Bezorgt GMD+ de huisarts een burn-out?

Dr. Debruyne Celine, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Willems Sara, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Vanden Bussche Piet, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Graag wil ik iedereen bedanken die mij bij deze masterproef heeft bijgestaan.

Mijn praktijkopleider, Dr. Marc Verstraeten, bedankt voor het meedenken en de steun tijdens dit project. Dankzij u kwamen we tot dit onderwerp die kwaliteit verbeterend kan werken voor de praktijk. Ook Dr. Declercq Heidi, Colette en Wendy wil ik graag bedanken voor jullie enthousiasme en medewerking tijdens dit project. Zonder jullie zou ik deze masterproef niet kunnen verwezenlijkt hebben.

Mijn co-promoter, Dr. Vanden Bussche Piet, bedankt voor uw goede raad en steun. U hielp me op het goed pad om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Dank aan mijn vader en Astrid om mijn masterproef na te lezen en goed te keuren.

Abstract

Bezorgt GMD+ de huisarts een burn-out?

HAIO: Dr. Debruyne Celine, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Willems Sara, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Vanden Bussche Piet, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Verstraeten Marc

Context: In onze praktijk wordt al sinds enkele jaren gebruik gemaakt van het GMD plus. Het GMD plus wordt ingevuld a.d.h.v. een Tablet PC, M(edical) T(ime) M(anagment). De manier waarop het wordt gebruikt, verloopt nog niet volgens een bepaald protocol. Zo wordt er nadat het MTM is ingevuld, te weinig gedaan met de resultaten.

Onderzoeksvraag: Hoe kunnen we, zonder de werk- en tijdsdruk op te drijven, een preventieconsult met behulp van GMD plus in de praktijk integreren, waarbij de arts zijn kerntaak behoudt? Kunnen het MTM, de verpleegkundige en de secretaresse hierbij helpen?

Methode: Alle patiënten tussen 45 en 75 jaar krijgen via een mail, een flyer, de secretaresse of de arts een uitnodiging om deel te nemen aan de studie. Men kan de vragenlijst met behulp van de tool MTM invullen en krijgt indien nodig hulp van de verpleegkundige. Bij de verpleegkundige wordt er indien nodig een nuchtere bloedafname en een urinestaal gepland. Vervolgens reserveert men een vervolgconsultatie bij de verpleegkundige en aansluitend bij de arts. Na de consultaties wordt een evaluatieformulier ingevuld door de patiënten. Na de periode van de studie vullen ook de artsen, de secretaresse en de verpleegkundige een evaluatieformulier in.

Resultaten: 7,1% van de geselecteerde studiepopulatie rondden het volledige preventieve onderzoek af. 75% van de patiënten vonden dat het aanmaken van het GMD plus op een gemakkelijke manier verliep. Het mag daarom voor de meesten ook jaarlijks vernieuwd worden. De artsen, secretaresse en verpleegkundige gaven op tijdsbesteding van het onderzoek 3,3 op 5 en op stress bij het uitvoeren van het onderzoek een neutrale score (2,3 op 5). 80% van de collega's vinden dat het GMD plus wel op een gemakkelijke manier verloopt maar dat het preventieve onderzoek niet jaarlijks hoeft worden bijgehouden.

Conclusie: Het preventieve onderzoek met behulp van een secretaresse, een verpleegkundige en MTM gebeurt op een gemakkelijke manier. Hoewel de patiënten vinden dat het jaarlijks mag verlengd worden, stemt de meerderheid van onze praktijk dat dit niet jaarlijks hoeft te gebeuren. Mits enkele aanpassingen in het protocol, kan het preventieve onderzoek met behulp van het MTM, een secretaresse en een verpleegkundige in onze praktijk als een minder tijdrovend en stresserend initiatief beschouwd worden.

