Geriatrisch nazicht met behulp van de Gazeto agenda om samen met de patiënt tot een doelgericht zorgplan te komen

Das Melissa, Katholieke Universiteit Leuven

Van Baelen Laura, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. Van Pottelbergh Gijs, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Prof. Dr. Vermandere Mieke, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Voor u ligt onze masterproef 'Geriatrisch nazicht met behulp van de Gazeto agenda om samen met de patiënt tot een doelgericht zorgplan te komen'. Deze masterproef werd geschreven met als doel de titel 'Master in de huisartsgeneeskunde' te behalen.

Het onderzoek en de uitwerking van deze masterproef vond plaats in de periode van oktober 2021 tot en met april 2023.

We kozen voor dit onderwerp door onze gedeelde interesse voor geriatrische patiënten en de duidelijke relevantie ervan in de dagdagelijkse praktijk. De uitwerking van deze masterproef was een intensieve periode en nam veel tijd in beslag. Graag willen we de personen bedanken die ons tijdens deze periode ondersteund hebben.

Als eerste willen we graag onze promotor, Dr. Van Pottelbergh Gijs, bedanken voor zijn begeleiding tijdens dit proces. Daarnaast willen we ook graag de patiënten bedanken die hebben deelgenomen aan de interviews. Vervolgens willen we ook graag onze familie en vrienden bedanken voor hun ondersteuning, begrip en geduld tijdens de afgelopen drie jaren.

Ten slotte willen we ook graag onze opleidingspraktijken bedanken, namelijk Gezondheidscentrum YGEIA, Huisartsen De Boneput en Huisartsen Royackers. Dit voor hun hulp, tips en adviezen tijdens onze periode als HAIO's.

We wensen u veel leesplezier toe.

Melissa Das en Laura Van Baelen

Bree, 1 mei 2023

Abstract

HAIO's: Das Melissa en Van Baelen Laura
Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. Van Pottelbergh Gijs
Co-promotor: Prof. Dr. Vermandere Mieke
Praktijkopleiders: Dr. Royackers Machteld, Dr. Royackers Marc en Dr. Schurgers Piet

Inleiding: Het uitvoeren van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) wordt al langer succesvol toegepast in de ziekenhuizen. Een CGA heeft namelijk een gunstig effect op verschillende eindpunten zoals mortaliteit en duur van ziekenhuisopnames. In de huisartsenpraktijk is een CGA echter nog niet ingeburgerd. In België is de GAZETO agenda, een webgebaseerd programma, ontwikkeld om een CGA gestructureerd uit te kunnen voeren in de eerste lijn. Hierbij worden er veertien zorgnoden, met een belangrijke levensimpact, bevraagd. Hieruit kan dan een beleidsplan via shared decision making worden opgesteld.

Onderzoeksvraag: Wordt deze proactieve benadering gunstig ontvangen door de geriatrische patiënten? Leidt het gezamenlijk maken van beslissingen tot bepaalde problemen of moeilijkheden gezien deze generatie van patiënten vaak nog een zeer paternalistische visie heeft over artsen? Is deze doelgerichte aanpak van het beleidsplan haalbaar en treden er dus niet te veel conflicten op tussen het vaak tegenstrijdige beleid van concurrente ziektes?

Methodes: In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve benadering door middel van rechtstreekse interviews met tien geïncludeerde patiënten. De verwerking van de resultaten is gebaseerd op de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL). Hierbij werd gebruik gemaakt van Microsoft Word en de NVIVO 12 software.

Resultaten: We ondervraagden tien patiënten, waarvan zeven vrouwen en drie mannen, met een gemiddelde leeftijd van 84 jaar. Er werd een gemiddelde van 2.8 nieuwe onbeantwoorde zorgnoden gevonden per patiënt, waarvan de voornaamste vroegtijdige zorgplanning en vaccinatie waren. Ook waren er gemiddeld 3.2 reeds beantwoorde zorgnoden per patiënt, voornamelijk op functioneel vlak. Het proactieve aspect en het feit dat ze mee konden beslissen over hun gezondheid, werd door alle participanten enthousiast onthaald. Dit leidde tot het gezamenlijk maken van een haalbaar beleidsplan.

Conclusies: De GAZETO agenda, en Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in het algemeen, in de huisartsenpraktijk blijkt duidelijk zijn nut te hebben en is effectief in het opsporen van onbeantwoorde zorgnoden. Patiënten uiten hun enthousiasme over het proactief nakijken van hun gezondheid en welbevinden. Tevens vonden ze het een goed idee om via shared decision making zelf een actieve rol te spelen in hun gezondheid en mee te kunnen beslissen tot een volledig geïndividualiseerd beleidsplan. Dit behandelplan was zeker een haalbare kaart om in elkaar te steken met de gecombineerde medische kennis van de arts en de persoonlijke kennis van de patiënt zelf. Het zal echter nog een uitdaging worden om de GAZETO agenda op een praktische, kosten- en tijdsefficiënte manier in onze dagelijkse praktijkvoering te implementeren.

Inhoud

VOORWOORD **3**

ABSTRACT **4**

INHOUD **5**

INLEIDING **6**

KEUZE VAN HET ONDERWERP 6
RELEVANTIE VOOR DE HUISARTSENPRAKTIJK 6
VRAAGSTELLING 8

MATERIAAL EN METHODE **9**

ETHISCHE BESCHOUWING 9
INCLUSIE EN EXCLUSIE CRITERIA 9
WERVING EN SELECTIE 9
DATA COLLECTIE 10
DATA ANALYSE 10

RESULTATEN **12**

DEELNEMERS 12
ZORGNODEN 12
ONTVANGST VAN PROACTIEVE BENADERING 14
ERVARINGEN OVER SHARED DECISION MAKING 15
HAALBAARHEID VAN BELEIDSPLAN 15

DISCUSSIE **16**

BESPREKING RESULTATEN 16
ZWAKTES VAN DE STUDIE 17
ZWAKTES VAN DE GAZETO AGENDA 17
IMPLICATIES VOOR DE TOEKOMST 18
EIGEN ERVARINGEN 18

BESLUIT **19**

REFERENTIES **20**

BIJLAGEN **22**

BIJLAGE 1: UITWERKING GAZETO-AGENDA 22
BIJLAGE 2: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE 26
BIJLAGE 3: PERSOONLIJKE REFLECTIES 30

Inleiding

Keuze van het onderwerp

Als huisarts worden we, door het toenemende aantal ouderen, vaak geconfronteerd met geriatrische patiënten. Het uitvoeren van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) en/of de GAZETO agenda leek ons beiden zeer nuttig en belangrijk in de dagdagelijkse praktijk. Daarnaast is het ook toepasbaar voor elke huisarts. Ten slotte delen we ook een grote interesse in de geriatrie.

Relevantie voor de huisartsenpraktijk

Het aantal ouderen, en de hierbij horende vergrijzing, neemt al enkele jaren toe. De piek in geboortes na de tweede wereldoorlog, langdurig lage geboortecijfers nadien en een hogere levensverwachting zorgen voor deze vervorming van de bevolkingspiramide. Volgens recente cijfers van het WHO zal de wereldwijde proportie van 65-plussers verdubbelen van 11% naar 22% in de periode tussen 2015 en 2050. Daarnaast verwacht men zelfs een verdrievoudiging van het aantal 80-plussers in dezelfde periode [1]. Ook in België zien we een duidelijke vergrijzing van de bevolking. Het aandeel van 65-plussers steeg van 17% van de populatie in het jaar 2000 naar 21% in het jaar 2022 [2]. Daarnaast waren er in het begin van 2021 meer dan een miljoen 75-plussers in België, hetgeen een stijging is met vijf procent ten opzichte van tien jaar eerder [3]. In deze populatie komt er enorm veel multimorbiditeit voor. Dit is het bestaan van twee of meer aandoeningen in eenzelfde persoon. De cijfers van multimorbiditeit schommelen tussen 55% en 98% bij ouderen. De prevalentie hierin neemt toe bij een hogere leeftijd, een lagere socio-economische klasse en bij vrouwen. Deze multimorbiditeit heeft grote gevolgen zoals invaliditeit, verlies in functioneren, een slechte levenskwaliteit en hoge zorgkosten [4]. Hierbij in het achterhoofd houdend dat er ongeveer een geriater is voor een 2500-tal 75 plussers in België, zorgt dit voor een enorme belasting van de eerstelijnszorg. Deze multimorbide ouderen ervaren eveneens een grotere beperking en een lagere kwaliteit in hun dagelijks leven, vergeleken met hun leeftijdsgenoten zonder of met een beperkt aantal aandoeningen [5, 6, 7].

