

Een recept voor succes

Een analyse van de invloeden op, processen en knelpunten binnen
apotheek Tuindorp

Gertjan Mantjes – s1098888

Frejanne Meijer – s1067648

Leonie Ramakers – s1129155

17-07-2014

Begeleider Universiteit Twente: I.M.H. Vliegen en E.W. Hans
Externe begeleiders: A.A. Jurgens en Y.M.G. van Remmerden-Gleis

UNIVERSITEIT TWENTE.

VOORWOORD

Voor u ligt een onderzoeksverslag ter afronding van de bachelor opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Dit is gemaakt door een drietal studenten, afkomstig uit drie uithoeken van het land. Wij hebben een gedeelde interesse voor het procesmanagement binnen de gezondheidszorg. De opdracht bij apotheek Tuindorp sprak ons voornamelijk aan omdat dit voor ons een volledig nieuw onderwerp was. In de opleiding is geen aandacht besteed aan de wereld van apotheken.

In de afgelopen elf weken hebben we elkaar beter leren kennen. Het proces en de samenwerking zijn soepel verlopen. Een deel van de taken is onderling verdeeld, maar het uiteindelijke verslag geeft de mening en visie van ons alle drie weer. Tijdens het onderzoek zijn alle aspecten die bij een wetenschappelijk onderzoek horen naar voren gekomen. In de loop van het proces zijn de hoofdvraag en deelvragen steeds bijgesteld naar de kennis en inzichten van dat moment. Verder is er informatie verzameld, geanalyseerd en zijn hier conclusies op gebaseerd. Het hele onderzoeksproces hebben wij hierdoor met veel plezier doorlopen en als leerzaam ervaren.

Wij willen onze begeleider vanuit de Universiteit Twente, Ingrid Vliegen, bedanken voor haar feedback en het meedenken in het proces. Daarnaast willen wij ook grote dank betuigen aan de begeleiders bij apotheek Tuindorp, Renate Jurgens en Yolande van Remmerden-Gleis. Zij stonden altijd klaar om ons te helpen en onze vragen te beantwoorden. Hun enthousiasme werkte aanstekelijk en zorgde ervoor dat de samenwerking erg fijn verliep. De gastvrije ontvangst in de apotheek zorgde ervoor dat we graag op de fiets, bus of motor naar Hengelo stapten.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van deze scriptie.

Gertjan Mantjes, Frejanne Meijer en Leonie Ramakers

Enschede, 2014.

SAMENVATTING

Probleem- en vraagstelling

De zorgmarkt moet ingericht worden op de stijgende zorgvraag. Om de zorgkosten te kunnen beperken, voerden zorgverzekeraars het preferentiebeleid in. Per zorgverzekeraar verschilt welke middelen vergoed worden. Voor apotheken is het van belang om in te spelen op de veranderingen. De apotheek moet processen zo efficiënt mogelijk inrichten om staande te kunnen blijven in de concurrerende markt. De verwachting van patiënten bepaalt deels hoe processen ingericht worden. In opdracht van apotheek Tuindorp is getracht een antwoord te geven op de volgende hoofdvraag: 'Hoe kunnen processen bij de apotheek zo georganiseerd worden, dat de doorloop van recepten efficiënter plaatsvindt?'.

Methode

De externe invloeden op de apotheek zijn onderzocht. Daarnaast zijn de processen en bijbehorende knelpunten in kaart gebracht. Dit is onder andere gedaan door data te verzamelen over het receptenverkeer en bestelde recepten. Het huidige voorraadbeheer in apotheek Tuindorp en alternatieve methoden zijn uiteengezet. Door vragenlijsten zijn tot slot de verwachtingen van patiënten over het ophaalmoment van medicatie verkregen.

Resultaten

Een apotheek ondervindt meerdere externe invloeden die leiden tot knelpunten, deze zijn echter niet direct beïnvloedbaar. Door het preferentiebeleid zijn extra handelingen nodig bij het bestelproces en de huidige voorraadbeheermethode. De ontbrekende koppeling tussen computersystemen van de apotheek en specialisten zorgt ook voor extra handelingen. Het ontbreken van de koppeling leidt ertoe dat een deel van de receptenstroom niet planbaar is, omdat recepten aan de balie ingediend worden. Doordat de arts niet volledig op de hoogte is van de processen binnen de apotheek, worden patiënten niet altijd juist geïnformeerd en komen zij medicatie niet vanaf het juiste moment ophalen. Dit wordt mede veroorzaakt door het gebrek aan inzicht in de processen van de patiënt. Patiënten horen bij voorkeur van de arts wanneer medicatie opgehaald kan worden.

Conclusies en aanbevelingen

Op basis van verkregen resultaten worden aanbevelingen gedaan:

- Patiëntenstroom moet gestructureerd worden:
 - o De receptenstroom structureren: ervoor zorgen dat recepten niet meer via de patiënt in de apotheek komen, maar via een online omgeving.
 - o Communicatie met huisartsen: inzicht in processen in de apotheek laten krijgen en vervolgens afspraken maken over informatievoorziening naar de patiënt.
 - o Communicatie met specialisten: ervoor zorgen dat recepten niet via de patiënt, maar via de fax binnenkomen.
 - o Patiënten inzicht geven in processen en hun verwachtingen (onbewust) beïnvloeden door gebruik te maken van monitor en de fysieke omgeving van de apotheek.
- Positie analyseren en monitoren, op basis daarvan:
 - o Veranderende situatie: (gedeeltelijk) overstappen op central filling. Na een pilot met de herhaalservice eventueel toepassen op een deel van de overige recepten.
 - o Gelijke situatie: aanpassingen maken in huidige processen om patiëntenstroom te kunnen structureren. Zoveel mogelijk chronische patiënten moeten worden opgenomen in de herhaalservice. Track&Trace kan geïmplementeerd worden om patiënten pas in de apotheek te ontvangen wanneer medicatie klaar staat.
 - o In beide situaties kunnen medicatiekluisjes gebruikt worden om het ophaalgemak voor patiënten te vergroten en de drukte aan de balie te verminderen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inhoudsopgave.....	3
Lijst van gekozen termen, definities en gebruikte afkortingen.....	5
1. Inleiding, vraagstelling en methode.....	7
1.1. Onderzoeksvragen.....	8
1.2. Methode	9
2. Externe invloeden	15
2.1. Nederlandse Zorgmarkt.....	15
2.2. Eisen vanuit de overheid aan apotheken	15
2.3. Eisen vanuit zorgverzekeraars aan apotheken	18
2.4. Preferentiebeleid	19
2.5. Inkomsten apotheek.....	22
2.6. Invloeden en knelpunten.....	23
3. Organisatie rondom medicatieuitgifte.....	25
3.1. Algemene processen	25
3.2. Verschillende categorieën en diens processen	27
3.3. Receptenverkeer	33
3.4. Medicatie niet op voorraad	36
3.5. Knelpunten	37
4. Voorraadbeheer.....	39
4.1. Leveringsproces	39
4.2. Methodes van voorraadbeheer	41
4.3. Ondersteunende apparatuur in de apotheek.....	43
4.4. Voorraadbeheer in apotheek Tuindorp.....	45
4.5. Knelpunten in de bevoorrading van apotheek Tuindorp.....	49
5. Verwachtingen van patiënten	51
5.1. Trends in de apotheek	51
5.2. Wensen van patiënten in de apotheek.....	52
5.3. Beïnvloeding van verwachtingen.....	53
5.4. Informatievoorziening voor patiënten van apotheek Tuindorp	54
5.5. Knelpunten	57
6. Discussie.....	59
6.1. Opzet en structuur onderzoek.....	59
6.2. Secundaire dataverzameling	59

6.3.	Primaire dataverzameling.....	59
6.4.	Waarde voor toekomstig onderzoek.....	61
7.	Conclusie en aanbevelingen.....	62
7.1.	Beantwoording deelvragen	62
7.2.	Beantwoording hoofdvraag.....	63
	Referenties.....	69
	Bijlage 1: Vragenlijst eerste uitgifte	75
	Bijlage 2: Vragenlijst herhaalrecepten	78
	Bijlage 3: Methode.....	82
	Bijlage 4: Tabellen bij hoofdstuk 3	83
	Bijlage 5: Tabellen bij hoofdstuk 5	86

LIJST VAN GEKOZEN TERMEN, DEFINITIES EN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

In het verslag komt een groot aantal termen voor. Er wordt een overzicht van gekozen terminologie gegeven met de afweging voor deze keuzes. Daarnaast wordt een aantal definities gegeven. Tot slot worden de gebruikte afkortingen weergegeven.

GEKOZEN TERMEN

- **Assistent(e)** – Om de leesbaarheid van het verslag te waarborgen, is er voor gekozen om de term assistent(e) te gebruiken wanneer het gaat over de apothekersassistent(e). Wanneer de algemene situatie in een apotheek besproken wordt, zal de term assistent gebruikt worden. Als het specifiek over apotheek Tuindorp gaat, zal de term assistente gebruikt worden, aangezien hier alleen vrouwelijke assistenten werken.
- **(Genees)middel of medicatie** – Deze twee termen worden in het verslag gebruikt om de producten die door een apotheek geleverd worden aan te duiden. Wanneer middel gebruikt wordt, kan het ook gaan om incontinentiemateriaal of crèmes. Geneesmiddel of medicatie wordt gebruikt wanneer het specifiek over de receptgeneesmiddelen gaat.
- **Patiënt** – Aangezien de apothekers regelmatig in overleg met de arts beslissingen nemen over welke medicatie de patiënt dient te ontvangen, is er voor gekozen om deze term in het verslag te gebruiken.
- **Systeem** – Het platform waarin de recepten van een arts of specialist binnenkomen. Dit kan via de fax zijn, of digitaal via een computersysteem. Aangezien de verwerking van deze twee manieren bijna hetzelfde is, worden deze termen samengenomen in de term ‘systeem’.
- **Traditioneel voorraadbeheer** – In het verslag worden verschillende methodes van voorraadbeheer in de apotheek besproken, waarbij een aantal nieuwe methodes een specifieke naam heeft. Er is echter geen gebruikelijke term voor de huidige methode in apotheek Tuindorp, een oudere methode van voorraadbeheer. Daarom is besloten om de term ‘traditioneel’ voorraadbeheer in dit geval te gebruiken. De term ‘standaard’ zou indiceren dat het op dit moment nog gebruikelijk is, maar dat is een voorbarige conclusie.

DEFINITIES

- **Apotheek informatiesysteem (AIS)** – Het computersysteem dat wordt gebruikt in de apotheek, onder andere voor het bijhouden van voorraden, bewaking van medicatieuitgifte en het inzien van medicatiegeschiedenis.
- **Baxter** – Een plastic rol die bestaat uit kleine zakjes, die door de groothandel gevuld worden met medicatie per patiënt. Elk zakje bevat de medicatie voor één inname-moment. Voornamelijk chronische medicatie wordt in baxters geleverd.
- **Clawback** – Een percentage wat zorgverzekeraars inhouden op de vergoedingen van medicatie voor de apotheek. Dit concept is tot stand gekomen doordat apotheken hoge kortingen ontvingen van groothandels.
- **Cluster** – Een groep van samenwerkende apotheken. Deze apotheken hebben regelmatig onderling contact, onder andere over het uitwisselen van medicatie wanneer dit nodig is.
- **Defecturenlijst** – Een lijst van middelen die besteld worden omdat de voorraad te laag is of omdat zij niet op voorraad zijn.
- **First In First Out (FIFO)** – Een methode van het aanvullen van voorraden om te zorgen dat de producten die het langst in de voorraad liggen, als eerste worden verstrekt.
- **Inbrengen recept** – De handeling waarbij de assistent een binnengekomen recept verwerkt in het AIS. Recepten kunnen via het systeem binnenkomen: in dit geval controleert en bevestigt de assistent het recept. Daarnaast kunnen recepten via de balie, fax of de printer binnenkomen, in dit geval voert de assistent het recept volledig in het systeem in.

- **Manco** – Een kopie van een receptbriefje. Deze wordt uitgeprint wanneer een patiënt nog medicatie tegoed heeft.
- **Medicatieuitgifte** – Het uitgeven van medicatie aan de patiënt door de assistenten. Dit gebeurt aan de uitgiftebalie.
- **Parallel geïmporteerde geneesmiddelen** – De geneesmiddelen die buiten het officiële kanaal van de groothandel worden geïmporteerd uit landen binnen de Europese Unie, waarbij er wel aan de Nederlandse eisen moet worden voldaan.
- **Recept** – Het voorschrift van de arts of specialist voor de aflevering van geneesmiddelen aan een patiënt. Een recept kan aan de patiënt worden meegegeven of elektronisch naar de apotheek worden verzonden.
- **Servicegraad** – Het percentage van de recepten in de apotheek wat direct afgehandeld kan worden.
- **Uitvullen recept** – De handeling van de assistenten waarbij zij de benodigde medicatie voor een recept uit de voorraadlades halen, deze etiketteren en controleren.
- **Urgente medicatie** – Medicatie waar een patiënt niet op kan wachten: hierbij kan gedacht worden aan antibiotica, pijnstilling en inhalatiemedicatie.

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AIP	Apothekers inkoopprijs
AIS	Apotheek informatiesysteem
CQ	Consumer Quality
DDD	Defined Daily Dose
FIFO	First-In-First-Out
IGz	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
MFB	Medisch farmaceutische beslisregels
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SES	Sociaaleconomische status
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
UR	Uitsluitend recept-geneesmiddel
WGBO	Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst
WMG	Wet marktordering gezondheidszorg

1. INLEIDING, VRAAGSTELLING EN METHODE

De meest voorkomende handeling in de huisartsenpraktijk is het voorschrijven van medicatie. In ongeveer twee derde van de gevallen verlaat de patiënt de praktijk met een recept (SFK, Data en feiten 2013: het jaar 2012 in cijfers, 2013). Deze recepten worden doorgestuurd naar de apotheek, waar een apothekersassistent het recept verwerkt. Een fulltime apothekersassistent verwerkt jaarlijks gemiddeld 22.185 recepten (SFK, Hogere verwerkingsgraad in apotheek, 2012). Door onder andere de vergrijzing komen er steeds meer oudere chronische medicatiegebruikers bij. In de afgelopen tien jaar is het geneesmiddelengebruik van 67-jarigen bijna verdubbeld (SFK, Meer ouderen, meer geneesmiddelen, 2013). Door deze stijgende vraag, moeten apotheken meer recepten verwerken en meer geneesmiddelen leveren.

De levering van geneesmiddelen loopt niet altijd zoals gepland. In de afgelopen jaren doen zich steeds vaker problemen met de levering aan apotheken voor. In 2004 waren 91 middelen in Nederland tijdelijk of permanent niet leverbaar, in 2013 stond dit aantal op 426 (ANP, 2014). Voor deze problemen zijn verschillende oorzaken aan te wijzen, waaronder het zogenoemde preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Dit heeft er toe geleid dat niet alle varianten van geneesmiddelen meer vergoed worden, maar vaak slechts één variant per werkzame stof (KNMP, Preferentiebeleid, 2014). Hierdoor is de vraag naar deze specifieke varianten gestegen, wat tot leveringsproblemen heeft geleid. In 2013 waren wekelijks 160 tot 200 preferente middelen niet leverbaar in Nederland. In deze gevallen moesten apothekers op zoek naar alternatieve middelen, zodat patiënten nog wel hun medicatie konden ontvangen (SFK, Nog altijd forse leveringsproblemen, 2013).

Een andere oorzaak van het leveringsprobleem is de onaantrekkelijke afzetmarkt in Nederland. De geneesmiddelenprijzen zijn in Nederland laag in vergelijking met buurlanden. Door dit prijsverschil verkopen fabrikanten de geneesmiddelen liever aan bijvoorbeeld Duitsland of Frankrijk (ANP, 2014). De lage geneesmiddelenprijzen in Nederland zijn het gevolg van onder andere de vrije prijsbepaling voor geneesmiddelen (Nederlandse Zorgautoriteit, Vrije prijzen pharmacie, 2014). Om de kosten in de hand te kunnen houden heeft de overheid namelijk in 2012 de prijsbepaling van geneesmiddelen overgedragen aan de zorgverzekeraars en apothekers. Verder heeft het preferentiebeleid van zorgverzekeraars bijgedragen aan de daling van geneesmiddelenprijzen (Rijksoverheid, Betaalbaar houden van geneesmiddelen, 2014).

Om de machtspositie van apotheken te versterken, werken meerdere apotheken in Nederland samen. Voorbeelden hiervan zijn MediQ-apotheken, Medsen-apotheken of Kring-apotheken. Deze Kring-apotheken horen sinds 2013 bij Alphega, een Europees netwerk van apotheken. Op deze manier kunnen de Alphega apotheken het potentieel van moederorganisatie Alliance Healthcare beter benutten (Alliance Healthcare, Kring-apotheek wordt Alphega apotheek, 2014). Alphega biedt aangesloten apothekers veel extra diensten, die ook de dienstverlening naar patiënten kunnen verbeteren. Hierbij valt te denken aan professionele trainingen voor apothekers, leveringsvoordelen en ondersteuning bij patiëntenzorg, verkoop en automatisering (Alliance Healthcare, Kring-apotheek sluit zich aan bij het internationale netwerk van Alphega Pharmacy, 2013). Alphega stelt als doel in apotheken de meest doeltreffende, aantoonbare en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren, op het individu gericht (Van Remmerden, Apotheker, 2014).

Apotheek Tuindorp in Hengelo hoort bij deze Alphega apotheken. Deze apotheek in Twente bedient ongeveer 13.000 patiënten en wil graag een hoge servicegraad behalen en dus haar patiënten zo snel en goed mogelijk helpen (Van Remmerden, Apotheker, 2014). Een andere doelstelling is het effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen van de patiënten bevorderen en de patiënt helpen om de regie over het eigen gebruik te voeren (Van Remmerden, Kwaliteitshandboek, 2014). Hierbij zou de apotheek graag een deel van de processen rondom de medicatieuitgifte planbaar maken. De diensten worden momenteel voornamelijk verleend vanuit een pull-benadering. Dit betekent in principe dat de patiënt het contact legt en een verzoek tot dienstverlening doet. Op basis van dit verzoek gaat de apotheek aan het werk. Tegenover deze pull-benadering staat de push-benadering. Dit houdt in dat de apotheek alle mogelijke opties omtrent het ophalen van medicatie duidelijk maakt aan de patiënt, vervolgens kan de patiënt zelf kiezen welke optie hij wil gebruiken (Fredrick, 2009).

Apotheek Tuindorp heeft een begin gemaakt met deze push-benadering in de vorm van de herhaalservice. Hierin worden chronische medicatiegebruikers geplaatst, die eens per drie maanden hun medicatie op kunnen komen halen. De push- en pull-benadering vragen allebei een bepaalde houding van de apotheek ten opzichte van de patiënt; bij de pull-benadering stelt de apotheek zich passief op, bij de push-benadering is de apotheek actiever richting de patiënt. In een optimale situatie is er een balans tussen de push- en pull-benadering en zijn de processen in de apotheek hierop afgestemd (Fredrick, 2009).

Door veranderingen in de zorg in Nederland zijn apotheken gedwongen om mee te veranderen. De toename van concurrentie heeft er voor gezorgd dat de zorgverleners meer en meer economisch moesten gaan werken. De inzet van middelen moet zo goed en efficiënt mogelijk worden uitgevoerd om staande te kunnen blijven in de concurrerende markt. Vanuit apotheek Tuindorp is een vraag gekomen om de huidige processen en knelpunten in de apotheek in kaart te brengen en eventuele verbeterpunten aan te dragen om deze hogere efficiëntie te kunnen realiseren. Een aanleiding voor deze vraag is dat apotheek Tuindorp de basisprocessen zo goed mogelijk wil laten verlopen en de uitgifte van medicatie meer planbaar wil maken. Daarnaast gaat apotheek Tuindorp in de toekomst verhuizen naar een nieuwe locatie. Deze nieuwe locatie zorgt waarschijnlijk voor een verandering in de patiëntenstroom. Om hier goed mee om te kunnen gaan, moeten de basisprocessen op orde zijn.

In dit hoofdstuk worden eerst de onderzoeksvragen toegelicht (1.1). Daarna wordt ingegaan op de manier waarop deze vragen beantwoord gaan worden (1.2).

1.1. ONDERZOEKSVRAGEN

Op basis van bovengenoemde informatie kunnen verschillende problemen geïdentificeerd worden (1.1.1). Aan de hand van deze problemen is een doelstelling opgesteld. Hierna is de hoofdvraag bepaald. Deze hoofdvraag wordt opgedeeld in vier deelvragen (1.1.2).

1.1.1. PROBLEEM- EN DOELSTELLING

Apotheek Tuindorp telt ruim 13.000 patiënten en verstrekt medicatie aan ongeveer 300 patiënten per dag. Het proces van medicatieuitgifte verloopt volgens de apothekers van apotheek Tuindorp niet altijd soepel. Door de stijgende zorgvraag en de toename van het aantal verstrekkingen is het belangrijk om deze processen zo vloeiend mogelijk te laten verlopen. Het is onduidelijk of de processen ingericht zijn op de externe invloeden en inspelen op de verwachtingen van de patiënt.

Op basis van deze probleemstelling is een aantal doelen opgesteld. Allereerst is het van belang om de uitgifte- en bestelprocessen en de beïnvloedende factoren hierop in kaart te brengen. Vervolgens wordt onderzocht of er versturende factoren en knelpunten voorkomen. Op basis van de naar voren gekomen knelpunten wordt gekeken of deze de onderliggende oorzaken kunnen zijn voor het bovengenoemde probleem. De verwachting en meningen van patiënten worden onderzocht, zodat hierop ingespeeld kan worden. Ten slotte worden op basis van de verkregen resultaten eventuele aanbevelingen ter verbetering van de processen gedaan.

1.1.2. VRAAGSTELLING

Aan de hand van de beschreven probleemstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Hoe kunnen de processen bij de apotheek zo georganiseerd worden dat de doorloop van recepten efficiënter plaatsvindt?”

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag, zijn de volgende deelvragen geïdentificeerd.

1. Welke externe invloeden ondervindt apotheek Tuindorp?
 - a. *Hoe ziet de Nederlandse zorgmarkt eruit? (2.1.)*
 - b. *Welke eisen worden er vanuit de overheid aan apotheken gesteld? (2.2.)*
 - c. *Welke eisen worden er vanuit de zorgverzekeraars aan de apotheken gesteld? (2.3.)*
 - d. *Wat is het preferentiebeleid? (2.4.)*
 - e. *Door welke partijen worden de inkomsten van de apotheek beïnvloed? (2.5.)*
 - f. *Welke knelpunten komen voort uit de externe invloeden? (2.6.)*
2. Hoe ziet de huidige organisatie omtrent medicatieuitgifte eruit?
 - a. *Hoe zien de algemene processen eruit? (3.1.)*
 - b. *Wat zijn de verschillende categorieën medicatie? (3.2.)*
 - c. *Welke processen doorlopen de verschillende medicatie-categorieën? (3.2.)*
 - d. *Hoe ziet het receptenverkeer in apotheek Tuindorp eruit? (3.3.)*
 - e. *Welke medicatie dient vaak besteld te worden? (3.4.)*
 - f. *Wat zijn de knelpunten in het proces van recept tot uitgifte? (3.5.)*
3. Hoe ziet het voorraadbeheer en leveringsproces eruit?
 - a. *Hoe ziet het leveringsproces van apotheek Tuindorp eruit? (4.1)*
 - b. *Welke methodes van voorraadbeheer zijn er? (4.2)*
 - c. *Hoe wordt de voorraad beheerd bij apotheek Tuindorp? (4.3)*
 - d. *Wat zijn de knelpunten in het voorraadbeheer en leveringsproces bij apotheek Tuindorp? (4.4)*
4. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de medicatieuitgifte?
 - a. *Welke trends zijn er zichtbaar in de apotheek? (5.1)*
 - b. *Wat zijn de wensen van patiënten in de apotheek? (5.2)*
 - c. *Hoe kunnen verwachtingen beïnvloed worden? (5.3)*
 - d. *Hoe staat de patiënt tegenover de informatievoorziening rondom het ophaalmoment van medicatie? (5.4)*
 - e. *Welke verwachtingen van de patiënt zorgen voor knelpunten voor de apotheek? (5.5)*

1.2. METHODE

Om antwoord te kunnen geven op de deelvragen wordt data verzameld. De methoden van dataverzameling lopen uiteen. In dit onderzoek is er een onderscheid gemaakt tussen secundaire dataverzameling (1.2.1) en primaire dataverzameling (1.2.2).

1.2.1. SECUNDAIRE DATAVERZAMELING

Bij secundaire dataverzameling wordt er informatie uit verschillende beschikbare bronnen verzameld. Voorafgaand aan het onderzoek is een korte literatuurstudie gedaan om achtergrondinformatie te verzamelen. In de loop van de eerste weken van het onderzoek wordt verder literatuuronderzoek gedaan.

Bij het verzamelen van wetenschappelijke artikelen wordt gebruik gemaakt van Google Scholar, PubMed en Scopus. Een groot deel van de informatie is verkrijgbaar bij verschillende organisaties en instanties die gelinkt zijn aan apotheken. Hierbij kan gedacht worden aan Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), het Nivel en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

1.2.2. PRIMAIRE DATAVERZAMELING

Primaire dataverzameling houdt in dat de data direct uit de praktijk wordt verkregen. Aan de hand van het literatuuronderzoek is gebleken dat niet over alle onderwerpen data beschikbaar is. Deze data dient verzameld

te worden. Er zijn drie relevante onderwerpen waar geen data over beschikbaar was, deze wordt primair verzameld:

- Het is onduidelijk wat de verwachtingen zijn van patiënten van apotheek Tuindorp over het ophaalmoment van medicatie en wat zij acceptabel zouden vinden. Informatie zal verzameld worden door patiënten een vragenlijst in te laten vullen.
- Er ontbreekt informatie over het receptenverkeer in de apotheek. Hierbij kan gedacht worden aan wanneer welk type medicatie uitgegeven wordt en hoe lang het duurt voordat medicatie wordt opgehaald. Deze informatie zal verzameld worden door het coderen van recepten.
- Er is geen inzicht in het aantal patiënten dat dubbel aan de balie staat omdat de medicatie besteld dient te worden. Om hier inzicht in te krijgen zullen de assistentes deze momenten bijhouden op een turflijst, deze zal vervolgens vergeleken worden met het totale aantal bestellingen.

VERWACHTINGEN PATIËNT

Om informatie te verkrijgen over de verwachtingen van de patiënten die medicatie komen ophalen in apotheek Tuindorp, is een afweging gemaakt tussen het afnemen van interviews of vragenlijsten. De keuze voor een vragenlijst is gemaakt om de volgende redenen:

- De data van de vragenlijsten is eenduidig: iedereen ontvangt dezelfde vragen en heeft de keuze uit dezelfde antwoordmogelijkheden.
- Het afnemen van vragenlijsten is sneller: het verstrekken van een vragenlijst die een patiënt zelf kan invullen kost minder tijd dan het houden van interviews. De verwachting is dat patiënten hierdoor sneller geneigd zijn mee te werken.
- De data van de vragenlijsten is sneller te verwerken: aangezien het onderzoek een tijdsspanne van tien weken zal beslaan, is het van belang om een methode te kiezen die hierbij aansluit.
- De karakteristieken van de onderzoekspopulatie zijn onduidelijk: bij het afnemen van interviews dient uit elke 'homogene respondentengroep' een minimaal aantal respondenten terug te komen. Deze waren niet duidelijk aan het begin van het onderzoek, waardoor er niet op tijd gestart kon worden met het afnemen van de interviews.

Bij het opstellen van de vragenlijst is onderscheid gemaakt tussen patiënten die medicatie voor het eerst op komen halen en patiënten die medicatie komen ophalen die ze afgelopen twaalf maanden al eerder hebben gebruikt (bijlage 1 en 2). Deze scheiding is gemaakt om de vragen zo duidelijk mogelijk te kunnen formuleren. De vragen richten zich wel op dezelfde onderwerpen. Bij de vragenlijst voor patiënten met herhaalmedicatie is een vraag toegevoegd om te achterhalen hoe het recept is aangevraagd.

Er is gekozen om vrijwel alle antwoordmogelijkheden gesloten te houden. Dit betekent dat de vragen duidelijk gesteld dienen te worden en maar op één manier geïnterpreteerd kunnen worden. Een aantal vragen heeft de mogelijkheid om meerdere antwoorden aan te kruisen. De vragenlijst wordt doorgenomen met de apothekers en assistentes en een aantal vragenlijsten wordt als proef afgenomen bij patiënten om te bepalen of de vragenlijst duidelijk genoeg is. De verbeterpunten worden doorgevoerd in de uiteindelijke lijst.

OPBOUW VRAGENLIJSTEN

De vragenlijst wordt uitgereikt om informatie te verkrijgen over een vijftal punten:

- Wanneer verwacht de patiënt de medicatie op te kunnen halen? Hierbij is de verwachting een bepaalde instelling van de patiënt op het moment dat hij de huisarts of specialist verlaat.
- Is de patiënt ingelicht over wanneer de medicatie afgehaald kan worden?
- Indien de patiënt ingelicht is, door wie dit is gedaan en wat de patiënt vond van deze informatievoorziening?

- Hoe wil de patiënt het liefst geïnformeerd worden? Wie zou deze informatie dienen te verstrekken?
- Wat vindt de patiënt een acceptabele wachttijd voor het ophalen van de medicatie wanneer de informatievoorziening goed is ingericht?

Er is bewust gekozen om de vragen over de verwachting van de patiënten en het acceptabele ophaalmoment uit elkaar te halen, aangezien de vragen en antwoordmogelijkheden op elkaar lijken.

AFNAME EN STEEKPROEFGROOTTE VRAGENLIJST

Om een betrouwbaar en realistisch beeld van de verwachtingen onder patiënten van apotheek Tuindorp te verkrijgen, wordt de steekproefgrootte bepaald (formule 1 en 2) (Raosoft, 2004):

$$n = \frac{N * x}{((N - 1)e^2 + x)} \quad (1)$$

$$\text{Met } x = Z\left(\frac{c}{100}\right)^2 * r(100\% - r) \quad (2)$$

Hierin is:

- n: uiteindelijke steekproefgrootte.
- N: de basispopulatie waaruit de steekproef genomen wordt. Dit is in het geval van apotheek Tuindorp het totaal aan patiënten dat medicatie op komt halen in de apotheek. Het totale aantal ingeschreven patiënten van Tuindorp ligt op 13.000, maar 9.000 hiervan zijn 'actieve' medicatiegebruikers. Een deel hiervan is te jong om zelf medicatie op te halen, een ander deel krijgt de medicatie thuis bezorgd. Hierdoor ligt de uiteindelijke populatie op 7500.
- E: de foutmarge, deze geeft de grootte van de toelaatbare fout aan. Dit komt er op neer dat er een marge om de uitkomst wordt gekozen. Wanneer een marge van 5% gekozen wordt en er bijvoorbeeld 48% uit de resultaten naar voren komt, zal de werkelijke waarde van de uitkomst hier met een marge van 5% omheen liggen. De meest gebruikte foutmarge is 5%, hiervoor wordt ook gekozen bij het bepalen van deze steekproefgrootte.
- Z(c/100): de Z-waarde die hoort bij het gekozen betrouwbaarheidsinterval c. In het geval van een 95% betrouwbaarheidsinterval, leidt dit tot een Z-waarde van 1,96. Het betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat in 95% van de gevallen, de uitkomst tussen de twee grenzen van het interval ligt.
- r: de verwachting dat respondenten het met elkaar eens zijn en vaak hetzelfde antwoord zullen geven. Indien deze verwachting onbekend is, wordt dit 50%.

$$x = 1,96^2 * 0,5(1 - 0,5) = 0,9604 \quad (3)$$

$$n = \frac{7500 * 0,9604}{((7500 - 1)0,05^2 + 0,9604)} = 365 \quad (4)$$

Wanneer de formule ingevuld wordt, komt hier een steekproefgrootte van 365 uit (formule 3 en 4). Aangezien er gekozen is voor twee verschillende vragenlijsten, zouden er twee steekproeven gedaan moeten worden met elk een grootte van rond de 365. De basispopulatie is hetzelfde, waardoor er gekozen is om één steekproef te nemen. Het verschil tussen eerste uitgifte- en herhaalvragenlijsten is te coderen in een samengevoegde database, waardoor er per vragenlijst kan worden gekeken of er afwijkingen voorkomen in de gegeven antwoorden.

Aangezien dit onderzoek ongeveer tien weken in beslag neemt, moet de besteedde tijd aan het afnemen van de vragenlijsten in verhouding staan met de resultaten die deze oplevert. Er is besloten te werken met een maximaal

aantal afnamemomenten om de balans te behouden. De vragenlijsten zullen op zes verschillende momenten op verschillende dagen worden uitgereikt.

Na zes afnamemomenten is niet het benodigde aantal vragenlijsten binnengekomen. De formule is vervolgens opnieuw ingevuld met de verkregen informatie over de verdeling van de antwoorden. Deze is aan de hand van de belangrijkste vraag over de verwachtingen van de patiënt uit de vragenlijsten vastgesteld op 0,7. Aan de hand hiervan is de uiteindelijke foutmarge berekend (formule 5 en 6).

$$x = 1,96^2 * 0,7(1 - 0,7) = 0,806736 \quad (5)$$

$$n = \frac{7500 * 0,806736}{((7500 - 1)0,0704763^2 + 0,806736)} = 159 \quad (6)$$

De uiteindelijke foutmarge komt uit op 7,04%.

In totaal zijn er 159 vragenlijsten ingevuld. De verdeling (27% eerste uitgifte vragenlijsten versus 73% herhaalrecept vragenlijsten) komt overeen met verzamelde data van het receptenverkeer.

RECEPTENVERKEER

In de weken voorafgaand aan en tijdens dit onderzoek, is er binnen apotheek Tuindorp data verzameld. Het proces hiervan is op te delen in drie stappen: het verzamelen/coderen van de recepten door de assistentes, het verwerken van de data in SPSS door de onderzoekers en het analyseren van de data door de onderzoekers in SPSS. Bij de analyse zijn geen aandachtspunten meer naar voren gekomen.