Contact: debruynece@gmail.com

Afkortingen

A.d.h.v.: Aan de hand van

GMD plus: Globaal Medisch Dossier plus

EMD: Elektronische Medisch Dossier

Tablet-PC: Tablet Personal Computer

MTM: Medical Time Managment

Et al.: En andere

Vb.: voorbeeld

O.a.: onder andere

FOCUS: Find problem Organise Clarify Understand Select a strategy

PDCA: Plan Do Check Act

CV risico: Cardiovasculair risico

BMI: Body Mass Index

FOBT: Fecaal Occult Bloed Test

Borstca-screening: Borstcarcinoomscreening

Diabetes (GC): Diabetes Geen Controle

Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1. Stroomdiagram voor de secretaresse.

Tabel 1. Totale studiepopulatie (N(%)).
Tabel 2. E-mailadressen van de patiënten (N(%)).
Tabel 3. Aantal deelgenomen patiënten (N(%)).
Tabel 4. Deelgenomen patiënten (N(%)).
Tabel 5. GMD plus volgens het dossier in vergelijking met wat patiënten denken (N(%)).
Tabel 6. Medium deelname patiënten (N(%)).
Tabel 7. Patiënten die door mail hebben meegedaan op het totaal aantal patiënten die een mail kregen (N(%)).
Tabel 8. Resultaten van het preventieve onderzoek (N(%)).
Tabel 9. Interventies van het preventieve onderzoek (N(%)).
Tabel 10. Het gemak van GMD plus (N(%)).
Tabel 11. Evaluatie van de patiënten op 5.
Tabel 12. Evaluatie van de artsen, de secretaresse en de verpleegkundige op 5.
Tabel 13. Evaluatie van de artsen en de verpleegkundige op 5.
Tabel 14. Het gemak van het GMD plus (N(%)).

Inhoud

Dankwoord 2
Abstract 3
Afkortingen 4
Lijst van figuren en tabellen 5
Inhoud 6
1 Inleiding 8
2 Onderzoeksvragen 9
3 Literatuuronderzoek 10
3.1 Het preventieonderzoek 10
3.2 Verpleegkundig preventieconsult 10
3.3 MTM 11
4 Methodologie 13
4.1 Selectie studiepopulatie 13
4.2 GMD plus 13
4.3 Onderzoeksplan 13
4.4 Meetinstrument 15
4.5 Multidisciplinaire samenwerking 15
5 Resultaten 17
5.1 Studiepopulatie 17
5.1.1 Totale studiepopulatie 17
5.1.2 Deelgenomen patiënten 17
5.1.3 Medium deelname patiënten 19
5.2 Resultaten van het preventief onderzoek 20
5.3 Interventies 22
5.4 Opinie van de patiënten 24
5.5 Opinie van de verpleegkundige, secretaresse en artsen 25
6 Discussie 27
7 Beperkingen 30
8 Besluit 31
9 Referenties 31
10 Bijlage 33
10.1 Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité 33

10.2 Bijlage 2: Patiëntenbrief per mail 35
10.3 Bijlage 3: Folder 36
10.4 Bijlage 4: Informed consent 37
10.5 Bijlage 5: Evaluatieformulier 38
10.6 Bijlage 6: Evaluatieformulier collega's 39
10.7 Bijlage 7: FOCUS PDCA / Goedgekeurd protocol 40
10.8 Bijlage 8: Stappenplan 43

1 Inleiding

Het GMD (nomenclatuurcodenummer 102771) kan voor elke patiënt jaarlijks verlengd worden door een erkend huisarts. Sinds april 2011 moet elk GMD een preventiemodule bevatten (nomenclatuurcodenummer 102395) (1). Dit is een preventieonderzoek terugbetaald voor patiënten tussen 45 en 75 jaar. Door gebruik van een vragenlijst en de Gezondheidsgids van Domus Medica (2) kan het preventief onderzoek toegepast worden in de praktijk. Het kan een keer per jaar geattesteerd worden tijdens een consultatie of een huisbezoek bij patiënten met een GMD (1). Bij het jaarlijks verlengen van het GMD plus hoeft niet de hele vragenlijst opnieuw overlopen te worden. Het herhalingstraject uit de Gezondheidsgids kan hierbij gebruikt worden (2).