In de ziekenhuizen is het ingeburgerd dat deze ouderen een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ondergaan. Een CGA is een “multidimensioneel en multidisciplinair proces dat medische, sociale en functionele behoeftes identificeert en daarnaast ook de ontwikkeling van een geïntegreerd en gecoördineerd zorgplan om aan die behoeften te voldoen” [8]. De grondslag van een CGA berust op enerzijds ‘frailty’ en anderzijds ‘unmet needs’. Frailty is een toestand van kwetsbaarheid tegenover stressoren, wat resulteert in een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten. Unmet needs zijn onbeantwoorde zorgnoden. Dit zijn problemen die er wel zijn met de gezondheid van de patiënt, maar die nog niet gekend zijn of waar momenteel nog niks mee wordt gedaan om deze proberen te verhelpen [9]. Een CGA is dus een nazicht van de oudere op verschillende domeinen, hetgeen zeer effectief is om allerlei problemen, soms vroegtijdig, te achterhalen [10]. Deze beoordeling van de geriatrische patiënt blijkt een gunstig effect te hebben op verschillende eindpunten, zoals mortaliteit en duur van ziekenhuisopnames [11]. In de huisartsenpraktijk is het uitvoeren van een CGA nog zeer ongebruikelijk. Echter, uit onderzoek bleek dat het CGA in de huisartsenpraktijk effectief is in het opsporen van eerder onbekende problemen. Het zou enerzijds zorgen voor een daling in de

mortaliteitscijfers en anderzijds leiden tot vertraging in functionele achteruitgang. Daarnaast ervaarden patiënten het zelf als een positieve ondersteuning voor hun algemene gezondheid en welzijn. Het merendeel van de patiënten zou ook willen dat het CGA herhaaldelijk bij hen werd uitgevoerd en zijn zelfs bereid om ervoor te betalen [12].

In België is de GAZETO agenda ontwikkeld (zie tabel 1), een webgebaseerd programma om op een gestructureerde manier een CGA uit te voeren in de eerste lijn [9]. De GAZETO agenda focust zich in de eerste plaats op pre-fraile patiënten. Dit met als doel om verdere achteruitgang te voorkomen. Het programma peilt naar veertien onbeantwoorde zorgnoden (unmet needs), die een belangrijke impact kunnen hebben op het leven van de geriatrische patiënt en waarvoor ook een beleid of behandeling voorhanden is. De GAZETO agenda kent een driestappenplan. De eerste stap bestaat uit een screeningstest. Bij een gedetecteerd probleem in die eerste stap, wordt dit in stap 2 verder onderzocht om zo tot een geïdentificeerde zorgnood of diagnose te komen. Ten slotte wordt er nadien, zo nodig, in stap 3 een actieplan of beleid opgesteld [9, 13].

Agendapunt	Stap 1	Stap 2	Stap 3
Gehoor	1a. Vraag gehoorproblemen 1b. Fluistertest	2a. KOZ en HHIE-S scorelijst 2b. Audiometrie	Beleid richtlijnen
Cognitie	Mini-COG	2a. MMSE 2b. Richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Depressie	Twee vragen	2a. GDS-15 2b. DSM-IV/richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Vaccinatie	Dossier raadplegen	Navraag patiënt	Beleid richtlijnen
Slaap	Twee vragen	Richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Functie	1a. Katz-schaal 1b. Lawton-schaal	Evaluatie tot zorgnoden	Aanpak zorgnoden
Valpreventie	Vier vragen	2a. Timed up and go 2b. Multifactoriële evaluatie	Aanpak cfr Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen
Nutritie	MNA-screening	MNA-diagnose	Aanpak ondervoeding
Osteoporose	OST en twee vragen (fracturen/corticoïd)	2a. DXA 2b. FRAX	Beleid richtlijnen
Sarcopenie/ beweging	Handknijpkracht en twee vragen	Bewegingspatroon LAPAQ	Aanpak
Medicatie	Medicatie aanpassen aan de nierfunctie en medicatienazicht		
Incontinentie	Eén vraag van de 3 Incontinentie Questions (3IQ)	Twee andere vragen van de 3 Incontinentie Questions (3IQ)	Beleid richtlijnen
Psychosociaal	1a. Social disconnectedness scale: objectief 1b. Perceived isolation scale: subjectief	- 13 items of coherence questionnaire - inventory of coping strategies used by the elderly	Aanpak psychosociale problematiek
Vroegtijdige zorgplanning	Onderwerp aankaarten	Bespreking VZP/invullen wilsbeschikking	Documenten in het dossier

Tabel 1 – Overzicht agendapunten uit de GAZETO[9]

Het opstellen van een actieplan of beleid doen we in dit onderzoek via shared decision making. Dit is een proces waarbij de patiënt (met of zonder zijn familie) en de arts samen bekijken wat de best mogelijke en meest leefbare behandeling is voor de gevonden problemen [14]. Deze behandeling is niet zo zeer gefocust op de ziektes op zich, maar eerder op de beoogde uitkomst waar zowel patiënt als arts zich goed bij moeten voelen [15]. Dit doel kan erg verschillen tussen de ouderen aangezien het uitgaat van de prioriteiten van de patiënt zelf. Zo kunnen we de oudere patiënt ondersteunen en in zijn waarde laten. Shared decision making heeft verschillende gunstige effecten. Het zorgt namelijk voor een betere communicatie tussen artsen en patiënten. Daarnaast zorgt het ook voor een verhoogde betrokkenheid van de patiënten, minder spijt achteraf over bepaalde beslissingen en algemeen een verhoogde tevredenheid [16, 17]. Echter, een aantal factoren belemmeren het proces van shared decision making; namelijk

tijdsdruk, bepaalde patiëntkarakteristieken en bepaalde klinische situaties. Anderzijds stimuleren de volgende factoren het proces van shared decision making: motivatie bij de hulpverleners en de perceptie hebben dat shared decision making leidt tot een positieve impact op het klinische proces en zorgt voor positieve patiëntuitkomsten [18, 19].

Vraagstelling

Met deze paper willen we het nut achterhalen van de GAZETO agenda in de huisartsenpraktijk enerzijds en het proces van shared decision making in het opstellen van een behandelingsplan in de zorg van geriatrische patiënten anderzijds. We splitsen dit op in drie stukken.

Als eerste willen we onderzoeken of dit soort proactieve benadering gunstig wordt ontvangen door de geriatrische patiënten. Ten tweede willen we zien of het proces van het gezamenlijk maken van beslissingen leidt tot bepaalde problemen of moeilijkheden gezien deze generatie van patiënten toch vaak nog een zeer paternalistische visie heeft over een arts. Ten derde willen we achterhalen of de doelgerichte aanpak van het beleidsplan haalbaar is en er dus niet te veel conflicten optreden tussen het vaak tegenstrijdige beleid van de concurrente ziektes.

Materiaal en methode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve benadering door middel van rechtstreekse interviews met geïncludeerde patiënten. Hierbij is er zoveel mogelijk rekening gehouden met de bestaande guidelines. We volgen daarom de vastgelegde criteria voor het rapporteren van kwalitatief onderzoek, met name de COREQ checklist [12]. De ingevulde COREQ checklist voor ons onderzoek vindt u in de apart toegevoegde documenten.

Ethische beschouwing

Goedkeuring voor deze studie werd verkregen via de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis van Leuven op 14 april 2022. Deze goedkeuring is terug te vinden in bijlage 2. Alle deelnemende patiënten werden op voorhand voldoende geïnformeerd over de studie en ondertekenden voor hun deelname een informed consent formulier (ICF).

Inclusie en exclusie criteria

De deelnemers aan deze studie werden geïncludeerd op basis van 'purposive sampling'. We zijn selectief op zoek gegaan in de patiëntenpopulatie van onze opleidingspraktijk. Meer bepaald naar patiënten die passen in het gevraagde profiel. Dit wil zeggen dat zij een leeftijd hadden van boven de 75 jaar oud, een GMD hadden bij de desbetreffende huisartsenpraktijk en er de aanwezigheid was van fragiliteit, polypathologie en/of polyfarmacie. We excludeerden patiënten met een gekende dementie problematiek.

Werving en selectie

We gingen in gesprek met de vaste artsen van de praktijk om patiënten met het gepaste profiel te vinden. Aangezien zij de patiënten het beste kennen, leken ze ons het meest aangewezen om hun mening hierover te geven. De onderzoekers nodigden de deelnemers persoonlijk uit tot deelname aan de studie. Dit tijdens consultaties of huisbezoeken, uitgevoerd in de desbetreffende huisartsenpraktijk waarin de onderzoekers op dat moment werkzaam waren. Na een bondige uitleg over het doel en de inhoud van de studie, konden de patiënten zelf beslissen of zij deel wensten te nemen aan het onderzoek.

Uiteindelijk werden er elf patiënten aangesproken om mee te doen aan de studie, waarvan er tien beslisten om deel te nemen, vijf patiënten per HAIO en haar huisartsenpraktijk. Dit getal werd gekozen volgens het saturatieprincipe. Eén kandidaat weigerde deelname na uitleg over de studie, wegens te intensief om zo lang aandachtig vragen te moeten beantwoorden.