CODEREN RECEPTEN

In tweeënhalve week worden alle recepten in de apotheek aan de hand van een instructieformulier voorzien van coderingen. De recepten worden gecodeerd in de volgende categorieën (bijlage 3):

- Moment van inbrengen: de werkdag is opgedeeld in vijf tijdvakken: voor 10:00, tussen 10:00 en 12:00, tussen 12:00 en 13:30, tussen 13:00 en 15:30 en tussen 15:30 en 18:00.
- Moment van uitgifte: hierbij is dezelfde indeling gebruikt. Er is een * aan het tijdstip toegevoegd wanneer dit de volgende dag betreft en ** wanneer dit nog later betreft.
- Bijzonderheden geneesmiddel: hier is een indeling gemaakt in eerste uitgifte, antibioticum, herhaalrecept en chronische medicatie.
- Andere bijzonderheden: hier wordt aangegeven of de patiënt aan de balie staat, of de medicatie besteld is, of er gebeld moet worden wanneer de medicatie binnen is en of het om verband of andere hulpmiddelen gaat.

De codering van de recepten wordt eigenhandig ingevoerd in SPSS. Er is gekozen om van iets meer dan twee weken gegevens te verzamelen, omdat dit een zo compleet mogelijk beeld zou geven van het receptenverkeer. Van elke werkdag is minimaal twee keer data verzameld. Er zijn 2804 recepten geanalyseerd.

VERWERKEN RECEPTENVERKEER

Vooraf zijn keuzes gemaakt om bepaalde recepten niet te verwerken. Bepaalde factoren worden niet meegenomen, omdat deze allemaal een scheef beeld van de werkelijke verstrekkingen in de apotheek zouden creëren.

- Bezorgingen worden niet meegenomen in de verwerking, aangezien deze vooraf ingepland kunnen worden en vaak ver van te voren zijn uitgevuld.

- Levering aan verpleeghuizen worden niet meegenomen in de verwerking, deze worden vaak niet in de apotheek uitgegeven.
- Handverkoop wordt niet meegenomen in de verwerking, hier wordt niet altijd een recept van gemaakt en zou voor een scheve verhouding in de resultaten zorgen.
- Alle recepten van de herhaalservice worden gecodeerd als chronisch of continu, aangezien deze patiënten anders niet in de herhaalservice geplaatst zouden zijn.

Tijdens de verwerking van het receptenverkeer zijn de volgende afspraken gehanteerd:

- Het is niet mogelijk om aan te geven bij 'andere bijzonderheden' dat een recept via het 'systeem' was binnengekomen. Tijdens het verwerken van de data is naar eigen inzicht bepaald of een recept via het systeem is binnengekomen.
- Het moment van uitgifte is niet af te lezen aan de recepten. De gecodeerde recepten worden op volgorde van tijdvak verzameld. Indien de codering van het uitgiftemoment ontbreekt, kan deze worden afgeleid uit de tijdstippen van de andere recepten.
- Het toevoegen van ** indiceert dat medicatie twee dagen of later na het inbrengen van het recept is opgehaald. Het exacte aantal dagen kan afgelezen worden van het recept.
- Er is een aparte codering aangebracht voor recepten uit de herhaalservice. Bij deze recepten wordt geen inbrengmoment bepaald, aangezien deze lang voordat ze worden afgehaald worden ingebracht. Hier wordt een rustig moment voor gekozen.
- Gekozen is om categorie V (verband) niet mee te nemen in de analyse. De verbanden worden vrijwel altijd in bulk aan verpleeghuizen verkocht, het meenemen van deze categorie zou zorgen voor een vertekend beeld.
- De optie BAB (Bellen Als Binnen) wordt niet meegenomen in de analyse. Deze is niet consequent ingevuld en zou dus een vertekend beeld van het aantal gebelde patiënten geven.

BESTELLINGEN

Gedurende twee weken worden gegevens verzameld betreffende bestelde medicatie. Hierbij wordt voornamelijk gekeken naar het aantal patiënten dat bij de balie komt terwijl medicatie besteld moet worden, of al besteld is indien het recept via het systeem is ontvangen. Deze dataverzameling is later in het onderzoek gestart, aangezien er vanuit de coderingen in het receptenverkeer niet gedetailleerd genoeg naar bestellingen gekeken kon worden.

VERZAMELEN BESTELLINGEN

Om inzicht te krijgen in het aantal patiënten dat onnodig aan de balie verschijnt, wordt een turflijst opgesteld voor de apothekersassistenten (bijlage 3). Per dag wordt bijgehouden voor welke recepten, die aan de balie ingeleverd worden, een bestelling geplaatst moet worden. De patiënten die aan de balie verschijnen zonder receptbriefje waarvan de bestelling al via het systeem gedaan is, worden ook genoteerd. Op de turflijst wordt ingevuld hoe het recept ontvangen is en of er een deellevering heeft plaatsgevonden. Alle bestelde recepten worden in een bakje in bij de printer geplaatst. Om de gegevens van alle bestellingen in twee weken te verkrijgen, is het van belang dat er manco's geprint worden voordat het bakje geleegd wordt aan het einde van de dag. Deze bestelde recepten zijn een dag later namelijk niet meer te herleiden. De manco's kunnen direct uit het apothekers informatiesysteem (AIS) gehaald worden. De verzameling van deze manco's wordt door de apothekers gedaan.

ANALYSE BESTELLING

De verzamelde manco's worden vergeleken met de recepten op de turflijst. De manco's laten zien hoeveel bestellingen er in totaal geplaatst zijn. Aan de hand van de turflijst wordt bepaald hoeveel patiënten dubbel aan de balie geweest zijn. Ten slotte wordt bepaald hoe vaak een patiënt dubbel aan de balie staat indien medicatie besteld is.

OVERIGE VERZAMELING INFORMATIE

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van apotheek Tuindorp. Het is tijdens het onderzoek mogelijk om vragen te stellen aan de medewerkers van de apotheek. In het begin van het onderzoek is besloten om ook andere apotheken te bezoeken om een beeld te krijgen van de verschillende uitgifte- en bestelprocessen.

APOTHEKERS EN ASSISTENTES APOTHEEK TUINDORP

In apotheek Tuindorp staan de medewerkers open voor het beantwoorden van vragen. Het grootste deel van de vragen is gesteld aan de apothekers. Hierbij kan gedacht worden aan apotheek-specifieke informatie, zoals de structuur van bepaalde processen. Daarnaast zijn ook verschillende vragen gesteld over algemene informatie over apotheken, zoals contracten met zorgverzekeraars en informatie over verschillende bestelmethodes. Er is bewust gekozen om deze gesprekken niet als interview te behandelen, de apothekers stonden erg open om op continue basis vragen te beantwoorden. Indien er informatie uit deze gesprekken is gebruikt, is er in de tekst naar de apothekers verwezen.

APOTHEKERS ANDERE APOTHEKEN

Aan drie verschillende apotheken is een bezoek gebracht om kennis te maken met verschillende processen. Er is een bezoek gebracht aan apotheek Jassies te Enschede, apotheek Twekkelerveld te Enschede en BENU Apotheek Oldenzaal. Indien er gebruik gemaakt is van de verkregen informatie, wordt in de tekst verwezen naar desbetreffende apotheker.

In de volgende hoofdstukken worden de deelvragen beantwoord (2, 3, 4 en 5). In de discussie wordt kritisch naar de onderzoeksmethode en de uitvoering hiervan gekeken (6). Uiteindelijk wordt de hoofvraag beantwoord en worden aanbevelingen gedaan (7).

2. EXTERNE INVLOEDEN

Vanuit verschillende organen wordt invloed uitgeoefend op de manier waarop apotheken hun werk verrichten. Een apotheek is een zorgverlener, wat er toe leidt dat er allerlei regels en richtlijnen gelden voor deze beroepsgroep. In dit hoofdstuk zal allereerst een korte uitleg over de Nederlandse zorgmarkt worden gegeven (2.1.). Vervolgens zullen de belangrijkste organen, regels en invloeden besproken worden, namelijk; de overheid (2.2.), de zorgverzekeraars (2.3.) en het preferentiebeleid van de verzekeraars (2.4.). Daarnaast zal ook een beeld van de invloeden op de inkomsten van een apotheek geschetst worden (2.5.).

2.1. NEDERLANDSE ZORGMARKT

In 2006 is het Nederlandse zorgstelsel op de schop genomen: ziekenfondsen verdwenen en er werd één basisverzekering vastgesteld (FBTO, 2006). Elke Nederlander is verplicht om deze basisverzekering af te sluiten. Deze verandering heeft de zorgmarkt vrijgegeven, zorgverleners en –verzekeraars kunnen vrij samenwerken en concurreren binnen nog steeds geldende regels vanuit de overheid. Niemand mag bijvoorbeeld uitgesloten worden van de basisverzekering, ongeacht een hoge leeftijd of een slechte gezondheid. De vrije zorgmarkt heeft geleid tot concurrentie onder de zorgverzekeraars. Deze mochten namelijk nog wel de hoogte van de premie voor de basisverzekering zelf bepalen. Naast de basisverzekering bieden verzekeraars ook aanvullende pakketten aan om extra zorg te verzekeren. Hierbij valt te denken aan fysiotherapie, tandheelkunde en alternatieve geneeswijzen (Rijksoverheid, Vraag en Antwoord, 2014).

De marktwerking heeft er toe geleid dat de prijzen in de zorg gedaald zijn. Doordat verzekeraars zelf aanbieders mogen contracteren om zorg te leveren, willen zorgaanbieders vaak dalen in hun prijs om het contract binnen te slepen (Management in de Zorg, 2011). Dit betekent echter niet dat de totale zorgkosten ook gedaald zijn. Sinds 1972 zijn de zorgkosten elk jaar weer gestegen, deels door de vergrijzende samenleving (Zorgkapitaal, 2013). Het feit dat zorg in 2001 een wettelijk recht werd voor de Nederlanders heeft tot een snelle groei van uitgaven in de zorg geleid. In 2013 worden de totale zorgkosten op €68,3 miljard geschat. Hiervan gaat €6,6 miljard naar farmaceutische zorg. De afgelopen jaren is het gebruik van geneesmiddelen gestegen; vooral het gebruik van preventieve geneesmiddelen nam toe. Deze preventieve geneesmiddelen zorgen voor 20% van de kosten aan geneesmiddelen. De kostengroei voor geneesmiddelen is minder groot dan voor de zorg in het algemeen, voornamelijk door de daling van de prijzen van geneesmiddelen (Zorginstituut Nederland, 2013).

De prijzen van medicatie zijn sinds het instellen van het preferentiebeleid (zie 2.4.) sterk gedaald. Daarnaast daalt de prijs van een geneesmiddel erg snel nadat het patent op dit geneesmiddel verloopt, tien jaar nadat het middel op de markt gebracht is. Na twee maanden zijn er vaak al meerdere leveranciers voor een dergelijk middel, waardoor de prijs voor de apotheek gunstig wordt (Jurgens, 2014). Alhoewel er meerdere leveranciers zijn, is de samenstelling en werking van het geneesmiddel vrijwel identiek (CBG, Generieke geneesmiddelen, 2014). Hierdoor kan het voorkomen dat een apotheker er voor kiest om een ander generiek middel mee te geven dan het gangbare merk, omdat het gangbare merk bijvoorbeeld niet meer leverbaar is. Het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars kan hierbij wel voor problemen zorgen.

2.2. EISEN VANUIT DE OVERHEID AAN APOTHEKEN

Er zijn verschillende invloeden vanuit de overheid op de apotheek. Allereerst bestaan er wettelijke bepalingen waar een apotheek aan moet voldoen (2.2.1.). Daarnaast bestaan er controlerende organen, de Nederlandse Zorgautoriteit (2.2.2.) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2.2.3.). Als laatste wordt de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie besproken (2.2.4.). Deze beroepsorganisatie is geen deel van de overheid, maar speelt wel in op de overheidsinvloeden door het bieden van richtlijnen voor de apotheek.

2.2.1. WETTELIJKE BEPALINGEN

GENEESMIDDELENWET

In de Geneesmiddelenwet staan verschillende aspecten rondom geneesmiddelen en de verstrekking hiervan beschreven. In de wet is vastgesteld welke vergunningen nodig zijn om geneesmiddelen te mogen produceren en te verhandelen. Er wordt een onderscheid gemaakt in verschillende soorten geneesmiddelen, in dit onderzoek wordt slechts één categorie belicht: de uitsluitend receptgeneesmiddelen (UR-geneesmiddelen). Deze geneesmiddelen mogen uitsluitend verstrekt worden wanneer hiervoor een geldig recept is uitgeschreven door een zorgverlener.

Apothekers moeten ingeschreven staan in twee verschillende registers; het register van apothekers en het register van gevestigde apothekers. Zonder inschrijving in het register van apothekers is een inschrijving in het register van gevestigde apothekers niet mogelijk (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, 1993).

De Geneesmiddelenwet geeft ook strikte regels voor de etikettering en bijsluiters van geneesmiddelen. Verder zijn de richtlijnen voor geneesmiddelenbewaking, reclame voor geneesmiddelen en handhaving van geneesmiddelen opgenomen in de wet (Geneesmiddelenwet, 2007).

REGELING GENEESMIDDELENWET

De Regeling Geneesmiddelenwet is een uitvoeringsbesluit van de Geneesmiddelenwet. Deze regeling stelt onder andere de bewaartermijn van vijftien jaar van recepten in de apotheek vast. Dit betekent dus dat alle recepten van de afgelopen vijftien jaar in goed leesbare staat bewaard moeten worden in de betreffende apotheek (Regeling Geneesmiddelenwet, 2007).

WET GENEESMIDDELENPRIJZEN

Om de zorg betaalbaar te kunnen houden, kan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een maximumprijs vaststellen voor medicatie, op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen. Dit betekent dat apothekers geen geneesmiddelen in mogen kopen die duurder zijn dan dit maximum (Wet Geneesmiddelenprijzen, 1996). Het maximum wordt ingesteld door gebruik te maken van vier referentielanden als richtlijn. Er wordt gekeken naar de prijzen in Frankrijk, België, Duitsland en Engeland. Voordat deze wet van kracht werd, lagen de prijzen van geneesmiddelen in Nederland 20% hoger dan in omliggende landen (Rijksoverheid, Betaalbaar houden van geneesmiddelen, 2014). De vrije prijsbepaling heeft een sterke invloed op de hoogte van de medicatieprijzen. Door het besluit van de minister om de prijsbepaling over te laten aan zorgverzekeraars en apotheken, zijn de prijzen sterk gedaald (Nederlandse Zorgautoriteit, Vrije prijzen farmacie, 2014).

WET OP GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST

In het Burgerlijk Wetboek staat de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) beschreven. De WGBO geeft de rechten en plichten weer van zowel de patiënt als de zorgverlener inzake de geneeskundige handelingen die verricht zullen worden, zowel voor als bij de patiënt. Deze handelingen worden gedefinieerd als alle verrichtingen die rechtstreeks betrekking hebben op de patiënt en die er toe dienen hem van ziekte te genezen of ziekte te voorkomen, zijn gezondheidstoestand te beoordelen of verloskundige hulp te bieden. Adviseren en raad geven vallen ook hier onder (Burgerlijk Wetboek Boek 7, 1994).

Sinds 2007 vallen apothekers ook onder de WGBO, in dit geval wordt de behandelingsovereenkomst een farmaceutische behandelingsovereenkomst. Hierdoor heeft de apotheker de plicht om verantwoorde zorg te leveren. De apothekers zijn voornamelijk onder de WGBO geplaatst om de rechtspositie van de patiënt in de apotheek te versterken. Bepalingen omtrent informatieverschaffing zijn hierbij vooral van belang. Door de WGBO

zijn apothekers verplicht hun patiënten te voorzien van alle informatie omtrent medicatie en andere hulpmiddelen, zodat de patiënt veilig gebruik kan maken van de medicatie (KNMP, Wet en Regelgeving, 2014).

OPIUMWET

In de Opiumwet is vastgesteld dat niemand in Nederland bepaalde chemische stoffen in zijn bezit mag hebben, mag telen, vervoeren, importeren, exporteren, verhandelen, verwerken en verstrekken. Apothekers zijn een uitzondering op deze regel. De middelen mogen slechts op recept van een arts verstrekt worden door geregistreerde apotheken (Opiumwet, 1928).

Naast de hierboven beschreven wetten zijn ook de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van belang. Deze twee wetten maken deel uit van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel en bepalen dat alle inwoners van Nederland een zorgverzekering af moeten sluiten om recht op zorg te hebben (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 1967; Zorgverzekeringswet, 2005).

2.2.2. DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

Zoals vastgesteld in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) is de NZa een bestuursorgaan wat toezicht houdt op de Nederlandse zorgmarkt (Wet Marktordening Zorg, 2006). Voorheen hield de NZa zich bezig op het gebied van apotheekeerzorg met de tariefbepaling voor de receptregelvergoeding en de prestatiebeschrijvingen (Nederlandse Zorgautoriteit, Apotheekeerzorg, 2014). Sinds 2012 houdt de NZa zich alleen nog met de prestatiebeschrijving (Nederlandse Zorgautoriteit, Vrije prijzen farmacie, 2014). Daarnaast stelt de NZa een aantal beleidsregels op, waaronder ook een aantal voor de apotheken. Deze regels houden onder andere in dat apothekers onderling niet mogen overleggen over de contracten die afgesloten zijn met zorgverzekeraars en dat ze onderling moeten concurreren (Van Remmerden, Apotheker, 2014).

Tot 2008 werd in de apotheekeerzorg gebruik gemaakt van de zogenoemde 'receptregelvergoeding'. Deze hield in dat de NZa jaarlijks een tarief vaststelde voor elke uitgifte in de apotheek. Vanaf 1 juli 2008 is deze vergoeding afgeschaft en is de apotheekeerzorg overgestapt op prestatiebekostiging. Deze prestaties zijn de zorghandelingen die een apotheek verleent aan de patiënt, zoals het uitgeven of ter hand stellen van herhaalmedicatie of het uitgeven van nieuwe medicatie, een zogenoemde eerste uitgifte. Hierin krijgen apothekers een vaste vergoeding voor basisprestaties en verschillende vergoedingen voor aanvullende prestaties (Nederlandse Zorgautoriteit, Prestatiebekostiging voor apothekers, 2008).

Voor het begin van 2014 zijn de prestatiebeschrijvingen, op verzoek van de zorgverzekeraars, opnieuw onderzocht door de NZa. Verzekeraars waren namelijk van mening dat de deelprestatie 'eerste uitgifte' vaak onterecht gedeclareerd werd. In de nieuwe prestatiebeschrijving staat deze eerste uitgifte dan ook als volledige prestatie en niet meer als deelprestatie van de 'terhandstelling'. Hierdoor moeten apothekers anders declareren en meer administratieve handelingen uitvoeren (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa stelt prestatiebeschrijvingen voor 2014 vast, 2013). Een ander gevolg van deze verandering is dat patiënten nu twee bedragen op hun factuur zien staan; één voor het terhandstellingsgesprek en één voor de terhandstelling zelf. Dit heeft in de apotheek tot veel vragen van patiënten geleid; veel patiënten zijn het er eigenlijk mee oneens dat de apotheek deze kosten in rekening brengt (Jurgens, 2014).

2.2.3. DE INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Net zoals in andere zorginstellingen heeft de IGz een controlerende taak binnen de apotheekeerzorg. Niet alleen de kwaliteit van de middelen wordt gecontroleerd, maar ook de kwaliteit van de verleende zorg omtrent het verstrekken van medicatie. Er zijn verschillende normen en richtlijnen die gebruikt worden bij de controle van de apotheekeerzorg (IGz, 2014).

De IGz kan ingrijpen wanneer dit nodig is. De volgende maatregelen kunnen getroffen worden:

- Geneesmiddelen of substanties die bestemd zijn voor geneesmiddelen in beslag nemen.
- De handel, aflevering, bereiding, invoer of terhandstelling van een geneesmiddel uitstellen of beëindigen.
- Een apotheek sluiten wanneer deze niet aan een veilige opslag, bereiding of terhandstelling van medicatie kan voldoen.

2.2.4. KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER PHARMACIE

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) is de beroepsorganisatie van apothekers in Nederland. Deze organisatie houdt zich voornamelijk bezig met de kwaliteitsbewaking van de apotheekzorg. Hiervoor stellen zij richtlijnen op, waaraan de apotheken zich moeten houden. Deze richtlijnen worden door de IGz gebruikt om controle uit te voeren (KNMP, Over de KNMP, 2014). Zo geeft de KNMP onder andere een richtlijn van de basisinstellingen voor het AIS. De KNMP werkt samen met Z-Index, een intermediair bedrijf wat alle zorginformatie rondom zorgproducten verzamelt en verwerkt in de G-standaard. De G-standaard is een database met alle informatie rondom zorgproducten, die zorgverleners kunnen inzien om bijvoorbeeld de juiste medicatie voor te schrijven aan een patiënt (Z-Index, 2014).

2.3. EISEN VANUIT ZORGVERZEKERAARS AAN APOTHEKEN

Sinds de zorgmarkt in 2006 is vrijgegeven door de overheid, hebben zorgverzekeraars veel macht gekregen in dit speelveld. Dit wordt onder andere duidelijk door het feit dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen veel moeten onderhandelen met de verzekeraars om zorg te kunnen verlenen (Smit, 2013). Apothekers ondergaan dezelfde onderhandelingen en sluiten contracten met zorgverzekeraars. In deze contracten kunnen verschillende eisen gesteld worden aan de apothekers. Hierbij valt te denken aan vergoedingen en kwaliteitseisen (Jurgens, 2014).

2.3.1. BASISVERZEKERING EN VERGOEDING MEDICATIE

De overheid bepaalt in Nederland welke zorg inbegrepen is in het basispakket. Elk jaar wordt naar de samenstelling van dit pakket gekeken en wordt dit eventueel aangepast. Op basis van dit pakket kopen zorgverzekeraars zorg in bij zorginstellingen. De medicatie die vergoed moet worden, wordt bepaald door de overheid (Rijksoverheid, Zorgverzekering, 2014). Verzekeraars sluiten op hun beurt weer contracten af met apotheken en leveranciers om deze zorg in te kopen. Apotheken en verzekeraars kunnen sindsdien zelf onderlinge afspraken maken over de bekostiging van prestaties in de apotheek (Nederlandse Zorgautoriteit, Prestatiebekostiging, 2014).

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006, is er verwarring ontstaan omtrent de financiering van specialistische geneesmiddelen. Om dit op te lossen en ook de kosten van deze medicatie te beperken, is minister Schippers met het voorstel gekomen om deze dure extramurale medicatie van de farmaceutische zorg naar de geneeskundige zorg over te hevelen. Dit betekent dat de openbare apotheken deze middelen niet meer declareren bij de verzekeraar, maar dat de ziekenhuizen dit gaan doen. De kosten voor de medicatie komen dan onder het ziekenhuisbudget te vallen. In eerste instantie ging het om de TNF-alfablokkers, bepaalde oncolytica en groeihormonen. Vanaf 2014 zijn ook de overgebleven oncolytica, weesgeneesmiddelen en immunoglobulinen overgeheveld naar de ziekenhuisbekostiging. De tarieven die hierbij gehanteerd worden, zijn vastgesteld door de NZa. De komende jaren zullen nog meer specialistische geneesmiddelen overgeheveld worden naar de ziekenhuisbekostiging (Schippers, 2013). De administratieve lasten voor apothekers en ziekenhuizen zullen echter door deze maatregel stijgen, omdat het ziekenhuis nu een extra schakel in het declaratieproces van geneesmiddelen wordt (Nefarma, Overheveling dure extramurale geneesmiddelen, 2014).

Voordat in 2006 de zorgmarkt vrijgegeven werd, waren contracten tussen zorgverzekeraars en apotheken eigenlijk een formaliteit. Het was wel verplicht om contracten af te sluiten, maar de afspraken hierin waren niet specifiek, de prijs was voor iedereen gelijk (Jurgens, 2014). Sinds 2006 worden elk jaar nieuwe contractonderhandelingen gevoerd tussen apothekers en zorgverzekeraars. Vanaf 2014 wil één van de grotere spelers, Menzis, niet meer met elke kleine instelling of onderneming apart onderhandelen. Om hier op in te spelen zijn zogenoemde zorgmakelaars in het leven geroepen. Deze onderhandelen namens een aantal apothekers met de verzekeraars om een zo goed mogelijke deal te kunnen sluiten. Hierbij moeten zij zich echter wel houden aan bepaalde richtlijnen, zo mogen ze niet voor concurrerende partijen tegelijk onderhandelen. Om toch inhoudelijk te kunnen onderhandelen, worden apotheken die niet bij elkaar in de buurt gevestigd zijn gebundeld in zogenoemde kralen of mandjes. Daarnaast mogen de zorgmakelaars geen besluiten nemen, alleen de apothekers zelf kunnen dit doen. Voor deze mandjes of kralen komt er vaak een algemeen contract uit, per apotheek wordt dit dan uitgebreid met meer specifieke afspraken (Jonker, 2012).

2.3.2. PRESCRIPTIEREGELING

Nadat in 2006 de zorgmarkt in Nederland vrijgegeven is, is ook de prescriptieregeling vervallen. Deze regeling is in de vorige eeuw ingesteld en bepaalde de maximale verstrekkingduur van medicatie (Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, 1966). Chronische medicatie mocht bijvoorbeeld voor niet langer dan 90 dagen voorgeschreven worden. Hoewel deze regeling wettelijk gezien vervallen is, verzekeraars passen dit nog wel toe in de overeenkomsten met apothekers (Z-index, 2014).

2.4. PREFERENTIEBELEID

Om stijging in de prijzen van medicatie te remmen, heeft de overheid in 2006 ingegrepen. Om de kosten in de hand te kunnen houden heeft de overheid afspraken gemaakt met artsen, apothekers en zorgverzekeraars. Hieruit is het preferentiebeleid door zorgverzekeraars in het leven geroepen (Rijksoverheid, Betaalbaar houden van geneesmiddelen, 2014). Het preferentiebeleid, wat letterlijk “voorkeursbeleid” betekent, wordt gevoerd vanuit het perspectief van de verzekeraar. Kort gezegd stelt dit beleid dat de zorgverzekeraar bepaalt welke medicatie gedeclareerd kan worden en welke niet (KNMP, Preferentiebeleid, 2014). De overheid bouwt het kader waarbinnen de zorgverzekeraar deze beslissingen kan maken. Dat betekent dat de overheid bepaalt welke medicatie toegelaten wordt tot het basispakket. Daarnaast stelt zij een maximum bedrag vast waarvoor de geneesmiddelen ingekocht mogen worden. Vervolgens bepaalt de zorgverzekeraar welke variant van het geneesmiddel zij vergoedt. Dit is afhankelijk van met welke producent de zorgverzekeraar het beste contract kan afsluiten. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om de goedkoopste variant van een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof als het patent (Rijksoverheid, Betaalbaar houden van geneesmiddelen, 2014). Het kan ook zo zijn dat een verzekeraar ervoor kiest om alle toegelaten middelen te vergoeden. In deze situatie is er geen sprake van het preferentiebeleid.

2.4.1. MOGELIJKHEDEN VOOR VERGOEDEN VAN MEDICATIE

In de praktijk zijn er drie mogelijkheden: alle merken van medicatie worden vergoed, de verzekeraar bepaalt welk merk medicatie vergoed wordt of de apotheker bepaalt het merk (Consumentenbond, 2014).

GEEN PREFERENTIEBELEID

Geen preferentiebeleid betekent dat alle medicatie die onder het basispakket van de zorgverzekering valt vergoed wordt door de verzekeraar. Wanneer de patiënt een duurder merk wil, is dit mogelijk zonder extra kosten voor de apotheek of de patiënt.

PREFERENTIEBELEID: DE ZORGVERZEKERAAAR BEPAALT

De verzekeraar bepaalt het merk en de dosering van medicatie die vergoed wordt onder de basisverzekering. Dit wordt ook wel 'labelpreferentie' genoemd. Wanneer de patiënt een ander merk wil, wordt dit niet vergoed en zal de patiënt zelf moeten betalen voor het middel. Een uitzondering hierop is een medische noodzaak, waardoor een patiënt het preferente middel niet mag gebruiken (KNMP, Preferentiebeleid, 2014).

Elk jaar, wanneer het basispakket wordt aangepast, worden door de overheid nieuwe geneesmiddelen toegewezen aan en verwijderd uit het basispakket. Rond deze tijd gaan de zorgverzekeraars ook in onderhandeling met de fabrikanten over de prijzen van de medicatie. Het komt niet vaak voor, maar een zorgverzekeraar kan er voor kiezen om zelfs gedurende het jaar nog over te stappen op een andere fabrikant, bijvoorbeeld wanneer een preferent middel niet meer leverbaar is. Wanneer een middel eenmaal preferent is, staat dit tegenwoordig vrijwel altijd voor twee jaar vast (Jurgens, 2014). De onderhandelingen en het maken van keuzes kan op twee verschillende manieren plaatsvinden. De eerste manier is transparant. Dit houdt in dat de leveranciers een prijslijst per geneesmiddel opstellen die voor alle zorgverzekeraars in te zien is. Wanneer alle prijzen bekend zijn, kan een zorgverzekeraar bepalen welke middelen ze wil vergoeden. De prijzen die gehanteerd worden door de leveranciers zijn voor alle zorgverzekeraars gelijk. De andere manier waarop de prijsonderhandeling kan plaats vinden is onder couvert. Hierbij blijven de prijzen van geneesmiddelen op de openbare prijslijst hetzelfde. De zorgverzekeraar vraagt dan de leverancier een voorstel te doen. Wanneer de zorgverzekeraar hiermee akkoord gaat krijgt ze, per geneesmiddel, een bepaald percentage korting zodra deze door de apotheker gedeclareerd wordt bij de verzekeraar. Hierbij is de kans dus groter dat het preferente middel niet het goedkoopste middel is, maar toch als preferent is aangewezen (KNMP, Preferentiebeleid, 2014).

PREFERENTIEBELEID: DE APOTHEKER BEPAALT

De zorgverzekeraar kan het ook aan de apotheek over laten om het te leveren merk te bepalen. Hierin zijn twee opties mogelijk, het pakjesprijsmodel en de laagsteprijsgarantie.

MOGELIJKHEID 1: PAKJESPRIJSMODEL

In dit model krijgen apothekers een vaste vergoeding voor elke verpakking geneesmiddelen dat zij uitgeven aan de patiënten. Het maakt hierbij niet uit of het om een bloeddrukverlager of om een pijnstillend middel gaat, of om een duur of juist goedkoop middel, de vergoeding blijft hetzelfde (KNMP, Preferentiebeleid, 2014). Hierbij wordt gerekend met een prijs voor een standaard dagdosering (DDD, Defined Daily Dose), deze zijn vastgesteld door de World Health Organization (SFK, Begrippenlijst, 2014). Medicatie wordt in principe verstrekt in verpakkingen voor 27 dagen, oftewel 27 DDD's. De pakjesprijs vanuit verzekeraars is dan op basis van deze 27 DDD's bepaald. Doordat de prijs per geneesmiddel erg varieert, verschilt het dus per geneesmiddel of er winst of verlies op gemaakt wordt door de apotheker. Voor apotheken waar veelal goedkope medicatie verstrekt wordt, kan het pakjesprijsmodel gunstig uitpakken. Wanneer een apotheek een aantal 'dure' patiënten heeft, zal dit erg ongunstig zijn.

MOGELIJKHEID 2: LAAGSTEPRIJSGARANTIE

Verzekeraars kunnen er ook voor kiezen om een bepaald bedrag voor medicatie vast te stellen dat gedeclareerd kan worden door de apotheek. Hierbij wordt de prijs per werkzame stof vastgesteld, waarbij meestal uitgegaan wordt van de prijs van het goedkoopste merk. Apothekers kunnen zelf kiezen of ze dit goedkoopste merk afleveren of toch een ander merk. De apothekers moeten zelf onderhandelen met groothandels om kortingen te verkrijgen op het inkopen van medicatie om eventueel winst te kunnen maken.

2.4.2. TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Zoals gezegd, kiezen zorgverzekeraars zelf voor het beleid dat ze voeren en kan dit jaarlijks veranderen. De verdeling is weergegeven in onderstaande tabel (tabel 1). Het is aan de verzekeraar om te bepalen of preferente

medicatie uit het basispakket wel of niet onder het eigen risico van de patiënt valt. In de tabel zijn de verzekeraars die deze medicatie buiten het eigen risico rekenen met een * aangegeven (Consumentenbond, 2014).

Verzekeraar	Beleid	Wie bepaalt het merk medicatie?
IZA (restitutiepolis), ONVZ, PNOzorg, VvAA	Geen preferentiebeleid	Apotheker/patiënt
Bewuzt*, IZA* (naturapolis), IZZ*, Univé Zekur*, UMC*, VGZ*	Labelpreferentie	Verzekeraar
De Amersfoortse, De Friesland, Ditzo, DSW, Energiek, Kiemer, Salland, Stad Holland, Zorg en Zekerheid	Laagsteprijsgarantie	Apotheker
Agis, Avéro Achmea, FBTO, Interpolis, OZF Achmea, Pro Life, TakeCareNow!, Zilveren Kruis Achmea	Apotheker kiest voor labelpreferentie of pakjesmodel	Labelpreferentie: verzekeraar Pakjesmodel: apotheker
AnderZorg, Azivo, CZ, CZdirect, Delta Lloyd, Menzis, Ohra	Deels laagsteprijsgarantie en deels labelpreferentie	Laagsteprijsgarantie: apotheker Labelpreferentie: verzekeraar

Tabel 1: Gevoerde beleid zorgverzekeraars 2014

Aangezien alle zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen welke methode ze willen hanteren, wordt het de apothekers logistiek gezien erg lastig gemaakt. Een apotheker kan kiezen met welke zorgverzekeraars contracten afgesloten worden. In grote apotheken wordt dit echter vaak met alle verzekeraars gedaan. Dat houdt in dat elke patiënt, ongeacht bij welke zorgverzekeraar deze is aangesloten, terecht kan bij de apotheek voor zijn medicatie. De apotheek heeft dus met alle vier genoemde manieren van vergoeding te maken. Dat brengt voor de apotheken problemen met zich mee (Jurgens, 2014).

Doordat er door verschillende verzekeraars verschillende merken per geneesmiddel worden vergoed, is het moeilijk geworden om grote voorraden op te slaan in de apotheek. De kans dat bepaalde medicatie op korte termijn niet meer wordt vergoed is groot en de apotheek blijft dan met de restanten zitten. Dit levert extra kosten op voor de apotheek (Van Remmerden, Apotheker, 2014). Daarnaast hebben de apotheken niet genoeg ruimte om een voorraad van alle verschillende merken te houden. Dit heeft ertoe geleid dat de service naar de patiënten toe is afgenomen. Medicatie is namelijk regelmatig niet meer direct leverbaar vanwege de beperkte voorraad. Patiënten komen dan voor niets aan de balie en worden verzocht de volgende dag opnieuw langs te komen om de medicatie op te halen. De medicatie moet namelijk eerst besteld worden. Bovendien krijgen patiënten met verschillende verpakkingen van medicatie te maken. Patiënten raken vertrouwd met medicatie en de verpakkingen hiervan. Wanneer ze dan elk half jaar een variant van de medicatie ontvangen, ontstaat er in veel gevallen onbegrip (Jurgens, 2014).