Toch wordt het preventieconsult niet door alle huisartsen geïntegreerd. In een kwaliteitsstudie van Domus Medica stelde men de vraag hoe we de huidige praktijkondersteuning voor de toepassing van het GMD plus en de Gezondheidsgids in de huisartsenpraktijk kunnen verbeteren. Er kwamen enkele hinderende en bevorderende aspecten van het GMD plus naar voor. De *hinderende aspecten* zijn een afwezigheid van een webtoepassing, een praktijkondersteuning en gebrek aan tijd. *Stimulerende factoren* zijn integratie in het EMD, een praktijkassistente om het tijdsgebrek op te lossen, de tabletapplicatie, meer patiënten die vragen naar een preventieconsult aangezet door meer sensibilisering. De belangrijkste beperkingen bij de meeste huisartsen blijft het gebrek aan integratie in het EMD en de onbekendheid bij de patiënten (3).

In onze praktijk wordt al sinds enkele jaren gebruik gemaakt van het GMD plus. De eerste geregistreerde patiënt met een GMD plus was in 2011. Toen werd er nog gebruik gemaakt van een klassieke vragenlijst volgens Domus Medica. Vanaf 2012 werd het GMD plus ingevuld aan de hand van een Tablet PC, M(edical) T(ime) M(anagment). Door de tablet werd het invullen van het GMD plus minder tijdrovend. Toch is het verloop waarop een GMD plus werd aangemaakt nog niet duidelijk beschreven. Nadat het MTM is ingevuld, wordt er te weinig gedaan met de resultaten.

2 Onderzoeksvragen

- *Hoe kunnen we, zonder de werk- en tijdsdruk op te drijven, een preventieconsult met behulp van het GMD plus in de praktijk integreren en optimaliseren, waarbij de arts zijn kerntaak behoudt?*
- *Kunnen het MTM-tool, de verpleegkundige en de secretaresse hierbij helpen?*

Graag willen we in de praktijk een preventieconsult integreren en optimaliseren enerzijds zonder dat de werk- en de tijdsdruk worden opgedreven en anderzijds dat de arts zijn kerntaak kan behouden.

3 Literatuuronderzoek

3.1 Het preventieonderzoek

In België werd in april 2011 de Gezondheidsgids van Domus Medica als praktijkinstrument gebruikt (3). Vermits er nog geen duidelijk protocol bestaat voor het invoeren van preventie in de huisartsenpraktijk, stelde Mennes et al. een wetenschappelijk onderbouwd preventieconsult op om te implementeren in de praktijk. Implementatie van het preventief onderzoek lijkt effectief vooral voor oppuntstelling van zowel de gegevens van de patiënt als die van het EMD (4). Of preventie ook een effect heeft op de mortaliteit en morbiditeit werd onderzocht in een Cochrane review studie. Men vond geen effect op de totale mortaliteit bij de patiënten die een preventief onderzoek ondergingen. Een van de beperkingen in die studie is dat de mensen die deelnamen, een hoge socio-economische status en een laag cardiovasculair risico hadden, met minder cardiovasculaire morbiditeiten en een lagere mortaliteit (5). Preventieve interventies zijn volgens Mc. Avoy in vergelijking met behandeling van aandoeningen altijd inefficiënt gebleken. Slechts een klein deel van de interventies levert winst op. Daarbij zijn er enkele barrières om een preventief onderzoek uit te voeren: onvoldoende ondersteuning door de overheid, gebrek aan training, aan vergoeding en aan tijd (6).
De arts bespreekt heel wat onderwerpen, voert een klinisch onderzoek uit en stelt samen met de patiënt een verdere planning op. Vaak hebben patiënten naast het preventief onderzoek nog andere verwachtingen zoals vb. voorschriften voorschrijven, acute of minder acute problemen bespreken. Dit maakt het preventieconsult tijdrovend. Om de implementatie ervan zo gestructureerd mogelijk te maken moet er op voorhand veel tijd geïnvesteerd worden in de uitwerking van het preventieplan (4). Uit de masterproef van Messens et al blijkt dat het opstellen van een preventieplan door de arts gemiddeld 14 minuten per patiënt duurt en het bespreken ervan gemiddeld 26 minuten (7). De hulp van een verpleegkundige lijkt noodzakelijk om preventieconsultaties op lange termijn haalbaar te maken (4).

