijk):

- Kennis over pijnbehandeling en alternatieven voor opioïden
- Kennis over afhankelijkheid en hoe deze te voorkomen
- Hoe ik patiënten met (risico op) verslaving kan herkennen
- Communicatietrainingen met motiverende gespreksvoering om de patiënt aan te moedigen en te ondersteunen tijdens het afbouwen van opioïden
- Ik heb geen behoefte aan een nascholing
- Anders, namelijk..

Heeft u nog opmerkingen?