2.4.3. AFWIJKEN VAN BELEID VERZEKERAAR

Zoals al eerder gezegd, kunnen apothekers afwijken van preferente middelen wanneer hiervoor een medische noodzaak is, zoals een allergie voor een bepaald bestanddeel. In dit geval zal de verzekeraar het verstrekte middel nog steeds vergoeden. Wanneer een patiënt echter zelf kiest voor een ander merk of middel, zijn de kosten voor de apotheek of voor de patiënt zelf.

In de afgelopen jaren is het vaak voorgekomen dat preferente middelen niet leverbaar waren en dat de apotheken op zoek moesten naar een alternatief middel. Gemiddeld lag het percentage van niet leverbare middelen op 4,3% per maand, wat neerkomt op bijna 800.000 voorschriften per maand in Nederland (FarmaActueel, 2014). Wanneer een apotheker op zoek gaat naar een alternatief voor de betreffende patiënt, kan er vanwege 'logistieke noodzaak' een ander merk middel meegegeven worden. Het kan echter ook zo zijn

dat de verzekeraar een aantal alternatieven opgedragen heeft aan de apotheek, die wel vergoed worden wanneer het preferente middel niet leverbaar is. Als ook deze niet leverbaar zijn, mag een ander merk meegegeven worden vanuit logistieke noodzaak (Jurgens, 2014).

2.5. INKOMSTEN APOTHEEK

In principe komen de meeste inkomsten van een apotheek uit de receptregels die zij dagelijks verwerken, ofwel de terhandstelling van medicatie. Een ander deel van de inkomsten komt uit handverkoop, hierbij valt te denken aan: geneesmiddelen die verkregen kunnen worden zonder recept, of zonnebrandcrème. De apotheek verdient ook aan de levering van medische hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal, bloedglucosemeters met bijbehorende teststrips en wondverband (Jurgens, 2014). Daarnaast is in 2008 de zogenoemde prestatiebekostiging ingevoerd. Een voorbeeld hiervan is het adviseren van patiënten over correct medicatiegebruik. Wat wel en niet gedeclareerd kan worden bij de verzekeraar, hangt af van het contract met de zorgverzekeraars. In 2012 verwachtte 55% van de apothekers een afname in de inkomsten van de apotheek. Van deze 55% denkt 71% dat dit deels veroorzaakt wordt door het preferentiebeleid, 16% ziet dit als hoofdoorzaak (SBA, Arbeidsmarktmonitor: apotheekbranche 2011-2012).

2.5.1. CONTRACTEN MET ZORGVERZEKERAARS

Contractuele afspraken omvatten in principe de kosten die gedeclareerd kunnen worden voor geneesmiddelen en zorgprestaties, het eventuele gevoerde preferentiebeleid en bepaalde kwaliteitseisen. Een verzekeraar kan bijvoorbeeld eisen dat in minstens 95% van de gevallen het preferentiebeleid nageleefd moet worden, wanneer de zogenoemde compliance lager ligt kunnen er sancties volgen. Hierbij valt te denken aan een terugvordering van bepaalde declaraties, wat kan leiden tot verlies voor de apotheek. Daarnaast kunnen verzekeraars ervoor kiezen om het hele contract naar beneden bij te stellen wanneer de compliance-eis niet gehaald wordt.

2.5.2. VERGOEDINGEN

Voor 2006 kwamen de inkomsten van een apotheek voornamelijk voort uit de receptregelvergoeding. Vanaf 2008 zijn echter veranderingen doorgevoerd die betrekking hebben op de manier waarop zorgverzekeraars de geleverde diensten vergoeden. In principe bestaat de receptregelvergoeding nog steeds, maar in een enigszins andere vorm. De basisformule voor de vergoeding van een receptregel ziet er als volgt uit (Jurgens, 2014):

$$\text{Vergoeding UR} = \text{AIP} + \text{WMGtarief} \quad (7)$$

De AIP staat voor apothekers inkoopprijs, oftewel het bedrag dat de verzekeraar vergoed voor het inkopen van medicatie. In principe was dit het bedrag wat de apotheek aan de groothandel betaalde voor een bepaald middel. Apothekers proberen altijd te onderhandelen met leveranciers voor lage inkooprijzen. Zorgverzekeraars zagen dat de kortingen, die werden gegeven door de groothandels, soms erg hoog waren. Om hiervan te profiteren voerden de verzekeraars een zogenoemde 'clawback' in. Dit houdt in dat de apotheek een percentage van de vergoeding van de AIP weer terug moet betalen aan de verzekeraar. Wanneer een apotheker dan slim onderhandelt, ligt de AIP lager dan de vergoeding min de clawback. Zo kan de apotheek toch nog winst maken. Het WMG-tarief is een wettelijk vastgesteld tarief voor een bepaald geneesmiddel, wat de verzekeraar in ieder geval moet vergoeden. De werkelijke formule ziet er dus als volgt uit (Jurgens, 2014):

$$\text{Vergoeding UR} = (\text{AIP} - \text{clawback}) + \text{WMGtarief} \quad (8)$$

Uit de handverkoop wordt ook verdiend. Hierbij geldt simpelweg dat de apotheek de verkoopprijs van deze producten zelf kan bepalen op basis van de inkoopprijs (Jurgens, 2014). Van driekwart van de apotheken in Nederland is bekend dat zij in 2011 ongeveer 5% van de omzet uit deze handverkoop haalden (SFK, Zonder recept van hand tot hand, 2011).

De medische hulpmiddelen die een apotheek levert, kunnen gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraars. Hierbij komt eveneens het concept van de AIP aan bod, met daarbij ook de clawback. Leveranciers van hulpmiddelen die grootschalig gebruikt worden, zoals incontinentiematerialen en teststrips voor bloedglucosemeters, bieden vaak hoge kortingspercentages. De hoogte van de clawback wordt hierop aangepast (Jurgens, 2014).

2.5.3. PRESTATIEBEKOSTIGING

Apothekers krijgen voor bepaalde prestaties een vergoeding. Voorbeelden van prestaties zijn de eerste terhandstelling, de uitgifte van een herhaalrecept en het adviseren van patiënten over medicatie (Nederlandse Zorgautoriteit, Prestatiebeschrijvingbeschikking, 2011). Er wordt vanuit gegaan dat er in alle gevallen sprake is van een basisprestatie met eventueel een aanvullende prestatie. Het budget voor de receptvergoeding is nu beschikbaar gesteld voor deze prestatievergoedingen. Hierdoor zijn de tarieven voor de recepten verder omlaag gegaan, waardoor het voor apothekers nog belangrijker is geworden om gunstige kortingen met leveranciers te onderhandelen. De zorgverzekeraar en de apotheek onderhandelen zelf over de tarieven die voor de prestaties gelden (Nederlandse Zorgautoriteit, Prestatiebekostiging voor apothekers, 2008).

2.5.4. KWALITEITSEISEN

In contracten met zorgverzekeraars staat vermeld waar een apotheek aan moet voldoen wat betreft kwalitatieve zorg (Van Remmerden, Apotheker, 2014). Hierbij kan gedacht worden aan medisch farmaceutische beslisregels (MFB's). Deze regels zijn een nieuwe manier van medicatiebewaking, om optimale zorg te kunnen verlenen. Een voorbeeld hiervan is het voorschrijven van maagbeschermers bij langdurig gebruik van pijnstillers. Verzekeraars kunnen van apotheken eisen om aan zoveel mogelijk van dergelijke regels te voldoen en actief bezig te zijn met de waarborging van zorgkwaliteit. Bij sommige verzekeraars is het mogelijk om een zogenoemd pluscontract af te sluiten. Dit houdt in dat de apothekers voor sommige prestaties een hogere vergoeding kunnen krijgen (Jurgens, 2014).

2.6. INVLOEDEN EN KNELPUNTEN

Verschillende externe partijen hebben invloed op de gang van zaken binnen de apotheek. Een deel van deze invloeden kan als knelpunt beschouwd worden door apothekers, maar veelal geldt dat hier geen directe oplossingen voor zijn. Dit komt voornamelijk doordat de apotheek minder macht heeft in de markt dan andere partijen.

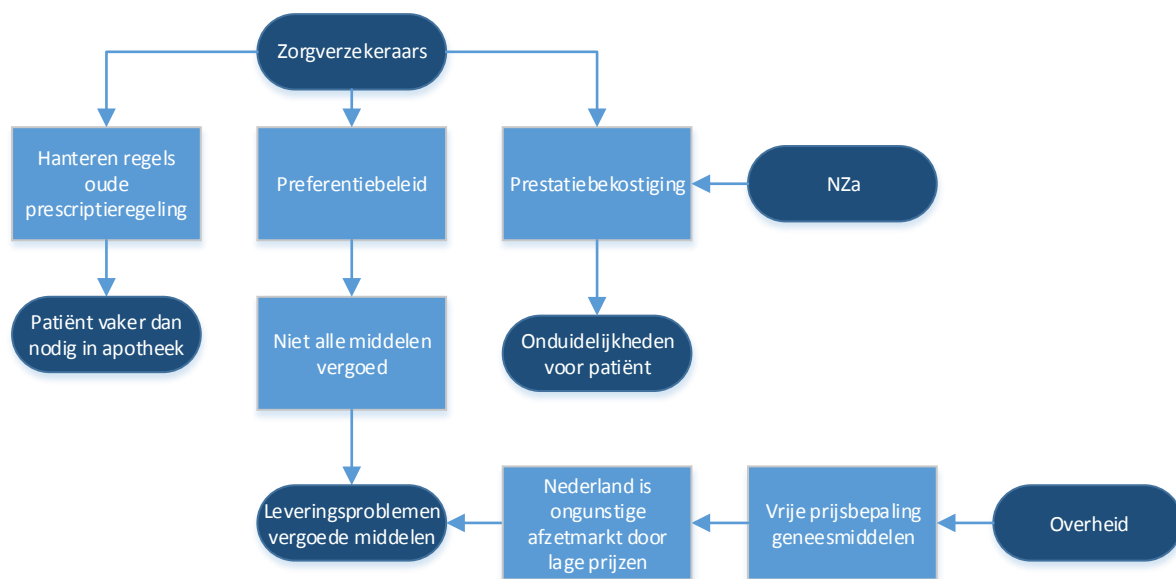
2.6.1. OVERHEID

De overheid legt de apothekers in Nederland voornamelijk wettelijke eisen op. Hier zullen apothekers aan moeten voldoen, waar de IGz op controleert. Wanneer apotheken niet aan de eisen voldoen, kunnen zij tijdelijk of definitief gesloten worden. Daarnaast stelt de NZa ook een aantal kwaliteitseisen en regelt deze overheidsinstantie het bekostigingssysteem voor de apotheek. Dit leidt momenteel voornamelijk tot extra administratieve handelingen voor apothekers en onduidelijkheden voor patiënten. Als laatste invloed vanuit de overheid is er de KNMP, die apothekers voornamelijk wil ondersteunen in het verlenen van kwalitatief goede zorg. Dit doet zij door middel van richtlijnen en handleidingen.

Door de vrije prijsbepaling van medicatie in Nederland, zijn de prijzen van geneesmiddelen enorm gedaald in de afgelopen jaren. Dit heeft de Nederlandse zorgmarkt onaantrekkelijk gemaakt voor fabrikanten. In de buurlanden valt namelijk veel meer winst te halen.

2.6.2. ZORGVERZEKERAARS

De macht en invloed van zorgverzekeraars komt het duidelijkst naar voren in het preferentiebeleid. Dit beleid heeft geleid tot een tekort aan geneesmiddelen bij de groothandels. Hierdoor wordt het lastiger voor apotheken om de juiste geneesmiddelen geleverd te krijgen. Apothekers worden gedwongen slechts bepaalde geneesmiddelen te verstrekken aan de verzekerden; wanneer zij hier niet aan voldoen, volgen er sancties. Dit kan indirect door inkomsten mis te lopen, maar ook direct wanneer niet aan de compliance-eis voldaan wordt. Daarnaast hanteren veel verzekeraars de voorwaarden van de afgeschafte prescriptieregeling nog in de contracten met apothekers. Hierdoor kunnen de apothekers alsnog niet voor langere tijd medicatie meegeven aan patiënten en moeten zij deze patiënten dus vaker helpen. Door de ingestelde prestatiebekostiging hebben veel patiënten vragen over de rekening die zij krijgen bij de apotheek. Dit zorgt in sommige gevallen tot gefrustreerde patiënten, waar de apothekers meer tijd aan kwijt zijn dan nodig is.



Figuur 1: Knelpunten externe invloeden

3. ORGANISATIE RONDOM MEDICATIEUITGIFTE

Dagelijks gaan er honderden verschillende soorten medicatie over de balie van een apotheek; van antibiotica en maagzuurremmers tot Viagra. Ondanks de grote verscheidenheid in soorten medicatie doorloopt de medicatie over het algemeen dezelfde basisprocessen. Elke apotheek heeft een eigen manier om deze processen te organiseren, waarbij de processen worden afgestemd op het beleid en de visie van de desbetreffende apotheek.

In dit hoofdstuk worden de algemene processen van medicatieuitgifte binnen de apotheek besproken (3.1.). Er wordt onderscheid gemaakt in verschillende categorieën en de bijbehorende processen (3.2.). Daarbij zal uit de verkregen data onder andere de gemiddelde doorlooptijd van een proces bepaald worden (3.3.). Medicatie is echter niet altijd op voorraad en dient dan besteld te worden (3.4.). Processen kunnen te allen tijde verbeterd worden, aangezien er altijd problemen of struikelblokken naar voren kunnen komen. Tot slot zal er daarom gekeken worden welke knelpunten de genoemde processen ondervinden (3.5.).

3.1. ALGEMENE PROCESSEN

Het grootste deel van de recepten dat bij de apotheek binnenkomt, moet hetzelfde proces van inbrengen tot uitgifte doorlopen. Voor aanvang van de processen in de apotheek, moet het recept eerst in ontvangst genomen worden. Dit kan op verschillende manieren gebeuren.

3.1.1 METHODE VAN ONTVANGST

In apotheek Tuindorp kunnen de recepten op verschillende manieren worden ontvangen: telefonisch, via e-mail, per fax, via het gekoppelde computersysteem van de huisarts of bij de balie. Specialisten beschikken niet over gekoppelde computersystemen met de apotheek, waardoor recepten per fax gestuurd of fysiek aangeleverd dienen te worden. Gemiddeld heeft een apothekersassistente 6.3 minuten nodig om een recept te verwerken wanneer deze digitaal of per fax is verzonden. Wanneer de patiënt met het recept aan de balie staat, is de gemiddelde verwerkingstijd langer, namelijk 7.2 minuten per recept (Nivel, Receptenverkeer: Naar de digitale snelweg?, 2007).

In het onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende manieren waarbij recepten via het systeem kunnen binnenkomen. Zowel binnenkomst van het recept per telefoon, via e-mail, per fax, als de binnenkomst van recepten via huisarts of specialist door middel van het gekoppelde computersysteem, worden in het onderzoek samengevat onder het 'systeem'. Daarnaast worden de bestellingen in de dataverzameling van het receptenverkeer meegenomen. Het nadeel hiervan is dat hieruit niet valt te herleiden of deze recepten in eerste instantie via het systeem of de balie zijn binnengekomen, doordat dit in de codering niet aangegeven is. Deze recepten worden om deze reden evenredig verdeeld over de balie en het systeem. Uit de analyse blijkt dan vervolgens dat 57.5% van de recepten via het systeem binnen komt (zie tabel 1, bijlage 4). Dat betekent dat 42.5% met een recept aan de balie komt (zie 3.5.1. en 3.5.2.).

Het is niet vanzelfsprekend dat alle artsen een gekoppeld computersysteem met de apotheek hebben. Apotheek Tuindorp werkt samen met een 23 huisartsen in Hengelo, die eens per twee maanden met elkaar overleggen. Deze huisartsen hebben een gekoppeld systeem met de apotheek. Dit systeem werkt met een buffer. Hierin komen alle recepten die de arts voorgeschreven heeft. De huisarts-assistent dient deze tijdig door te sturen naar de apotheek. Wanneer dit niet gebeurt, kunnen de processen in de apotheek niet gestart kunnen worden. Alle niet samenwerkende huisartsen en ziekenhuisspecialisten beschikken niet over een dergelijke koppeling. Dat betekent dat de recepten op een andere manier binnen moeten komen bij de apotheek. In een beperkt aantal gevallen worden deze per fax verzonden. Meest voorkomend is echter dat de specialisten hun patiënten voorzien van een fysiek briefje. Ongeveer 90% van de patiënten die een recept krijgen van de specialist, wordt met een fysiek briefje naar de apotheek gestuurd (Jurgens, 2014). Hierdoor kunnen medewerkers van de apotheek zich niet voorbereiden op de verwerking van het recept. Daarnaast moet in veel gevallen de patiënt met lege handen

naar huis gestuurd worden, omdat de medicatie niet op voorraad is. Dit knelpunt zorgt voor dubbele balie momenten, langere wachttijden en het ad-hoc moeten handelen van medewerkers.







3.1.2 UITVULLEN VAN MEDICATIE

Vrijwel alle medicatie moet in principe hetzelfde proces doorlopen en dus dezelfde handelingen ondergaan, wanneer het gaat over het invullen van het recept (figuur 3). Dit is onafhankelijk van het type medicatie. Zodra een recept bij de apotheek binnen is, ongeacht op welke manier dit is binnengekomen, moet het recept worden ingebracht in het AIS. Dit betekent dat de gegevens worden ingevoerd in de computer. Vervolgens controleert de assistente de gegevens, hierbij wordt er gekeken naar de dosering, de voorgeschiedenis van de patiënt en eventuele afwijkingen van eerdere recepten.

Wanneer een assistente twijfels heeft omtrent de voorgeschreven medicatie, wordt de apotheker om een 'second opinion' gevraagd. Mocht ook de apotheker het recept in twijfel trekken, dan neemt de assistente contact op met de arts om te overleggen over de patiënt en de voorgeschreven medicatie. Zodra de arts en assistente een overeenstemming bereiken, past de assistente de gegevens aan en stelt de apothekers hiervan op de hoogte.

Het is mogelijk dat de medicatie niet of maar gedeeltelijk op voorraad is. De assistente kan in dat geval de overweging maken om het recept slechts deels uit te vullen en deels te bestellen, alle medicatie te bestellen of kijken naar de mogelijkheid voor een aanwezig alternatief geneesmiddel. Wanneer gekozen wordt voor een het plaatsen van een bestelling, kunnen de overige stappen binnen het proces pas de volgende dag worden voortgezet. De medicatie staat pas een dag later klaar. De etiketten worden wel alvast geprint en met het bijbehorende recept in een apart bakje gelegd, in afwachting van de levering.

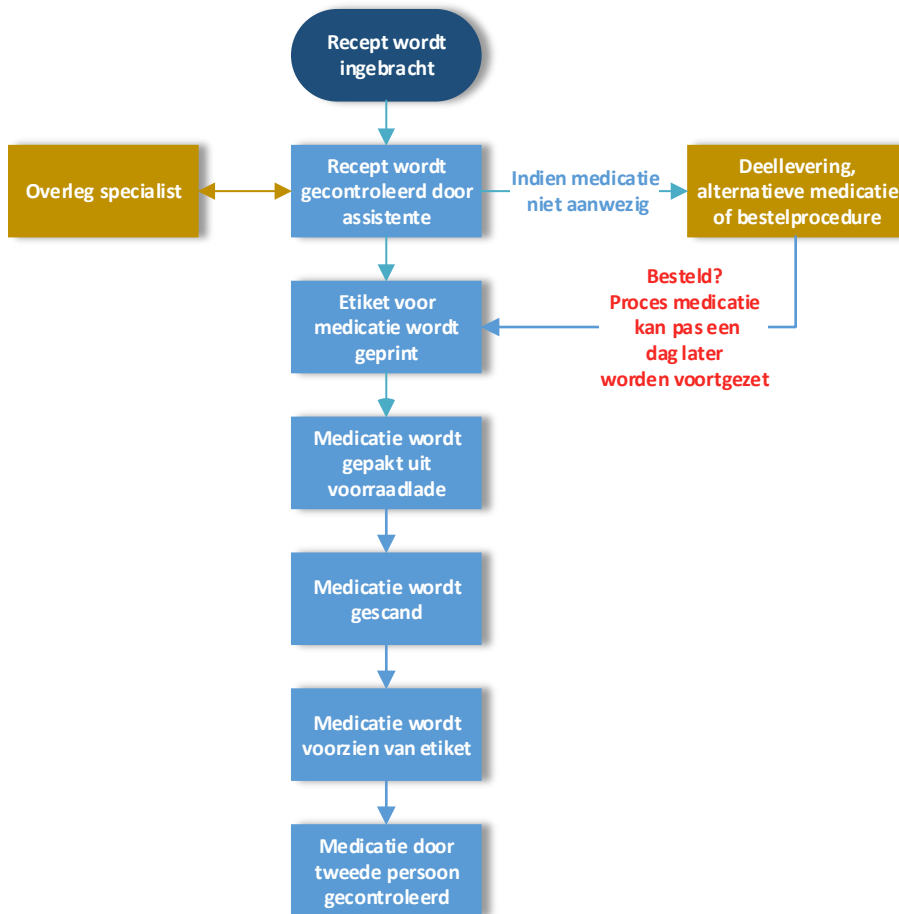
Zodra de etiketten geprint zijn en de medicatie aanwezig is in de apotheek, kan de juiste medicatie uit de voorraadlade gehaald, gescand en geëtiketteerd worden. Dit gebeurt voor alle medicatie die op het recept staat. Zodra het recept compleet is, volgt er een extra controle door een andere assistente. Zij controleert of er geen fouten zijn gemaakt in de dosering en dat de inhoud en verpakking van de medicatie juist is. Dit is nog niet het einde van de proces welke medicatie moet doorlopen, echter verschillen de hierop volgende stappen afhankelijk van de categorie waaronder de medicatie valt.

-  Begin-/eindpunt
-  Standaard stappen in het proces
-  Bijkomende handelingen in het proces
-  Knelpunten in het proces
-  Stap in het proces komt te vervallen
-  Beslissingspunt

Figuur 2: Legenda stroomschema's

De legenda in figuur 2 wordt voor alle processchema's in dit verslag gebruikt.

Uitvullen medicatie, met mogelijke bijkomende handelingen en knelpunten



Figuur 3: Stroomschema uitvullen medicatie

3.2. VERSCHILLENDE CATEGORIEËN EN DIENS PROCESSEN

De apotheek heeft dagelijks te maken met honderden verschillende recepten en daarmee ook verschillende medicatie. Per recept kan het aantal soorten medicatie verschillen. Aangezien het niet realistisch is om deze allemaal te benoemen in dit onderzoek, is de medicatie gecategoriseerd. De medicatie is ingedeeld in de volgende categorieën; eerste uitgifte, herhaalrecept, chronisch recept en recepten die in de herhaalservice worden geplaatst. Er is voor deze verdeling gekozen omdat deze vier categorieën alle relevante medicatie voor dit onderzoek omvatten. Tevens hanteert Tuindorp deze vier begrippen. Aan de hand van deze vier categorieën kunnen de belangrijkste verschillen in processen van de categorieën in kaart worden gebracht.

3.2.1. EERSTE UITGIFTE

Indien medicatie voor de eerste keer wordt voorgeschreven door een huisarts of specialist, wordt er gesproken van een eerste uitgifte. Wanneer een patiënt medicatie eerder gebruikt heeft, maar niet in de afgelopen twaalf maanden, is er eveneens sprake van een eerste uitgifte.

Een eerste uitgifte kan elke soort medicatie zijn. Eerste uitgiftes nemen in verhouding meer tijd in beslag dan de verstrekking van andere medicatie (Nivel, Receptenverkeer: Naar de digitale snelweg?, 2007). De reden hiervoor is dat er goed gekeken dient te worden of de medicatie wel kan worden verstrekt in verband met allergieën of eerder verstrekte medicatie (Van Remmerden, Apotheker, 2014). Daarnaast is een korte toelichting van de

assistenten, over het gebruik van medicatie en de mogelijke bijwerkingen, verplicht. Een dergelijk gesprek wordt een 'eerste terhandstellingsgesprek' genoemd (Van den Elzen, Wijnands, Hermans, de Bakker, & van Dijk, 2007). In veel gevallen kan een eerste uitgifte niet worden voorbereid door de medewerkers van de apotheek, in tegenstelling tot de herhaalmedicatie en chronische medicatie, omdat veel patiënten direct vanuit de huisarts of specialist doorgaan naar de apotheek. De apotheek heeft de recepten dan pas net ontvangen, waardoor deze nog niet zijn verwerkt. Daarnaast zorgt een eerste uitgifte ook nog eens voor 1 tot 5 minuten extra werk per patiënt vanwege de bijbehorende administratieve handelingen vergeleken met andere soorten medicatie (KNMP, Patiënten ervaren onduidelijkheid rondom eerste uitgifte, 2014). Door al deze factoren zijn patiënten met een eerste uitgifte vaak in verhouding tijdsintensief (Jurgens, 2014).

ANTIBIOTICA

Aangezien antibiotica altijd als een eerste uitgifte wordt behandeld vanwege de urgentie, wordt antibiotica ook geschaard onder deze categorie. Dit betekent niet dat antibiotica nog niet eerder gebruikt kan zijn door de patiënt. Het grote verschil tussen antibiotica en een eerste uitgifte van een ander type medicatie is dus de urgentie. Bij het gebruik van een antibioticum is er sprake van een bacteriële infectie die eigenlijk direct behandeld moet worden. Het is meer dan gewenst dat deze medicatie dan ook direct leverbaar is. De apotheek probeert hier rekening mee te houden door eigenlijk te allen tijde antibiotica op voorraad te hebben.

PROCES EERSTE UITGIFTE

De recepten kunnen op drie manieren door de apotheek worden ontvangen (figuur 4). Dit kan via het systeem, door middel van een receptbriefje of een arts of specialist stuurt het recept per fax naar de apotheek. Bij de apotheek belanden de recepten dan in een 'cloud' in het systeem van de apotheek. Deze cloud is een digitale lijst waarin de recepten binnenkomen, voordat deze uitgeprint worden. De recepten worden automatisch uit deze cloud gehaald en uitgeprint. Vervolgens bepaalt de assistente de urgentie van het recept. Het kan zo zijn dat een arts een notitie heeft gemaakt voor de apotheek, waarin wordt vermeld dat de patiënt direct vanuit de arts doorgaat naar de apotheek. Het is dan van belang dat de medicatie zo snel mogelijk wordt uitgevuld. Daarnaast is er ook nog een aantal soorten medicatie waarbij er vanuit gegaan kan worden dat de medicatie vrijwel direct wordt opgehaald. Hierbij kan gedacht worden aan antibiotica. Vervolgens zal het recept uitgevuld worden. In veel gevallen staat de medicatie dezelfde dag nog klaar. Het komt tegenwoordig echter steeds vaker voor dat medicatie pas een dag later klaar staat, door onder andere het preferentiebeleid. Zodra het recept klaar is wordt het in de afhaalkast geplaatst. Wanneer een patiënt aan de balie komt, kan de medicatie worden meegegeven. Er volgt een eerste terhandstellingsgesprek. Hierin wordt het gebruik van medicatie toegelicht. Tot slot controleert de apotheker aan het einde van elke werkdag de binnengekomen recepten op inhoud, waarbij er gelet wordt of de juiste dosering is voorgeschreven en of het juiste geneesmiddel is meegegeven.

Zodra een patiënt met een recept aan de balie komt, kunnen verschillende stappen worden overgeslagen. De patiënt moet dan direct geholpen worden, waardoor bepaalde stappen komen te vervallen. Deze stappen zijn grijs gemarkeerd in het stroomschema (figuur 4). In figuur 4 wordt er ook een knelpunt genoemd: het moment waarop een patiënt zijn medicatie komt ophalen, maar deze nog niet is uitgevuld (Jurgens, 2014). Een dergelijke situatie levert extra werk op voor de assistenten en belemmert de efficiëntie van processen binnen de apotheek. De knelpunten zullen later in het hoofdstuk (3.4.) besproken worden.

3.2.2. HERHAALRECEPTEN

Apotheken leveren gemiddeld ongeveer 70% van de UR-geneesmiddelen af via herhaalrecepten (KNMP, Handleiding Herhaalmedicatie, 2014). Wanneer een patiënt van de huisarts of specialist toestemming krijgt om medicatie vaker dan één keer af te halen zonder dat hier een doktersafspraken voor nodig is, is er sprake van een herhaalrecept. Wanneer een herhaling is afgelopen, moet de patiënt wel een nieuwe herhaling aanvragen bij de huisarts of specialist. Het is ook mogelijk voor een patiënt om een herhaalreceptbriefje te ontvangen tijdens het laatste apotheekbezoek. Hiermee kunnen ze de medicatie zelf aanvragen en ophalen aan de balie bij de

apotheek. Een herhaalrecept heeft maar een beperkte voorschrijfduur, aangezien het niet om een chronische aandoening gaat. Verzekeraars kunnen hier echter wel voorwaarden aan verbinden. Apothekers die niet gebonden zijn aan dergelijke voorwaarden, hanteren nog de richtlijnen van de prescriptieregeling (Jurgens, 2014).

Mits de patiënt het recept via telefoon, fax of e-mail aanvraagt, is het voor de medewerkers mogelijk het recept voor te bereiden (Jurgens, 2014). Als een patiënt beslist om met een fysiek herhaalrecept langs de apotheek te gaan, wordt ter plekke het gehele uitgifteproces doorlopen. Extra toelichting over het medicatiegebruik is niet verplicht, desalniettemin moet de patiënt wel wachten totdat het proces van medicatieuitgifte doorlopen is. Uit onderzoek blijkt dat apotheken de recepten in de meeste gevallen digitaal toegezonden krijgen door de arts (Nivel, Receptenverkeer: Naar de digitale snelweg?, 2007).

PROCES HERHAALRECEPTEN

Hoe herhaalrecepten worden behandeld bij een apotheek is bij vrijwel alle apotheken in Nederland hetzelfde (Nivel, Receptenverkeer: Naar de digitale snelweg?, 2007). Ten opzichte van een eerste uitgifte zijn er twee verschillen in het proces van herhaal- en chronische recepten (figuur 4). In de situatie van herhaal- en chronische medicatie, krijgt de patiënt geen toelichting meer over het medicatiegebruik en krijgt deze een herhaalbriefje overhandigd. Met dit briefje kan de patiënt een volgende keer de medicatie weer ophalen zonder deze van te voren weer aan te hoeven vragen bij de dokter. De standaard stappen in dit proces zijn al eerder uitgelegd (3.1.).

3.2.3. CHRONISCHE RECEPTEN

De derde categorie is het chronische recept. Dit recept komt overeen met het herhaalrecept, alleen moet de patiënt in dit geval de medicatie de rest van zijn leven blijven gebruiken. Desondanks moet het recept steeds opnieuw bij de huisarts of specialist worden aangevraagd. Hierbij worden de bepalingen van de prescriptieregeling nog steeds gehanteerd als richtlijn. Aanpassingen in de dosering en veranderingen in frequentie van inname zijn altijd mogelijk in overleg met de arts en apotheker. De aanvraagprocedure van chronische medicatie verloopt identiek aan die van herhaalmedicatie.

BAXTER

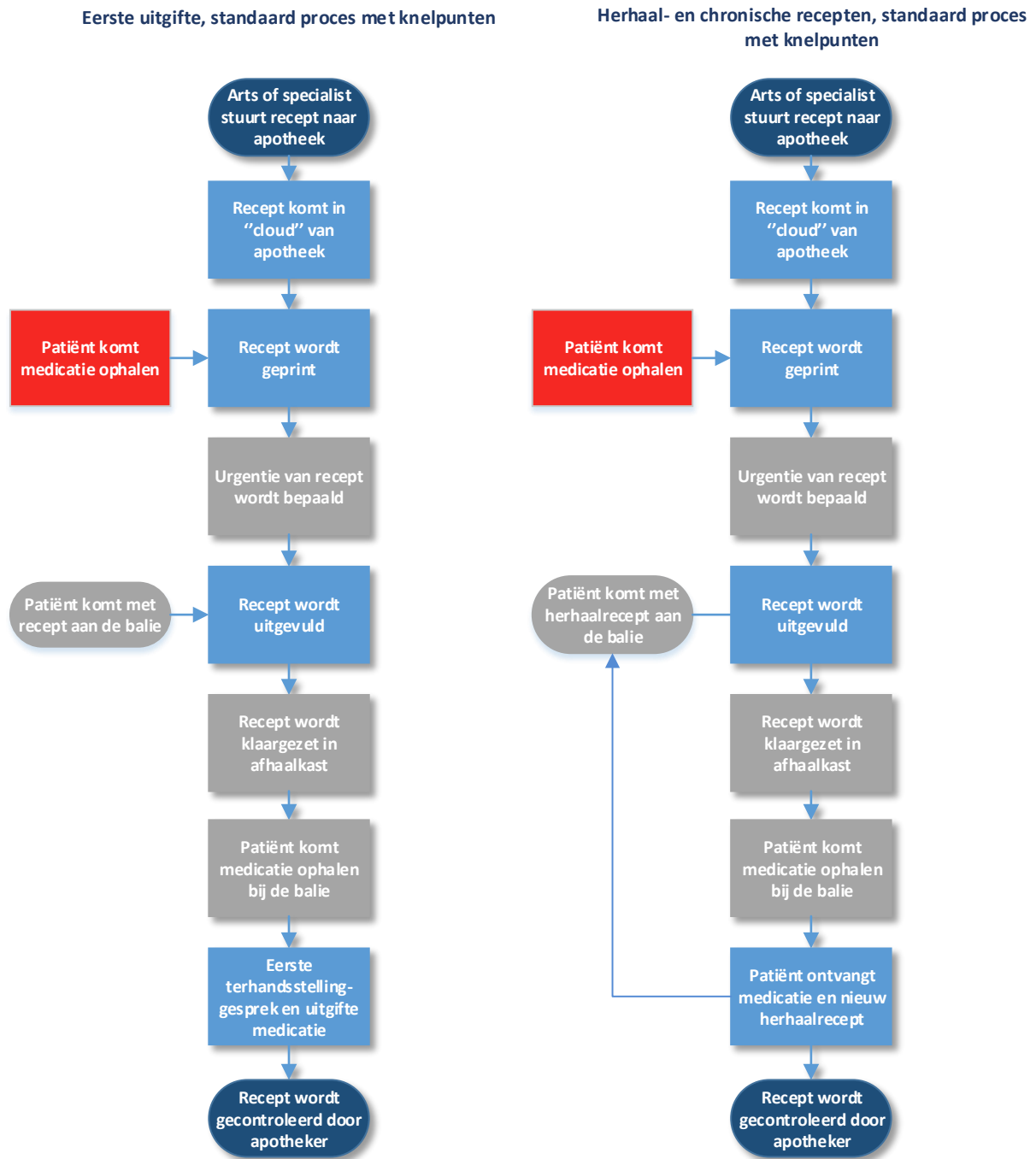
Wat betreft de chronische medicatie is er nog een mogelijkheid voor het uitgeven van medicatie. Hierbij gaat het om de baxter-methode. Een baxter is een plastic rol die bestaat uit zakjes. Deze zakjes worden gevuld met medicatie door de groothandel. In veel gevallen is er voor elke inname moment een nieuw zakje. De zakjes worden voorzien van een etiket waarop het tijdstip van inname op aangegeven staat. De rollen worden voor een maand of voor een week geleverd (Tijdschrift voor Praktijkondersteuning, Doseerdozen en baxters, 2010).