3.2 Verpleegkundig preventieconsult

Multidisciplinaire samenwerking is in opmars in België. De verpleegkundige is één van de oplossingen om de takenlast van de arts te verlichten. Uit een literatuurstudie blijkt dat verpleegkundigen vooral gespecialiseerd zijn in preventieve en chronische zorg. Het verlicht de werkbelasting van de arts en geeft een goede kwaliteit aan de patiëntenzorg (8). Toch zijn er factoren die de keuze voor samenwerking met een verpleegkundige beïnvloeden. Deze zijn de

praktijkorganisatie (werkruimte), de financiële investering, het ontbreken van een duidelijke wettelijke omschrijving van de bevoegdheden van een verpleegkundige, het ontbreken van een specifieke opleiding voor praktijkverpleegkundigen en het praktijkmanagement (overlegmomenten, kwaliteit van zorg opvolgen, etc.). Uit de studie van Lenders et al blijkt de meerderheid van de huisartsen klaar te zijn voor een samenwerking met een praktijkverpleegkundige, maar praktische zaken blijven een drempel (9).

Het artikel 'verpleegkundig preventieconsult' uit Huisarts Nu gaf een idee hoe een preventieconsult door de verpleegkundige kan verlopen. Hier stelden de auteurs o.a. de vraag wat de gemiddelde duur is van een verpleegkundig consult en hoe tevreden de patiënten met dat consult waren. In deze studie zijn de taken van de verpleegkundige de volgende: het cardiovasculaire risico noteren, de bloeddruk meten, de rookstatus en het aantal sigaretten bevragen, rookstopadvies geven, advies van gezonde voeding en fysieke activiteit geven, BMI berekenen, diabetes screenen, vaccinatiestatus controleren van tetanus en influenza, controleren of de mammografie en het uitstrijkje in orde zijn en of FOBT uitgevoerd is en tenslotte het alcoholgebruik bevragen. Pneumococcenvaccinatie en peilen naar depressie werd weggelaten, omdat dit niet als een taak voor de verpleegkundige werd beschouwd. Het verpleegkundig preventieconsult duurde 30 minuten, het verwerken van de gegevens in het EMD duurde gemiddeld 13 minuten. 95,1% (N=40) van de patiënten waren tevreden tot zeer tevreden, 17,9% (N=7) hadden liever de preventie besproken met hun huisarts. Het doel van de studie was de preventie systematischer aan te pakken en toch de werkbelasting van de verpleegkundige en de arts in evenwicht te houden (10).

Om de duur van het preventieonderzoek nog meer te reduceren, heeft men een tabletcomputer op de markt gebracht.

3.3 MTM

In Vlaanderen zijn er meer dan 700 huisartsen die de tabletcomputer gebruiken. Samen met Domus Medica stelt MTM via tabletcomputers een preventiegerichte en wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst ter beschikking van huisartsen en hun patiënten. Patiënten tussen 45 en 75 jaar vullen de vragenlijst in de wachtzaal in en de antwoorden worden onmiddellijk naar de computer van de arts verstuurd. Hier wordt een overzicht gegeven over het risico op hart- en vaatziekten, diabetes, borst- en baarmoederhalskanker enz. De vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst van Domus Medica, goedgekeurd door het RIZIV. De bedoeling van de tablet is om met een minimale tijdsinvestering van arts en patiënt een maximaal aantal relevante medische

gegevens te verzamelen in het kader van het GMD+ (dit is een aanvulling op het Globaal Medisch Dossier) (11). Voor elke ingevulde lijst met de tablet mag de arts een extra vergoeding van € 10,80, onder een nieuw nomenclatuurnummer (nr. 102395) vragen, die volledig terugbetaald wordt door het ziekenfonds (12).