Bij toestemming tot deelneming, lieten we de desbetreffende patiënten een ICF doorlezen en, indien akkoord, ondertekenen. Dit formulier kan u terugvinden in de extra documenten meegestuurd met deze thesis. Het ICF werd op voorhand ofwel persoonlijk, ofwel via mail aan de deelnemer bezorgd. In dit ICF werd duidelijkheid gegeven over de doelstellingen, methode en implicaties van het onderzoek, de mogelijke voordelen, risico's en nadelen verbonden aan de deelname, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook werd in het ICF expliciet vermeld dat er audio-opnames gemaakt zouden worden tijdens het vervolginterview. Bij de start van het interview overliep de onderzoeker de ICF

nogmaals samen met de deelnemer. Het interview werd enkel en alleen gestart na het verkrijgen van een ondertekend ICF.

Zoals beschreven in het ICF, was deelname aan de studie steeds vrijwillig. De deelnemende patiënten hadden op elk ogenblik de kans om hun toestemming in te trekken. Er waren geen negatieve gevolgen voor de patiënt in kwestie als hij niet meer wenste deel te nemen aan het onderzoek of de samenwerking vroegtijdig wenste te beëindigen. De data, inclusief eventuele audiofragmenten, van niet afgeronde interviews zouden niet worden opgenomen in de data-analyse en zouden vernietigd worden.

Indien gewild, kan de deelnemer de transcripten en de globale studieresultaten verkrijgen.

Data collectie

Als eerste werd de GAZETO agenda uitgewerkt (zie bijlage 1), zodat deze toegepast kon worden tijdens het afnemen van de interviews. Het uitvoeren van de interviews werd initieel ingeoefend onder de twee auteurs. Hiervan werden er ook audio-opnames ter evaluatie gemaakt.

De definitieve interviews namen de vorm aan van een consultatie met een tijdsbestek van ongeveer een uur, hetgeen afgenomen werd in een vertrouwde omgeving van de patiënt. Praktisch gezien vonden deze plaats in de desbetreffende huisartsenpraktijk of tijdens een huisbezoek. Tijdens de interviews waren enkel de patiënt en de onderzoeker aanwezig. De informatie en notities die hieruit werden vergaard, werden gecombineerd met de informatie uit het medisch dossier van de patiënt. Vervolgens gingen we met de patiënt in open gesprek over wat nu zijn zorgnoden waren en welke hij belangrijk achtte. Dit om zo, via shared decision making, te komen tot die aspecten die we gaan aanpakken. Dit belangrijke vervolgconsult, dat ongeveer een 30-tal minuten in beslag nam, werd opgenomen via een audio-opname en uitgetypt om zo via een geijkte methode te gaan analyseren. De raadplegingen werden niet aangerekend aan het RIZIV. Alle consulten werden uitgevoerd door de twee onderzoekers, onder supervisie van de desbetreffende praktijkopleider, die garant staat over het klinisch handelen van de HAIO in de praktijk.

Data analyse

De verwerking van de resultaten is gebaseerd op de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) [13]. De QUAGOL methode bestaat uit twee fases. Als eerste de voorbereidingsfase, waarin de auteurs gewend raken aan de interviews. Hierbij gebruikten we Microsoft Word. Als tweede het coderingsproces, waarbij we NVIVO 12 software (QRS International) gebruikten. De twee fases worden hieronder nader beschreven.

In de eerste fase werden de interviews verwerkt door ze letterlijk over te schrijven. Dit verslag werd als eerste meerdere malen herlezen door de onderzoekers om zo een beter inzicht te verkrijgen in het gedane interview. Als tweede werd een narratief interview report geschreven. Hierbij lag de focus vooral op antwoorden op de vooropgestelde onderzoeksvragen. Dit bundelden we daarna in een algemene samenvatting. Als derde werd er een conceptueel schema gemaakt van elk narratief interview report. Dit om zo de meest essentiële informatie te selecteren en te clusteren in concepten. Hiervan werd nadien ook opnieuw een algemene samenvatting gemaakt. Tijdens dit proces reflecteerden we continu terug naar de originele

interviews. Na voltooiing van deze stappen, werden de verschillende kernconcepten gezamenlijk besproken.

In de tweede fase codeerden we de verkregen informatie met de hulp van de NVIVO 12 software. Als eerste werd de lijst met de verschillende kernconcepten, namelijk onze agendapunten zelf, in het programma gezet. Vervolgens linkten we relevante fragmenten van de interviews met de geschikte codes. De relevantie van de codes en de concepten werden geëvalueerd en aangepast doorheen het hele proces. Als laatste stap werd de essentiële uiteindelijke informatie geëxtraheerd en besproken om zo tot een consensus te komen. Elk van deze stappen werd telkens door de twee onderzoekers uitgevoerd.

Resultaten

Deelnemers

In totaal namen we interviews af bij tien geriatrische patiënten. Zij hadden op het moment van de interviews een gemiddelde leeftijd van 84 jaar. De jongste respondent was 75 jaar en de oudste was 93 jaar. Tussen de ondervraagden waren er zeven vrouwelijke patiënten en drie mannelijke patiënten. Allen woonden zij binnen een straal van zeven kilometer van hun respectievelijke huisartsengroepspraktijk. Het merendeel van hen woonde samen met hun partner of een familielid, doch waren er ook twee respondenten die alleen thuis woonden.

Zorgnoden

Het doorlopen van de GAZETO agenda bracht verschillende antwoorden aan het licht, deze aantallen worden weergegeven in tabel 2. We hebben hier opgedeeld of de agendapunten een zorgnood waren, en zo ja of deze al dan niet reeds beantwoord werd. Geen zorgnood wilt zeggen dat de patiënt geen problemen heeft op dit bepaald gebied. Sommige agendapunten, zoals vaccinatie, medicatie en vroegtijdige zorgplanning, vinden wij van belang voor alle personen op leeftijd. Dus hier hebben we enkel opgedeeld in beantwoorde of onbeantwoorde zorgnoden. Een beantwoorde zorgnood hebben we gedefinieerd als een gekend probleem waar reeds een behandeling of aanpassing was voor ingesteld. Een onbeantwoorde zorgnood, of unmet need, wilt zeggen dat deze agendapunten bovenkwamen in de interviews als openstaande problemen of vragen.

Agendapunt	Geen zorgnood	Beantwoorde zorgnood	Onbeantwoorde zorgnood
Gehoor	4	2	4
Cognitie	10	0	0
Depressie	10	0	0
Vaccinatie		2	8
Slaap	7	3	0
Functie	3	7	0
Valpreventie	8	2	0
Nutritie	10	0	0
Osteoporose	6	3	1
Sarcopenie/ beweging	5	4	1
Medicatie		7	3
Incontinentie	7	2	1
Psychosociaal	10	0	0
Vroegtijdige zorgplanning		0	10

Tabel 1 – Uitkomst besproken zorgnoden

Vier agendapunten zorgden voor geen problemen bij onze patiënten. Dit waren cognitie, depressie, nutritie en psychosociale gezondheid.

Het gehoor was bij twee geïnterviewden een beantwoorde zorgnood. Zij droegen hoorapparaten en werden opgevolgd door een hoorcentrum en/of neus-keel-oor arts. Bij vier van de respondenten was dit echter een onbeantwoord probleem. Deze personen ervaarden wel subjectieve moeilijkheden, doch hadden uiteenlopende redenen om verder onderzoek en/of een behandeling te weigeren: de onderzoeken bij een neus-keel-oor arts werden als vervelend bestempeld en geweigerd, de gehoorproblemen werden niet als storend ervaren of hoorapparaten pasten niet in de huidige levensstijl van de patiënt.

Het belang van vaccinatie hebben we bij alle respondenten uitgelegd. Bij twee van de geïnterviewde patiënten was de vaccinatiestatus helemaal in orde. De acht andere patiënten waren niet in orde met hun vaccinaties. Vaak lag dit vooral aan de tetanusvaccinatie die reeds

lange tijd geleden was toegediend. Bij het uitleggen van het belang van vaccinaties, waren de meeste patiënten geïnteresseerd om hun resterende vaccinaties aan te vullen al dan niet met bevestiging door hun vaste huisarts. Echter was er toch nog een weigering bij één patiënt.

Slaapproblemen kwamen voor bij drie van onze tien geïnterviewde patiënten, doch was deze zorgnood onder controle met de inname van slaapmedicatie. Tevens wisten zij de gevaren en voorzichtigheden die gepaard gaan met het gebruik van benzodiazepines. De overige zeven personen ervaarden geen problemen met hun slaap.

Functioneel waren er bij geen enkele van de geïnterviewden onbeantwoorde zorgnoden. Drie van hen waren in staat om dagdagelijkse zaken en hun huishouden te regelen zonder bijkomstige hulp. Bij de zeven andere patiënten werd er gerekend op hulp van buitenaf. Zowel hulp van kinderen als externe hulp door poetshulp, familiale hulp en/of verpleegkundige hulp werd ingeschakeld.