Baxteren is vooral bedoeld voor patiënten met een lage therapietrouw. Aan de hand van de baxterrol kan vergeten medicatie snel opgemerkt worden. Nadelig aan de baxter-methode is dat het toevoegen van een halve tablet niet mogelijk is, evenals het toevoegen van extra medicatie aan de baxterrol, die een patiënt maar voor korte duur moet innemen. Hierdoor moet de patiënt vaak naast het gebruik van de baxter alsnog enkele losse geneesmiddelen innemen (Laan, Dijkstra, & Weenink, 2010). De baxter is een goed lopende service bij apotheek Tuindorp (Jurgens, 2014). De levering van baxters heeft weinig invloed op de algemene uitgifteprocessen en werkdruk binnen de apotheek, aangezien de rollen kant-en-klaar geleverd worden. Er is besloten om deze service in de rest van dit onderzoek buiten beschouwing te laten, omdat de processen geen knelpunten bevatten.

PROCES CHRONISCHE RECEPTEN

De stappen in het proces van chronische medicatie komen overeen met die van herhaalmedicatie (3.2.2.).

In alle drie processen komt hetzelfde knelpunt naar voren: de patiënt komt aan de balie terwijl het recept nog niet uitgevuld is.



Figuur 4: Stroomschema's Eerste uitgifte en Chronische/herhaalmedicatie

3.2.4. HERHAALSERVICE

Tot slot is er de vierde categorie, de herhaalservice. De herhaalservice bestaat uit patiënten die eigenlijk binnen de chronische categorie vallen, maar waarbij apotheek Tuindorp de stap heeft gezet om hen in deze specifieke service te plaatsen. De patiënten hoeven de medicatie niet meer zelf aan te vragen, dit wordt door de apotheek geregeld. Voor de patiënt wordt in de gaten gehouden wanneer de voorgeschreven medicatie op zou moeten zijn. Vervolgens anticipeert de apotheek hierop door het recept zelf aan te vragen bij de huisarts en zet de medicatie direct klaar. De patiënten ontvangen een brief waarin wordt vermeld dat de medicatie opgehaald kan worden, ongeveer twee weken voordat de nieuwe medicatie daadwerkelijk nodig is. De medicatie kan dan worden opgehaald wanneer het de patiënt zelf uitkomt. Deze categorie is specifiek voor apotheek Tuindorp,

omdat niet alle apotheken met deze service werken. Binnen apotheek Tuindorp bestaat de herhaalservice uit 2247 patiënten. De recepten in deze service doorlopen een ander proces dan de overige drie categorieën. Hierdoor is besloten deze groep te onderscheiden van de rest.

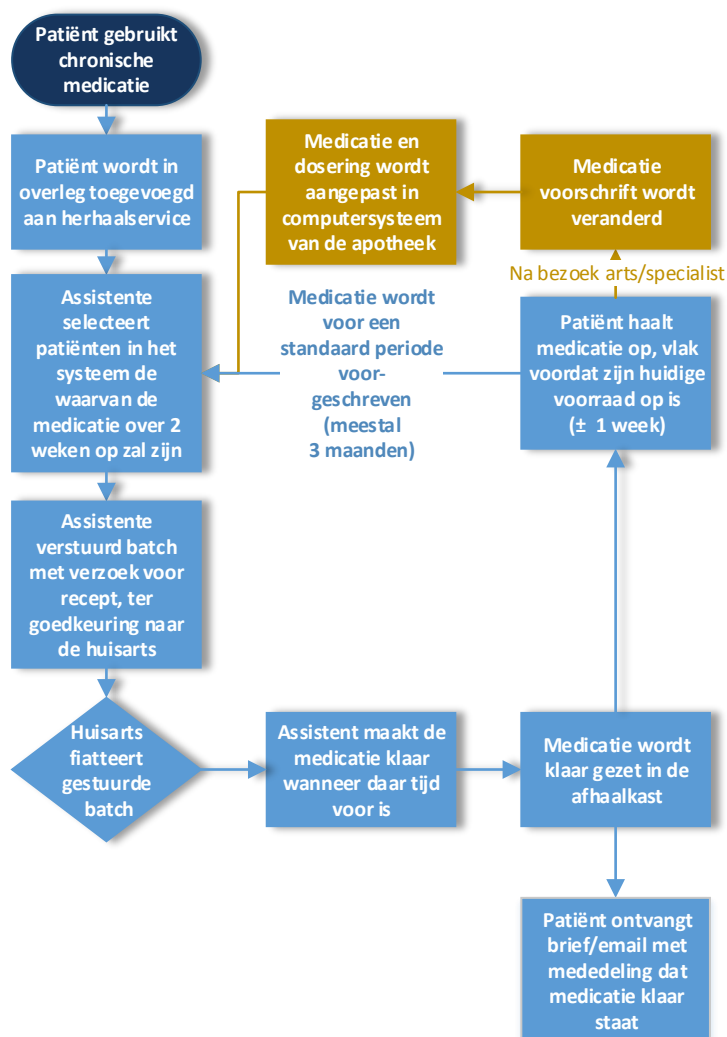
In theorie zouden alle patiënten uit de derde categorie in de herhaalservice geplaatst kunnen worden, in de praktijk blijkt dit nog niet het geval te zijn. Een reden hiervoor is dat de systemen van de specialisten in het ziekenhuis niet gekoppeld zijn met die van de apothekers. Een andere reden is dat de patiënten grotendeels nog niet op de hoogte zijn van de service (Jurgens, 2014).

PROCES HERHAALSERVICE

De herhaalservice vormt een doorlopend proces binnen de apotheek (figuur 5). Er wordt, aan de hand van de medicatie die een patiënt gebruikt, gekeken of de patiënt geschikt is voor de herhaalservice. Bij chronische medicatie is dit bijna altijd het geval en in uitzonderlijke gevallen ook bij herhaalmedicatie. Zodra er wordt vastgesteld dat een patiënt geschikt is voor de herhaalservice, wordt deze in overleg met de patiënt hieraan toegevoegd. De assistente controleert een keer per week het bestand met patiënten in de herhaalservice. Hieruit worden de patiënten geselecteerd waarvan de medicatie over ongeveer twee weken op zou moeten zijn. Deze patiënten worden in een batch geplaatst. Dit is een samengestelde lijst met recepten, met het verzoek voor een herhaalrecept. Deze wordt vervolgens ter goedkeuring naar de huisarts gestuurd. De arts fiatteert vervolgens de gestuurde batch. De medicatie wordt pas uitgegeven wanneer de arts de batch goedgekeurd heeft. De medicatie wordt uitgevuld wanneer de apotheek hier tijd voor heeft in de planning, welke vervolgens in de afhaalkast geplaatst wordt. De patiënt ontvangt een brief met daarin de mededeling dat zijn medicatie opgehaald kan worden. In de meeste gevallen wordt de medicatie opgehaald net voordat de huidige voorraad van de patiënt op is. De medicatie wordt meestal voor een periode van drie maanden voorgeschreven. Na deze periode herhaalt de hele procedure zich.

In sommige gevallen is er sprake van een aantal bijkomende handelingen. De mogelijkheid bestaat namelijk dat het medicatieoverzicht van een patiënt aangepast moet worden na een bezoek aan de huisarts of specialist. Wanneer de medicatie opnieuw onder de chronische medicatie valt, kan dit eenvoudig worden aangepast in het systeem en kan de herhaalservice worden voortgezet.

Herhaalservice, proces met bijkomende handelingen



Figuur 5: Stroomschema herhaalservice

3.2.5. VERDELING VAN DE CATEGORIEËN

In het onderzoek naar het proces van recept tot medicatieuitgifte, zijn de hierboven genoemde categorieën meegenomen. Om een beeld van de verhoudingen in de frequentie van aangevraagde medicatie te verkrijgen, zijn de categorieën tegen elkaar uitgezet (tabel 2).

	Aantal recepten	Percentage	Cumulatief percentage
Antibiotica	124	4,4%	4,4%
Eerste uitgifte	675	24,1%	28,5%
Herhaalrecept	961	34,3%	62,8%
Chronisch recept	1044	37,2%	100,0%
Totaal	2804	100%	

Tabel 2: Verdeling categorieën medicatie

Het grootste deel van de recepten bevat dus chronische en herhaalmedicatie. Samen is dit ongeveer 70% procent van de recepten. Deze medicatie wordt op frequente basis door patiënten gebruikt. Hier kan rekening mee

gehouden worden bij het uitvullen van de medicatie, aangezien de medicatie verder van te voren aangevraagd kan worden. Antibiotica, welke geacht wordt altijd op voorraad te zijn, omvat 4.4% van het totale aantal recepten. Aangezien het slechts om een klein percentage gaat, is het voor de apothekers mogelijk om aan de wens wat betreft de directe leverbaarheid te voldoen. De houdbaarheid van deze medicatie is hierbij wel een beperkende factor.

3.3. RECEPTENVERKEER

Aan de hand van verkregen data kan er gekeken worden wanneer welke categorie medicatie opgehaald wordt. In de data wordt er gewerkt met de volgende vijf blokken: 's ochtends voor de koffiepauze, 's ochtends na de koffiepauze, tijdens de lunchpauze, 's middags voor de theepauze en 's middags na de theepauze. Per recept is bijgehouden hoeveel blokken er tussen het inbrengen van het recept en de uitgifte van de medicatie zitten. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen medicatie die nog dezelfde dag van inbrengen worden opgehaald of een dag na het inbrengen van de medicatie of later.

3.3.1. DOORLOOPTIJD VAN MEDICATIE

	Frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Dezelfde dag, hetzelfde moment	1270	51,0%	51,0%
Dezelfde dag, ander moment	412	16,5%	67,5%
Dag erna	435	17,5%	85,0%
Twee dagen of langer erna	374	15,0%	100,0%
Totaal	2491	100,0%	

Tabel 3: Ophaalmomenten medicatie

Uit deze data blijkt dat 51% van de medicatie, uitgezonderd van de herhaalservice, in hetzelfde tijdvak wordt opgehaald (tabel 3). In totaal blijkt vervolgens dat 67.5% van de medicatie dezelfde dag nog wordt opgehaald. Vervolgens haalt 17.5% de medicatie pas een dag later op. De overige 15% wordt pas na twee dagen of later opgehaald. Ongeveer twee derde van de patiënten komt zijn medicatie dus nog dezelfde dag ophalen, waarvan het gros de medicatie direct na aanvraag komt ophalen. Hoewel apotheek Tuindorp volgens haar beleid patiënten graag direct wil kunnen voorzien van medicatie, wordt deze service bemoeilijkt door het eerder genoemde preferentiebeleid. Medicatie is minder op voorraad waardoor patiënten teleurgesteld moeten worden wanneer deze niet direct meegegeven kan worden. Doordat patiënten vaak direct na een bezoek aan de huisarts of specialist doorgaan naar de apotheek, wordt dit knelpunt versterkt. Tot slot blijkt van alle recepten die per systeem zijn ontvangen, 5.3% van de recepten nog op de printer te liggen terwijl de patiënt al aan de balie staat (bijlage 4, tabel 13). Dit zorgt voor langere wachttijden voor de patiënten en medewerkers die hun tijd niet efficiënt kunnen indelen.

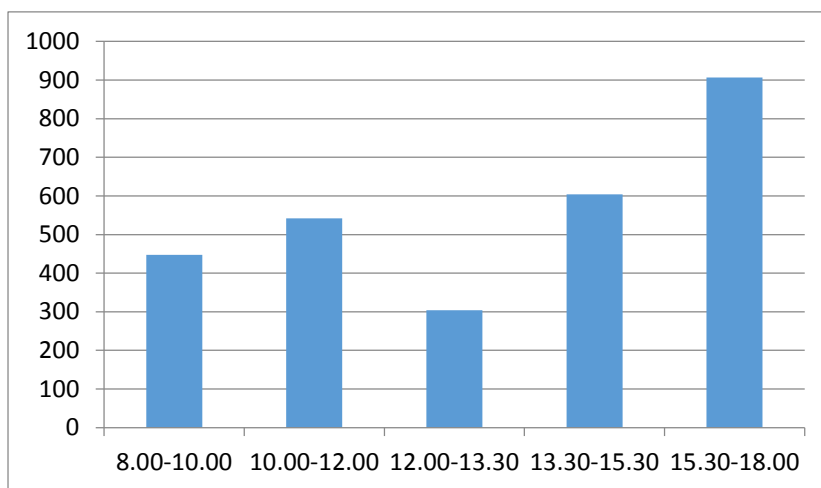
3.3.2. MOMENT VAN MEDICATIEUITGIFTE

Door de invoering van het preferentiebeleid en vrije prijsbepaling in de apothekenbranche hebben patiënten vaker last van langere wachttijden, omdat medicatie niet altijd beschikbaar is (Paauw, 2014). Dit is een probleem voor zowel patiënt als apotheek. De patiënt wordt getergd met lange wachttijden en de apothekers worden belast met onvoorbereide zorgvraag (Mens+Medique, 2011). Wanneer het druk is in de apotheek en veel patiënten staan te wachten, is er sprake van een piekmoment. Om in te kunnen spelen op de lange wachttijden, moeten eerst de piekmomenten van apotheek Tuindorp in kaart gebracht worden. Zowel de dagelijkse als de wekelijkse piekmomenten worden uit data verkregen.

Uit de data van de dagelijkse piekmomenten, waarbij het gaat om het tijdstip van uitgifte, is duidelijk te concluderen dat de grootste stroom van patiënten (32,3%) 's middags na de theepauze zijn medicatie komt

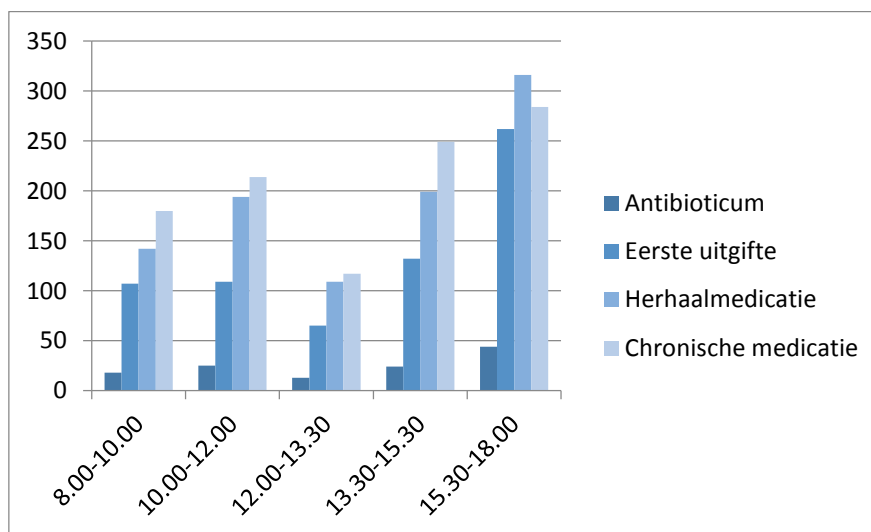
ophalen (figuur 6; bijlage 4, tabel 14). Tijdens de lunchpauze komt 10,8% van de patiënten zijn medicatie ophalen. Tijdens dit blok wordt de minste medicatie uitgegeven. Hierbij moet er wel in acht genomen worden dat de blokken variëren in omvang wat betreft de tijd. De eerste twee periodes in de ochtend bestaan uit blokken van twee uur, evenals de eerste periode in de middag. De lunchpauze bestaat uit een periode van anderhalf uur. Tot slot bestaat de laatste periode in de middag uit een blok van twee en een half uur. Wanneer de data hiervoor wordt gecorrigeerd, verandert er niet veel in de verhoudingen.

Aanvankelijk werd verwacht dat het blok van de lunchpauze juist een grote stroom van patiënten bevatte. Dit wordt nog steeds zo ervaren door de assistenten (Jurgens, 2014). Dit kan echter veroorzaakt worden door de hogere werkdruk, vanwege de lunchpauzes van de assistenten en de kortere tijdsperiode van het blok tijdens de lunchpauze. Blok één, twee en vier vertonen geen grote verschillen.



Figuur 6: Aantal uitgegeven recepten per tijdvak

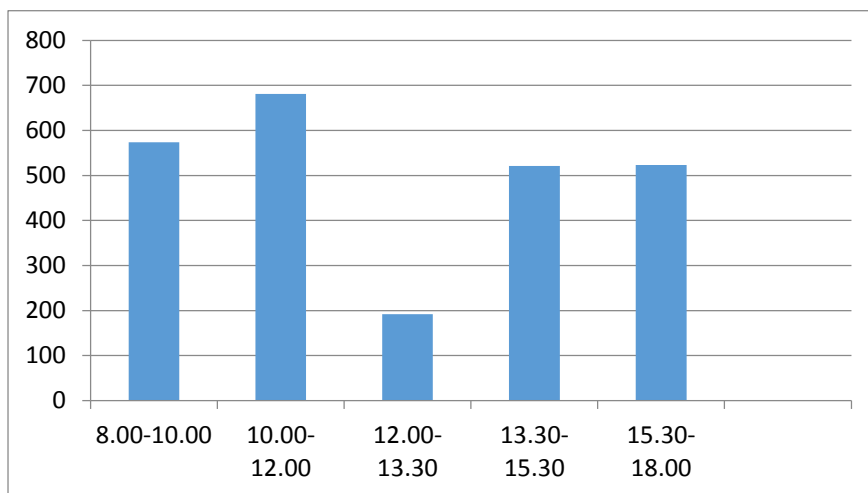
Aangezien in dit onderzoek wordt gewerkt met verschillende categorieën medicatie, wordt er ook gekeken naar de uitgiftemomenten per categorie (figuur 7; bijlage 4, tabel 16). Aan de hand van de data wordt duidelijk dat er geen nadrukkelijk verschil is tussen de verschillende categorieën, ten aanzien van al eerder genoemde data. De verhoudingen in de categorieën per blok zijn vergelijkbaar met de totale verhouding. De piekmomenten van de categorieën correleren per blok met de totale piekmomenten. Er is dus geen duidelijk verschil zichtbaar wanneer er gekeken wordt naar de piekmomenten van de verschillende categorieën per blok.



Figuur 7: Aantal uitgiftes per categorie

3.3.3. MOMENT VAN INBRENGEN RECEPT

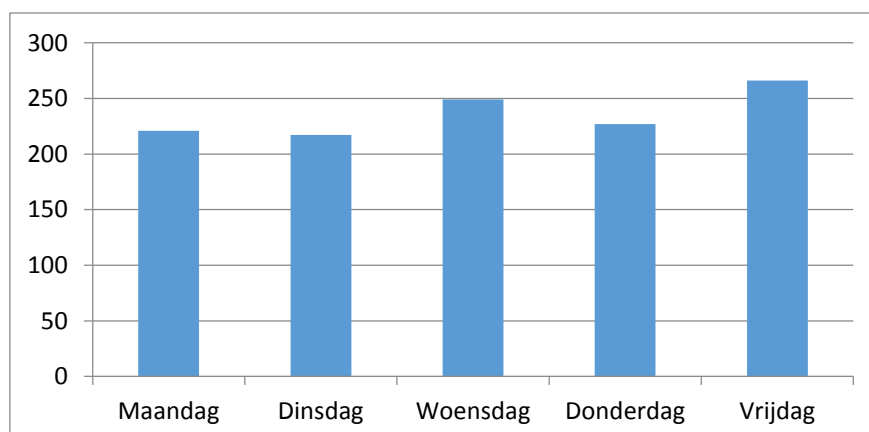
Naast de piekmomenten van uitgifte is ook gekeken naar piekmomenten van inbrengen. Opvallend hierbij is dat er geen overheersend piekmoment op een dag terug te zien is. Uit de data blijkt dat 's ochtends na de koffiepauze, met een percentage van 27%, de meeste recepten worden ingevoerd en dus waarschijnlijk ook worden toegestuurd (figuur 8; bijlage 4, tabel 15). Dit kan echter niet met zekerheid gezegd worden aan de hand van de beschikbare data. Het verschil is veel minder groot vergeleken met de overige blokken, dan bij de piekmomenten van medicatieuitgifte. Wat betreft het eerste, vierde en vijfde blok, zijn de percentages ongeveer gelijk aan elkaar (20.9-23.0%). Alleen tijdens de lunchpauze worden er minder recepten ingebracht. Met een percentage van 7.7% is de lunchpauze het blok waar de minste recepten ingebracht worden, net zoals bij de medicatieuitgifte. Dit is mogelijk te verklaren doordat ook de artsen en arts-assistenten rond dit tijdstip minder werk verrichten in verband met de lunchpauze. Daarnaast is ook de bezetting in de apotheek lager en kan er bewust gekozen zijn om dan minder tijd aan het inbrengen van recepten te besteden.



Figuur 8: Aantal ingebrachte recepten per tijdvak

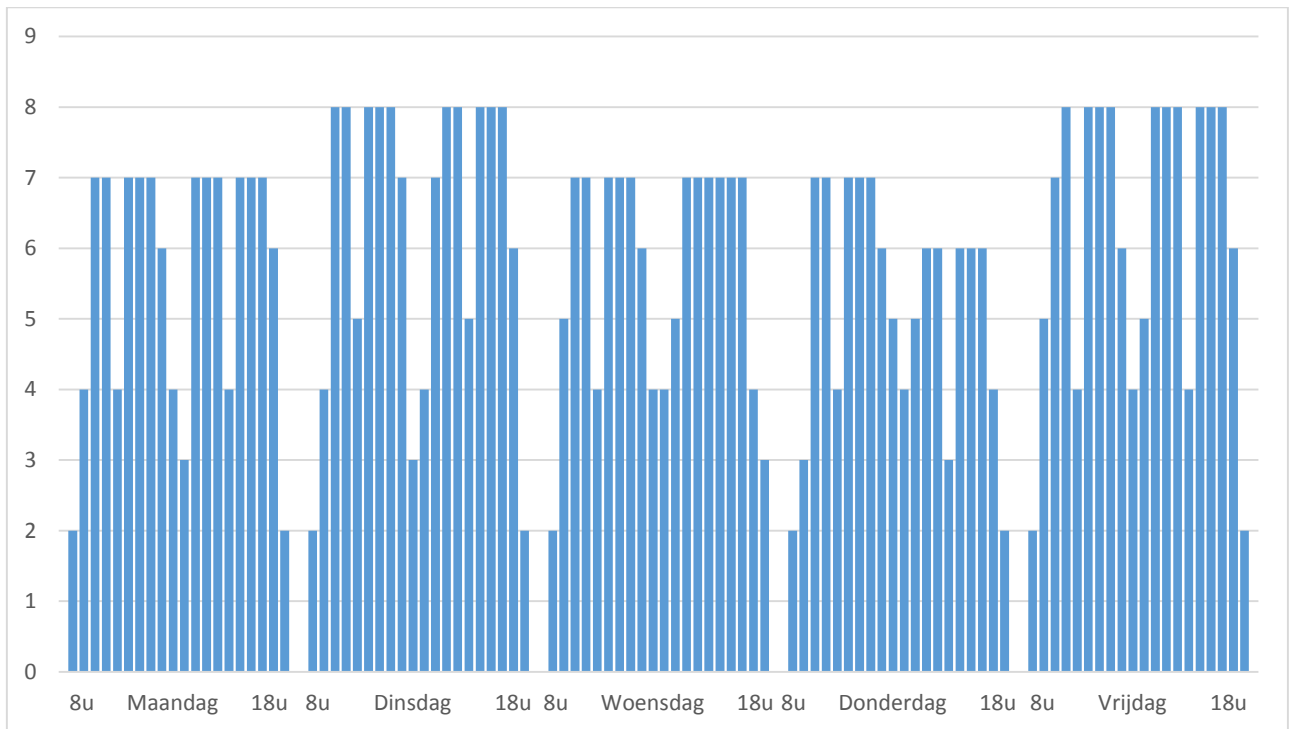
3.3.4. PERSONEELSBEZETTING

Om te bepalen of de personeelsbezetting afgestemd is op de piekmomenten, is gekeken naar het aantal uitgiftes per dag (figuur 9). Uit de data blijkt dat gemiddeld genomen de woensdag en de vrijdag slechts lichtelijk drukker lijken dan de rest van de week. Op basis van deze data kan echter niet gesproken worden van een waarneembaar verschil.



Figuur 9: Gemiddeld aantal uitgiftes per dag

Door middel van de roosters is er een overzicht gemaakt van de bezetting per dag per half uur (figuur 10; bijlage 4, tabel 19). Hieruit blijkt dat de vrijdag, die door de apothekers als drukste dag wordt gezien, ook de hoogste bezetting heeft. De piekmomenten in uitgiftemomenten worden niet ondersteund met een hoge bezetting. Uit de data is naar voren gekomen dat het blok na de theepauze veruit het drukste blok is voor medicatieuitgifte (bijlage 4, tabel 14). Het personeel is op dit moment echter niet ingepland op een volledige bezetting vanaf 17.00 uur. Uit de verkregen data omtrent de uitgiftemomenten is er geen onderscheid te maken in uren. Dit betekent dat er niet gekeken kan worden of de uitgiftes evenredig verdeeld zijn over het blok of dat er inderdaad na 17.00 minder recepten worden uitgegeven dan tussen 15.30 en 17.00. Gezien deze data kan er geconcludeerd worden dat de personeelsbezetting niet volledig is afgestemd op piekmomenten binnen de apotheek. Verder onderzoek moet uitwijzen of dit daadwerkelijk het geval is en aanpassingen hiervoor gewenst zijn.



Figuur 10: Personeelsbezetting per dag

De apothekers houden vrijwel geen rekening met de talenten en ervaring van medewerkers. Dit houdt in dat op piekmomenten niet specifiek gebruik wordt gemaakt van de aanwezige kennis, door kundig personeel op bepaalde taken in te delen (Jurgens, 2014). Verwacht wordt dat dit de efficiëntie tegemoet kan komen. Van dit onderwerp zal aan de hand van vervolgonderzoek de toegevoegde waarde bewezen dienen te worden.

3.4. MEDICATIE NIET OP VOORRAAD

Op basis van voorgaande informatie kan geconcludeerd worden dat het preferentiebeleid mede verantwoordelijk is voor de stijging in het aantal bestellingen van medicatie in de Nederlandse apotheken (2.4.). Hier kwam ook uit naar voren dat het houden van voorraden in een apotheek wordt bemoeilijkt door het preferentiebeleid.

Er is informatie verzameld om het aantal dubbele baliemomenten in kaart te brengen (bijlage 4, tabel 20). In twee weken tijd is bij 299 recepten een bestelling geplaatst. Hierbij vonden er 101 dubbele baliemomenten plaats. Bij 25% van de gevallen was er wel sprake van een deellevering. Dat houdt in dat een gedeelte van het recept besteld moet worden en een gedeelte al aan de patiënt wordt meegegeven. Dit is nadelig voor zowel de patiënt als de medewerkers. De medewerkers besteden namelijk onnodig tijd aan een patiënt en de patiënt verspilt zijn tijd aan een overbodig apotheekbezoek. Dit wordt versterkt door het feit dat patiënten niet op de

hoogte gebracht worden wanneer hun medicatie besteld wordt. Andere patiënten worden verder ook gehinderd door de extra wachttijd die zij ondervinden. Alle betrokken partijen ondervinden dus een relatief grote last door beperkte informatievoorziening over de bestelling van de medicatie.

3.5. KNELPUNTEN

Door het in kaart brengen van de uitgifteprocessen, zijn verschillende knelpunten duidelijk geworden. De volgende punten zorgen ervoor dat de processen niet altijd efficiënt en effectief uitgevoerd kunnen worden. De knelpunten worden veroorzaakt door verschillende actoren. Om de knelpunten duidelijk te beschrijven worden deze per actor behandeld.

3.5.1. APOTHEEK

Door de invoering van het preferentiebeleid, worden de apotheken gedwongen hun werkwijze hierop af te stemmen. In apotheek Tuindorp heeft dit nog niet voldoende aandacht gekregen waardoor er knelpunten in de processen ontstaan. Het preferentiebeleid zorgt er namelijk voor dat het niet meer mogelijk is om alle middelen op voorraad te hebben. Dit heeft vele bestellingen van medicatie tot gevolg. De bestellingen zijn een knelpunt in het proces van medicatieuitgifte. Het proces moet onderbroken worden, omdat de medicatie niet op voorraad is. Het proces kan de volgende dag pas weer worden vervolgd wanneer de medicatie geleverd is. De patiënt moet hierdoor een dag langer op zijn medicatie wachten. Er bestaat een discrepantie met de visie van apotheek Tuindorp, die inhoudt dat er wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke servicegraad.

Binnen de apotheek zijn meerdere knelpunten aan het licht gekomen. Doordat medicatie steeds vaker besteld moet worden, komen er extra handelingen voor de assistentes bij. Het plaatsen van een bestelling vindt in de meeste gevallen automatisch plaats. Toch wordt er vaak gekeken of er een ander middel leverbaar is. Dit proces neemt tijd van de assistentes in beslag. Tot slot moeten de bestelbuffers een paar keer per dag gecontroleerd en verzonden worden.

Tijdens het proces van uitgifte komt het dus vaker voor dat een recept besteld moet worden. De patiënt wordt hier alleen niet altijd van op de hoogte gesteld. Dit zorgt voor een nieuw knelpunt in het proces. Slechts in enkele gevallen ontvangt de patiënt een telefoontje of e-mail over de status van zijn recept. Ze zijn dus niet op de hoogte van de bestelling, waardoor ze de medicatie pas een dag later kunnen ophalen. Doordat ze hier niet over zijn ingelicht, komen de patiënten voor niets naar de apotheek. Hierdoor ontstaan dubbele baliemomenten; een patiënt moet een tweede keer terugkomen om de medicatie wel mee te kunnen krijgen. Een dubbel baliemoment is niet conform de visie en daarmee ook de service die apotheek Tuindorp wil nastreven. De assistentes zijn twee keer tijd kwijt aan één patiënt, terwijl ze in de eerste situatie de patiënt nergens mee van dienst kunnen zijn. Dit heeft verspilde tijd van zowel medewerkers als patiënt tot gevolg.

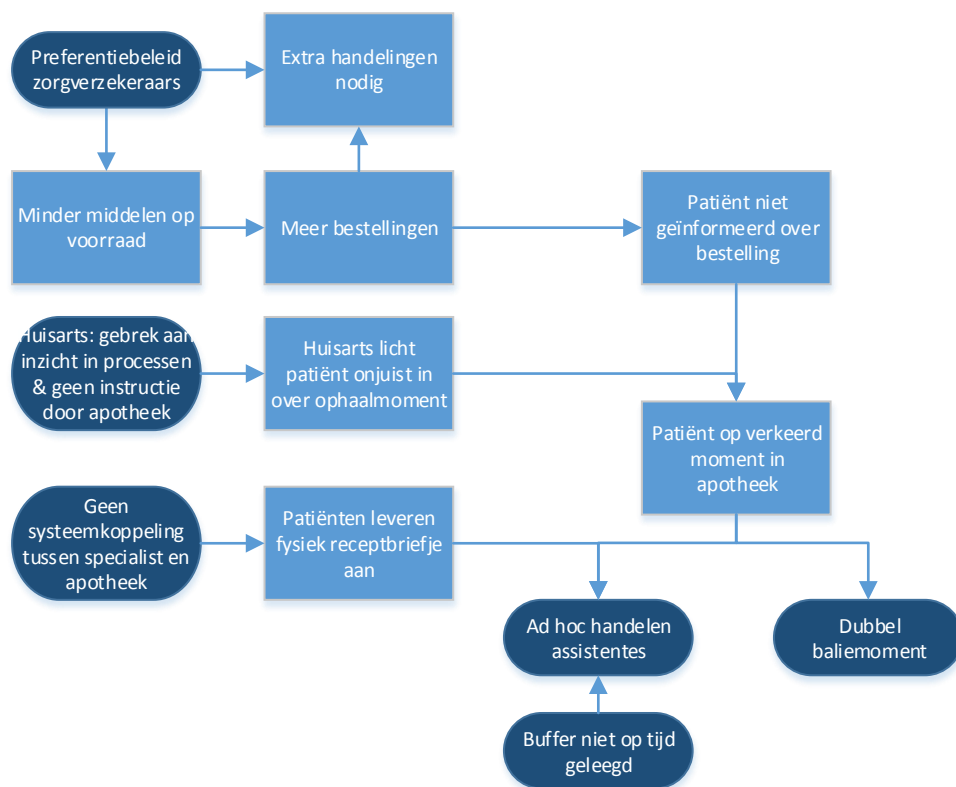
De situatie kan ook zo zijn dat de patiënt met een fysiek receptbriefje de medicatie aanvraagt en deze besteld moet worden. De medewerkers van de apotheek kunnen hier dus niet op anticiperen en moeten de patiënt weer naar huis sturen, omdat de medicatie de dag erna pas leverbaar is. Dit heeft eveneens een dubbel baliemoment tot gevolg met de daarbij behorende consequenties.