Uit een studie van Domus Medica blijken 62,8% van de respondenten, die ook de Gezondheidsgids kennen, de tablettoepassing te kennen. Hiervan zijn er 34,1% die hem ook effectief gebruiken. De voordelen van de tablettoepassing van de Gezondheidsgids is o.a. het gebruiksgemak (3). Uit de studie van Hess et al. blijkt dat de meerderheid van de patiënten (84%) geen moeilijkheden hadden met het gebruiken van de tablet. Slechts 3% waren niet behendig met de tablet. Dit zijn oudere patiënten, patiënten met Aziatische en Afro-Amerikaanse origine, laag geschoolden en patiënten met comorbiditeiten (13). Anderzijds wint men tijd als men de tablet gebruikt. Het grootste voordeel is dat de tablet helpt een beter onderbouwd preventieplan op te maken (3).

4 Methodologie

Dit prospectief, observationeel onderzoek werd uitgevoerd van eind september 2014 tot midden december 2014. Patiënten die vroeger of later een GMD plus aanmaakten werden niet geïncludeerd. Het onderzoek werd pas goedgekeurd door het Ethische Comité op 28/10/2014 wegens een communicatiefout (bijlage 1). Hierbij kreeg ik telefonisch de toestemming de resultaten die reeds uit het onderzoek in september-oktober werden bevonden, te gebruiken.

4.1 Selectie studiepopulatie

De doelgroep voor dit preventieplan zijn patiënten tussen 45 en 75 jaar 1) die nog nooit een GMD plus aanmaakten, 2) die meer dan een jaar geleden een GMD plus afsloten en 3) patiënten bij wie minder dan een jaar geleden een GMD plus werd afgesloten maar waarbij de resultaten nog nooit duidelijk werden besproken.
Al de patiënten tussen 45 en 75 jaar kregen een uitnodiging via mail (bijlage 2) of via een flyer (bijlage 3) of werden aangesproken door de secretaresse of door de arts tijdens een consultatie.
De patiënten werden geselecteerd op Accrimed via een zoekmachine die registreert op datum van inschrijving. De inclusieperiode was tussen 01/01/2012 en 31/12/2014 en de geïncludeerde patiënten werden geboren tussen 01/01/1939 en 01/01/1969.