Valpreventie was bij de meeste ondervraagden geen probleem. Voor twee van hen geldt het wel zo dat ze reeds loophulpmiddelen hebben en extra veiligheidsmaatregelen treffen gezien de aanwezigheid van ganginstabiliteit en een verhoogd valrisicio.

Zes van de tien geïnterviewde patiënten hadden geen verhoogd risico op osteoporose. Bij drie van hen was het wel zo dat ze een verhoogd risico hadden, maar dit reeds adequaat werd opgevangen door vitamine D supplementen en voldoende calcium intake. Eén patiënte met vastgestelde osteoporose gaf aan haar medicatie te weigeren gezien subjectief ongemak.

De fysieke gezondheid en spiermassa bleek in orde te zijn bij de helft van onze patiënten. Vier van hen hadden een verlaagde spiermassa of problemen met hun fysiek, waarvoor ze in behandeling waren en oefeningen deden, vaak met behulp van een kinesist. Eén iemand had een verhoogd risico op sarcopenie maar weigerde oefeningen of begeleiding van een kinesist.

Bij zeven bevraagde patiënten waren er geen problemen in medicatie inname. Zij namen niet te veel of te weinig medicatie en deze was correct afgesteld naar gelang hun nierfunctie. Bij de overige drie personen kwamen er wel problemen boven, zowel omwille van weigering van nodige medicatie volgens de START-criteria van medicatie voor ouderen, als frequent onverantwoord gebruik van medicatie zonder duidelijk reden.

Incontinentie was bij zeven van de patiënten geen probleem. Twee andere patiënten hadden wel last van incontinentie, maar hier werd al aan de zorgnood beantwoord door middel van bijvoorbeeld kinesitherapeutische behandeling. De laatste ondervraagde had een recent recidief van een vroeger gekende incontinentie, waarvoor op dat moment nog geen behandeling was. Hetgeen dus een onbeantwoorde zorgnood bleek.

Het laatste onderwerp over vroegtijdige zorgplanning bleek een moeilijk gegeven voor alle respondenten. Bij alle tien was dit een onbeantwoorde zorgnood. Hoewel er bij de meeste wel nagedacht werd over medische beslissingen in de toekomst, was dit bij niemand concreet op papier gezet. Een aantal patiënten gaven aan dat ze dit in de nabije toekomst in orde gingen maken, bijvoorbeeld na contact en gesprek met hun familie hierover. Echter de meeste ondervraagden gaven aan dat ze hier niet voor open stonden omwille van uiteenlopende redenen, bijvoorbeeld dat het te pijnlijk was om over na te denken, omdat het moeilijk was

beslissingen te maken omdat er geen huidige problemen zijn, omdat ze zich niet onderbouwd genoeg vinden om hier als patiënt zelf over te oordelen, of simpelweg omdat ze er geen interesse voor hadden.

Over het algemeen blijkt dus dat vroegtijdige zorgplanning en vaccinatie de belangrijkste onbeantwoorde zorgnoden zijn in onze ondervraagde populatie, gevolgd door gehoor en medicatie, en hier en daar een openstaande zorgnood over osteoporose, sarcopenie en incontinentie. Gemiddeld gezien waren er 2.8 unmet needs per patiënt. Twee van de deelnemers hadden maar één onbeantwoorde zorgnood, namelijk vroegtijdige zorgplanning, hetgeen bij alle geïnterviewden een probleem was. De meeste onbeantwoorde zorgnoden bij één deelnemer was vijf van de veertien agendapunten. Bij de meerderheid van de ondervraagden bleek dat er ook reeds heel wat zorgnoden waren beantwoord, gemiddeld 3.2 zorgnood per patiënt.

Ontvangst van proactieve benadering

Na het samen bespreken van de zorgnoden en het overleg over mogelijke verdere stappen, vroegen we de patiënten hoe ze het interview hadden ervaren. Allen waren zeer positief over het genomen initiatief van de kant van de arts uit om dergelijk uitgebreid nazicht te doorlopen. Ze waren enthousiast over het feit dat er een algemeen overzicht ontstond over hun huidige gezondheidstoestand en functioneren op alle gebieden. De geïnterviewden vonden het een goed idee om actief naar (beginnende) problemen te zoeken in plaats van te wachten tot ze de kop op steken en een impact beginnen te hebben op hun dagelijkse leven. Er werd gezegd dat er zonder dit initiatief niet over bepaalde problemen zou gepraat worden in hun normale doktersconsultaties. Enerzijds omdat er dan weinig tijd is voor de minder dringende dingen en anderzijds omdat ze niet als klagers willen overkomen. Ook kwam er boven dat sommige mensen hun problemen of onbeantwoorde zorgnoden bagatelliseerden en bestempelden als normale gevolgen van het ouder worden. Ze waren dan ook aangenaam verrast dat er ook aandacht werd besteed aan de zorgnoden die anders wat door de vingers gezien worden in typische doktersvisites. Verschillende patiënten gaven aan dat ze zelfs in de toekomst nogmaals zouden willen deelnemen aan dergelijk interviews.

Zo zei iemand: *"Voor zelf zoiets te vertellen, ik weet niet.. Dan denk ik altijd: mensen interesseert dat toch niet."* Zij vond haar problemen en vragen niet belangrijk genoeg om te zeggen aan haar arts. Na het interview zei ze over het opzet van het onderzoek: *"Ik vind het een goed systeem, want anders had ik er nooit zelf over begonnen*." Een andere patiënt zei: "*Ja, dat ik mijn vragen heb ik kunnen stellen die ik eigenlijk graag wist. Het is daarom dat ik daar eigenlijk content over ben, moet ik zeggen … en de dokters hebben sowieso al zo weinig tijd. En je denkt er ook altijd niet over na, hè. Je denkt niet altijd na als de dokter komt. Dan zeggen de kinderen 'Heb je dat ook gevraagd?'. Oh, nee, daar heb ik niet aan gedacht. Dan voel ik op dat moment niks en dan denk je daar niet aan."*

Ook werd door een patiënt aangehaald: *"Ik vond het goed, fijn. Maar het ligt ook eraan wie dat doet, dat heeft er veel mee te maken."* Dit hoorden we bij meerdere deelnemers. Bij de vraag hoe ze het interview ervaarden, zeiden ze dat het zeer afhankelijk was van de interviewer en dat het bij een andere interviewer misschien anders had gelopen.

Ervaringen over shared decision making

De bevraagde patiënten waren enthousiast over het feit dat ze zelf een actieve rol konden spelen in hun gezondheid en de behandeling ervan. Dit proces was soms ook moeilijk voor hen om te doorlopen aangezien ze niet altijd even medisch onderbouwd waren. Dit zorgde voor nood aan meer achtergrondinformatie en ondersteuning vanuit de interviewer, en onzekerheid bij de geïnterviewde. Doch over het algemeen konden de bevraagden zeer goed hun mening uiten over de besproken onderwerpen en hun resultaten.

Het proces van het gezamenlijk maken van beslissingen zorgde soms ook voor een conflict tussen de visie van de patiënt en die van de arts betreffende het voorgestelde onderzoeks- of behandelingsplan. Soms werd er besloten tot een compromis, maar vaak werden verdere investigaties of behandelingen zomaar geweigerd met of zonder reden, ondanks voldoende uitleg over de mogelijke implicaties. Vaak had de achterliggende reden te maken met de quality of life van de bevraagde patiënten. Zij ervaarden voorgestelde onderzoeken of behandelingen als onnodig wegens nog goede kwaliteit van leven, of waren van mening dat de voorgestelde onderzoeken of behandelingen net voor een slechtere kwaliteit van leven zouden zorgen in vergelijking met de onbeantwoorde zorgnood op zich. Zo werd er door een patiënt gezegd: *"Die vervelende onderzoeken.. Ik heb mezelf gezegd dat ik dat niet meer ga meemaken."* Zij ervaarde de last van de onderzoeken groter als de last van haar huidige klachten.

Haalbaarheid van beleidsplan

Over alle interviews heen hebben we gemerkt dat er niet echt problemen zijn geweest in het opstellen van het passende beleidsplan. Tussen behandeling van de zorgnoden onderling zagen we geen conflicten naar boven komen. Het beleid per zorgnood stond vaak op zichzelf en zorgde niet voor tegenstrijdige informatie ten opzichte van het beleid van de andere zorgnoden. Het beleidsplan dat we vooraf aan de opvolginterviews hadden opgemaakt moest vooral aangepast worden op basis van de mening en prioriteiten van de patiënt, maar niet door inhoudelijk medische conflicten.