3.5.2. ARTS

Patiënten worden vanuit de specialist vaak doorgestuurd naar de apotheek met een handgeschreven recept. De oorzaak hiervan is het gebrek aan gekoppelde computersystemen tussen de apotheek en de specialisten. Daarnaast laat de communicatie tussen arts en patiënt te wensen over. De arts heeft vaak weinig tot geen inzicht in de processen in de apotheek, waardoor hij de patiënt niet juist kan informeren over het ophaalmoment van de medicatie. Patiënten worden vaak direct naar de apotheek doorgestuurd, met de verwachting dat de medicatie klaar zal staan. Dit zijn twee grote knelpunten in het proces van medicatieuitgifte, omdat ze leiden tot veel patiënten die met een fysiek recept aan de balie komen en patiënten die te vroeg aan de balie komen. Deze

moeten ter plekke geholpen worden of weer weg worden gestuurd omdat hun medicatie niet op voorraad is. Dit leidt tot ofwel een dubbel baliemoment of tot problemen omdat de assistenten geen mogelijkheid hebben om een recept al klaar te zetten. Dit heeft bijvoorbeeld extra lange wachttijden voor de patiënt tot gevolg, maar ook voor de overige wachtende patiënten. De assistente kan in de tussentijd geen andere patiënten helpen. Daarnaast wordt de werkdruk voor de medewerkers verhoogd, doordat de assistenten zo snel mogelijk het recept moeten invullen. Het efficiënt inrichten van de tijd die de assistentes hebben wordt zo bemoeilijkt.

Daarnaast is de apotheek afhankelijk van de buffer met recepten die de huisarts moet legen, voordat deze bij de apotheek in de 'cloud' binnen kan komen. Na het weekend ontstaat vaak de situatie waarbij er al patiënten naar de apotheek komen voor hun medicatie, maar de buffer met recepten nog niet geleegd is door de huisartsassistenten, waardoor de recepten nog niet ontvangen zijn door de apotheek. Het knelpunt is dat de buffer te laat wordt geleegd. De recepten die de vrijdag nog zijn aangevraagd staan dan nog in de buffer.



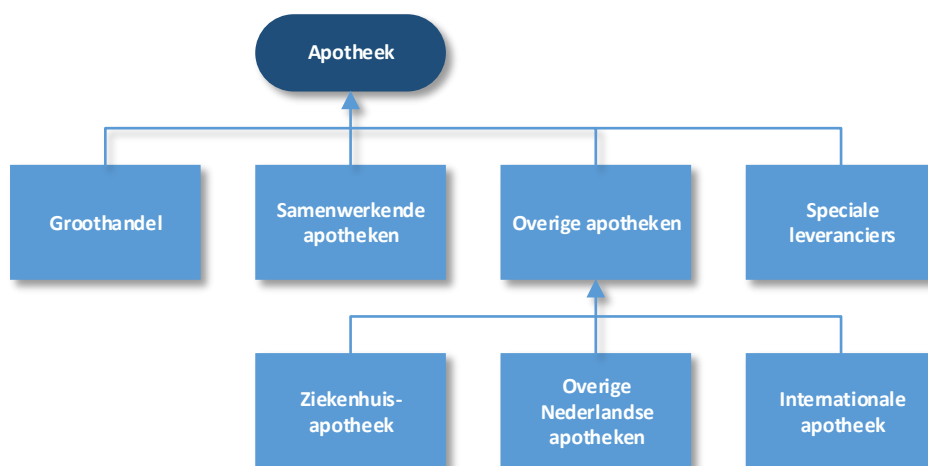
Figuur 11: Knelpunten processen in de apotheek

4. VOORRAADBEHEER

Om de voorraden in de apotheek op een juiste manier te kunnen beheren dient er met verschillende factoren rekening gehouden te worden. De leveringsprocessen van de middelen moeten aansluiten op de uitgifteprocessen en vice versa. In dit hoofdstuk zullen deze factoren behandeld worden. Eerst zullen de verschillende leveranciers besproken worden (4.1.), om daarna verschillende beheermethodes uit te werken (4.2.). Een aantal voorbeelden van ondersteunende apparatuur zal toegelicht worden (4.3.). Als laatste zal de huidige situatie in apotheek Tuindorp worden toegelicht (4.4.) en zullen verschillende knelpunten hiervan benoemd worden (4.5.).

4.1. LEVERINGSPROCES

De medicatie in apotheek Tuindorp wordt vanuit verschillende organisaties verkregen (figuur 12), welke in de komende secties besproken worden.



Figuur 12: Manieren van bevoorrading aan apotheek

4.1.1. GROOTHANDEL

De apotheek ontvangt de meeste producten via de groothandel (Van der Heijden & Elling, Voorraadbeheer en Logistiek, 2006). Het is mogelijk om met één of meerdere groothandels een contract af te sluiten. Apotheek Tuindorp werkte in het verleden samen met verschillende groothandels, onder andere omdat middelen dan op verschillende momenten geleverd konden worden. Tegenwoordig wordt er samengewerkt met één groothandel; dit is opgelegd door de overkoepelende organisatie Alphega. Door de overstap naar een samenwerking met maar één groothandel kon er een grotere korting bedongen worden op de prijs van producten. Een gevolg hiervan is dat apotheek Tuindorp in de huidige situatie alle middelen op één levermoment ontvangt (Van Remmerden, Apotheker, 2014).

De groothandel kan bijna alles wat in een apotheek nodig is leveren, van gewone medicatie tot baxters en incontinentiemateriaal. Ongeveer 95% van alle bestellingen wordt automatisch geplaatst en verwerkt zonder dat hier extra handelingen voor nodig zijn. De bestelling wordt automatisch bij de groothandel ingediend wanneer een voorraad van een bepaald type medicatie onder het vooraf ingestelde minimum komt. Het kan voorkomen dat de groothandel niet alle middelen of verkeerde middelen levert. Fouten komen twee tot drie keer per week voor. Deze kunnen vaak opgelost worden door verkeerde middelen terug te sturen en missende middelen worden de volgende dag meegeleverd (Jurgens, 2014).

Naast de kortingen die worden ontvangen bij het grootschalig afnemen, is er voor de apotheek nog een manier om geld te besparen bij de groothandel: er wordt gekeken naar parallelle medicatie (Geneesmiddelenwet, 2007).

Dit is medicatie die dezelfde werkzame stof bevat. De merknaam en prijs van deze medicatie kunnen verschillen. De middelen zijn afkomstig uit het buitenland, waardoor ook de verpakkingen verschillen van de gebruikelijke verpakkingen in Nederland. Deze medicatie is opgekocht door de groothandel en kan de apothekers veel geld besparen. De geïmporteerde middelen moeten in Nederland geregistreerd en geautoriseerd zijn en worden voorzien van een Nederlands etiket en een Nederlandse bijsluiters. In 2012 waren er 3075 verschillende soorten middelen die als parallel middel waren geregistreerd en geautoriseerd, waardoor ze in Nederland verstrekt mochten worden (CBG, Jaarverslag 2012, 2012). In 2010 is in Nederland 7,0% van de voorschriften parallel geïmporteerd, terwijl deze 15,9% van alle geneesmiddelenkosten omvatten (SFK, Data en feiten 2011: het jaar 2010 in cijfers, 2011). Op basis hiervan kan gesteld worden dat parallelle middelen over het algemeen vrij prijzige middelen zijn.

Als er problemen worden gedetecteerd na de levering van de medicatie, kan de fabrikant ervoor kiezen om de medicatie terug te laten sturen. Hierbij kan gedacht worden aan tot dan toe onbekende ernstige bijwerkingen, contra-indicaties of vermoedens van vervalsing. Er wordt dan gesproken van een 'recall' (Nefarma, Oranje Hand Envelop, 2013). Het terugroepen van medicatie gebeurt ongeveer tien tot vijftien keer per jaar. Als deze medicatie al is verstrekt aan patiënten, moeten deze allemaal geïnformeerd worden. Wanneer mogelijk dienen zij de medicatie terug te brengen naar de apotheek (Jurgens, 2014).

4.1.2. SAMENWERKENDE APOTHEKEN

Een aantal apotheken in Hengelo is samengevoegd in een cluster. Deze apotheken wisselen regelmatig medicatie uit. Apotheek Tuindorp maakt hier soms wel tot drie keer per dag gebruik van. De voorraden van de apotheek zijn inzichtelijk voor de andere clusterapotheken, waardoor er bij een tekort aan een bepaald middel contact gelegd kan worden met een van deze apotheken. Van deze mogelijkheid wordt alleen gebruik gemaakt bij urgente situaties. Indien het voor de patiënt mogelijk is om de medicatie een dag later te ontvangen, zal deze in de normale bestelprocedure worden verwerkt en is de medicatie normaliter de volgende dag af te halen (Jurgens, 2014).

4.1.3. OVERIGE APOTHEKEN

Wanneer apotheek Tuindorp of een andere apotheek uit het cluster een bepaald middel niet op voorraad heeft en het toch dezelfde dag nodig is, zijn er verschillende apotheken waar medicatie mee kan worden uitgewisseld. Dit zijn de ziekenhuisapotheek, internationale apotheken en andere Nederlandse apotheken. Met de eerste twee apotheken wordt niet op regelmatige basis medicatie uitgewisseld. De ziekenhuisapotheek wordt vooral geraadpleegd als een patiënt ontslag krijgt en medicatie nodig heeft die in het ziekenhuis al is verstrekt, maar niet direct voorradig is in de apotheek. De internationale apotheek wordt alleen benaderd als er speciale middelen nodig zijn of er sprake is van een langdurige nazending van producten die niet in Nederland verkrijgbaar zijn. In principe is het ook mogelijk om medicatie uit te wisselen met andere apotheken in Nederland, ook met apotheken die niet in hetzelfde cluster zitten. Hiervan wordt alleen gebruik gemaakt in uitzonderlijke situaties (Jurgens, 2014).

4.1.4. SPECIALE LEVERANCIERS

Het bestellen van crèmes, dure exclusieve medicatie of materialen die bijvoorbeeld nodig zijn bij sondevoeding is niet mogelijk via de groothandels. Het verkrijgen van dergelijke middelen kan door een bestelling te plaatsen bij speciale leveranciers. Het is voor de reguliere groothandels niet rendabel om dergelijke middelen voorradig te hebben. Voorheen werden middelen bereid in de apotheek, maar sinds 2009 zijn hier strenge randvoorwaarden voor gesteld. Daarnaast is het zelf bereiden van medicatie tijdrovend en duur, waardoor het niet meer loont om eigen bereidingen uit te voeren (Bos, 2013; IGz, 2014; Jurgens, 2014). Deze medicatie wordt nu geleverd door een leverancier die dergelijke middelen in het assortiment heeft. Apotheek Tuindorp heeft contracten met drie verschillende leveranciers voor deze speciale middelen.

4.2. METHODES VAN VOORRAADBEHEER

Er zijn verschillende mogelijkheden voor het beheren van de voorraad van een apotheek. In deze paragraaf zullen drie verschillende methodes worden toegelicht; het traditionele voorraadbeheer, central filling en smartfilling. Hierbij zal worden ingegaan op de voorraden en activa, bestelprocessen, handelingen voor de medewerkers en het beeld voor de patiënten. Aan het einde van de paragraaf zal de informatie kort worden samengevat (tabel 6).

4.2.1. TRADITIONEEL VOORRAADBEHEER

Het traditionele voorraadbeheer is een oudere methode van het beheren van de voorraden. Het wordt nog steeds gehanteerd in veel apotheken. Het doel bij deze methode is patiënten aan de balie direct van medicatie te kunnen voorzien. De uitwerking van deze methode is gemaakt op basis van de situatie in apotheek Tuindorp.

AANWEZIGE VOORRADEN EN ACTIVA

Bij het traditionele voorraadbeheer wordt een groot aantal soorten medicatie op voorraad gehouden in de apotheek. Hierbij is er sprake van veel activa. Activa zijn de bezittingen van een bedrijf of onderneming. Wanneer deze hoog zijn, kan een waardedaling plaatsvinden (Jurgens, 2014). De activa in aanwezige voorraden hadden ook in andere projecten gestoken kunnen worden, of de activa hadden rente kunnen opleveren.

BESTELPROCESSEN

Wanneer de voorraad van een bepaald soort medicatie onder een vooraf ingesteld minimum komt, wordt automatisch een bestelling geplaatst bij de groothandel. Deze bestelling wordt over het algemeen de volgende dag geleverd. De binnengekomen medicatie wordt niet per recept gesorteerd door de groothandel, al bestaat de mogelijkheid om bestellingen die bij een recept horen in aparte kratten te ontvangen (Jurgens, 2014).

HANDELINGEN ASSISTENTEN

De assistentes dienen patiënten aan de balie te helpen, de voorraادلades bij te vullen en recepten uit te vullen. Het uitvullen van de recepten wordt gedaan aan de hand van een recept waarbij de benodigde middelen uit de voorraادلades gehaald worden. Recepten die via het systeem worden ontvangen, kunnen al worden uitgevuld voordat de patiënt zich heeft gemeld bij de balie. Indien een patiënt bij de balie staat met een nieuw recept, zal op dat moment het recept uitgevuld moeten worden. Assistenten hebben de medicatie tweemaal in handen, bij het bijvullen van de voorraادلades en tijdens het uitvullen van de recepten.

BEELD VOOR DE PATIËNTEN

Medicatie die op regelmatige basis verstrekt wordt is veelal op voorraad. Hierdoor kan een patiënt deze medicatie op dezelfde dag afhalen in de apotheek. Dit is mogelijk bij het ontvangen van een recept via het systeem en bij het aanbieden van een recept aan de balie. Wanneer een recept is ontvangen via het systeem is het in vele gevallen al uitgevuld. Indien medicatie niet voorradig is, kan het de volgende dag worden afgehaald.

4.2.2. CENTRAL FILLING

Bij central filling wordt een groot deel van het routinematige werk uit de apotheek gehaald. Recepten worden doorgestuurd naar de groothandel die de medicatie per recept etiketteert en verstuurt, waardoor het in kant-en-klare pakketten in de apotheek binnenkomt. Het betreft hier vooral de herhaal- en chronische recepten.

Een variant op central filling is local filling. Hierbij vervult één apotheek de rol van de groothandel, de central filler. De central filler maakt over het algemeen gebruik van een robot en wil deze zoveel mogelijk gebruiken (Van Tiggele, 2014). Over het algemeen werkt deze central filler samen met meerdere apotheken om local filling zo kostendekkend mogelijk te laten verlopen (Willach Pharmacy Solutions, 2014; CareSoft, 2014).

AANWEZIGE VOORRADEN EN ACTIVA

De medicatie die urgent nodig is, zal in de voorraad van de apotheek zijn opgenomen, voor de rest is er vrijwel geen voorraad. Verpakkingen die niet in central filling geïncorporeerd kunnen worden, zoals flessen oogdruppels of hoestdrank, zullen wel voorradig zijn in de apotheek of zullen apart besteld moeten worden (Van Tiggele, 2014). De activa zijn laag. Op het moment dat er wordt gewisseld van preferent middel en de medicatie niet meer verstrekt mag worden, is er weinig verlies van activa. De kans dat medicatie over datum raakt is kleiner, wat ook zorgt voor een kleiner financieel risico. De apotheek is afhankelijk van de groothandel; indien er een bestelling is geplaatst en deze niet kan worden geleverd, is er bij central filling geen aanwezige voorraad om het probleem op te lossen.

BESTELPROCESSEN

Bij de medicatie die geïncorporeerd is in de central filling, wordt het recept ingebracht in het AIS. Deze stuurt een order per recept naar de groothandel. De groothandel verpakt de medicatie per patiënt en zorgt er voor dat de verpakkingen geëtiketteerd worden (KNMP, Norm voor Central Filling, 2010). De volgende dag is de medicatie beschikbaar in de apotheek. De groothandel rekent hier een bepaald tarief voor.

HANDELINGEN ASSISTENTEN

De assistenten ontvangen de recepten en verstrekken de geleverde medicatie. Dit zorgt ervoor dat er een controlemoment minder plaatsvindt. Indien medicatie niet geïncorporeerd is in central filling, moet deze door een assistent worden toegevoegd aan de medicatie die ontvangen was via de groothandel (Van Tiggele, 2014). Aangezien er minder handelingen zijn voor de assistenten, zijn minder assistenten nodig. Hierdoor is de flexibiliteit lager: er is minder personeel aanwezig, dus kunnen drukke momenten minder goed opgevangen worden.

BEELD VOOR DE PATIËNTEN

Patiënten moeten bij niet urgente medicatie een dag wachten totdat de medicatie beschikbaar is. Indien een patiënt een recept wil aanbieden aan de balie, kan dit pas de dag erna afgehaald worden en moet de patiënt zich weer aan de balie melden. De patiënt moet tweemaal wachten in de apotheek en de assistenten moeten tweemaal tijd besteden aan één patiënt. De wachttijd in de apotheek is korter, aangezien de assistenten de medicatie niet tijdens het helpen aan de balie nog moeten pakken (Van Tiggele, 2014).

4.2.3. SMARTFILLING

De methode van smartfilling is te vergelijken met central filling (4.2.2.), maar in tegenstelling tot central filling worden bepaalde processen, zoals het etiketteren, wel in de apotheek uitgevoerd.

AANWEZIGE VOORRADEN EN ACTIVA

De voorraden en activa zijn hetzelfde als die van central filling (4.2.2.).

BESTELPROCESSEN

De bestelprocessen zijn gedeeltelijk hetzelfde als bij central filling (4.2.2.). Bijna alle recepten worden doorgestuurd naar de groothandel, aangezien er vrijwel geen voorraad is in de apotheek. De groothandel koppelt een aantal recepten aan een krat en vult deze kratten met de medicatie van de recepten. De kratten worden eenmaal per dag aan de apotheek geleverd (Jurgens, 2014).

HANDELINGEN ASSISTENTEN

De assistenten ontvangen de recepten en verstrekken de medicatie. Voordat de medicatie verstrekt kan worden, moet een aantal stappen genomen worden. De assistenten halen de medicatie uit het krat en scannen deze aan

de hand van de smartfilling-specifieke software. De software geeft aan voor welke patiënt de medicatie is en print een etiket (NControl, 2010). Wanneer medicatie niet geleverd wordt door de groothandel, maar apart geleverd wordt of in de apotheek voorradig is, dient de assistente dit zelf toe te voegen. Deze methode bespaart kosten die de groothandel bij central filling rekent voor het sorteren en etiketteren. Verder levert het een extra controlemoment op, waarbij gekeken kan worden of alle (juiste) medicatie aan de patiënt geleverd wordt. Aangezien de kratten uitgepakt dienen te worden is hier personeel voor nodig, dit bespaart geen kosten, maar zorgt wel voor extra flexibiliteit van in te zetten personeel bij de balie.

BEELD VOOR DE PATIËNTEN

Het beeld voor de patiënten is hetzelfde als het beeld bij central filling (4.2.2.).

4.2.4. SAMENVATTING METHODES VOORRAADBEHEER

De informatie over de voorraadbeheermethodes is samengevat (tabel 4).

	Traditioneel voorraadbeheer	Central filling/ local filling	Smartfilling
Aanwezige voorraden	Veel soorten medicatie en grote aantallen	Alleen urgente medicatie	Alleen urgente medicatie
Bestelprocessen	Medicatie uit voorraad, voorraad bestellen indien onder ingesteld minimum	Recept doorgestuurd naar groothandel die sorteert en etiketteert per recept	Recept doorgestuurd naar groothandel en samen met andere recepten in krat geleverd
Handelingen assistenten	Ontvangen recepten, afgeven medicatie, bijvullen voorraadlades en uitvullen recepten	Ontvangen recepten, afgeven medicatie	Ontvangen recepten, sorteren medicatie per recept en afgeven medicatie
Beeld voor de patiënten	Veel medicatie direct af te halen, gedeelte dag erna	Urgente medicatie direct af te halen, anders dag wachten	Urgente medicatie direct af te halen, anders dag wachten

Tabel 4: Methodes van voorraadbeheer

4.3. ONDERSTEUNENDE APPARATUUR IN DE APOTHEEK

De verschillende voorraadbeheermethodes hebben verschillende karakteristieken. Door de invoering van het preferentiebeleid en veranderingen in de kosten van medicatie, is het niet meer kostenefficiënt om grote voorraden bij de apotheek op te slaan (Jurgens, 2014). Het komt steeds vaker voor dat een patiënt terug moet komen, omdat medicatie niet op voorraad is (Tijdschrift voor Praktijkondersteuning, Preferentiebeleid: geen werk, maar slavenarbeid, 2012; Laan, Dijkstra, & Weenink, 2010).

Apothekersassistenten zijn 75% van hun tijd bezig met het uitvullen van recepten. De methodes van voorraadbeheer spelen hierin een rol, waarbij het toepassen van ondersteunende apparatuur de efficiëntie van uitvullen kan verhogen. Hoewel deze apparatuur de processen zouden kunnen verbeteren, betekent dit wel dat de processen op de apparatuur aangepast moeten worden. Indien deze niet worden aangepast, levert dit eerder een afnemende dan een toenemende efficiëntie op. In apotheek Tuindorp wordt geen gebruik gemaakt van ondersteunende apparatuur. Zij proberen de efficiëntie vooral te verhogen door het inrichten van patiëntenstromen, zoals bij de herhaalservice (Jurgens, 2014).

4.3.1. ROBOT

Een robot kan in een apotheek worden ingezet om de doorlooptijd van de processen te versnellen. Hiervoor zijn verschillende soorten en merken robots. Deze robots zijn automatische magazijnsystemen, welke de reguliere voorraadkasten vervangen (AutoMedic BV, Automatische Magazijnsystemen van MediTech, 2014). Wanneer een medewerker medicatie nodig heeft, scant deze het recept waarna de robot het geneesmiddel uit het magazijn haalt en naar het gewenste uitgiftepunt transporteert. De medewerker hoeft het geneesmiddel alleen nog maar van een etiket te voorzien (Apotheek Medisch Centrum Schiebroek, 2012). Sommige robots moeten door de medewerkers bijgevuld worden, andere worden volledig automatisch bijgevuld. Een dergelijke robot beschikt over een zogenoemde automatische inruimmodule (AutoMedic BV, Automatische Magazijnsystemen van MediTech, 2014). Het voordeel van dit soort robots, ten opzichte van de robots die zichzelf niet kunnen inruimen, is het aantal taken dat het apparaat overneemt van de medewerkers. De functies van de robots zijn nagenoeg gelijk aan elkaar, alleen zorgt de zelf inruimende robot ervoor dat de medewerkers de voorraden niet meer handmatig hoeven aan te vullen.

De robots zou voor een lagere werkdruk kunnen zorgen, mits het aantal medewerkers gelijk blijft aan deze van een standaard situatie. Medewerkers hoeven minder te lopen, aangezien de medicatie naar hun toe komt, wat weer leidt tot tijdwinst. Hierdoor hebben assistenten meer tijd voor het geven van medicatievoorlichting (Skipr, 2013). In sommige gevallen heeft de aanschaf van een robot een afname in het personeel als gevolg. Hier worden namelijk kosten mee bespaard. De werkdruk blijft in deze situatie gelijk, de tijd kan echter efficiënter ingedeeld worden. Daarnaast zorgt een robot voor een hogere productiviteit op piekmomenten en is het apparaat ruimtebesparend. Een robot kan ook het risico op foute aflevering en opberging beperken. Tot slot wordt de kans op het bereiken van de vervaldatum zo klein mogelijk gehouden door dat het opbergen van de medicatie plaatsvindt aan de hand van FIFO. Dit vulsysteem wordt weliswaar ook toegepast in situaties zonder robot, echter worden hier in de praktijk sneller fouten bij gemaakt en wordt het beleid minder nageleefd (Jurgens, 2014).

Een robot brengt veel voordelen met zich mee, toch zitten er ook nadelen aan het gebruik. De aanschaf van een robot is namelijk een grote investering voor een apotheek. Afgezien van de hoge aanschafprijs, komen er ook nog regelmatig onderhoudskosten bij kijken (Van der Heijden & Elling, Voorraadbeheer en logistiek, 2006). Een robot moet dus wel de hele dag in bedrijf zijn, anders moet er gekeken worden of de aanschaf van een robot wel rendabel is. Indien een apotheek niet genoeg recepten verwerkt om de robot een groot deel van de dag bezig te houden, zou het een oplossing kunnen zijn om voor andere apotheken medicatie klaar te zetten, zoals bij local filling (4.2.3.). Daarnaast is een robot storingsgevoelig. Het is niet zeldzaam dat een robot vastloopt of tijdelijk defect is (Potgieter, 2014).

Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een robot is het van belang dat alle processen zijn afgestemd op de robot, zodat deze zo efficiënt mogelijk gebruikt kan worden. Het gebruik van een robot heeft dus uiteindelijk een grote invloed op het proces dat een recept van invoering tot uitgifte moet doorlopen. Het kan hierbij invloed hebben op de handelingen die tijdens het proces plaatsvinden, evenals de doorlooptijd die een recept ondervindt.

4.3.2. TRACK & TRACE

Hoewel het concept al een langere tijd bij postbezorgingsdiensten bekend is, is het concept van Track & Trace binnen de apothekerswereld relatief onbekend. Het concept wordt in de apotheek voor interne doeleinden gebruikt. Dat betekent dat het Track & Trace systeem informatie levert voor de medewerkers. Track & Trace wordt in apotheken namelijk gebruikt om de locatie van medicatie te traceren, zodat er minder tijd verspild wordt aan het terugzoeken van medicatie bij de uitgifte hiervan. Zodra medicatie is uitgevuld wordt de verpakking gescand. Hierbij wordt de locatie van het recept opgeslagen in de computer. Receptbriefjes hoeven hierdoor niet meer in een kaartenbak te worden gestopt. Dit scheelt veel zoekwerk en handelingen wanneer een patiënt zijn medicatie komt ophalen (Autopharma, ServiSoft Track & Trace in gebruik bij Apotheek De

Dorpsacker, 2012). Hier is nog een extra service aan verbonden. Wanneer een recept is uitgevuld, kan de patiënt geïnformeerd worden over de status van de medicatie door middel van een e-mail of een sms, indien deze gegevens bekend zijn bij de apotheek. De patiënt komt hierdoor niet onnodig aan de balie, wat zal zorgen voor een verminderd aantal interrupties in het apotheekproces (Autopharma, Servisoft Track & Trace, 2012). Dit kan de efficiëntie op de werkvloer verhogen. Daarnaast weet de patiënt precies wanneer zijn medicatie klaar staat en zal dus niet voor niets naar de apotheek gaan.

Er zitten ook nadelen aan het Track & Trace. De patiëntenstroom moet namelijk goed in kaart gebracht zijn. Daarbij komt ook de ontvangstmethode van recepten. Deze moet zoveel mogelijk gedigitaliseerd zijn, wil het gewenste effect behaald worden. Een extra baliemoment wordt namelijk niet voorkomen wanneer een patiënt met een fysiek receptbriefje bij de apotheek komt. Er wordt met deze service mogelijk ook patiënten uitgesloten. Niet iedereen beschikt over internet of een mobiele telefoon, of kan hier adequaat mee omgaan. Voor deze groep patiënten is het dus niet mogelijk om een sms of e-mail te ontvangen over de status van zijn of haar medicatie.

4.3.3. MEDICATIEKLUISJES

Een ander type ondersteunende apparatuur is het kluisjessysteem, wat in principe ook een soort robot is. Dit is een zelfbedieningsautomaat waar patiënten, zonder tussenkomst van een apotheekmedewerker, de aangevraagde medicatie eenvoudig en veilig kunnen ophalen, 24 uur per dag (Skipr, 2013). Op elk moment van de dag kunnen uitgevulde recepten in de medicatiekluisjes van het systeem worden geplaatst door de medewerkers (Van Tiggele, 2014). Wanneer het geneesmiddel daadwerkelijk in het medicatiekluisje geplaatst is, ontvangt de patiënt door middel van een sms of e-mail een code waarmee hij de medicatie af kan halen. Het geneesmiddel kan dan opgehaald worden op het moment dat de patiënt het beste uitkomt (Autopharma, Servilocker, Zelfbedieningskast voor afhaalrecepten, 2014). De patiënt voert dan de unieke code in en de automaat schuift de medicatie naar buiten (Van Tiggele, 2014). De apotheek heeft nu extra opslagruimte. Uitgevulde recepten kunnen in het systeem worden opgeborgen (AutoMedic BV, Afhaalmaat: 24x7 afhalers uit de robot, 2014). De medicatiekluisjes worden soms zelfs in supermarkten geplaatst (Autopharma, ServiLocker in supermarkt IJlst, 2014). Een ander voordeel van dit systeem is dat de patiënten niet in de wachtrij hoeven te staan, maar gelijk de medicatie kunnen afhalen. De medewerkers kunnen deze robot vullen wanneer ze tijd hebben en hebben er vervolgens geen omkijken meer naar. Dit scheelt uiteindelijk tijd aan de balie, een proces wat normaliter gemiddeld drie minuten in beslag neemt per recept, vervalt nu voor de medewerker (Autopharma, Servilocker, Zelfbedieningskast voor afhaalrecepten, 2014).

Het nadeel van dit kluisjessysteem is dat niet alle patiënten er gebruik van kunnen maken, alleen herhaalde en chronische recepten kunnen afgegeven worden met het kluisjessysteem. Eerste uitgiftes worden uitgesloten vanwege de verplichte eerste terhandstellingsgesprekken. Een ander nadeel van dit kluisjessysteem is dat er minder contact mogelijk is met de patiënt. Doordat deze niet meer in de apotheek komt, is het lastiger voor de assistent om de gezondheid van de patiënt in de gaten te houden en de MFB's na te leven. Daarnaast komen ook bij deze automaat aanschafkosten kijken. Tot slot moeten patiënten zich eerst aanmelden voor deze service voordat ze hiervan gebruik kunnen maken (Van Tiggele, 2014). Het gebruik van dit soort automaten kan ervoor zorgen dat een aantal stappen uit de genoemde processen weggelaten kan worden. De aanschaf is bepalend voor het proces wat een medicatie moet doorlopen.

4.4. VOORRAADBEHEER IN APOTHEEK TUINDORP

Op dit moment maakt apotheek Tuindorp gebruik van het traditionele voorraadbeheer. Er is hiervoor gekozen omdat zij graag de patiënt direct willen helpen wanneer deze zich bij de balie meldt. Met de andere methodes is het in veel gevallen nodig om de patiënten te verzoeken een dag later terug te komen. Door gebruik te maken van deze methode is er een aantal eisen aan de voorraden in de apotheek.

4.4.1. VOORRAAD IN DE APOTHEEK: WAT EN HOEVEEL

Het traditionele voorraadbeheer vereist een goede balans aan voorraden. Door het voorradig nemen van medicatie die niet veel doorstroom heeft, is er een kans dat medicatie over datum raakt. Het doel om een hoge servicegraad te hebben, kan niet worden behaald als er een klein aantal soorten medicatie voorradig is. Er zijn factoren waar rekening mee gehouden moet worden bij het bepalen welke medicatie voorradig moet zijn en welke bestelparameters gehanteerd moeten worden.

VOORRADIGE MEDICATIE

Factoren die een rol spelen bij het voorradig nemen van medicatie (Jurgens, 2014):

- **Doorloop:** in het geval dat medicatie een vrij stabiele en continue verstrekking heeft, wordt besloten het in de voorraad van de apotheek op te nemen. Indien medicatie aan minstens drie patiënten wordt verstrekt in drie maanden tijd, wordt de medicatie over het algemeen in de voorraad opgenomen.
- **Tijd op de markt:** wanneer medicatie nieuw op de markt is, zal dit niet gelijk op voorraad worden genomen. Ervaring leert dat de prijzen dalen in de eerste maanden nadat de medicatie beschikbaar is.
- **Preferentie:** indien bepaalde medicatie preferent is, zal deze eerder op voorraad worden gehouden in de apotheek. Wanneer andere medicatie preferent wordt, zal de nieuwe medicatie op voorraad worden genomen en zal de oude medicatie uit de voorraad worden gehaald. Aangezien Menzis veruit het grootste verzekeraar is onder patiënten van apotheek Tuindorp is vrijwel het gehele voorraadbeheer aangepast op de medicatie die Menzis vergoedt (Jurgens, 2014).
- **Prijs:** wanneer medicatie prijzig is wordt het minder snel opgenomen in de voorraad. Ten eerste worden de activa in de apotheek hoger en de gevolgen van het wisselen of stoppen van de medicatie zijn groot. De activa zijn in de laatste jaren al fors gedaald, deze zijn afgenomen van ongeveer 160.000 tot 100.000 euro.
- **Urgentie:** indien een patiënt niet kan wachten op bepaalde medicatie dient het voorradig te zijn. Hierbij kan gedacht worden aan antibiotica, pijnstilling en inhalatiemedicatie.

Hoe deze factoren tegen elkaar worden afgewogen is niet gestandaardiseerd, de keuze wordt uiteindelijk gemaakt op basis van ervaring en inzicht.

De voorradige soorten medicatie zijn bepaald door de apothekers. Er zijn twee mogelijkheden wanneer er aanpassingen in deze soorten medicatie worden gemaakt:

- Op een moment dat er tijd voor wordt gemaakt. In de praktijk blijkt dit niet op regelmatige basis te gebeuren. Wanneer dit wordt gedaan kan er aan de hand van een defecturenlijst worden bekeken of medicatie die wel voorradig dient te zijn toch extra besteld is.
- Indien het de apothekers of assistentes opvalt dat bepaalde soorten medicatie erg vaak besteld worden. Een aantal assistentes heeft toestemming om de bestelparameters aan te passen, de apothekers worden hier graag over ingelicht.

HOEVEELHEDEN VOORRADIGE MEDICATIE

Naast het bepalen van welke medicatie voorradig is in de apotheek, is het ook van belang om de grootte van deze voorraden te bepalen. Er zijn verschillende factoren die de grootte van de voorraden bepalen (Jurgens, 2014):

- **Bewaarongeving:** als medicatie in een koelkast bewaard dient te worden, is de kans groter dat hier geen voorraad van aanwezig is. Deze medicatie heeft een kortere bewaartermijn en de ruimte in de koelkast is erg beperkt.
- **Doorloop:** hoe vaker het middel wordt verstrekt, hoe meer dit middel voorradig is in de apotheek.