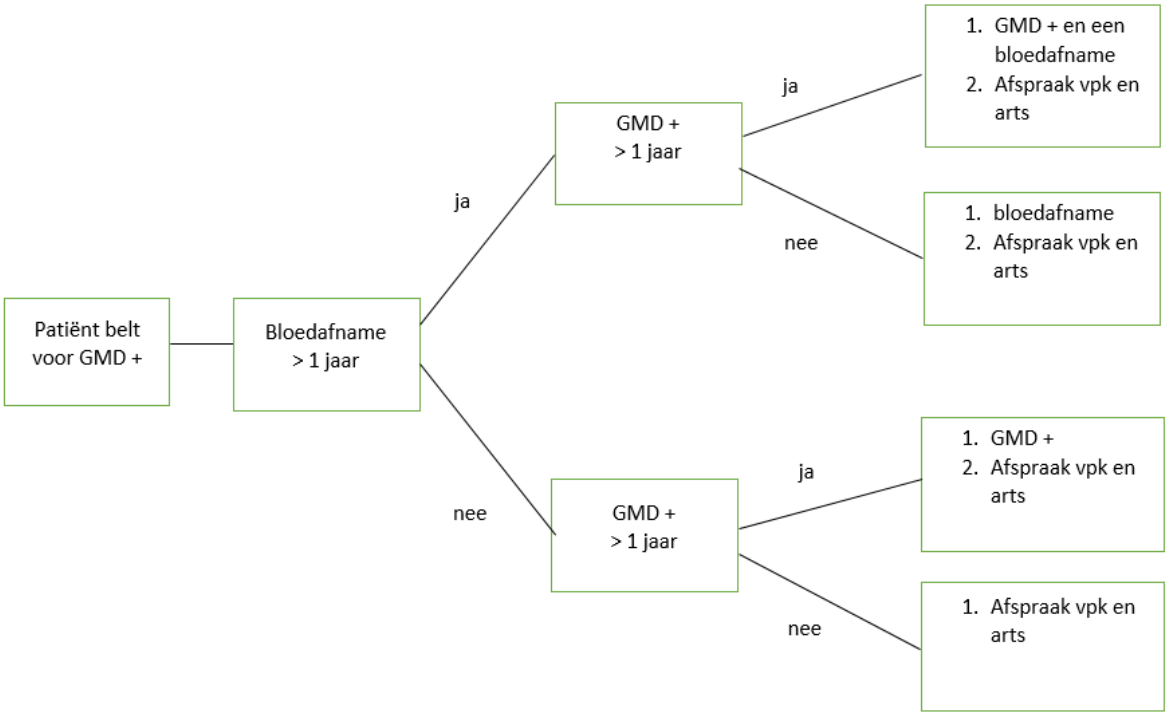
4.2 GMD plus

Het GMD plus werd ingevuld met behulp van de tool M(edical) T(ime) M(anagment). Dit is een Tablet PC waar de patiënt zelfstandig of indien nodig met hulp van de verpleegkundige vragen kan invullen met betrekking tot preventie. De vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst uit de Gezondheidsgids van Domus Medica.
Wanneer de vragenlijst ingevuld wordt, wordt er 10 euro extra gevraagd en wordt dit geregistreerd in Accrimed.

4.3 Onderzoeksplan

De patiënten worden zowel door de secretaresse als door collega's, per mail of via een flyer ingelicht over het preventief onderzoek.

Als patiënten zich aanmelden voor een afspraak via telefoon of aan de balie, wordt eerst gekeken of er enerzijds een nuchtere bloedafname is gebeurd en anderzijds of er een GMD plus werd ingevuld. Indien het een jaar geleden is dat er een bloedafname werd gedaan en nog geen GMD plus werd ingevuld, dan krijgt de patiënt een afspraak bij de arts of de verpleegkundige voor een nuchtere bloedprik en om de vragenlijst in te vullen. Vervolgens wordt een afspraak vastgelegd bij de verpleegkundige en aansluitend bij een arts voor het bespreken van de resultaten. Indien een bloedafname nog geen jaar geleden is, maar het GMD plus nog niet is ingevuld, dan kan de patiënt dit voor de afspraak bij de verpleegkundige en arts invullen. Werd zowel een jaarlijkse bloedafname uitgevoerd als het GMD plus ingevuld, dan dient er onmiddellijk een afspraak bij de verpleegkundige en aansluitend bij een arts gepland te worden (figuur 1).



Figuur 1. Stroomdiagram voor de secretaresse

Als de patiënten zich aanmelden aan de balie voor hun afspraak dient er een informed consent ingevuld te worden (bijlage 4). Enkel dan kan het onderzoek doorgaan. Het informed consent wordt door de secretaresse bijgehouden zodat er een duidelijk overzicht is hoeveel mensen deelnemen aan de studie.

De patiënt komt langs voor al dan niet een nuchter bloed en urine en indien dit nog niet gebeurde, wordt het GMD plus in de wachtzaal ingevuld. Bij vragen kunnen ze zowel bij de secretaresse als de verpleegkundige terecht.

De consultatie bij de verpleegkundige bestaat vooral uit het niet-medicamenteuze deel van het preventief onderzoek. Ze geeft uitleg over gezonde voeding, beweging en geeft indien nodig vaccinaties. Daarnaast meet ze enkele parameters zoals gewicht, lengte, bloeddruk, buikomtrek, zuurstofsaturatie. Dit alles wordt ingevuld in zowel Accrimed als het programma van MTM.

De consultatie bij de artsen bestaat uit het medische deel van het preventief onderzoek. Er wordt een aanvullend klinisch onderzoek uitgevoerd zoals hart-, long- en abdominaal onderzoek. Vervolgens wordt het cardiovasculair risicoprofiel besproken, alsook diabetes, colonkanker-, borstkanker-, baarmoederhalskankerscreening indien het programma dit aangeeft. Tenslotte wordt er een therapeutisch plan gemaakt en eventueel een vervolgconsultatie gepland. Na de consultatie bij de arts vult de patiënt een evaluatieformulier in met eventueel opmerkingen (bijlage 5).