Discussie

Bespreking resultaten

We vonden bij onze bevraagde patiënten een gemiddelde van 2.8 nieuwe onbeantwoorde zorgnoden. Dit getal komt overeen met de studie van Deckers et al., waar ze 115 patiënten analyseerden met behulp van de GAZETO agenda en op een gemiddelde van 2.26 nieuwe onbeantwoorde zorgnoden per patiënt kwamen [13]. Het aantal zorgnoden was bij hen gespreid tussen een minimum van nul en een maximum van zeven zorgnoden, waar wij een minimum van één en een maximum van vijf zorgnoden ontdekken, hetgeen dus ook vergelijkbaar is. Deze kleine verschillen zijn vermoedelijk afhankelijk van het verschil van steekproefgrootte.

De belangrijkste zorgnoden die we ontdekten waren vroegtijdige zorgplanning en vaccinatie. Een vroegtijdige zorgplanning was bij geen enkele van onze patiënten reeds opgemaakt. Mogelijks kan dit verklaard worden door het feit dat de geïncludeerde personen niet hoog scoorden op de frailty index en allemaal relatief gezonde ouderen waren zonder recente ziekenhuisopnames of ernstig bedreigende ziektebeelden. Hierdoor worden zij minder geconfronteerd met de vergankelijkheid van het leven en denken zij minder vaak aan het levenseinde dan hun meer kwetsbare leeftijdsgenoten. De vaccinatiestatus was bij acht van de respondenten onvolledig in vergelijking met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. De voornaamste missende vaccinatie was de difterie-tetanus-kinkhoest vaccinatie, hetgeen wordt aangeraden op alle leeftijden. Het feit dat deze vaccinatie de meeste onvolledigheden gaf, is vergelijkbaar met voorgaande studies [13]. Dit is mogelijks te verklaren door het feit dat deze vaccinatie tien jaar geldig is, waardoor patiënten zelf dit vaak uit het oog verliezen. Vaccinatiegegevens zijn ook niet altijd volledig in het medische dossier van de huisarts omdat er vroeger gebruik werd gemaakt van papieren vaccinatiekaartjes door bijvoorbeeld arbeidsgeneesheren in plaats van de nu alom gebruikte digitale databank Vaccinnet.

Er was een gemiddelde van 3.2 reeds behandelde zorgproblemen bij onze participanten. Dit geeft toch blijk van het feit dat ze zelf al goed bezig waren met hun gezondheid en/of dat dit in het verleden door hun behandelende artsen reeds correct is gediagnosticeerd en behandeld. Vooral op het niveau van functionaliteit zien we veel beantwoorde zorgnoden, met name bij zeven van de tien ondervraagden. De GAZETO agenda geeft geen duidelijke cutoff wanneer deze zorgnood nu net als positief mag beschouwd worden. We hebben daarom in deze categorie geredeneerd dat het om een beantwoorde zorgnood ging als de patiënt (externe) hulp nodig had en al kreeg om te voldoen aan hun ADL of iADL. Dit kan gaan over verpleegkundige hulp, poetshulp, hulp van de familie bij bijvoorbeeld het doen van boodschappen, of een combinatie van allen.

Alle tien geïnterviewde patiënten waren enthousiast over het proactief bevragen van hun gezondheid en welbevinden. Zoals hierboven gezegd waren onze participanten relatief gezonde ouderen, die zeker niet allemaal op geregelde (maandelijks of vaker) basis een huisartsenbezoek hadden. Hierdoor hebben zij minder tijd en opportuniteit om hun 'minder belangrijke' problemen of vragen te kunnen stellen. Daardoor apprecieerden zij dat er tijd werd vrijgemaakt voor hen in een open omgeving waar alles bespreekbaar was.

We hebben gemerkt dat de patiënten gretig gebruik maakten van deze tijd en mogelijkheid om hun mening en eigen ervaringen te delen, en niet bang te zijn om tegen de mening van de arts of de uitkomst van de GAZETO agenda in te gaan. Ze waren verheugd om een actieve rol te kunnen spelen in hun eigen gezondheid. Meestal handelden ze vanuit het standpunt van hun eigen kwaliteit van leven om voorgestelde onderzoeken of behandeling te aanvaarden of net te weigeren.

Deze weigeringen van de patiënten zelf waren vaak de enige aanpassingen die we moesten doen in het behandelingsplan. We vonden geen duidelijke tegenstrijdige voorstellen tussen de behandeling van de verschillende zorgnoden onderling en de algemene gezondheid van de patiënt zelf.

Zwaktes van de studie

Aangezien we maar tien patiënten hebben kunnen interviewen omwille tijdsbeperkende redenen zoals hieronder beschreven, is onze studie niet groot genoeg om concrete conclusies te maken. Tevens, zoals reeds besproken, zijn onze tien deelnemers relatief gezonde mensen voor hun leeftijd en dus geen representatieve weergave van de hele populatie 75-plussers. Dit omdat onze selectie van deelnemers niet willekeurig was en we met opzet hebben gekozen voor mensen die cognitief beter zijn zodat ze het volledige interviewproces konden doorstaan zonder te veel problemen. Dit sluit natuurlijk een hele grote groep van de oudere populatie van de huisartsenpraktijk uit, die mogelijks toch wat fragieler zijn dan onze deelnemers.

We hebben als interviewer elk vijf patiënten gekozen uit onze respectievelijke opleidingspraktijk en hiermee de GAZETO agenda overlopen. Ondanks dat we vooraf het verloop van het interview met elkaar hebben besproken en op elkaar hebben geoefend, is het mogelijk dat het verschil van interviewer een invloed kan hebben gehad op de resultaten. Zoals hierboven reeds gezegd hebben meerdere deelnemers ons naderhand gezegd dat, hoewel ze enthousiast waren over het interview op zich, het heel afhankelijk zou zijn van welke persoon het interview afneemt. Mogelijks kan de vlotheid en openheid van de patiënten, en dus ook de antwoorden, verschillen naargelang de persoon die het interview afneemt.

Praktisch gezien konden onze interviews pas laattijdig van start gaan. Toen we de goedkeuring van de Ethische Commissie hadden ontvangen, zaten we afwisselend vast in onze ziekenhuisstage, waarin we geen mogelijkheid hadden om verder te werken aan het veldwerk van ons onderzoek. Toen we terugkwamen in de huisartsenpraktijk konden we pas starten met de selectie, voorbereiding, interviews, interpretatie en opvolginterviews. Dit zorgde ervoor dat één van ons maar een twee maanden tijd had voor dit gehele proces te doorlopen, hetgeen voor een belangrijke tijdsdruk zorgde.

Zwaktes van de GAZETO agenda

De interviews op zich waren redelijk tijdsintensief. We hadden voor elke patiënt ongeveer een uur nodig om de agenda te doorlopen, en nadien nog ongeveer een half uur voor het overlopen van de resultaten en om hiermee samen met de patiënt een beleidsplan op te stellen. De vraag stelt zich of ten minste anderhalf uur per patiënt wel in verhouding staat met de louter 2.8 gevonden onbeantwoorde zorgnoden. Ook stelt zich de vraag rond een mogelijke vergoeding

van de arts. Meer bepaald op welke manier dit aangerekend zou kunnen worden door de arts om het zo kosten- en tijdsefficiënt mogelijk te maken.

Sommige zorgnoden hadden een redelijk omslachtig proces van screening. Het psychosociale onderdeel bijvoorbeeld had nogal lange vragenlijsten, die moeilijk toepasbaar waren en onpraktisch om te gebruiken. Interpretatie van de antwoorden op zich kan ook leiden tot dubbelzinnigheden en mogelijk verkeerde interpretatie vanuit de interviewer, gezien er veel open vragen waren met niet altijd eenduidige antwoorden.

Implicaties voor de toekomst

We hebben gemerkt dat de GAZETO agenda enerzijds zeker unmet needs ontdekt bij de 75-plussers uit onze huisartsenpraktijken. Anderzijds dat de patiënten het doorlopen en nadien samen opstellen van een behandelingsplan positief ervaren. Mogelijks kan bekeken worden voor patiënten afzonderlijk of de agenda best in één keer overlopen kan worden of beter opgedeeld kan worden in stukken. De meesten patiënten waren enthousiast dat er zoveel tijd voor hen werd vrijgemaakt en waren dus meer supportief voor het doorlopen in één keer. Doch merkten we ook op dat het soms zorgde dat de focus wat afnam tegen het einde van het interview. Indien de agenda zou opgesplitst worden over verschillende consulten of deel per deel wordt besproken tijdens consultaties met een ander hoofddoel, lijkt het ons wel belangrijk dat er een goede documentatie en eventueel implementatie is in het medisch dossier. Dit aangezien er vaak meerdere artsen in een praktijk werken die de patiënten afwisselend te zien krijgen.