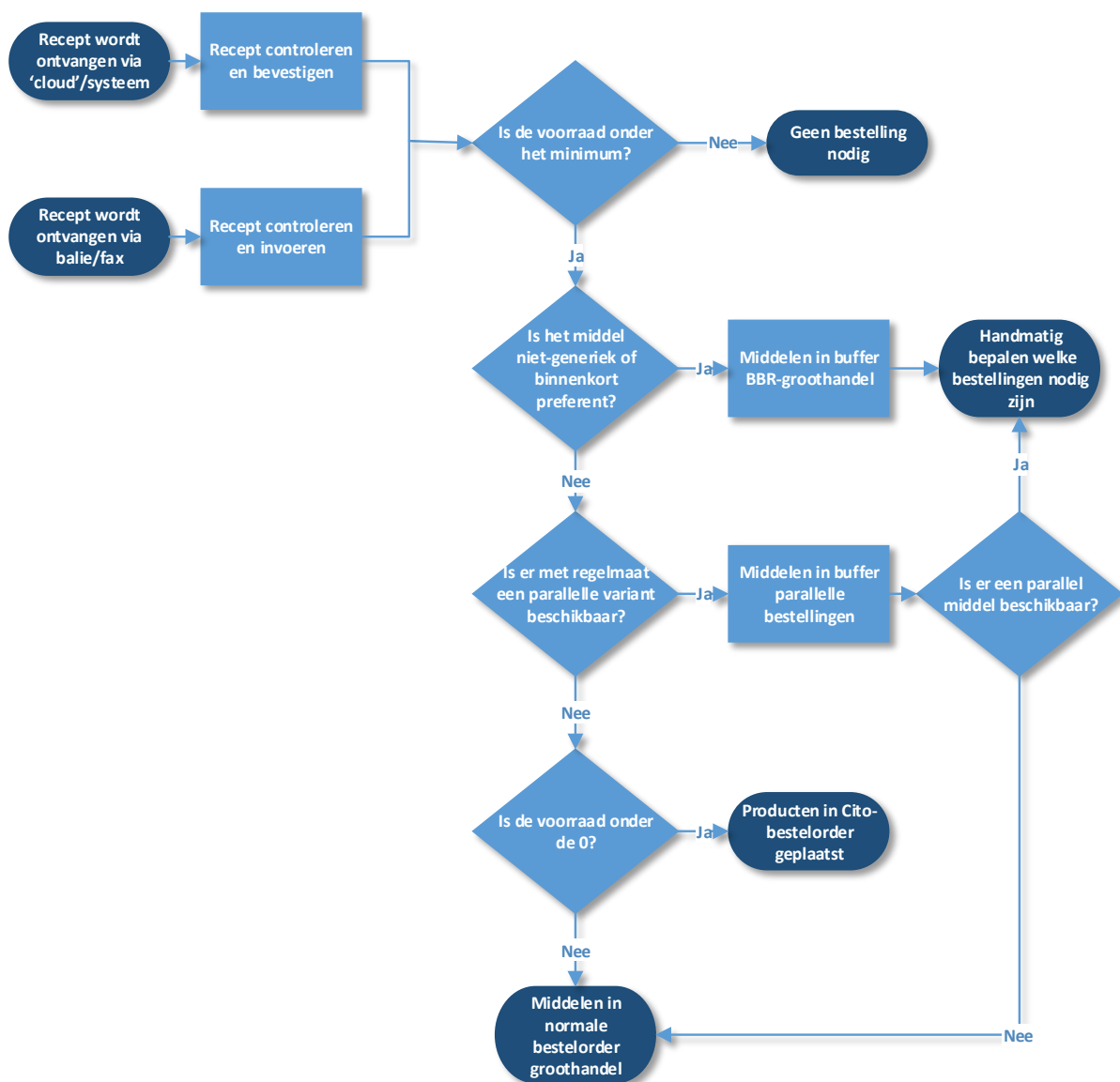
- **Patenten:** wanneer een patent bijna verloopt, zal ervoor gekozen worden om de voorraden te verlagen. Er komen veel nieuwe generieke middelen op de markt die in het begin prijzig kunnen zijn, de fabrikanten hiervan concurreren sterk.
- **Parallel alternatief:** indien een bepaalde soort medicatie beschikbaar is in een parallelle variant, zijn er lagere bestelparameters ingesteld.
- **Preferentie:** als de zorgverzekeraar wisselt van preferent middel zullen de parameters van de oude medicatie worden verlaagd, om aan het einde van de preferente periode een zo klein mogelijke voorraad over te houden.
- **Prijs:** als de medicatie is opgenomen in de voorraad, is de prijs erg van belang. Bij een hoge prijs zullen er kleine hoeveelheden op voorraad worden gehouden, bij lage prijzen is er een grotere voorraad mogelijk.
- **Tijd op de markt:** ervaring leert dat de prijzen dalen in de eerste maanden nadat de medicatie beschikbaar is. Hierdoor zullen de voorraden van deze medicatie minder groot zijn, wanneer het middel nog relatief nieuw is.
- **Urgentie:** wanneer een middel op korte termijn nodig is, dient er een voorraad te zijn die ook bij pieken alle patiënten kan voorzien.
- **Verpakkingsgrootte:** hoe groter de verpakking, hoe meer ruimte een bepaalde soort medicatie inneemt en hoe minder snel deze medicatie in de voorraad wordt opgenomen. Bij middelen met een erg grote verpakking (bijvoorbeeld verbanden) wordt er gebruik gemaakt van een extra opslagruimte achter in de apotheek.

4.4.2. BESTELPARAMETERS

In apotheek Tuindorp wordt er gewerkt met een minimum-maximum (min-max) methode. Dit betekent dat elk middel dat op voorraad is een gekoppelde min-max heeft, de zogenaamde bestelparameters. Indien het aantal middelen onder het minimum komt, wordt het middel aangevuld tot het maximum. De parameters voor het minimum en maximum worden bepaald door de apothekers en een aantal assistentes dat hiervoor toestemming heeft. De min-max is bepaald op basis van de geschiedenis van medicatieverstrekkingen, die terug te vinden is in het AIS. Er wordt niet gewerkt met formules om de voorraden te bepalen. De reden hiervoor is dat het moeilijk is om de steeds wisselende preferente middelen hierin te betrekken. Mocht middel A preferent zijn in de periode van april tot september, wordt middel B bijna niet verstrekt in deze periode. Bij een wisseling van het preferente middel, van A naar B, zal de voorraad van middel B bij gebruik van formules laag worden gehouden, terwijl dit niet de bedoeling is. Het bijhouden van de correctheid van deze formules is meer werk dan het zelf bijhouden van de bestelparameters, waarbij de laatste ook een extra gevoel van controle oplevert (Jurgens, 2014).

4.4.3. HET BESTELPROCES

De voorraad wordt bijgewerkt op het moment dat een recept is ingebracht. Dit kan op een drietal manieren gebeuren: het digitaal verkregen recept bevestigen, een recept wat aan de balie overhandigd is of via de fax is ontvangen invoeren in het systeem. Wanneer van bepaalde medicatie het aantal middelen onder het minimum uitkomt, wordt het bestelproces automatisch in werking gesteld (figuur 13).



Figuur 13: Bestelprocedure apotheek Tuindorp

Het grootste deel van de medicatie komt direct in een bestelorder voor de groothandel. Deze wordt op vier momenten van de dag geleegd, om te zorgen dat het werk in de groothandel ook verdeeld kan worden over de dag. Wanneer een middel niet voorradig is bij de groothandel, wordt hiervan een melding gegeven op het moment dat de bestelling wordt doorgezonden. De assistente kan dan kijken of een parallel middel beschikbaar is of een vergelijkbaar middel van een ander merk. De beslissing om een ander middel te bestellen is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de mogelijke leverdatum, de prijs van de alternatieven en de urgentie van het middel.

Naast de buffer voor parallelle producten wordt er gewerkt met een zogenaamde 'BBR groothandel', ook wel de parkeergroothandel genoemd. Deze groothandel is het beste te omschrijven als een dummy-bestelorder, om de apothekers een ruimte te geven om medicatieorders te stallen waar zij extra aandacht aan willen besteden. Een aantal middelen dat gemonitord dient te worden, krijgt deze groothandel toegewezen in het AIS. Deze toewijzing kan worden gedaan als een middel net generiek is geworden en er zodoende een prijsdaling verwacht kan worden in de komende maanden (Jurgens, 2014).

Als van een bepaalde soort medicatie vaak een parallel middel beschikbaar is, wordt deze medicatie in een andere buffer geplaatst. Welke middelen dit zijn, wordt bepaald door de apothekers. Eén van de assistentes is op de werkdag verantwoordelijk voor het controleren van de medicatie in de buffer. De medicatie uit de buffer wordt toegevoegd aan de normale bestelorder, wanneer er geen parallel middel beschikbaar is.

Als het aantal producten onder de 0 uitkomt na het inbrengen van een recept, komt de bestelling in een zogenaamde Cito-bestelling. Deze bestelling wordt door dezelfde groothandel geleverd, alleen in andere kratten om deze medicatie zo snel mogelijk aan openstaande recepten toe te kunnen voegen (Jurgens, 2014).

4.5. KNELPUNTEN IN DE BEVOORADING VAN APOTHEEK TUINDORP

Er is een aantal knelpunten in de bevoorrading van apotheek Tuindorp. Een deel van deze knelpunten wordt veroorzaakt door de processen binnen de apotheek en een deel door externe factoren, welke in deze paragraaf kort worden toegelicht.

4.5.1. ZORGVERZEKERAARS

Wanneer een middel besteld is, wordt dit de volgende dag geleverd door de groothandel. De afgelopen jaren komt het steeds vaker voor dat middelen niet voorradig zijn bij de groothandel. Eén van de oorzaken hiervan is het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars. Bij eventuele wisseling van een preferent middel, wisselt plotseling een groot aantal apotheken van merken, waardoor er een tekort ontstaat aan het nieuwe merk bij de groothandel. Het preferentiebeleid zorgt er daarnaast ook voor dat apotheken huiverig zijn om middelen in de voorraad op te nemen, aangezien er bij de verandering van preferent middel sprake is van een waardeverlies.

4.5.2. FABRIKANTEN

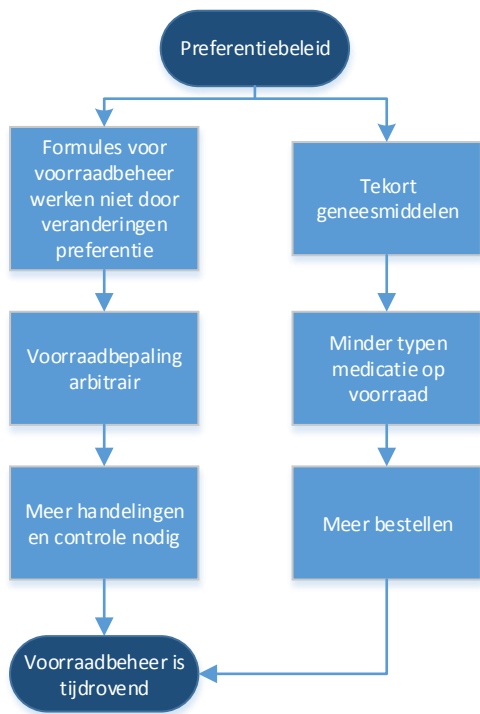
Een gevolg van de vrije prijsbepaling (2.1) is de prijsafname van generieke geneesmiddelen. Deze trend is waar te nemen in Nederland, maar niet in landen rondom Nederland (Rijksoverheid, Betaalbaar houden van geneesmiddelen, 2014). Mocht er een schaarste zijn aan een bepaald middel, dan is de kans ook groter dat de fabrikant dit gaat leveren aan andere landen. Voor de fabrikant is het leveren van medicatie aan Nederland niet altijd rendabel (Van Lieshout, 2012). De apotheek ervaart hierdoor problemen bij het bestellen van medicatie, het komt regelmatig voor dat medicatie niet beschikbaar is en ook niet op korte termijn te leveren is.

4.5.3. GROOTHANDEL

Elke dag ontvangt de apotheek een levering van de groothandel. Het komt regelmatig voor, ongeveer twee tot drie keer per week, dat de groothandel niet alle middelen levert, of dat er verkeerde middelen worden geleverd (Jurgens, 2014). Bij vijf levermomenten per week betekent dit dat bij ongeveer de helft van de leveringen problemen voorkomen. Een groot deel van deze problemen is eenvoudig op te lossen. Verkeerde middelen kunnen worden teruggestuurd en eventueel missende middelen worden bij de volgende levering meegezonden. De patiënt kan hierdoor niet de dag na bestelling over de medicatie beschikken.

4.5.4. APOTHEEK

De apothekers bepalen zelf welke middelen voorradig zijn en houden bij welke middelen minder of meer besteld moeten worden. Hierbij bestaat de kans dat medicatie op vrij continue basis besteld wordt, terwijl dit beter in de voorraad opgenomen kan worden. Het maken van deze beslissingen op basis van ervaring kost tijd en is een taak die snel vergeten wordt. Het probleem is gedeeltelijk opgelost door het gebruik maken van een dummy-groothandel, maar deze dient ook nog handmatig doorgelopen te worden.



Figuur 14: Knelpunten bestelproces

5. VERWACHTINGEN VAN PATIËNTEN

Een apotheek is een zorgverlener en heeft te maken met verschillende patiënten. De afgelopen jaren is het beeld over en van de patiënten veranderd (5.1.). Deze patiënten hebben allemaal een eigen beeld en verwachtingspatroon van een apotheek. Om hier goed op in te spelen is het van belang de wensen (5.2) en verwachtingen (5.3.) van patiënten te weten. Jaarlijks worden klanttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd om de meningen van patiënten in kaart te brengen. Hoewel uit deze onderzoeken veel informatie te halen valt, is het voor dit onderzoek van belang om de verwachtingen over het ophaalmoment voor medicatie duidelijk te krijgen. Aangezien hier geen directe informatie over beschikbaar is, dient dit verkregen te worden uit de resultaten van een zelf-uitgereikte vragenlijst (5.4). Uiteindelijk zullen eventuele knelpunten worden toegelicht (5.5.).

5.1. TRENDS IN DE APOTHEEK

In de inleiding van het verslag is het verschil tussen een push- en pullbenadering in een apotheek uitgelegd. Een pushbenadering betekent kort gezegd dat alle verschillende opties voor diensten duidelijk worden gemaakt aan de klant, welke vervolgens zelf kan kiezen. De pull-benadering houdt in dat de apotheek de vraag van de patiënt afwacht en de processen pas starten wanneer deze vraag binnenkomt. De pull-benadering kan efficiënt zijn voor de apotheek, hierdoor wordt er geen onnodig werk verricht. Dit betekent echter wel dat de apotheek op alles voorbereid zou moeten zijn en alle medicatie op voorraad moet hebben, wat in de praktijk in mindere mate mogelijk is vanwege de veranderende zorgmarkt. Voor de patiënt kan deze benadering door de verminderde voorraden nadelig zijn; de benodigde medicatie zal niet altijd direct voor hem klaar kunnen staan. De push-benadering heeft ook voordelen voor een apotheek. Een aantal opties wordt geboden aan de patiënt, zo stuurt de apotheek de patiënt in de goede richting. Hierbij valt te denken aan het informeren over de aanvraagprocedure voor een herhaalrecept.

De keuze voor deze benadering heeft invloed op de ervaringen van de patiënten. Daarnaast wordt er de laatste jaren in de apotheek steeds meer gebruik gemaakt van nieuwe voorraadbeheermethodes zoals central filling. Hierdoor wordt er in de apotheek steeds minder tijd besteed aan het uitvullen van recepten (SBA, Arbeidsmonitor Apothekersbranche 2009-2010). Deze verandering zorgt ervoor dat patiënten anders benaderd moeten worden.

Evenals de verandering van voorraadbeheermethodes is er ook een transformatie waarneembaar in de bedrijfsvoering binnen de apotheek. Sinds de Nederlandse zorgmarkt is vrijgegeven, zijn zorgverleners meer en meer gaan concurreren, waaronder ook apotheken (Rijksoverheid, Betaalbaar houden van geneesmiddelen, 2014). Door deze concurrentie is de zorg in Nederland zakelijker geworden. Hierdoor zijn patiënten meer klanten geworden dan 'slechts' een patiënt (Eijkman, 2013; NPCF, 2007). Patiënten zijn niet meer gebonden aan één zorgverlener, maar hebben hier meer zeggenschap over. Dit betekent dat zij makkelijker over kunnen stappen naar een andere arts, maar ook naar een andere apotheek.

Voor apotheken is het belangrijk om klanten te behouden en tevreden te houden. Het is van belang dat de apotheek de juiste medicatie en de juiste informatie hierbij verstrekt aan haar patiënten. Doordat patiënten binnen de zorg meer als klant behandeld worden, zullen zij zich ook als klanten gedragen. Zij zullen in de apotheek wellicht dezelfde verwachtingen hebben als in de supermarkt (Eijkman, 2013). Hoe en wanneer ingespeeld wordt op de wensen van klanten, is deels afhankelijk van het gemiddelde opleidingsniveau van deze klanten. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) over het algemeen minder gezond zijn. Deze mensen hebben meer zorg nodig, gebruiken meer medicatie en bevinden zich regelmatig in de apotheek (Bruggink, 2009; Hoeymans, Melse, & Schoemaker, 2010). Het opleidingsniveau is een belangrijke indicator voor het bepalen van de SES (RIVM, 2010). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de afnemers van medicatie veelal mensen zijn met een lage SES en een laag opleidingsniveau.

Een andere trend die waar te nemen is in de zorg met betrekking tot patiënten is het grotere belang van empowerment. Dit is “een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie”. Deze empowerment van de patiënt zorgt ervoor dat de patiënt kritischer reageert op veranderingen omtrent bijvoorbeeld medicatie of medicatieuitgifte (Regenwortel, 2002).

5.2. WENSEN VAN PATIËNTEN IN DE APOTHEEK

In de huidige gezondheidszorg worden patiënten steeds meer gezien als klanten, met daarbij eigen wensen. Er is meermaals onderzoek uitgevoerd naar de algemene wensen van patiënten in de apotheek. De specifieke wensen van de patiënten van apotheek Tuindorp zijn bepaald aan de hand van een Consumer Quality (CQ) index die jaarlijks wordt afgenomen. De hoofresultaten van de algemene onderzoeken en de CQ-index van apotheek Tuindorp worden besproken.

5.2.1. WENSEN PATIËNTEN ALGEMEEN

Het is goed om regelmatig de wensen en verwachtingen van patiënten te polsen, omdat apothekers en patiënten niet altijd hetzelfde verwachtingspatroon hebben. Volgens Deens onderzoek zijn de apothekers soms niet genoeg op de hoogte van de wensen van patiënten. Deze willen namelijk niet alleen goede informatie omtrent de medicatie, maar willen ook het liefst niet te lang wachten in de apotheek. Daarnaast vinden zij het ook belangrijk dat de benodigde medicatie voldoende beschikbaar is, wat betekent dat ze de medicatie direct bij het eerste apotheekbezoek wensen te krijgen (Noerreslet, Larsen, & Traulsen, 2005).

In 2002 heeft het Nivel een groot onderzoek gedaan naar de verwachtingen van de Nederlandse patiënten ten aanzien van de service van de apotheek (Nivel, Klantenwensen in de zorg, 2002). Hieruit is naar voren gekomen dat informatievoorziening als belangrijk wordt ervaren door de patiënten. Deze voorziening gaat dan voornamelijk over bijwerkingen en gebruik van medicatie. Patiënten vinden het ook belangrijk dat de apotheek medicatie op voorraad heeft, al vinden niet alle patiënten dat medicatie snel genoeg geleverd wordt. Dit wordt door de patiënten als een belangrijk verbeterpunt gezien. Er dient wel rekening gehouden te worden met het feit dat dit rapport uit het jaar 2002 afkomstig is. Sindsdien worden er nieuwe voorraadbeheermethodes zoals central filling toegepast. Door deze methodes zijn de voorraden van apotheken veranderd en in veel gevallen gereduceerd, waardoor de huidige meningen van de patiënten mogelijk niet meer overeenkomen met de resultaten van destijds (SBA, Arbeidsmarktmonitor: apotheekbranche 2011-2012).

5.2.2. ERVARINGEN PATIËNTEN IN APOTHEEK TUINDORP

Al jaren worden er bij patiënten van de apotheek vragenlijsten afgenomen. Deze vragenlijsten werden een aantal jaar geleden vooral uitgegeven om de ervaringen van de patiënten te achterhalen. In de loop van de tijd is het uitgangspunt van de vragenlijsten veranderd, mede door invloeden van zorgverzekeraars.

VRAGENLIJSTEN VOOR BEÏNVLOEDING ZORGVERZEKERAARS

Voordat zorgverzekeraars invloed gingen uitoefenen op vragenlijsten, werden er met regelmaat panelgesprekken met patiënten en apothekers in Nederland georganiseerd. Het afnemen van vragenlijsten moest één keer per vier jaar gedaan worden. Er werd een bepaald aantal lijsten geprint en uitgedeeld. Er werd een algemeen beeld van de ervaringen van de patiënten verzameld. De vragenlijsten bevatten open vragen, waarbij de patiënten de ervaringen met de apotheek konden delen. Er werd een lijst van tien sterke en tien zwakke punten gepresenteerd. De resultaten van de vragenlijsten droegen verbeterpunten aan, al was het aan de apothekers om hierbij stappen te ondernemen (Van Remmerden, Apotheker, 2014).

VRAGENLIJSTEN DOOR BEÏNVLOEDING ZORGVERZEKERAARS

Sinds een aantal jaar beïnvloeden de zorgverzekeraars de vragenlijsten. Hierdoor zijn de vragenlijsten erg veranderd. Het zijn CQ-vragenlijsten die opgesteld zijn door een externe organisatie. De apotheken worden verplicht om jaarlijks de vragenlijsten te verstrekken en een minimum aantal respondenten te genereren. De vragen zijn minder open en worden gestuurd door de zorgverzekeraars. Er wordt vooral geïnformeerd naar verstrekte informatie bij de balies en de omgang van medewerkers met patiënten. Het eindcijfer van de vragenlijst wordt uiteindelijk online gepresenteerd op apotheek.tevreden.nl; het algehele rapport is slechts inzichtelijk voor betreffende apothekers.

De zorgverzekeraars gebruiken de vragenlijsten om apotheken te dwingen aan bepaalde voorwaarden te voldoen. De exacte voorwaarden verschillen per verzekeraar, maar meerdere verzekeraars zorgen er bij onvoldoende scores voor dat de apothekers niet de beste contracten kunnen afsluiten. Menzis maakt gebruik van een trap-systeem, waarbij het pas mogelijk is het contract te verbeteren wanneer de eerste trede gehaald is (Jurgens, 2014). Achmea werkt met bepaalde modules, waarbij er per gehaalde module een beter contract afgesloten kan worden. Deze hoeven niet op vastgestelde volgorde behaald te worden (Achmea, 2014).

Door deze strenge eisen wordt waar mogelijk de uitkomst van de vragenlijst gestuurd. Aangezien alle apotheken dit doen, is er geen sprake meer van een vragenlijst die bedoeld is om de ervaringen van de patiënten te achterhalen. De lijst is meer een beoordeling voor de medewerkers van de apotheek geworden (Van Remmerden, Apotheker, 2014).

5.3. BEÏNVLOEDING VAN VERWACHTINGEN

Patiënten hebben bepaalde wensen ten aanzien van dienstverlening. Verwachtingen van dienstverlening kunnen gebaseerd zijn op deze wensen. Wanneer een dienstverlener kan voldoen aan deze verwachtingen, zullen klanten tevreden zijn. Klanttevredenheid komt tot stand wanneer eerdere verwachtingen en de uiteindelijke ervaring overeenkomen, discrepanties hiertussen zijn dus niet wenselijk (Cadotte, Woordruff, & Jenkins, 1987; Oliver, 1980; Swartz, Bowen, & Brown, 1998; Olson & Dover, 1979; Swan & Trawick, 1981). Volgens het Service Quality model bestaan er meerdere kloven tussen verwachtingen van klanten en de uiteindelijke waardering van de geleverde services. Deze kloven ontstaan door het verschil tussen (Parasurama, Zeitham, & Berry, 1985):

1. De verwachtingen van de klant en de percepties van het management van deze verwachtingen.
2. De percepties van het management van verwachtingen van de klant en de specificaties voor kwaliteit van service.
3. De specificaties voor kwaliteit van service en de feitelijke geleverde service.
4. De feitelijke geleverde service en wat over de service is gecommuniceerd naar de klanten.
5. De verwachtingen van de klanten ten opzichte van de service en hun percepties van de geleverde service.

Hierbij komt het vijfde punt voort uit de vier andere punten. Om in te kunnen spelen op de verwachtingen van de patiënt, is het van belang om eerst inzicht te verkrijgen in deze verwachtingen.

Er zijn verschillende manieren om de verwachtingen van klanten, of patiënten in het geval van een apotheek, te beïnvloeden. Dit kan volgens het principe van het 'framing' paradigma. Volgens dit paradigma kunnen verwachtingen beïnvloed worden door een verandering te brengen in het perspectief van de klanten. De veranderingen kunnen op drie manieren teweeg gebracht worden aan de hand van 'shaping': door directe suggestie, door context vormgeving en door selectief primen. Shaping betekent in dit geval het gebruik van communicatie en andere cues om verwachtingen van klanten te veranderen. Een voorbeeld van directe suggestie, is het ophangen van bordjes in een restaurant zoals 'Vooraf reserveren is verstandig'. Hierdoor zien klanten meteen dat de kans bestaat dat zij in dit restaurant geen plek kunnen krijgen. Een voorbeeld van context vormgeving, is de inrichting van een restaurant. Wanneer een restaurant een chique uitstraling heeft door

stralend witte tafellakens, grote schilderijen en zilveren kandelaars op tafel, zijn de verwachtingen anders dan wanneer zij een snackbar binnenlopen met plastic tafels en stoelen. Een derde vorm van shaping is selectief primen. Dit houdt in dat slechts een deel van een herinnering van een persoon teruggehaald wordt door een bepaald beeld in een advertentie of reclamefilmje. Het doel hiervan is het positieve deel van een herinnering terug te halen, zodat men ook de neiging heeft om positief te reageren op de volledige advertentie. Een voorbeeld hiervan is een reclame van een vrolijke familie die geniet op een vakantiepark, hierbij is het de bedoeling dat de persoon die deze reclame ziet weer terugdenkt aan mooie herinneringen van een vakantie. Shaping van de drie bovenstaande mechanismes kan de verwachting van de patiënten beïnvloeden en op die manier eventueel veranderen (Sheth & Mittal, 1996).

5.4. INFORMATIEVOORZIENING VOOR PATIËNTEN VAN APOTHEEK TUINDORP

De verwachtingen van patiënten ten opzichte van geleverde zorg en wachttijden zijn al meerdere malen onderzocht. Hierbij is dan voornamelijk gelet op de wachttijden voor de patiënten binnen de apotheek. Aangezien dit onderzoek meer gericht is op de processen rondom de aanvraag en uitgifte van de medicatie, is deze wachttijd niet interessant. In het kader van de onderzoeksvraag is het juist wel interessant om de verwachtingen van de patiënten ten opzichte van het ophaalmoment van de medicatie in kaart te brengen. Het gaat hierbij om het ophaalmoment van medicatie ten opzichte van aanvraagmoment van het recept. De verwachting is dat patiënten er bij bepaalde medicatie op vertrouwen dat deze meteen op te halen is na hun doktersbezoek. Een voorbeeld hiervan is een antibioticakuur. Voor chronische en herhaalmedicatie zullen patiënten wellicht langer willen wachten en er geen probleem mee hebben om de medicatie een dag later op te kunnen halen.

5.4.1. ANALYSE RESULTATEN VRAGENLIJSTEN

In totaal zijn 159 vragenlijsten verzameld. Op basis hiervan zijn de karakteristieken van de patiënten geanalyseerd, evenals de verwachtingen en meningen van de patiënten over het ophaalmoment van medicatie.

KARAKTERISTIEKEN VAN PATIËNTEN APOTHEEK TUINDORP

Onder de patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld, ligt de man-vrouwverhouding op 45%-55%. Dit lijkt overeen te komen met de verwachting dat er meer vrouwelijke patiënten in de apotheek zijn. Uit de cijfers van apotheek Tuindorp blijkt de man-vrouwverhouding op 45,95%-54,05% te liggen. De leeftijdsverdeling van de respondenten van de vragenlijsten komt overeen met de werkelijke leeftijdsverhouding van de patiënten van apotheek Tuindorp (bijlage 5, tabel 21). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 53,18 met een standaardafwijking van 16,27. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in apotheek Tuindorp ligt op 46,13 met een standaardafwijking van 24,16.

INFORMATIEVERSTREKKING AAN PATIËNTEN

De respondenten is gevraagd hoe zij dachten over informatievoorziening over het ophaalmoment (tabel 5). Ongeveer 85% van de respondenten is ingelicht over het ophaalmoment van de medicatie (bijlage 5, tabel 22).

	Frequentie	Percentage
Slecht	1	0,75%
Matig	4	3,01%
Voldoende	30	22,56%
Goed	75	56,39%
Zeer goed	23	17,29%
Totaal	133	100,00%

Tabel 5: Mening patiënten informatievoorziening

De informatie kan worden ontvangen van verschillende bronnen (tabel 6). 58,6% van de geïnformeerde respondenten heeft de informatie ontvangen via de huisarts of specialist.

	Aantal	Percentage	Percentage van respondenten
Huisarts/specialist	78	53,1%	58,6%
Doktersassistent	26	17,7%	19,5%
Medewerker apotheek	36	24,5%	27,1%
Website apotheek	4	2,7%	3,0%
Anders	3	2,0%	2,3%
Totaal	147	100,0%	110,5%

Tabel 6: Bron van informatie

Het is interessant om deze informatie te vergelijken met de wensen van de patiënten. Er is gevraagd van wie zij graag informatie zouden willen ontvangen over het ophaalmoment van de medicatie (tabel 7). Patiënten ontvangen de informatie het liefst van de huisarts of specialist. Dit percentage van respondenten komt overeen met het percentage dat informatie heeft ontvangen van de huisarts of specialist. Het percentage van de respondenten dat graag informatie van de medewerker van de apotheek zou ontvangen, ligt hoger dan het percentage dat de informatie nu van de medewerker ontvangt. Informatie via internet of visuele informatievoorziening is niet de meest gewenste informatievoorziening voor respondenten.

	Aantal	Percentage
Huisarts/specialist	92	42,99%
Doktersassistent	37	17,29%
Medewerker apotheek	63	29,44%
Website apotheek	9	4,21%
Visuele informatievoorziening	2	0,93%
Anders	11	5,14%
Totaal	214	100,00%

Tabel 7: Gewenste bron van informatie

Er is specifiek gekeken naar de wensen van patiënten die geen informatie hebben ontvangen over het ophaalmoment van medicatie. Het percentage dat gebruik zou willen maken van de website van de apotheek is groter bij de respondenten die in eerste instantie geen informatie hebben ontvangen, dan bij de respondenten die wel geïnformeerd zijn. De visuele informatievoorziening is helemaal niet in beeld voor deze respondenten (tabel 8). Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen hoe vaak een antwoord gegeven is en hoeveel respondenten het betreffende antwoord hebben ingevuld.

	Aantal	Percentage van antwoordmogelijkheden	Percentage van respondenten
Huisarts/specialist	14	51,85%	63,60%
Doktersassistent	3	11,11%	13,60%
Medewerker apotheek	4	14,81%	18,20%
Website apotheek	3	11,11%	13,60%
Anders	3	11,11%	13,60%
Totaal	27	100,00%	122,70%

Tabel 8: Gewenste bron van informatie, indien niet geïnformeerd

VERWACHTE- EN ACCEPTABELE OPHAALMOMENTEN

In de vragenlijst is aandacht besteed aan het moment waarop de respondent verwacht de medicatie op te kunnen halen. Hierbij is gekozen om de antwoorden van de twee verschillende vragenlijsten apart te verwerken, vanwege de verschillende beginpunten van de processen.

RESPONDENTEN HERHAAL/CHRONISCH VRAGENLIJST

Ongeveer 70% van de respondenten verwacht de medicatie gelijk of dezelfde dag op te halen. Dit is gelijk bij het aanbieden van het recept bij de balie en het doorsturen van het recept door de arts of specialist. Bij de balie verwacht 44% van de respondenten de medicatie gelijk mee te kunnen nemen, tegen 24% van de respondenten waarbij het recept wordt doorgezonden (bijlage 5, tabel 23 en 24).

De termijn die de patiënt acceptabel vindt, komt redelijk overeen met de verwachte termijn. Ongeveer 74% van de respondenten vindt het acceptabel dat de medicatie gelijk bij het aanbieden of op dezelfde dag klaar staat. Hier is ook eenzelfde verdeling te vinden van balie versus doorgestuurde recepten, respectievelijk 43% en 25% van de respondenten vindt het acceptabel om de medicatie gelijk mee nemen (tabel 9).

	Recept aan balie			Recept doorgestuurd		
	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Meteen bij apotheekbezoek	49	43,80%	43,80%	28	24,60%	24,60%
Op dezelfde dag als aanbieden recept	34	30,40%	74,10%	57	50,00%	74,60%
Een dag na aanbieden recept	21	18,80%	92,90%	21	18,40%	93,00%
Twee dagen of later	5	4,50%	97,30%	5	4,40%	97,40%
Geen mening	3	2,70%	100,00%	3	2,60%	100,00%
Totaal	112	100,00%		114	100,00%	

Tabel 9: Acceptabel ophaalmoment herhaalrecept

RESPONDENTEN EERSTE UITGIFTE VRAGENLIJST

Na een bezoek aan de huisarts of specialist verwacht 56% van de respondenten dat de medicatie direct opgehaald kan worden. 35% van de respondenten verwacht dat de medicatie dezelfde dag opgehaald kan worden, dit betekent dat 91% van de respondenten de medicatie op dezelfde dag verwacht op te halen. Dit is een fors verschil met de resultaten van de andere vragenlijst (bijlage 5, tabel 25).

Dezelfde trend is waar te nemen wanneer gekeken wordt naar het acceptabele ophaalmoment. Het meteen of dezelfde dag ophalen van de medicatie wordt door 93% van de respondenten verwacht. Indien het recept is doorgestuurd via de arts of specialist, verwacht 30% van de respondenten dat de medicatie direct klaar staat. 54% van de respondenten verwacht dit bij het aanbieden van het recept aan de balie (tabel 10).