Er werd maandelijks vergaderd om de stand van zaken te bespreken en eventuele hiaten op te lossen. Na ongeveer 3 maanden, en dus ook de laatste bijeenkomst met ons allen, vulden de collega's een evaluatieformulier in (bijlage 6).

4.4 Meetinstrument

Verschillende meetinstrumenten werden verwerkt in de resultaten. Enerzijds willen we de mening van de patiënt, anderzijds die van de artsen, de secretaresse en de verpleegkundige. Dit werd bekomen aan de hand van evaluatieformulieren. De patiënten vulden na de consultatie met de verpleegkundige en de arts een evaluatieformulier in (bijlage 5). Ook de collega's kregen een evaluatieformulier die midden december werd ingevuld en besproken (bijlage 6).

4.5 Multidisciplinaire samenwerking

Er werd maandelijks vergaderd om de stand van zaken te bespreken en eventuele hiaten op te lossen.

De eerste vergadering was begin september. Hierbij kregen alle collega's een uitgebreide beschrijving van de masterproef. Waarom GMD plus als onderwerp gekozen werd, werd

uitgewerkt volgens het FOCUS PDCA model (bijlage 7). Vervolgens werd een plan geschetst (4.1. onderzoeksplan) en de taken verdeeld. De secretaresse kreeg een beschrijving van haar taken en informatie over het GMD plus. Ook kon ze een stroomdiagram gebruiken om de afspraken op een correcte manier in te plannen (figuur 1). Ook de verpleegkundige kreeg een taakbeschrijving en theorie over voeding, beweging en vaccinaties. Alles over een gezonde en evenwichtige voeding, beweging en tetanus-, griep- en pneumococcenvaccins kwam uit de gezondheidsgids van Domus Medica (2).

De volgende vergadering werd georganiseerd eind oktober. Hierbij werden vragen beantwoord en bevindingen gedeeld met de collega's. De laatste vergadering vond plaats midden januari. De resultaten van de studie en de evaluatieformulieren die de collega's invulden, werden besproken.

Naast de evaluatieformulieren van de patiënten en de collega's worden zowel de studiepopulatie, de resultaten van het preventieve onderzoek als de interventies beschreven.

5 Resultaten

5.1 Studiepopulatie

5.1.1 Totale studiepopulatie

zonder GMD plus	307 (39,0)
GMD plus vernieuwen	275 (34,9)
GMD plus	206 (26,1)
TOTAAL	788 (100,0)

Tabel 1. Totale studiepopulatie (N(%)).

Na selectie via de zoekmachine van Accrimed kwamen 788 patiënten in aanmerking voor deze studie. Hierbij had 39,0% nog nooit een GMD plus aangemaakt volgens de registratie in Accrimed, 26,1% had een GMD plus aangesloten binnen het jaar en voor 34,9% was het meer dan een jaar geleden dat een GMD plus werd aangesloten.

Gekende e-mailadressen	462 (58,6)
TOTAAL	788 (100,0)

Tabel 2. E-mailadressen van de patiënten (N(%)).

Naast de folders (bijlage 3) die werden gemaakt om de patiënten te informeren (bijlage 2), werd er ook een mail gestuurd. Van 58,6% van de geselecteerde studiepopulatie hadden we een e-mailadres.

5.1.2 Deelgenomen patiënten

zonder GMD plus	42 (50,6)
GMD plus vernieuwen	24 (27,7)
GMD plus	3 (21,7)
TOTAAL	83 (10,5)

Tabel 3. Aantal deelgenomen patiënten (N(%)).

Van 788 geselecteerde patiënten heeft 10,5 % een informed consent en het MTM ingevuld. De helft had nog nooit een GMD plus aangemaakt volgens de registratie in Accrimed.