Gezien wij als HAIO's niet de vaste langdurige artsen zijn van de patiënten, is het duidelijk dat de GAZETO agenda mogelijks ook kan overlopen worden samen met een andere arts dan hun vaste huisarts. Desalniettemin waren de geïnterviewde patiënten wel meer gesloten als het over vroegtijdige zorgplanning ging. Mogelijks is dit best een onderdeel om met de vaste huisarts te bespreken en vast te leggen, aangezien er een belangrijke vertrouwensband hier aanwezig is. Dit is er minder tussen de patiënten en andere artsen.

Met de evolutie van huisartsenpraktijken tot grote en meer multidisciplinaire centra, ligt er volgens ons hier zeker een mogelijkheid om de praktijkassistent of -verpleegkundige in te schakelen in het hele verhaal. Zij kunnen reeds screenende vragenlijsten en een standaard medisch onderzoek afnemen voordat de patiënten bij hun arts terecht komen. Dit om de workload van de artsen te verminderen.

Eigen ervaringen

De afgenomen interviews bleken een enorme bron van informatie te zijn voor zowel ons als interviewers, als voor het globale medische dossier van de deelnemers en hun respectievelijke vaste huisarts(en). Niet alleen werd een deel van het medische behandelingsplan onder de loep genomen, zoals een medicatiereview, hetgeen vaak nog onvoldoende gebeurt bij oudere patiënten. Ook zorgden de interviews voor een blik achter de schermen van de patiënt, over het sociaal, psychisch en functioneel leven van de patiënt buiten de deuren van de praktijk. Bij het overlopen van de gesprekken met de vaste huisarts van de geïnterviewden bleek dat er toch veel niet geweten was en dit zorgt weer voor een ander en beter passend denkkader bij het volgende doktersbezoek.

Besluit

De GAZETO agenda, en het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in het algemeen, in de huisartsenpraktijk blijkt duidelijk zijn nut te hebben en is effectief in het opsporen van onbeantwoorde zorgnoden. Patiënten uiten hun enthousiasme over het proactief nakijken van hun gezondheid en welbevinden. Tevens vonden ze het een goed idee om via shared decision making zelf een actieve rol te spelen in hun gezondheid en zo mee te kunnen beslissen om tot een volledig geïndividualiseerd beleidsplan te komen. Dit behandelplan was zeker een haalbare kaart om in elkaar te steken met de gecombineerde medische kennis van de arts en de persoonlijke kennis van de patiënt zelf. Het zal echter nog een uitdaging worden om de GAZETO agenda op een praktische, kosten- en tijdsefficiënte manier in onze dagelijkse praktijkvoering te implementeren.

Referenties

1. World Health Organization: WHO. (2022, 1 oktober). Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2. Bevolking naar leeftijd en geslacht. (z.d.). www.vlaanderen.be. https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht

3. Belgische Federale Overheid. (2021). *Structuur van de bevolking.* België in cijfers. Geraadpleegd op 15 augustus 2021, van https://statbel.fgov.be/nl

4. Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, *10*(4), 430–439. https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003

5. RIZIV. (2021). *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering*. Geraadpleegd op 15 augustus 2021, van https://www.riziv.fgov.be/nl/Paginas/default.aspx

6. Yokota, R. T. D. C., Van der Heyden, J., Nusselder, W. J., Robine, J. M., Tafforeau, J., Deboosere, P., & Van Oyen, H. (2016). Impact of Chronic Conditions and Multimorbidity on the Disability Burden in the Older Population in Belgium. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *71*(7), 903–909. https://doi.org/10.1093/gerona/glv234

7. Garin, N., Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Lobo, A., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2014). Impact of Multimorbidity on Disability and Quality of Life in the Spanish Older Population. *PLOS ONE*, 9(11), e111498. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111498

8. Parker, S. C., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., Kennedy, S. S., Roberts, H. C., & Conroy, S. (2018). What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149–155. https://doi.org/10.1093/ageing/afx166

9. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. (2012). Zorgnoden van thuiswonende ouderen: de gestructureerde GAZETO-agenda*. Huisarts Nu,* 2012;41:191-6.

10. Lee, H., Lee, E., & Jang, I. Y. (2020). Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment. *Journal of Korean Medical Science*, *35*(3). https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e16

11. Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.cd006211.pub3

12. Mann, E., Koller, M., Mann, C., Van der Cammen, T., & Steurer, J. (2004). Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *BMC Geriatrics*, *4*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2318-4-4

13. Deckers, A., Gouhie, J., Willekens, B., Helsmoortel, A., Depraetere, S., & Degryse, JM. (2014). Detectie van nieuwe zorgnoden bij kwetsbare ouderen.: De gestructureerde GAZETO-agenda uitgetest. *Huisarts & Onderzoek*, 43(5), 210–214.

14. Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, *366*(9), 780–781. https://doi.org/10.1056/nejmp1109283

15. Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health utcomes Paradigm. *New England Journal of Medicine*, *366*(9), 777–779. https://doi.org/10.1056/nejmp1113631

16. DeRosa, A. P., Grell, Y., Razon, D., Komsany, A., Pinheiro, L. C., Martínez, J. L., & Phillips, E. (2022). Decision-making support among racial and ethnic minorities diagnosed with breast or prostate cancer: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, *105*(5), 1057–1065. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.012

17. Finset, A., & Street, R. L. (2022). Shared Decision Making in medicine – improving but still a work in progress. *Patient Education and Counseling*, *105*(5), 1055–1056. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.020

18. Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. E. H., Abboud, P. A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA*, *282*(15), 1458. https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458

19. Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, *73*(3), 526–535. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018

Bijlagen

Bijlage 1: Uitwerking GAZETO-agenda

Gehoor

- Stap 1
  Hier worden als eerste gehoorproblemen bevraagd. Aangezien deze vraag niet altijd objectief beantwoord, wordt er ook een fluistertest uitgevoerd.

- Stap 2
  Er wordt een klinisch onderzoek uitgevoerd van de oren. Daarnaast wordt er een scorelijst ingevuld, de Hearing Handicap Inventory for Elderly Screening (HHIE-S). Dit om te kijken wat de impact is op de omgeving en de deelnemer zelf van een eventueel gehoorverlies. Als hieruit een aanwijzing voor gehoorsdaling blijkt, zal er nog een doorverwijzing gebeuren voor audiometrisch onderzoek in de tweede lijn.

Cognitie

- Stap 1
  We voeren een snelle screening uit in de vorm van een mini-COG. De test is positief als men een abnormale klok tekent en minstens 1 woord vergeet in de tweede ronde.

- Stap 2
  Verdere evaluatie met een anamnese over cognitieve stoornissen en/of een klinisch onderzoek. Eventueel kan er ook nog een MMSE (Mini Mental State Examination) worden uitgevoerd.

Depressie

- Stap 1
  We stellen twee screenende vragen aan de patiënt rond depressieve klachten. Bij minstens 1 positief antwoord gaan we naar stap 2.

- Stap 2
  Emoties van de afgelopen week worden bevraagd met behulp van de Geriatric Depression Scale (GDS-15), zoals beschreven hieronder, en er wordt een eventuele diagnose gesteld volgens de DSM-IV richtlijnen.

Vaccinatie

- Stap 1
  Vaccinatiestatus wordt op voorhand geraadpleegd in het medisch dossier en/of op vaccinnet.

- Stap 2
  Navraag bij patiënt zelf voor aanbevolen vaccinaties (Influenza, Pneumokokken, Tetanus, COVID-19).

Slaap

- Stap 1
  We stellen twee vragen rond slaapproblemen en slaapmedicatie.

- Stap 2
  Verdere diagnostiek op basis van passende richtlijnen.

Functie

- Stap 1
  Er wordt een Katz en Lawton schaal uitgevoerd om de ADL en iADL te evalueren.

- Stap 2
  Indien van toepassing worden hier eventuele zorgnoden op functioneel vlak verder geëvalueerd.

Valpreventie

- Stap 1
  We bevragen actief valincidenten en mogelijke gang- en/of evenwichtsproblemen, met beschrijving van mogelijke valincidenten. Een hetero-anamnese bij naasten kan hier ook zeer nuttig zijn.

- Stap 2
  Er wordt een 'timed up and go'-test uitgevoerd, alsook een multifactoriële evaluatie.

Nutritie

- Stap 1
  We onderzoeken de nutritionele toestand van de patiënt met behulp van een Mini Nutritional Assessment (MNA).

- Stap 2
  Bijkomende vragen uit de MNA indien positieve screeningsvragen gaan over: woonsituatie, polyfarmacie, huidproblematiek, aantal maaltijden, eiwit inname, fruit/groenten inname, vocht intake, zelfstandigheid van voeden, oordeel van patiënt zelf over voedingstoestand op zich en in vergelijking met leeftijdsgenoten, middenarm omtrek, omtrek van de kuit.

Osteoporose

- Stap 1
  Corticoïdgebruik en fracturen in het afgelopen jaar worden bevraagd. Ook wordt een screening uitgevoerd met behulp van de Osteoporosis Self Assessment Tool (OST), hetgeen op basis van leeftijd en gewicht een risico inschatting maakt voor postmenopauzale vrouwen.