	Recept aan balie			Recept doorgestuurd		
	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Meteen bij apotheekbezoek	23	53,49%	53,49%	13	30,23%	30,23%
Op dezelfde dag als aanbieden recept	13	30,23%	83,72%	27	62,79%	93,02%
Een dag na aanbieden recept	4	9,30%	93,02%	2	4,65%	97,67%
Twee dagen of later	1	2,33%	95,35%	1	2,33%	100,00%
Geen mening	2	4,65%	100,00%	0	0,00%	100,00%
Totaal	43	100,00%		43	100,00%	

Tabel 10: Acceptabel ophaalmoment eerste uitgifte

5.5. KNELPUNTEN

Er zijn verschillende knelpunten naar voren gekomen in het hoofdstuk. Deze knelpunten zijn deels veroorzaakt door algemene waarnemingen en trends, maar ook het beleid van apotheek Tuindorp kan een rol hebben in de knelpunten.

5.5.1. PROBLEMEN DOOR PATIËNTKARAKTERISTIEKEN

Patiënten beginnen zich meer met de ontvangen zorg te bemoeien, wat in de term ‘empowerment’ wordt samengevat. De patiënt zal eventuele wijzigingen in processen of medicatie niet altijd meer accepteren, maar hier kritiek op uiten. Dit zorgt bij het preferentiebeleid al regelmatig voor problemen bij de balie. Bij veranderingen van processen in de apotheek moet hier rekening mee gehouden worden. Patiënten worden in de zorg meer als klant behandeld en zullen zich hierdoor ook als een klant gaan gedragen en bepaalde eisen stellen aan de diensten.

Gemiddeld gezien hebben mensen met een hogere zorgvraag een lagere SES. Voor de patiënten is het moeilijk inzicht te krijgen in de verschillende complexe processen. Verder dient hier bij eventuele instructies, bijvoorbeeld over ophaalmomenten, rekening mee gehouden te worden.

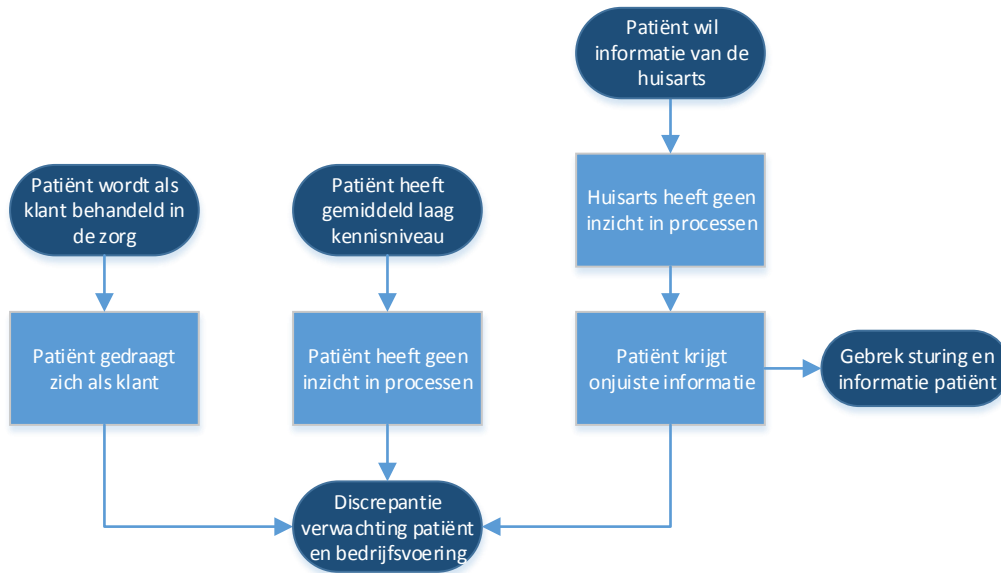
5.5.2. PROBLEMEN DOOR VERWACHTINGEN EN WENSEN PATIËNT

Uit de vragenlijsten is naar voren gekomen dat patiënten hun medicatie het liefst direct na het bezoek aan de huisarts of nog op dezelfde dag ophalen. Momenteel levert dit vrijwel geen problemen op, maar bij een toenemende zorgvraag of overgang op andere voorraadbeheermethodes zal dit wel het geval zijn.

De patiënt ontvangt informatie over het ophaalmoment van medicatie bij voorkeur van de huisarts of specialist. De apotheek oefent hier onvoldoende directe invloed op uit. Doordat artsen geen inzicht hebben in de processen in de apotheek en niet gestuurd worden, kan het voorkomen dat patiënten onjuist worden ingelicht.

5.5.3. PROBLEMEN DOOR APOTHEEK

Patiënten hebben niet genoeg inzicht in de processen in de apotheek en stellen toch eisen. Deze eisen zullen dan niet in alle gevallen overeen komen met een realistische werksituatie. De apotheek heeft hierbij de taak om meer inzicht te bieden in de processen óf zelf de patiënten meer te sturen. Op dit moment wordt aan beide niet veel aandacht besteed. Wanneer hier aandacht aan besteed gaat worden, moet rekening gehouden worden met de verandering in de houding en het gemiddeld lage kennisniveau van de patiënt.



Figuur 15: Knelpunten verwachtingen patiënt

6. DISCUSSIE

In deze discussie zal ingegaan worden op bepaalde keuzes die gemaakt zijn voor en tijdens het onderzoek. Verder zullen eventuele verbeterpunten worden aangegeven en zal er besproken worden hoe bepaalde problemen voorkomen hadden kunnen worden.

6.1. OPZET EN STRUCTUUR ONDERZOEK

De dataverzameling in dit onderzoek is gestart voordat de definitieve onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen waren opgesteld. Daarnaast zijn de gemeten factoren bepaald door de apothekers en niet door de onderzoekers. Dat de apothekers de dataverzameling opgezet hebben is wel positief, aangezien de onderzoekers vrijwel geen kennis hadden van de processen in de apotheek bij aanvang van het onderzoek. Dit heeft geleid tot data die niet altijd een antwoord op de vragen opleverde. Mede omdat er vroeg begonnen is met de dataverzameling, kon vroeg gestart worden met de data-analyse. Door de korte tijdsperiode is het niet mogelijk geweest om de methode zodanig aan te passen, dat deze volledig aansloot op de vragen.

6.2. SECUNDAIRE DATAVERZAMELING

Bij het verzamelen van literatuur is vooral gebruik gemaakt van instanties als het SFK, KNMP en het Nivel. Verder was informatie te vinden op websites van zorgverzekeraars en nieuwssites. Wetenschappelijke literatuur is vrijwel niet gevonden over de huidige Nederlandse situatie op het gebied van apothekezorg. Internationale artikelen zijn niet gebruikt, omdat deze niet van toepassing zijn op het Nederlandse zorgstelsel.

De verkregen data over de processen binnen de apotheek zijn niet te vergelijken met andere apotheken, aangezien hier geen informatie over beschikbaar is. Informatie over de voorraadbeheermethodes is voornamelijk verkregen van apothekers die hiermee werken of aanbieders van deze methodes. Hierdoor kunnen vraagtekens gezet worden bij de objectiviteit van deze informatie.

6.3. PRIMAIRE DATAVERZAMELING

Binnen de primaire dataverzameling is een aantal punten naar voren gekomen die van invloed zijn op de uitkomsten van het onderzoek.

6.3.1. BEZOEK ANDERE APOTHEKEN

Een aantal andere apotheken is in de beginfase van dit onderzoek bezocht, waarna is besloten om deze bezoeken alleen te gebruiken als extra achtergrondinformatie voor een breder beeld van de verschillende processen binnen de apotheek. Deze gesprekken zijn niet beschouwd als interviews. In de loop van het onderzoek is gebleken dat het verstandig geweest was om andere apotheken nogmaals te bezoeken. Hierdoor had er meer verdieping in de processen en bijkomende knelpunten binnen deze apotheken plaats kunnen vinden, waarna ook een vergelijking gemaakt had kunnen worden met de situatie in apotheek Tuindorp.

6.3.2. VRAGENLIJST

De vragenlijst die is uitgereikt aan patiënten van de apotheek bevatte een fout. In de vragenlijst voor de eerste uitgifte is geen onderscheid gemaakt bij de verwachtingen van de patiënt tussen de verschillende manieren van het aanleveren van een recept. Bij de vraag over het acceptabele afhaalmoment is deze scheiding wel gemaakt. Deze fout is pas opgemerkt bij het analyseren van de data, hierdoor kon er geen aanpassing meer plaatsvinden in de vragenlijst. De fout is niet opgemerkt bij het opstellen van de vragenlijst, maar ook niet bij de controle door de apothekers, assistentes en pilotgroep van patiënten. Hierdoor kunnen geen valide uitspraken over de uitkomsten van deze vraag gedaan worden.

De pilotgroep was klein in verhouding met de uiteindelijke steekproefgrootte. Bij een groter aantal pilot-patiënten waren er wellicht meer onduidelijkheden uit de vragenlijst gefilterd voordat deze afgenomen werd bij de patiënten. Vanwege het korte tijdsbestek van dit onderzoek is besloten de pilotgroep klein te houden.

Het uitreiken van de vragenlijst vond plaats in de wachtruimte van de apotheek, waarbij altijd minstens één van de onderzoekers aanwezig was. Hierbij kwam naar voren dat er regelmatig onduidelijkheden waren over de vragenlijst. Het is niet met zekerheid te zeggen dat alle respondenten die vragen hadden deze ook gesteld hebben. Hierdoor kan het zijn dat de gegeven antwoorden minder betrouwbaar zijn.

Het is erg lastig gebleken om de vragenlijst goed af te stemmen op de doelgroep, omdat de patiënten de termen anders konden interpreteren dan de onderzoekers. Een aantal vragen leek op het eerste oog identiek, maar bevatten wel een ander aspect. Het verder uit elkaar plaatsen van deze vragen, bleek niet afdoende. Hierdoor kan de validiteit van de antwoorden beperkt zijn.

Uit de resultaten van de verzamelde recepten bleek dat ongeveer 250 tot 300 patiënten per dag in de apotheek komen. Op basis hiervan werd verwacht dat het benodigde aantal vragenlijsten in een bepaald aantal dagdelen gehaald kon worden. Het aantal patiënten dat mee wilde werken, viel uiteindelijk lager uit dan verwacht. Ten eerste wilde niet iedereen meewerken, meestal zonder duidelijke reden. Daarnaast is niet elke patiënt benaderd, omdat patiënten vaak direct geholpen konden worden wanneer het rustig was in de apotheek. Wanneer er een wachtrij ontstond in de apotheek, leek het effectiever om patiënten te benaderen. Als één patiënt mee wilde werken, wilde de rest van de wachtrij meestal ook wel mee werken. Een negatieve reactie van één patiënt leidde echter vaak tot meer negatieve reacties. De steekproefgrootte die vooraf bepaald was, is uiteindelijk niet gehaald.

6.3.3. VERZAMELING DATA RECEPTEN

Er is data verzameld over receptenverkeer en bestelde recepten. In beide gevallen is de data verzameld in iets meer dan twee weken, afzonderlijk van elkaar. Daarnaast is er geen rekening gehouden met seizoensinvloeden en feestdagen, die een afwijking teweeg zouden kunnen brengen in data. Aangezien het onderzoek een duidelijk omliggende planning had, was het niet mogelijk om een completer beeld te krijgen van de situatie in de apotheek.

Er is besloten om geen formules toe te passen om te bepalen hoeveel recepten nodig zouden zijn om concrete uitspraken te kunnen doen over de resultaten. De opdracht was gebonden aan een tijdsspanne van tien weken, waardoor de dataverzameling maar een beperkt aantal weken kon duren. De keuze voor twee weken is gemaakt zodat alle dagen van de week minstens twee keer aan bod kwamen.

Het is lastig te bepalen hoe representatief de resultaten van de dataverzameling zijn. De codering van recepten en het bijhouden van de turflijst werd gedaan door de assistentes. Niet alle assistentes stonden positief tegenover het verzamelen van deze data. Achteraf was dit misschien te voorkomen door het beter voorlichten van de assistentes, al blijkt motivatie vaak lastig te stimuleren, ook door de apothekers. Deze houding was soms terug te zien in de resultaten. Dit kwam voornamelijk naar voren bij de turflijst. Achteraf viel uit het AIS af te lezen welke recepten dubbel behandeld waren, dit zorgde voor bijna een verdubbeling van het aantal dubbele baliemomenten (van 56 naar 101). Door deze controle is te stellen dat de uiteindelijk gebruikte data betrouwbaar is. De betrouwbaarheid van het receptenverkeer valt echter niet te controleren.

RECEPTENVERKEER

Zoals eerder gesteld was het verstandiger geweest om de dataverzameling van receptenverkeer later te starten, zodat alle interessante aspecten in kaart gebracht en ook gemeten konden worden. In de huidige dataverzameling is een aantal discussiepunten naar voren gekomen.

Achteraf bleek dat de gecodeerde tijdvakken kleiner hadden moeten zijn of de exacte tijd van uitgifte had genoteerd moeten worden om concrete uitspraken te kunnen doen over de piekmomenten in de apotheek. Nu was hierover beperkte informatie uit de data te halen.

De methode van coderen is door de apothekers toegelicht aan de assistentes. Tijdens het invoeren van de gecodeerde recepten bleek dat er verschillende interpretaties over de recepten bestonden: de inzichten van de apothekers, assistentes onderling en onderzoekers verschilden. Aangezien een deel van de recepten niet gecodeerd was, dienden de onderzoekers deze zelf te coderen. Het kan zijn dat de betrouwbaarheid van de data hierdoor beïnvloed is, dit is echter geprobeerd te voorkomen door de recepten minimaal door één persoon te laten controleren.

In de codering is alleen 'balie' als codering voor de manier van binnenkomen van een recept opgenomen, recepten via het systeem waren niet de identificeren. Om deze manier van binnenkomen toch mee te kunnen nemen, is aangenomen dat de scantijd op de receptsticker ongeveer overeen kwam met het tijdstip van inbrengen in het geval dat het recept via het systeem binnen was gekomen. Dit is niet vanaf de start van de analyse gedaan, waardoor het mogelijk is dat een aantal recepten onterecht als 'balie' gecodeerd is. Daarnaast moest de codering van 'besteld' in hetzelfde vakje ingevuld worden als de codering 'balie'. Hierdoor viel niet te achterhalen of bestellingen plaatsvonden bij het ontvangen van het recept via de balie of het systeem. Om deze reden is besloten extra data te verzamelen.

Om uitspraken te kunnen doen over urgente middelen was het beter geweest om gebruik te maken van een categorie van urgente middelen. De huidige categorie antibiotica had hier dan onder kunnen vallen. Nu zijn de overige urgente middelen buiten beschouwing gelaten.

BESTELDE RECEPTEN

Bij het verzamelen van data over de bestelde recepten is de turflijst vergeleken met de manco's van de recepten die besteld waren. In eerste instantie was het de bedoeling om deze manco's te vergelijken met het totale aantal bestellingen door middel van de defecturelijst. Hierdoor kon de verhouding tussen bestelde recepten en bestellingen voor de herhaalservice bepaald worden. Bij het verzamelen van deze data bleek echter dat deze defecturelijst niet volledig was. Een oplossing op korte termijn was niet te vinden, waardoor het verzamelen van deze data niet is doorgezet. Daardoor was het uiteindelijk niet mogelijk de verhouding tussen de bestelde recepten en de bestellingen voor de herhaalservice te bepalen.

De bestellingen van 23 mei zijn niet meegenomen in de analyse, omdat de manco's van de bestellingen niet zijn uitgeprint en niet te achterhalen zijn. Verder is er data verzameld op de dag na hemelvaart én een dag waarbij alle huisartsen in Hengelo een teambuildingsuitje hadden. Op de dag na hemelvaart was er sprake van veel bestellingen, op de dag van het huisartsenuitje was het rustig in de apotheek, waardoor vrijwel geen bestellingen zijn geplaatst. De data van deze dagen is daardoor niet volledig representatief voor de werkelijke situatie.

6.4. WAARDE VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Ondanks bovengenoemde discussiepunten ligt er een bruikbaar overzicht van de invloeden op en de processen van apotheek Tuindorp. De dataverzameling liet op sommige punten te wensen over, maar heeft wel een waardevolle toevoeging gedaan aan dit onderzoek. Het onderzoek geeft een globaal beeld van de knelpunten en aandachtspunten bij apotheek Tuindorp. Dit kan een opzet zijn voor vervolgonderzoek naar alternatieve voorraadbeheermethodes en verdere aanpassingen in de processen.

7. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Verskillende processen binnen de apotheek en invloeden op de apotheek zijn in kaart gebracht in dit onderzoek. Op basis van de hieruit voortgekomen data zijn knelpunten aan het licht gekomen. In dit hoofdstuk zal de verkregen informatie gebundeld worden en in het kort worden herhaald om een antwoord te kunnen geven op de deelvragen. Tot slot wordt aan de hand van de getrokken conclusies een antwoord gegeven op de hoofdvraag door middel van aanbevelingen.

7.1. BEANTWOORDING DEELVRAGEN

Om uiteindelijk een antwoord op de hoofdvraag te kunnen geven, dienen eerst de antwoorden op de deelvragen gegeven te worden. Deze geven een korte samenvatting van de hoofdstukken.

1: WELKE EXTERNE INVLOEDEN ONDERVINDT APOTHEEK TUINDORP?

Apotheek Tuindorp is, evenals alle andere apotheken in Nederland, onderhevig aan een groot aantal regels, richtlijnen, eisen en wetten die zijn opgelegd door verschillende externe partijen. Deze begrippen vormen samen een kader, waarbinnen de apotheek zich kan bewegen en besluiten kan nemen. De mate waarin externe partijen macht kunnen uitoefenen op de apotheek en hoeveel invloed dit heeft op de apotheek, verschilt. Wettelijke eisen en maatregelen van zorgverzekeraars zijn bepalend voor de marktvoorming. De macht van verzekeraars komt duidelijk naar voren in het preferentiebeleid. De kwaliteitseisen zorgen er voornamelijk voor dat de service die de apotheek levert goed op orde is. Externe invloeden zijn dus bepalend voor de kader waarbinnen de apotheek zich beweegt. Hierbij is voornamelijk het preferentiebeleid van zorgverzekeraars een belangrijke factor.

2: HOE ZIET DE HUIDIGE ORGANISATIE OMTRENT MEDICATIEUITGIFTE ERUIT?

Recepten komen veelal via het systeem of de balie binnen. Voornamelijk de recepten die aan de balie ingediend worden leiden tot knelpunten. De medicatie valt in te delen in vier categorieën: eerste uitgiftes, herhaalrecepten, chronische recepten en de herhaalservice. De basisprocessen die de verschillende categorieën doorlopen zijn vrijwel identiek, afgezien van de herhaalservice. Wanneer de basisprocessen doorlopen zijn, kunnen patiënten de medicatie op komen halen. Door gebrek aan inzicht en communicatie verloopt de uitgifte van medicatie niet altijd zoals gewenst. De knelpunten komen voornamelijk bij de ontvangst en uitgifte van recepten tot stand. Een samenloop hiervan zorgt voor dubbele baliemomenten of juist lange wachttijden voor patiënten, die gepaard gaan met een inefficiënte indeling van tijd voor de medewerkers.

3: HOE ZIET HET VOORRAADBEHEER ERUIT?

Apotheek Tuindorp heeft in het bepalen en beheren van hun voorraad met verschillende leveranciers te maken. Het merendeel van de medicatie wordt bij één groothandel besteld. Apotheek Tuindorp werkt met het traditionele voorraadbeheer. Het voorradig houden van medicatie wordt bemoeilijkt door het preferentiebeleid. De bestellingen worden voornamelijk automatisch geplaatst bij de groothandel. Een klein deel van de bestellingen wordt handmatig gecontroleerd en geplaatst. Het bepalen van de voorraad en bestelparameters wordt arbitrair en handmatig gedaan. De handmatige handelingen zijn tijdrovend voor de medewerkers.

4: WAT ZIJN DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT TEN OPZICHTE VAN DE MEDICATIEUITGIFTE?

De houding en attitude van de patiënt is de afgelopen jaren veranderd door de fluctuerende zorgmarkt. De patiënt heeft een assertieve houding aangenomen en houdt graag de controle over de eigen situatie. Hierbij horen bepaalde verwachtingen. Patiënten ontvangen informatie over het ophaalmoment van medicatie bij voorkeur van de arts of specialist. Zij verwachten daarnaast hun medicatie dezelfde dag op te kunnen halen, een later moment vinden zij niet acceptabel. Verwachtingen kunnen echter gevormd worden aan de hand van

shaping. Daarnaast kan het geven van inzicht in de processen binnen de apotheek en duidelijke informatievoorziening het gedrag van de patiënt in een bepaalde mate sturen. Hierdoor kunnen patiënten meer begrip opbrengen en kunnen hun verwachtingen gevormd worden naar de huidige service.

ALGEMENE CONCLUSIE

De apotheken hebben in de afgelopen jaren veel te maken gehad met nieuwe regelingen die werden opgelegd vanuit externe partijen. De processen binnen apotheek Tuindorp moeten hier op aangepast worden. Tuindorp heeft in het verleden op de veranderingen in de zorgmarkt in proberen te spelen door een strakke voorraadbeplanning te realiseren. Meer veranderingen blijken echter gewenst om de processen efficiënt te laten verlopen en de patiënten tevreden te houden.

7.2. BEANTWOORDING HOOFDVRAAG

De hoofdvraag zal beantwoord worden door middel van aanbevelingen. De aanbevelingen zijn opgesteld aan de hand van de knelpunten, die bij de beantwoording van de deelvragen naar voren zijn gekomen. De aanbevelingen geven antwoord op de hoofdvraag:

Hoe kunnen processen bij de apotheek zo georganiseerd worden dat de doorloop van recepten efficiënter plaatsvindt?

De knelpunten zijn in vijf categorieën opgedeeld: externe invloeden, logistiek, gebrek aan communicatie vanuit de apotheek, discrepantie bedrijfsvoering en verwachtingen en discrepantie bedrijfsvoering en preferentiebeleid. Deze zijn samengevat in onderstaande tabel. Aangezien de knelpunten bij het gebrek aan communicatie vanuit de apotheek en de discrepantie tussen bedrijfsvoering en verwachtingen resulteren in dezelfde aanbevelingen, zullen deze in één subparagraaf besproken worden.

Probleem	Knelpunt	Gevolgen	
Externe invloeden			
Voorwaarden verzekeraars	Preferentiebeleid: beperking in uit te geven middelen		
	Minder lange voorschrijfduur opgelegd door verzekeraars	Patiënten vaker naar apotheek dan eigenlijk nodig is	
	Prestatiebekostiging: onduidelijkheid over declareren	Vragen vanuit patiënt over facturen	
Beschikbaarheid medicatie bij groothandel	Vrije prijsbepaling van medicatie in Nederland: enorme daling prijzen	Fabrikanten leveren sneller aan buurlanden met hogere prijzen	Tekort middelen bij groothandel door preferentiebeleid
Logistiek			
Koppelingen computersystemen	Gebrek aan gekoppelde computersystemen tussen de specialisten en de apotheek	Aanleveren van fysiek recept bij balie apotheek	Indien recept besteld moet worden: dubbel baliemoment voor patiënt
			Ad hoc handelen voor assistentes

Gebrek aan communicatie vanuit apotheek			
Communicatie met arts	Gebrek aan instructie arts vanuit apotheek	Arts licht patiënt onjuist in over ophaalmoment medicatie	Dubbel baliemoment voor patiënt
	Gebrek aan inzicht van de artsen en specialisten over de processen in de apotheek; buffer niet geleegd door huisarts		Ad hoc handelen voor assistentes
Communicatie met patiënt	Gebrek aan instructie ophaalmoment	Patiënt komt op verkeerde moment in apotheek	Twee baliemomenten voor patiënt
			Werk ad hoc uitgevoerd
Discrepancie bedrijfsvoering en verwachtingen			
Verwachtingspatroon	Positie van patiënt verschuift naar klant; patiënt krijgt verwachtingen	Verwachtingspatroon gebaseerd op 'onzichtbare' processen apotheek	
Discrepancie bedrijfsvoering en preferentiebeleid			
Bestellen medicatie	Voorraadbeheer kan niet met formules gedaan worden door preferentiebeleid	Bepaling voorradige middelen wordt arbitrair gedaan	Bestelparameters bepalen en aanpassen is tijdsintensief
	Door preferentiebeleid minder middelen leverbaar	Minder typen medicatie op voorraad	Extra handelingen vanwege medicatie bestellen voor patiënt

Tabel 11: Samenvatting knelpunten

7.2.1. EXTERNE INVLOEDEN

Wanneer gekeken wordt naar de externe invloeden, leveren de wettelijke bepalingen en regels vanuit de NZa en de IGz vrijwel geen knelpunten op. Knelpunten komen namelijk voornamelijk voort uit de verandering van en op de Nederlandse zorgmarkt en het preferentiebeleid van verzekeraars. Deze knelpunten zijn vrijwel niet te beïnvloeden, omdat de Nederlandse markt en de verzekeraars niet gestuurd kunnen worden. Hierdoor vormen deze knelpunten een kader waarbinnen de apothekers zich moeten bewegen. Het is van belang dat de apotheek zo goed mogelijk op de situatie inspeelt.

7.2.2. LOGISTIEK

In de huidige situatie komt nog een groot deel van de patiënten met een receptbriefje aan de balie. Dit betekent dat deze patiënten of meteen geholpen moeten worden, of later terug moeten komen in verband met bestellingen. Om deze situaties te voorkomen, zou de receptenstroom direct vanuit de arts of specialist in de apotheek moeten komen. Bij het merendeel van de huisartsen is dit al mogelijk (de 23 samenwerkende huisartsen), hun voorschrijfsysteem is gekoppeld aan het AIS, waardoor de recepten meteen bij de apotheek komen. Dit is echter niet het geval voor andere huisartsen en specialisten. Een deel van deze groep stuurt de recepten door via de fax, maar een groot deel geeft het recept mee aan de patiënt. Wanneer ook deze groep artsen de recepten direct via de fax naar de apotheek stuurt, kunnen processen in de apotheek ingepland worden.

Herhaalreceptbriefjes zouden idealiter niet aan de patiënt meegegeven worden, maar al aangevraagd moeten worden voordat de patiënt naar de apotheek komt. Om dit te realiseren kan gedacht worden aan een online omgeving voor de patiënt, waar hij in kan loggen en zijn herhaalrecept aan kan bieden. Hiervoor moet de apotheek een actieve houding aannemen door patiënten hierover in te lichten. Via deze online omgeving kunnen ook de actuele contactgegevens verkregen worden. Wanneer alle recepten ontvangen zijn voordat de patiënt in de apotheek staat, kan een groot deel van de processen voor deze recepten uitgevoerd zijn en zal het aantal dubbele baliemomenten gereduceerd worden.

7.2.3. GEBREK AAN COMMUNICATIE VANUIT DE APOTHEEK

Uit de vragenlijst is gebleken dat veel patiënten verwachten hun medicatie op dezelfde dag op te kunnen halen. Door communicatie vanuit de apotheek naar huisartsen, specialisten en patiënten te verbeteren, kan de patiëntenstroom beter gestuurd worden. Daarnaast zal de communicatie er voor zorgen dat de patiënten beter op de hoogte zijn van de werkelijke situatie, zodat de verwachtingen van de patiënten hier meer op aan zullen sluiten.

COMMUNICATIE MET HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

Vanwege de verschillen in de mate van samenwerking met de huisartsen en specialisten, zal hierin rekening gehouden moeten worden in de aanbevelingen.

HUISARTSEN

Veel patiënten van apotheek Tuindorp krijgen informatie omtrent het ophalen van medicatie van hun huisarts te horen. Dit heeft ook de voorkeur van een groot deel van de patiënten. Het is echter niet altijd duidelijk of deze informatie ook juist is. Artsen hebben vaak geen inzicht in de processen die in de apotheek doorlopen worden. Wanneer de artsen dit wel zouden hebben, kunnen zij de patiënten ook beter informeren. Het is dus sterk aan te raden de betrokken huisartsen hierover voor te lichten, bijvoorbeeld via het periodieke overleg wat met deze artsen plaatsvindt.

Zodra de processen inzichtelijk gemaakt zijn, is het van belang om duidelijke afspraken te maken met de huisartsen omtrent de informatievoorziening naar patiënten toe. Een goede mogelijkheid is patiënten met niet-urgente medicatie de boodschap mee te geven dat de medicatie een dag later beschikbaar is. Om begrip te hebben voor deze verandering in ophaalmoment, is het van belang dat de huisartsen inzicht hebben in de processen. Door bij de huisarts al te beginnen met het sturen van de patiëntenstroom, kan de apotheek efficiënter werken en beter plannen.

SPECIALISTEN

Aangezien er recepten binnenkomen van veel verschillende specialisten en deze niet alleen in Hengelo of omstreken werken, is het vrijwel onmogelijk om hiermee afspraken te maken over de informatievoorziening. Voor deze groep voorschrijvers is het voornamelijk van belang dat de recepten direct via de fax naar de apotheek doorgestuurd kunnen worden. Als de patiëntenstromen goed gestructureerd worden, zullen de patiënten die direct van de specialist naar de apotheek gaan, minder problemen opleveren. Hier is dan namelijk meer tijd voor.

COMMUNICATIE MET PATIËNTEN

De patiënt neemt een assertievere rol aan, waardoor verwachtingen een andere vorm krijgen. Deze verwachtingen zijn echter niet op de huidige situatie gebaseerd. De patiënten hebben geen inzicht in de processen van de apotheek. Wanneer dit wel het geval is, zullen de verwachtingen van patiënten beter aansluiten op de werkelijke situatie. Aan de hand van shaping kan de omgeving in de apotheek aangepast worden. Hierdoor kunnen de verwachtingen van de patiënten gevormd worden, zodat deze beter aansluiten op de werkelijke

situatie. Hierbij is het belangrijk dat patiënten in alle gevallen een eenduidige boodschap ontvangen van de medewerkers over het uitgifteproces.

Hiervoor kan bijvoorbeeld goed gebruik gemaakt worden van de monitor die nu in de wachtruimte van de apotheek hangt. Door hierop een kort filmpje over de processen in de apotheek te laten zien, zullen patiënten hier sneller begrip voor krijgen. Uit de vragenlijsten aan patiënten is niet naar voren gekomen dat zij graag informatie via deze monitor zouden ontvangen, maar onbewust zullen toch veel patiënten hier naar gaan kijken wanneer de monitor prominent geplaatst wordt. Naast een filmpje kunnen ook verschillende berichten op de monitor weergegeven worden, bijvoorbeeld over het aanvragen van herhaalrecepten of de ophaalmomenten. Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van zogenoemde sluipreclame. Door posters op te hangen of stickers op de balie te plakken waarop de patiënt herinnerd wordt aan het aanvragen van zijn recept, zullen patiënten dit beter gaan onthouden.

Naast deze directe vormen van shaping, kan ook de omgeving anders ingericht worden om de patiënten een andere houding in de apotheek te geven. In de huidige situatie komen patiënten binnen en blijven ze vaak op de mat staan wachten tot ze aan de beurt zijn. De kans bestaat dat ze hun plekje in de rij verliezen als ze rustig gaan zitten wachten. Het is mogelijk om deze rust wel te creëren door de patiënten een nummertje te laten trekken. Hierdoor weten ze zeker dat ze eerlijk aan de beurt komen en zullen ze rustiger wachten. Tijdens het wachten kunnen patiënten ook rondkijken in de apotheek, wat er voor kan zorgen dat de handverkoop zal toenemen.

7.2.4. DISCREPANTIE BEDRIJFSVOERING TUINDORP EN PREFERENTIEBELEID

Het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars heeft veel invloed op de processen in een apotheek. De visie van apotheek Tuindorp is om patiënten zo snel mogelijk te helpen. Doordat steeds minder middelen vergoed worden en steeds meer middelen slecht leverbaar zijn, zal het lastiger worden om deze visie te blijven naleven. Wanneer de situatie op de geneesmiddelenmarkt en het beleid van de verzekeraars hetzelfde blijft, is deze visie met extra inspanning wel haalbaar.

Wanneer naar deze twee situaties wordt gekeken, zijn er twee aanbevelingen te doen. Allereerst is het mogelijk om in te spelen op deze veranderende markt en een andere voorraadbeheermethode te gaan gebruiken. Daarnaast is het ook goed mogelijk om wel dezelfde methode te hanteren. Daarin is wel een aantal aanpassingen aan te raden.

OVERSTAP NAAR ANDER VOORRAADSYSTEEM

In hoofdstuk 4 zijn verschillende opties voor voorraadbeheer besproken, met daarbij de voor- en nadelen. Een aantal van deze opties is mogelijk interessant voor apotheek Tuindorp, waarbij het gebruik van central filling aan te raden is. Naast een verandering in processen, moeten bij de overstap naar een nieuwe voorraadbeheermethode ook verwachtingen van patiënten gemanaged worden.

Central filling biedt uitkomst wanneer de receptenstroom toeneemt. In de huidige situatie is de overstap niet nodig, maar wanneer apotheek Tuindorp verhuist naar het ziekenhuisterrein wordt verwacht dat de receptenstroom zal toenemen. Om op deze nieuwe situatie te anticiperen is het aan te raden om alvast te leren werken met central filling. Voorkomende problemen en oplossingen kunnen dan in kaart worden gebracht, voordat de patiëntenstroom toeneemt. Wanneer pas na de verhuizing op central filling overgestapt wordt, krijgen de medewerkers te maken met een veelvoud aan veranderingen.

Wanneer gekeken wordt naar de verschillen in processen, sluit central filling het beste aan op de herhaalservice. Het is verstandig om central filling eerst op deze groep patiënten toe te passen, omdat dit een afgebakende groep patiënten is die niet verwacht de medicatie dezelfde dag op te halen. Hierdoor kunnen puur de processen aangepast worden, de verwachtingen van patiënten hoeven nog niet gemanaged te worden. De herhaalservice is een belangrijke service naar de patiënten toe, die nog uitgebreid kan worden met een groot deel van de

chronische patiënten. De herhaalservice geeft een goede mogelijkheid om meer recepten planbaar te maken. Door zoveel mogelijk chronische patiënten hierin op te nemen, wordt een groter deel van het werk bij central filling buiten de apotheek uitgevoerd.

Wanneer central filling succesvol toegepast is in de herhaalservice, kan besloten worden of een deel van de overige recepten ook door middel van deze methode uitgevuld gaat worden. Voordat central filling geïmplementeerd kan worden bij de overige recepten, dienen de verwachtingen van de patiënten hierop afgestemd te worden.

In deze afweging is niet gekeken naar bijkomende kosten, om een weloverwogen besluit te nemen zal eerst een kosten-batenanalyse gedaan moeten worden.

HUDIGE VOORRAADBEHEERMETHODE BEHOUDEN

De huidige voorraadbeheermethode sluit aan op de visie van apotheek Tuindorp. Een aantal medewerkers heeft controle over de voorraad, deze wordt aangepast wanneer dit nodig is. Veel patiënten kunnen direct geholpen worden, een deel van de patiënten moet een dag later terug komen omdat medicatie besteld moet worden. Het is wel aan te raden om een aantal aanvullingen op deze methode te doen, zodat de patiëntenstroom meer gestructureerd kan gaan verlopen. De volgende ondersteunende apparatuur zou een geschikte aanvulling kunnen zijn, wanneer de online omgeving goed geïmplementeerd is.

TRACK&TRACE

Het concept van Track&Trace kan toegepast worden om patiënten op het juiste moment in de apotheek te laten komen, omdat zij weten wanneer hun medicatie klaarstaat. De patiënt wordt ook geïnformeerd wanneer medicatie besteld moet worden. Track&Trace zal hierdoor veel dubbele baliemomenten kunnen voorkomen. Door dit systeem krijgt de patiënt inzicht in de huidige processen, waardoor deze niet aangepast hoeven te worden.

MEDICATIEKLUISJES

Door het inzetten van medicatiekluisjes kan een deel van de patiëntenstroom buiten de apotheek en de openingstijden hiervan geholpen worden. De medicatiekluisjes zorgen er voor dat er minder contact mogelijk is met de patiënt. Dit systeem is voornamelijk een uitkomst voor de zelfredzame patiënt.

Bij het kiezen voor dit systeem is het verstandig om eerst een kleine groep patiënten proef toegang te geven. Op deze manier kan gekeken worden hoe patiënten hiermee omgaan en hoe zij ingelicht moeten worden. De herhaalservice vormt geen geschikte pilotgroep, omdat de ophaaltermijn op dit moment te lang is voor gebruik van de kluisjes. De langere ophaaltermijn is een groot voordeel van de herhaalservice, het is niet wenselijk dit aan te passen voor de testperiode. Aangezien eerste uitgiftes ook uitgesloten worden, kan de pilot uitgevoerd worden met herhaalrecepten.

7.2.5. SAMENVATTING

Bovengenoemde aanbevelingen zijn op te delen in het structureren van de patiëntenstroom en het analyseren en monitoren van de positie van de apotheek in de zorgmarkt. Deze kunnen als volgt samengevat worden:

- Patiëntenstroom moet gestructureerd worden:
 - o De receptenstroom structureren: ervoor zorgen dat recepten niet meer via de patiënt in de apotheek komen, maar via een online omgeving.
 - o Communicatie met huisartsen: inzicht in processen in de apotheek laten krijgen en vervolgens afspraken maken over informatievoorziening naar de patiënt.

- Communicatie met specialisten: ervoor zorgen dat recepten niet via de patiënt, maar via de fax binnenkomen.
- Patiënten inzicht geven in processen en hun verwachtingen (onbewust) beïnvloeden door gebruik te maken van monitor en de fysieke omgeving van de apotheek.
- Positie analyseren en monitoren, op basis daarvan:
 - Veranderende situatie: (gedeeltelijk) overstappen op central filling. Na een pilot met de herhaalservice eventueel toepassen op een deel van de overige recepten.
 - Gelijke situatie: aanpassingen maken in huidige processen om patiëntenstroom te kunnen structureren. Zoveel mogelijk chronische patiënten moeten worden opgenomen in de herhaalservice. Track&Trace kan geïmplementeerd worden om patiënten pas in de apotheek te ontvangen wanneer medicatie klaar staat.
 - In beide situaties kunnen medicatiekluisjes gebruikt worden om het ophaalgemak voor patiënten te vergroten en de drukte aan de balie te verminderen.

REFERENTIES

- Achmea. (2014). *Module CQ-index Farmacie: Instapcriterium 2014*. Opgehaald van Achmeazorg.nl.
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. (1967). Opgehaald van wetten.overheid.nl:
http://wetten.overheid.nl/BWBR0002614/geldigheidsdatum_14-05-2014
- Alliance Healthcare. (2013). Kring-apotheek sluit zich aan bij het internationale netwerk van Alphega Pharmacy. Opgehaald van http://www.alliance-healthcare.nl/en/nieuws/-/asset_publisher/6oF1/content/id/672586
- Alliance Healthcare. (2014). *Kring-apotheek wordt Alphega apotheek*. Opgehaald van alliance-healthcare.nl:
<http://www.alliance-healthcare.nl/alphega-apotheek>
- ANP. (2014). *Steeds meer medicijnen niet te krijgen*. Opgehaald van NU.nl:
<http://www.nu.nl/gezondheid/3725000/steeds-meer-medicijnen-niet-krijgen.html>
- Apotheek Medisch Centrum Schiebroek. (2012). *Geneesmiddelen Robot*. Opgehaald van Apotheek Medisch Centrum Schiebroek: https://www.apotheekmcs.nl/geneesmiddelen_robot.php
- AutoMedic BV. (2014). *Afhaalmaat: 24x7 afhalers uit de robot*. Opgehaald van AutoMedic:
<http://www.automedic.nl/Afhaalmaat.html>
- AutoMedic BV. (2014). *Automatische Magazijnsystemen van MediTech*. Opgehaald van AutoMedic:
<http://www.automedic.nl/MediTech.html>
- Autopharma. (2012). *Servisoft Track & Trace*. Opgehaald van Autopharma:
<http://www.autopharma.nl/52/46/servisoft-track-&-trace.html>
- Autopharma. (2012). *ServiSoft Track & Trace in gebruik bij Apotheek De Dorpsacker*. Opgehaald van Autopharma: <http://www.autopharma.nl/nieuws/nl/7/servisoft-track-&-trace-in-gebruik-bij-apotheek-de-dorpsacker.html>
- Autopharma. (2014). *ServiLocker in supermarkt IJlst*. Opgehaald van Autopharma:
<http://www.autopharma.nl/nieuws/nl/17/servilocker-in-supermarkt-ijlst.html>
- Autopharma. (2014). *Servilocker, Zelfbedieningskast voor afhaalrecepten*. Opgehaald van Autopharma:
<http://www.autopharma.nl/44/41/servilocker.html>
- Bos, E. (2013). *Apotheker moet unieke vaardigheden behouden*. Opgehaald van Pharmaceutisch Weekblad:
<http://www.pw.nl/rubrieken/apotheker/2013/bereiden>
- Bruggink, J. (2009). Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland*, 51(4), 71-75.
- Burgerlijk Wetboek Boek 7. (1994). Opgehaald van wetten.overheid.nl:
http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/Boek7/Titel7/Afdeling5/geldigheidsdatum_14-05-2014
- Cadotte, E., Woordruff, R., & Jenkins, R. (1987). Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 24(3), 305-314.
- CareSoft. (2014). *Central Filling Module*. Opgehaald van CareSoft:
<http://caresoft.eu/software/apotheken/central-filling-module/>

- CBG. (2012). *Jaarverslag 2012*. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2012/01/10/parallelexport-en-import-van-geneesmiddelen.html>
- CBG. (2014). *Generieke geneesmiddelen*. Opgehaald van cbg-med.nl: <http://www.cbg-meb.nl/cbg/nl/humane-geneesmiddelen/geneesmiddelen/generiek>
- Consumentenbond. (2014). *Vergoeding van medicijnen*. Opgehaald van consumentenbond.nl: <http://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/extra/vergoeding-medicijnen/>
- Eijkman, M. (2013). Patiënt of klant. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 120(3), 120-127.
- FarmaActueel. (2014). *Leveringsproblemen houden aan*. Opgehaald van farmaactueel.nl: <http://www.farmaactueel.nl/nieuws/08-05-2014/3886/leveringsproblemen-houden-aan/>
- FBTO. (2006). *Zorgstelsel 2006*. Opgehaald van FBTO.nl: <https://www.fbto.nl/fbto/zorg/jsp/ziektekosten/ZKZorgstelsel2006Introductie.jsp>
- Fredrick, V. (2009). *Theory of Push & Pull Customer Service*. Opgehaald van ehow.com: http://www.ehow.com/about_5565393_theory-push-pull-customer-service.html
- Geneesmiddelenwet. (2007). Opgehaald van wetten.overheid.nl: http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/geldigheidsdatum_16-05-2014
- Hoeymans, N., Melse, J., & Schoemaker, C. (2010). *Deelrapport van de VTV 210 Van gezond naar beter Gezondheid en determinanten*. Bilthoven: RIVM.
- IGz. (2014). *Apotheken*. Opgehaald van Inspectie voor de Gezondheidszorg: <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/apotheken/>
- Jonker, A. (2012). *De zorgmakelaar als schakel tussen apotheek en verzekeraar*. Opgehaald van FarmaMagazine: <http://farma-magazine.nl/de-zorgmakelaar-als-schakel-tussen-apotheek-en-verzekeraar/>
- Jurgens, A. (2014). Apotheker.
- KNMP. (2010). *Norm voor Central Filling*. Den Haag.
- KNMP. (2014). *Handleiding Herhaalmedicatie*. Opgehaald van KNMP.nl: <http://www.knmp.nl/producten-diensten/handleiding-herhaalmedicatie>
- KNMP. (2014). *Over de KNMP*. Opgehaald van knmp.nl: <http://www.knmp.nl/over-de-knmp>
- KNMP. (2014). *Patiënten ervaren onduidelijkheid rondom eerste uitgifte*. Opgehaald van KNMP.nl: <http://www.knmp.nl/nieuws/algemeen/algemeen-nieuws-2014/patienten-ervaren-onduidelijkheid-rondom-eerste-uitgifte>
- KNMP. (2014). *Preferentiebeleid*. Opgehaald van KNMP.nl: <http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/preferentiebeleid-1>
- KNMP. (2014). *Wet en Regelgeving*. Opgehaald van KNMP.nl: <http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/wet-en-regelgeving>
- Laan, J. v., Dijkstra, D., & Weenink, C. (2010). Doseerdozen en baxters. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*. Opgehaald van Tijdschrift voor praktijkondersteuning.

- Management in de Zorg. (2011). *Marktwerking*. Opgehaald van management.72tm.nl:
<http://management.72tm.nl/workshops/Marktwerking/>
- Mens+Medique. (2011). *Wat zijn de piektijden in een apotheek*. Opgehaald van mynextlevel.nl:
http://www.mynextlevel.nl/fileadmin/editor/data/M_M_04_2011_d_wachtrij.pdf
- NControl. (2010). *Diensten - Smartfilling*. Opgehaald van NControl:
<https://www.ncontrol.nl/page/normalPage.aspx?pag=eWFUNEhwUWhoc3NmSytnRW9OZGpzbS9KajZTaUVCZ3o0YWlYzZvNURoTDBlOWdxYkdRcTE2c2JQVTQ2Q2hpbA==>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2008). *Prestatiebekostiging voor apothekers*. Opgehaald van nza.nl:
<http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/129873/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2011). *Prestatiebeschrijvingbeschikking*. Opgehaald van NZA.nl:
<http://www.nza.nl/98174/139255/376595/TB-CU-5042-02.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *NZa stelt prestatiebeschrijvingen voor 2014 vast*. Opgehaald van nza.nl:
<http://www.knmp.nl/nieuws/algemeen/nieuwsberichten-2013/nza-stelt-prestatiebeschrijvingen-voor-2014-vast>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Apotheekzorg*. Opgehaald van nza.nl:
<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/apotheekzorg/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Prestatiebekostiging*. Opgehaald van nza.nl:
<http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/medicijnvergoedingen>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Vrije prijzen pharmacie*. Opgehaald van nza.nl:
<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/apotheekzorg/veelgestelde-vragen/vrije-prijzen-farmacie/>
- Nefarma. (2013). *Oranje Hand Envelop*. Opgehaald van Nefarma.nl: www.nefarma.nl/defarma/oranje-hand-envelop
- Nefarma. (2014). *Overheveling dure extramurale geneesmiddelen*. Opgehaald van Nefarma.nl:
<http://www.nefarma.nl/website/visiedocumenten/visiedocument/overheveling-dure-extramurale-geneesmiddelen>
- Nivel. (2002). *Klantenwensen in de zorg*. Utrecht: Nivel.
- Nivel. (2007). *Receptenverkeer: Naar de digitale snelweg?*
- Noerreslet, M., Larsen, J., & Traulsen, J. (2005). The medicine user - Lost in translation? *Social Science & Medicine*, 1733-1740.
- NPCF. (2007). *Van patiënt tot klant: de patiëntenbeweging in historisch perspectief*. Utrecht.
- Oliver, R. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequenses of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.
- Olson, J., & Dover, P. (1979). Disconfirmation of Consumer Expectations Through Product Trial. *Journal of Applied Psychology*, 375-384.
- Opiumwet. (1928). Opgehaald van http://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/geldigheidsdatum_14-05-2014#LijstI

- Paauw, S. (2014, juni 06). Langere wachttijden bij apotheek. *Medisch Contact*. Opgehaald van <http://medischcontact.artsennet.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/144779/langere-wachttijden-bij-apotheek.htm>.
- Parasurama, A., Zeitham, V., & Berry, V. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications. *The Journal of Marketing*, 41-50.
- Potgieter, J. (2014). Interview.
- Raosoft. (2004). *Sample size calculator*. Opgehaald van Raosoft: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
- Regeling Geneesmiddelenwet. (2007). Opgehaald van [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl/BWBR0022160/geldigheidsdatum_14-05-2014): http://wetten.overheid.nl/BWBR0022160/geldigheidsdatum_14-05-2014
- Regenwortel, T. v. (2002). *Empowerment en maatzorg: een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuvel: Acco.
- Rijksoverheid. (2014). *Betaalbaar houden van geneesmiddelen*. Opgehaald van [rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/betaalbaar-houden-van-geneesmiddelen): <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/betaalbaar-houden-van-geneesmiddelen>
- Rijksoverheid. (2014). *Betaalbaar houden van geneesmiddelen*. Opgehaald van [Rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/betaalbaar-houden-van-geneesmiddelen): <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/betaalbaar-houden-van-geneesmiddelen>
- Rijksoverheid. (2014). *Vraag en Antwoord*. Opgehaald van [rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/is-fysiotherapie-opgenomen-in-het-basispakket.html): <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/is-fysiotherapie-opgenomen-in-het-basispakket.html>
- Rijksoverheid. (2014). *Zorgverzekering*. Opgehaald van [rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering): <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering>
- RIVM. (2010). Wat is sociaaleconomische status? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*.
- SBA. (sd). *Arbeidsmarktmonitor: apotheekbranche 2011-2012*. Nieuwegein: SBA.
- SBA. (sd). *Arbeidsmonitor Apothekersbranche 2009-2010*.
- Schippers, E. (2013). Kamerbrief overheveling medisch specialistische geneesmiddelen.
- SFK. (2011). *Data en feiten 2011: het jaar 2010 in cijfers*. Den Haag.
- SFK. (2011). Zonder recept van hand tot hand. *Pharmaceutisch Weekblad*, 146(35).
- SFK. (2012). Hogere verwerkingsgraad in apotheek. *Pharmaceutisch Weekblad*, 147(13).
- SFK. (2013). *Data en feiten 2013: het jaar 2012 in cijfers*. Den Haag.
- SFK. (2013). Meer ouderen, meer geneesmiddelen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 148(30-31).
- SFK. (2013). Nog altijd forse leveringsproblemen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 148(43).
- SFK. (2014). *Begrippenlijst*. Opgehaald van [SFK.nl](http://www.sfk.nl/select/copy_of_helpdesk/sfk-begrippenlijst/#DDD): http://www.sfk.nl/select/copy_of_helpdesk/sfk-begrippenlijst/#DDD
- Sheth, N. J., & Mittal, B. (1996). A Framework for Managing Customer Expectations. *Journal of Market Focused Management*, 137-158.

- Skipr. (2013, November 5). *Robot runt nieuwe apotheek in Diaconessenhuis*. Opgehaald van Skipr: <http://www.skipr.nl/actueel/id16380-robot-runt-nieuwe-apotheek-in-diaconessenhuis.html>
- Smit, M. (2013, 10 3). Zorgverzekeraars knippen ziekenhuizen af. *Medisch Contact*. Opgehaald van <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/137308/zorgverzekeraars-knippen-ziekenhuizen-af.htm>
- Swan, J., & Trawick, I. (1981). Disconfirmation of Expectations and Satisfaction with a Retail Service. *Journal of Retailing*, 49-67.
- Swartz, T., Bowen, D., & Brown, W. (1998). *Advances in Services Marketing and Management: Research & Practice*. Greenwich: JAI.
- Tijdschrift voor Praktijkondersteuning. (2010). *Doseerdozen en baxters*. Opgehaald van Tijdschrift voor prijktijkondersteuning.
- Tijdschrift voor Praktijkondersteuning. (2012, December 12). Preferentiebeleid: geen werk, maar slavenarbeid.
- Van den Elzen, A., Wijnands, J., Hermans, I., de Bakker, D., & van Dijk, L. (2007). *Receptenverkeer: naar de digitale snelweg?* Nivel.
- Van der Heijden, A., & Elling, H. (2006). *Voorraadbeheer en logistiek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Heijden, A., & Elling, H. (2006). *Voorraadbeheer en Logistiek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Lieshout, L. (2012). Steeds minder medicijnen op voorraad bij apotheken. *NRC*. Opgehaald van <http://www.nrc.nl/nieuws/2012/09/29/steeds-minder-medicijnen-op-voorraad-bij-apotheken-prijs-te-laag-voor-levering/>
- Van Remmerden, Y. (2014). Apotheker.
- Van Remmerden, Y. (2014). *Kwaliteitshandboek*. Hengelo.
- Van Tiggele, F. (2014). Interview.
- Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. (1966). Opgehaald van [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl/BWBR0002520/geldigheidsdatum_31-12-2005#5):
- Wet Geneesmiddelenprijzen. (1996). Opgehaald van [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl/BWBR0007867/geldigheidsdatum_16-05-2014):
- Wet Marktordening Zorg. (2006). Opgehaald van [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/geldigheidsdatum_19-05-2014):
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. (1993).
- Willach Pharmacy Solutions. (2014). *Het Willach local central filling concept*. Opgehaald van Willach: <http://www.willach-pharmacy-solutions.com/nl/Nieuws/News/Het-Willach-local-central-filling-concept.php>
- Z-index. (2014). *Aantal dagen voorschrijfperiode*. Opgehaald van [z-index.nl](https://www.z-index.nl/g-standaard/beschrijvingen/technisch/veld?veldnaam=GPAVDP): <https://www.z-index.nl/g-standaard/beschrijvingen/technisch/veld?veldnaam=GPAVDP>
- Z-Index. (2014). *G-Standaard*. Opgehaald van [z-index.nl](http://www.z-index.nl/g-standaard): www.z-index.nl/g-standaard

Zorginstituut Nederland. (2013). *De kosten voor farmaceutische zorg*. Opgehaald van Farmacotherapeutischkompas.nl:
<http://www.farmacotherapeutischkompas.nl/voorna/i/inl%20de%20kosten%20voor%20farmaceutische%20zorg.asp>

Zorgkapitaal. (2013). *Vergrijzing niet belangrijkste factor in stijgende zorgkosten*. Opgehaald van Zorgkapitaal.nl: <http://www.zorgkapitaal.nl/trends/13/vergrijzing-niet-belangrijkste-factor-in-stijgende-zorgkosten>

Zorgverzekeringswet. (2005). Opgehaald van wetten.overheid.nl:
http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/Opschrift/geldigheidsdatum_14-05-2014

VRAGENLIJST: OPHALEN VAN MEDICATIE

Allereerst bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. De vragenlijst bestaat uit zes korte vragen op de volgende twee pagina's over het ophalen van uw medicatie en de informatieverstrekking hierover. Het invullen van de vragenlijst zal een paar minuten van uw tijd in beslag nemen. De informatie zal vertrouwelijk behandeld worden en de gegevens worden volledig anoniem verwerkt. Mochten er nog vragen zijn ten aanzien van de vragen, dan kunt u ons altijd even aanspreken.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Algemene gegevens:

Wat is uw geslacht?
Man / vrouw
Wat is uw leeftijd?
_____ jaar

1. Wanneer verwacht u uw medicatie op te kunnen halen? <i>Kruis één antwoord aan</i>
<input type="radio"/> Meteen na het bezoek aan de huisarts of specialist
<input type="radio"/> Later op de dag van het bezoek aan de huisarts of specialist
<input type="radio"/> De dag na het bezoek aan de huisarts of specialist
<input type="radio"/> Twee dagen of langer na het bezoek aan de huisarts of specialist
2. Bent u geïnformeerd over wanneer u uw medicatie op kunt halen? <i>Kruis één antwoord aan</i>
<input type="radio"/> Ja
<input type="radio"/> Nee (u kunt verder gaan bij vraag 5)
3. Waar hebt u deze informatie vandaan? <i>Kruis één of meer antwoorden aan</i>
<input type="checkbox"/> Huisarts of specialist
<input type="checkbox"/> Doktersassistent
<input type="checkbox"/> Medewerkers van de apotheek
<input type="checkbox"/> Via de website van de apotheek Tuindorp
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____
4. Wat vindt u van de huidige informatievoorziening omtrent het ophaalmoment van de medicatie? <i>Kruis één antwoord aan</i>
<input type="radio"/> Slecht
<input type="radio"/> Matig
<input type="radio"/> Voldoende
<input type="radio"/> Goed
<input type="radio"/> Zeer goed

5. Op welke manier ontvangt u deze informatie het liefst? <i>Kruis één of meer antwoorden aan</i>	
<input type="checkbox"/>	Van de huisarts of specialist
<input type="checkbox"/>	Doktersassistent
<input type="checkbox"/>	Van de medewerkers van de apotheek
<input type="checkbox"/>	Via de website van de apotheek Tuindorp
<input type="checkbox"/>	Door middel van visuele informatievoorziening in de apotheek zoals posters, folders of een informatiescherm
<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk _____
6. Welk ophaalmoment voor uw medicatie vindt u acceptabel, wanneer u hierover voldoende geïnformeerd bent, in de volgende twee situaties; <i>Kruis één antwoord aan</i> Wanneer u zich met een receptbriefje aan de balie van de apotheek meldt?	
<input type="radio"/>	Meteen bij het apotheekbezoek waar u uw recept aanbiedt
<input type="radio"/>	Dezelfde dag als het aanbieden van het recept
<input type="radio"/>	Een dag na het aanbieden van het recept
<input type="radio"/>	Twee dagen of langer na het aanbieden van het recept
<input type="radio"/>	Geen mening
Wanneer het recept door de arts of specialist naar de apotheek is doorgestuurd?	
<input type="radio"/>	Meteen na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/>	Dezelfde dag als het aanvragen van het recept
<input type="radio"/>	Een dag na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/>	Twee dagen of langer na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/>	Geen mening

Bedankt voor uw medewerking.

VRAGENLIJST: OPHALEN VAN MEDICATIE

Allereerst bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. De vragenlijst bestaat uit zeven korte vragen op de volgende twee pagina's over het ophalen van uw medicatie en de informatieverstrekking hierover. Het invullen van de vragenlijst zal een paar minuten van uw tijd in beslag nemen. De informatie zal vertrouwelijk behandeld worden en de gegevens worden volledig anoniem verwerkt. Mochten er nog vragen zijn ten aanzien van de vragen, dan kunt u ons altijd even aanspreken.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Algemene gegevens:

Wat is uw geslacht?
Man / vrouw
Wat is uw leeftijd?
_____ jaar

1. Hoe hebt u uw herhaalrecept aangevraagd? <i>Kruis één antwoord aan</i>
<input type="radio"/> Via de dokter(assistent) of specialist
<input type="radio"/> Via de website van apotheek Tuindorp
<input type="radio"/> Telefonisch doorgegeven bij de apotheek Tuindorp
<input type="radio"/> Met het herhaalrecept direct naar apotheek
2. Wanneer verwacht u uw medicatie op te kunnen halen wanneer u uw herhaalrecept aanvraagt, in de volgende twee situaties? <i>Kruis één antwoord aan</i>
Wanneer u zich met een herhaalreceptbriefje aan de balie van de apotheek meldt?
<input type="radio"/> Meteen bij het apotheekbezoek waar u uw recept aanbiedt
<input type="radio"/> Dezelfde dag als het aanbieden van het recept
<input type="radio"/> Een dag na het aanbieden van het recept
<input type="radio"/> Twee dagen of langer na het aanbieden van het recept
Wanneer het herhaalrecept door de arts of specialist naar de apotheek is doorgestuurd?
<input type="radio"/> Meteen na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Dezelfde dag als het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Een dag na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Twee dagen of langer na het aanvragen van het recept
3. Bent u geïnformeerd over wanneer u uw medicatie op kunt halen? <i>Kruis één antwoord aan</i>
<input type="radio"/> Ja
<input type="radio"/> Nee (<i>u kunt verder gaan naar vraag 6</i>)

Ga verder op de volgende pagina

4. Waar hebt u deze informatie vandaan? <i>Kruis één of meerdere antwoorden aan</i>	
<input type="checkbox"/>	Huisarts of specialist
<input type="checkbox"/>	Doktersassistent
<input type="checkbox"/>	Medewerkers van de apotheek
<input type="checkbox"/>	Via de website van de apotheek Tuindorp
<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk _____
5. Wat vindt u van de huidige informatievoorziening omtrent het ophaalmoment van de medicatie? <i>Kruis één antwoord aan</i>	
<input type="radio"/>	Slecht
<input type="radio"/>	Matig
<input type="radio"/>	Voldoende
<input type="radio"/>	Goed
<input type="radio"/>	Zeer goed
6. Op welke manier ontvangt u informatie over het ophalen van medicatie het liefst? <i>Kruis één of meerdere antwoorden aan</i>	
<input type="checkbox"/>	Van de huisarts of specialist
<input type="checkbox"/>	Doktersassistent
<input type="checkbox"/>	Van de medewerkers van de apotheek
<input type="checkbox"/>	Via de website van de apotheek Tuindorp
<input type="checkbox"/>	Door middel van visuele informatievoorziening in de apotheek zoals posters, folders of een informatiescherm
<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk _____

Ga verder op de volgende pagina

7. Welk ophaalmoment voor uw medicatie vindt u acceptabel, wanneer u hierover voldoende geïnformeerd bent, in de volgende twee situaties? <i>Kruis één antwoord aan</i>
Wanneer u zich met een receptbriefje aan de balie van de apotheek meldt?
<input type="radio"/> Meteen bij het apotheekbezoek waar u uw recept aanbiedt
<input type="radio"/> Dezelfde dag als het aanbieden van het herhaalrecept
<input type="radio"/> Een dag na het aanbieden van het herhaalrecept
<input type="radio"/> Twee dagen na het aanbieden van het herhaalrecept of langer
<input type="radio"/> Geen mening
Wanneer het recept door de arts of specialist naar de apotheek is doorgestuurd?
<input type="radio"/> Meteen na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Dezelfde dag als het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Een dag na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Twee dagen of langer na het aanvragen van het recept
<input type="radio"/> Geen mening

Bedankt voor uw medewerking.

CODERING RECEPTEBRIEFJES

Onderzoek ‘planbare zorg’

Plak op ieder recept een sticker met 4 vakjes, muv inco, HHS, bezorgers, ..

1^e vakje: tijdstip van inbrengen, kies uit 1 – 2 – 3 – 4 of L (#)

2^e vakje: tijdstip van uitgifte, kies uit 1 – 2 – 3 – 4 of L (#)

Voeg hier evt aan toe * = volgende dag

** = nog later

3^e vakje: noteer hier bijzonderheden over het soort gnm dat je aflevert

A = antibioticum

E = EU

H = eerder gehad, maar geen chronische medicatie

C = chronisch, continu

Meerdere middelen op recept? Kies de belangrijkste bijzonderheid (A is hier het belangrijkste, C het minst)

4^e vakje: noteer hier andere bijzonderheden

Ba = Balie

Bs = Besteld

BAB = Bellen als Binnen

V = Verband, of andere hulpmiddelen (als catheters ed)

X = Rec via fax/printer, nog niet ingebracht, maar pat is al aan balie

1 = voor jouw eigen koffiepauze

2 = na jouw eigen koffiepauze

3 = voor jouw eigen theepauze

4 = na jouw eigen theepauze

L = tijdens lunchpauze (12.00-13.30 uur)

Recept voor herhaalservice?

Noteer het tijdvak (1, 2, 3, 4 of L) wanneer het recept is opgehaald op een ronde, blauwe sticker

Overige gegevens hoef je dan NIET meer te noteren!

TURFLIJST BESTELDE RECEPTEN

Recept moet besteld worden!

Voorwaarde: patiënt komt aan de balie, maar de medicatie staat niet klaar omdat het besteld moet worden

Datum (aan balie)	Receptnummer	Rec aan balie / via fax/printer	Deellevering J/N	Datum opgehaald

BIJLAGE 4: TABELLEN BIJ HOOFDSTUK 3

	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Balie	976	39,2%	39,2%
Besteld	176	7,1%	46,2%
Systeem	1340	53,8%	100,0%
Totaal	2492	100,0%	

Tabel 12: Ontvangst van recepten

	Aantal	Percentage
Recept niet op printer	2359	94,7%
Recept op printer	132	5,3%
Totaal	2491	100,0%

Tabel 13: Aantal patiënten aan balie waarbij recept op printer ligt

	Aantal uitgiftes	Percentage
8.00-10.00	447	15,9%
10.00-12.00	542	19,3%
12.00-13.30	304	10,8%
13.30-15.30	604	21,5%
15.30-18.00	907	32,3%
Totaal	2804	100,0%

Tabel 14: Tijdstip van uitgifte

	Aantal ingebrachte recepten	Percentage
8.00-10.00	574	23,0%
10.00-12.00	681	27,3%
12.00-13.30	192	7,7%
13.30-15.30	521	20,9%
15.30-18.00	523	21,0%
Totaal	2491	100,0%

Tabel 15: Aantal ingebrachte recepten per tijdvak

	Antibiotica	Eerste uitgifte	Herhaalrecept	Chronische medicatie
8.00-10.00	18	107	142	180
10.00-12.00	25	109	194	214
12.00-13.30	13	65	109	117
13.30-15.30	24	132	199	249
15.30-18.00	44	262	316	284

Tabel 16: Aantal uitgiftes per tijdvak per categorie

Uitgegeven medicatie	
Maandag 14-4	240
Dinsdag 15-4	215
Woensdag 16-4	252
Donderdag 17-4	267
Vrijdag 18-4	249
Dinsdag 22-4	223
Woensdag 23-4	246
Donderdag 24-4	218
Vrijdag 25-4	283
Maandag 28-4	202
Dinsdag 29-4	214
Donderdag 1-5	195

Tabel 17: Aantal uitgiftes per dag

Gemiddeld aantal uitgiftes	
Maandag	221
Dinsdag	217
Woensdag	249
Donderdag	227
Vrijdag	266

Tabel 18: Gemiddeld aantal uitgiftes per week

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
8.00-8.30	2	2	2	2	2
8.30-9.00	4	4	5	3	5
9.00-9.30	7	8	7	7	7
9.30-10.00	7	8	7	7	8
10.00-10.30	4	5	4	4	4
10.30-11.00	7	8	7	7	8
11.00-11.30	7	8	7	7	8
11.30-12.00	7	8	7	7	8
12.00-12.30	6	7	6	6	6
12.30-13.00	4	3	4	5	4
13.00-13.30	3	4	4	4	5
13.30-14.00	7	7	5	5	8
14.00-14.30	7	8	7	6	8
14.30-15.00	7	8	7	6	8
15.00-15.30	4	5	7	3	4
15.30-16.00	7	8	7	6	8
16.00-16.30	7	8	7	6	8
16.30-17.00	7	8	7	6	8
17.00-17.30	6	6	4	4	6
17.30-18.00	2	2	3	2	2

Tabel 19: Personeelsbezetting per dag

Datum	Aantal bestelde recepten	Waarvan dubbel aan balie	Waarvan deellevering
20-mei	24	9	0
21-mei	17	6	1
22-mei	25	12	2
26-mei	61	19	9
27-mei	31	8	1
28-mei	36	11	4
30-mei	20	9	2
2-jun	36	11	1
3-jun	49	16	4
Totaal	299	101	24

Tabel 20: Bestelde recepten

BIJLAGE 5: TABELLEN BIJ HOOFDSTUK 5

Totale patiëntenpopulatie			Steekproef		
Leeftijd	Aantal	Percentage	Leeftijd	Aantal	Percentage
0-10	1141	8,21%	0-10	0	0,00%
10-20	1392	10,02%	11-20	4	2,52%
20-30	1595	11,48%	21-30	11	6,92%
30-40	1604	11,55%	31-40	18	11,32%
40-50	1931	13,90%	41-50	31	19,50%
50-60	1911	13,76%	51-60	33	20,75%
60-70	1876	13,50%	61-70	38	23,90%
70-80	1228	8,84%	71-80	21	13,21%
80-90	928	6,68%	81-90	3	1,89%
90-100	265	1,91%	91-100	0	0,00%
100>	12	0,09%	100>	0	0,00%
Totaal	13892	100,00%	Totaal	159	100,00%

Tabel 21: Leeftijdsverdeling patiëntenpopulatie en steekproef

	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Ja	135	85,4%	85,4%
Nee	23	14,5%	100,0%
Totaal	158	100,0%	

Tabel 22: Geïnformeerd versus niet geïnformeerd

	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Meteen bij apotheekbezoek	48	43,64%	43,64%
Dezelfde dag als aanvraag	29	26,36%	70,00%
Een dag later	23	20,91%	90,91%
Twee dagen later of langer	10	9,09%	100,00%
Totaal	110	100,00%	

Tabel 23: Verwachte ophaalmoment herhaalrecept; recept aan balie

	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Meteen na aanvraag	26	24,07%	24,07%
Dezelfde dag als aanvraag	50	46,30%	70,37%
Een dag na aanvraag	25	23,15%	93,52%
Twee dagen of langer na aanvraag	7	6,48%	100,00%
Totaal	108	100,00%	

Tabel 24: Verwachte ophaalmoment herhaalrecept; aanvraag door arts

	Aantal	Percentage	Cumulatief percentage
Meteen na bezoek huisarts/specialist	24	55,81%	55,81%
Later op dezelfde dag	15	34,88%	90,70%
Dag na bezoek huisarts/specialist	3	6,98%	97,67%
Twee dagen of langer na bezoek huisarts/specialist	1	2,33%	100,00%
Totaal	43	100,00%	

Tabel 25: Verwachte ophaalmoment eerste uitgifte