- Stap 2
  Er wordt een DXA-meting uitgevoerd indien er een positieve screening is in stap 1. Het fractuurrisico wordt mede bepaald door de FRAX score.

Sarcopenie/beweging

- Stap 1
  Sarcopenie wordt beoordeeld op basis van de handknijpkracht. Er wordt ook gepeild naar hoe de patiënt zijn kracht ervaart en of er in mindere of meerdere mate een functionele beperking is.

- Stap 2
  We bekijken het lichamelijke bewegingspatroon van de deelnemer via de LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ). Deze vragenlijst bestaat uit 37 onderdelen en meet lichamelijke activiteit van de patiënt en bevraagt onder andere rolstoelgebruik, sporten en huishoudelijke activiteiten.

Medicatie

- Bij dit onderdeel voeren we een algemene controle uit van de medicatielijst van de patiënt. We gebruiken ook de START-STOPP criteria. Zo nodig worden dosages ook aangepast aan nierfunctie.

Incontinentie

- Stap 1
  De eerste vraag van de 3 Incontinence Questions (3IQ) wordt gesteld.

- Stap 2
  Bevraging van de andere 2 vragen uit de 3IQ ter differentiatie van urge en stress incontinentie.

Psychosociaal

- Stap 1
  Uitvoering van de social disconnectedness scale, indicatief voor objectieve isolatie en meting van sociaal netwerk van patiënt. Uitvoering van de perceived isolation scale, indicatief voor subjectief gevoel van eenzaamheid.

- Stap 2
  Verdere bevraging/inventarisatie van psychosociale problematiek obv 2 vragenlijsten: de 'Inventory of coping strategies used by elderly' en de '13 items of coherence questionnaire'.

Vroegtijdige zorgplanning

- Stap 1
  Er wordt uitleg gegeven over het concept van vroegtijdige zorgplanning, hetgeen

neerkomt op het feit dat er wordt nagedacht over de toekomstige medische zorg van de patiënt.

- Stap 2
  Een effectieve vroegtijdige zorgplanning wordt opgemaakt door na te gaan welke doelstellingen de deelnemer zelf heeft, nadat hij er voldoende over heeft kunnen nadenken.

Bijlage 2: Goedkeuring Ethische Commissie

Leuven, 14 Apr 2022

Ethics Committee
Research UZ/KU Leuven
Herestraat 49
B 3000 Leuven (Belgium)

Email : ec@uzleuven.be

prof. dr. Gijs Van Pottelbergh

Our reference:	EudraCT-nr:	Belg. Regnr:
S66193		B3222022000787

MP Comprehensive geriatric assessment met behulp van de Gazetto tool om via shared decision making met de patiënt te komen tot een goal oriented care.

Dear colleague

The Ethics Committee Research (EC Research) of University Hospitals Leuven (UZ Leuven) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 28 Feb 2022.

EC Research has no objection to the project provided that the data is managed confidentially and in compliance with the Belgian legislation on privacy.

EC Research emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contact with patients, or when accessing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

This project does not fall within the scope of the Law of 7/5/2004.

EC Research requires that the head/staff of the clinical department or the responsible care program are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

For the assessment of this dossier, documents/answers submitted on 15 Feb 2022 and

11 Apr 2022 have been taken into account.

This letter concerns:

Protocol:
version 2 dd 11Apr2022
Informed Consent Form:
ICF version received dd 11Apr2022 Nl
GDPR questionnaire:
dd 03Mar2022
Local site(s):
Huisartsenpraktijk Royackers: Gruitroderkiezel 171A, 3960 Bree
Huisartsenpraktijk Ygeia: Tongerlostraat 16, 3960 Bree

EC Research confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

EC Research confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

List of members: see appendix.

Points of concern: (if applicable)

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Clinical Trial Agreement, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Leuven (and/or by an authorized representative of KU Leuven R&D).

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This advice of EC Research does not imply that she will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study.

We request you to inform us if the study will not be initiated, or when it will be closed or prematurely ended (stating the reason).

Yours sincerely,

Prof. Dr. Minne Casteels
Chair

List of members EC Research UZ/KU Leuven on 28 Feb 2022:

Chair	prof. dr. Maria-Reinhilde Casteels	Clinical Pharmacology
Vice chair	prof. dr. Dominique Bullens	Paediatrics
	De heer Aernout De Raemaeker	Medical Legislation alternate
	De heer Jean-Jacques Derèze	Medical Legislation alternate
	De heer Mathijs Swaak	Healthy volunteer repres.
	Mevr. Angélique Rézer	Medical Legislation alternate
	Mevr. Annick Vanclooster	Nurse
	Mevr. Katelijne Van Overwalle	Pt representative (alternate)
	Mevr. Lia De Wilde	Pt representative (alternate)
	Mevr. Marilien Vandeputte	Nurse
	Mevr. Michèle Dekervel	Medical Legislation alternate
	Mevr. Teresia De Fraye	Pt representative
	Mevr. Veerle Vanparys	Pharmacist (alternate)
	dr. Kristel Van Landuyt	Reumatology
	dr. Lut De Groote	General Practitioner
	dr. Marleen Renard	Paediatrics
	dr. Walter Janssens	Clinical Pharmacology
	prof. André Loeckx	Pt representative (alternate)
	prof. Ben Van Calster	Statistics
	prof. Guy Bosmans	Clin. Psychology (alternate)
	prof. Pascal Borry	Ethics
	prof. Rik Gosselink	Revalidation
	prof. dr. Anne Smits	Paediatrics
	prof. dr. Anne Uyttebroeck	Paediatrics
	prof. dr. Ariel Alonso	Statistics (alternate)
	prof. dr. Bart Van der Schueren	Endocrinology / Pharmacology
	prof. dr. Benoit Nemery	Pneumology
	prof. dr. Céline Gillebert	Clin. Psychology (alternat
	prof. dr. Gregor Verhoef	Haematology
	prof. dr. Jan Verhaegen	Laboratory Medicine
	prof. dr. Jan de Hoon	Clinical Pharmacology
	prof. dr. Karin Sipido	Experimental Cardiology
	prof. dr. Koen Luyckx	Clin. Psychology (alternate)
	prof. dr. Maria Schetz	Intensive care
	prof. dr. Simon Brumagne	Physiotherapy
	prof. dr. Xavier Bossuyt	Immunology
	prof. dr. apr. Erwin Dreesen	Pharmacist (alternate)

Bijlage 3: Persoonlijke reflecties

Das Melissa:

Deze thesis is een gemeenschappelijk werk van Laura en mezelf. Wij kennen elkaar al lange tijd op vriendschappelijk niveau en hebben reeds in het verleden samen gewerkt in verschillende groepswerken, die altijd goed uitgedraaid zijn. Ook wonen en werken we in dezelfde omgeving en hebben we zelfs een gemeenschappelijke opleidingspraktijk, ook al is het op verschillende tijdstippen, hetgeen praktisch heel gemakkelijk was om af te spreken tijdens deze afgelopen drie jaren. Daarom was het voor ons direct duidelijk om ook deze masterpaper samen aan te pakken, omdat we wisten wat we van elkaar moesten verwachten en in het verleden al hadden aangetoond goed samen te kunnen werken.

De keuze van onderwerp ging ons ook redelijk vlot af. We wilden allebei wel onze handen uit de mouwen steken en niet alleen een literatuuronderzoek maken. Na overleg bleek dat we allebei een interesse toonden in geriatrie, waardoor de uiteindelijke keuze voor ons huidig onderwerp. Voor mij is geriatrie iets heel interessant en vooral ook zeer nuttig voor mijn dagelijkse praktijkvoering. Tevens heb ik toffe stages geriatrie achter de rug tijdens mijn stagejaar en kreeg ik uiteindelijk ook een ziekenhuisstage geriatrie van drie maanden toebedeeld in mijn HAIO-jaren zelf. Dit alles zorgde voor nog extra enthousiasme en ervaring met het omgaan met oudere patiënten. Daarom heb ik vooral ook proberen te genieten van het maken van dit onderzoek, hetgeen voor mij een vereiste was voor een masterthesis, zodat het niet alleen een saaie verplichting was, maar ook een interessant en tof iets om aan te werken.

Onze eerste opdracht in deze thesis was een verkenning in de literatuur. We zochten elk artikels op, die we lazen en elkaar doorstuurden, om allebei meer achtergrond te krijgen in het comprehensive geriatric assessment enerzijds en de GAZETO agenda zelf anderzijds. Hierna gingen we verder in het verdiepen van het proces shared decision making, aangezien we daar vooral de nadruk op gingen leggen in ons onderzoek. Deze informatie gebruikten we voor het maken van ons protocol om voor te leggen aan de ethische commissie. We hebben de delen op gesplitst onder ons tweeën: ik focuste me vooral op het uitschrijven van de achtergrond informatie en inleiding, terwijl Laura de methodologie voor haar rekening nam. Nadien wisselde we van onderwerp om de informatie na te lezen en zo nodig aan te passen hier en daar. We probeerden hier, en ook in het verdere verloop van onze samenwerking, onszelf deadlines op te leggen zodat we ruim op tijd klaar waren met verschillende onderdelen.

Met de uiteindelijke goedkeuring van het Ethisch Comité op zak, gingen we aan de slag met de GAZETO agenda op zich. Ondertussen zat ik al in mijn ziekenhuisstage geriatrie, waardoor ik hier wat dingen heb kunnen meepikken. We schreven samen aan een praktisch uitgewerkte versie van de vragen en onderzoeken die nodig waren tijdens het interview. Zo kregen we een stap voor stap idee van wat zo een interview ging inhouden. Dit oefenden we ook op elkaar om gewoon te worden met de vragen, onderzoeken en manieren om het op een natuurlijke manier over te brengen naar de patiënten toe.

Toen deze fase voorbij was, stond ik ondertussen weer in een huisartsenpraktijk en kon ik hier aan de slag om met mijn collega's mogelijke patiënten uit te zoeken die ik kon includeren in deze studie. Ik maakte zo veel mogelijk gebruik van de zomerperiode zonder lessen en seminaries om mijn interviews en de besprekingen uit te voeren. Gezien ik hierin voorliep op Laura, aangezien

zij pas later terug aan haar huisartsenstage begon, had ik hierna alle tijd om een transcriptie te maken van alle besprekingsinterviews.

Toen we beiden onze interviews overgetypt hadden, kwamen we samen om de QUAGOL methode te overlopen en te bespreken hoe we dit praktisch gingen aanpakken. We maakten hierna afzonderlijke samenvattingen volgens deze methode om daarna terug samen te komen en deze met behulp van de NVIVO software samen te brengen en te coderen.

Met deze bron van informatie gingen we terug aan de slag. We deelden het werk weer op. Laura ging aan het werk met de inleiding en methodiek van het protocol, om deze verder uit te schrijven en wat extra achtergrondinformatie toe te voegen. Ik ging aan de slag met de resultaten, de discussie en besluit. Nadien verwisselden we weer van onderdelen om de tekst van de andere na te lezen en weer aan te vullen waar nodig.

Het proces van deze thesis is zeer vlot gegaan uiteindelijk, alsook zeker mijn samenwerking met Laura. We hebben goed en volgens mij wel evenwaardig werk afgeleverd, terwijl we steeds met elkaar communiceerden over vragen, problemen, tips en dergelijke. Hoewel het niet gaat om het grootste onderzoek, ben ik wel trots op wat we hebben gerealiseerd. Het heeft mijn interesse in de geriatrie en de gezondheid van de oudere populatie weer wat aangesterkt. Ik heb door de thesis een andere visie gekregen op de gezondheid en het welbevinden van de oudere patiënt, die toch wel een groot deel uit maakt van mijn patiëntenpopulatie. Het heeft mij doen inzien dat er een duidelijk verschil bestaat tussen hun gezondheid en hun beleving, dat er veel ongestelde vragen zijn die niet altijd spontaan zullen bovenkomen, dat een open en proactieve kijk naar hun gezondheid primordiaal is, en dat ze zeker in staat zijn om hun eigen mening te geven over hun welbevinden om zo mee te beslissen.

Van Baelen Laura:

De afgelopen drie jaren, tijdens het maken van deze master-na-master thesis, heb ik samengewerkt met Melissa. Ik ken haar al sinds het derde middelbaar. Tijdens het zesde middelbaar maakten we ook al onze eindwerken samen. Hieruit wist ik wel dat we op een goede en constructieve manier met elkaar konden samenwerken. Na de eerste infosessie over de masterproef, hebben we dan ook aan elkaar gevraagd of we het elk zagen zitten om samen te werken. Van zodra de thema's bekend raakten, hebben we deze elk apart overlopen. Hieruit maakten we dan een lijst op volgens onze interesse en deze hebben we dan vergeleken met elkaar. Beiden hadden we duidelijk wel interesse in de geriatrische onderwerpen. Na overleg met onze initiële promotor, zijn we samen tot het onderwerp van deze masterproef gekomen. We kozen voor een onderzoek rond de GAZETO agenda. Dit leek ons beiden heel interessant en zeker nuttig in onze verdere carrière als huisarts.

Initieel zijn we gestart met het inlezen van verschillende artikels over onder andere de GAZETO agenda, het CGA, shared decision making en het uitvoeren van kwalitatieve onderzoeken. Hierna stelden we het document op voor de ethische commissie. Na hun goedkeuring zijn we gestart met het gezamenlijk schrijven van de inleiding en methodes. Daarnaast schreven we de GAZETO agenda voor onszelf ook uit zodat we deze gemakkelijk konden toepassen tijdens de interviews.

Rond die periode van goedkeuring en uitschrijving van de GAZETO agenda, startte juist mijn zes maanden stage op de spoedgevallendienst in Overpelt. Hierdoor kon ik gedurende een half jaar nog niet starten met het uitvoeren van de interviews. Melissa had echter juist die stage afgerond, waardoor zij wel al met haar interviews kon starten. Voor mijn laatste stageperiode begon in mijn nieuwe huisartsenpraktijk, contacteerde ik mijn PO's daar alvast over mijn masterproef en de inhoud daarvan. Daarnaast heb ik hen ook uitgelegd welke de doelgroep van ons onderzoek is, zodat zij eventueel al wat patiënten konden oplijsten die voldeden aan de criteria. Hierdoor ging ik ook zonder vooringenomenheid interviews afnemen bij patiënten die ik voorheen eigenlijk nog nooit gezien had. Ik startte met de interviews in de periode van oktober 2022. Echter nam het uitvoeren van de interviews, de verwerking ervan en het daaropvolgende belangrijke consult met bespreking, meer tijd in dan dat ik initieel verwacht had. Hierdoor voelde ik toch wat tijdsdruk. Echter, eind december had ik eindelijk alle interviews en besprekingen afgerond en deze ook al volledig uitgetypt in Word.

Hierna spraken we terug af om de volgende stappen in de uitwerking van de masterproef te bespreken, namelijk via de QUAGOL-methode. We overliepen hoe de interviews waren gegaan en hoe de ervaringen van ons allebei waren. Daarna maakten we allebei apart de narratieve interviews reports en conceptuele schema's van onze eigen interviews. Eenmaal dit afgerond was, spraken we weer af om samen te coderen via de NVIVO-software. De resultaten die hieruit voortkwamen, hebben we verder onderling terug besproken. Hierna begonnen we met het uitschrijven van de methode, resultaten, discussie en conclusie. Daarnaast hebben we onze inleiding ook nog wat verder uitgediept.

In het algemeen vind ik dat onze samenwerking goed verlopen is. We vonden het belangrijk dat onze masterproef een echt teamwerk zou zijn en vonden een goede communicatie onderling dan ook belangrijk. Hierdoor hebben we ook vaak overlegd. Dit zowel via berichtjes, maar ook tijdens samenkomsten met de seminariegroep. Dit aangezien we het laatste jaar in hetzelfde groepje zaten. Daarnaast stelden we onszelf ook steeds deadlines waarop bepaalde zaken zeker af moesten zijn. Hieraan hielden we ons beiden goed.

Ik ben uiteindelijk wel tevreden met het resultaat van deze masterproef. We hebben samen toch heel wat interviews kunnen uitvoeren bij een verscheiden groep van patiënten. Hieruit hebben we heel wat informatie kunnen halen en een mooie paper over kunnen maken. Aangezien de steeds toenemende vergrijzing en de grote groep geriatrische patiënten waarmee we als huisarts geconfronteerd worden, denk ik dat deze paper voor elke huisarts wel nuttig kan zijn. We moeten namelijk, zeker in de toekomst, veel aandacht besteden aan deze patiëntengroep en proactief op zoek gaan naar unmet needs zodat hier eventueel een behandeling voor ingesteld kan worden en de levenskwaliteit van deze patiënten kan verbeteren. Echter, zoals we beiden ervaren hebben, is het uitvoeren van deze GAZETO agenda zeer tijdrovend zonder een duidelijk vastgestelde nomenclatuur voor een eventuele financiële vergoeding. Dit is zeker een werkpunt naar de toekomst toe.

Als besluit kan ik dus wel stellen dat er een goede samenwerking is geweest met Melissa in het verloop van het uitvoeren en schrijven van deze masterproef. We hebben, bekeken over de hele masterproef, elk min of meer wel evenveel werk gedaan. Daarnaast konden we ook altijd bij elkaar terecht met vragen of problemen en was er een vlotte communicatie tussen ons tweeën. Daarnaast ben ik ook tevreden met het resultaat van deze masterproef. Het toont namelijk duidelijk wel het nut aan van het uitvoeren van de GAZETO agenda in de huisartsenpraktijk.