Afgewerkt	56 (7,1)
niet afgewerkt	24 (3,1)
evaluatieformulier niet ingevuld	3 (0,4)
TOTAAL	83 (10,5)

Tabel 4. Deelgenomen patiënten (N(%)).

Nadat het MTM werd ingevuld, diende er een afspraak gemaakt te worden bij de verpleegkundige en de arts om de resultaten te bespreken. 3,1% van de patiënten die het informed consent invulden, maakten geen afspraak meer, zelfs niet nadat de secretaresse hen herinnerden. 7,1% van de geselecteerde studiepopulatie rondde het volledige preventieve onderzoek af. 3 patiënten vulden het evaluatieformulier niet in en werden niet geïncludeerd in de resultaten in 5.4. Opinie van de patiënten.

	Volgens dossier	**Volgens patiënt**
zonder GMD plus	14 (25,0)	12 (21,4)
GMD plus vernieuwen	18 (32,1)	6 (10,7)
GMD plus	24 (42,9)	38 (67,9)

Tabel 5. GMD plus volgens het dossier in vergelijking met wat de patiënten denken (N(%)).

In het evaluatieformulier voor de patiënten werd de vraag gesteld of er al een GMD plus werd aangesloten. Hierboven wordt er een vergelijking gemaakt met wat de patiënten antwoordden en wat er in het dossier werd geregistreerd. Patiënten die nog geen GMD plus aansloten waren hiervan op de hoogte. 25% van de patiënten gaf aan reeds een GMD plus aangesloten te hebben, terwijl dit niet geregistreerd was in het dossier. Patiënten waren ook niet op de hoogte dat het GMD plus jaarlijks mag verlengd worden. Slechts een derde wist dat het GMD plus moest vernieuwd worden.

5.1.3 Medium deelname patiënten

Via e-mail	15,5 (27,7)
Via de balie	8 (14,3)
Via de arts	32,5 (58,0)

Tabel 6. Medium deelname patiënten (N(%)).

Van de 56 deelgenomen patiënten deden 32,5% mee via mondeling overleg met de arts. 14,3% kwamen via de secretaresse te weten over de studie en 27,7% door de mail.

Via e-mail	15,5 (3,4)

Tabel 7. Patiënten die door mail hebben meegedaan op het totaal aantal patiënten die een mail kregen (N(%)).

58,6% van de geselecteerde studiepopulatie hadden we een e-mailadres. Hiervan was 3,4% overtuigd via die mail deel te nemen aan de studie.

5.2 Resultaten van het preventief onderzoek

	45-49 jaar	50-59 jaar	60-69 jaar	70-75 jaar	Totaal
	10 (17)	**21 (35,6)**	**16 (27,1)**	**12 (20,3)**	**59 (100)**
Geslacht					
Man	5 (50,0)	10 (47,6)	8 (50,0)	6 (50,0)	29 (49,2)
Vrouw	5 (50,0)	11 (52,4)	8 (50,0)	6 (50,0)	30 (50,9)
CV risico					
Laag	10 (100,0)	19 (90,5)	6 (37,5)	4 (25,0)	38 (64,4)
Matig	0 (0,0)	1 (4,8)	6 (37,5)	4 (33,3)	11 (18,6)
Hoog	0 (0,0)	1 (4,8)	4 (25,0)	5 (41,7)	10 (17,0)
Roken	2 (20,0)	4 (19,1)	2 (12,5)	1 (8,3)	9 (15,3)
Cholesterol					
<4,5	2 (20,0)	5 (23,8)	1 (62,5)	4 (33,3)	12 (35,6)
≥4,5	5 (50,0)	8 (38,1)	1 (6,3)	5 (41,7)	19 (32,2)
≥5,5	2 (20,0)	6 (28,6)	4 (25,0)	3 (25,0)	15 (25,4)
≥6,5	1 (10,0)	2 (9,5)	1 (6,3)	0 (0,0)	4 (6,8)
Bloeddruk					
<130	9 (90,0)	12 (57,1)	5 (31,3)	4 (33,3)	30 (50,9)
≥130	0 (0,0)	5 (23,8)	9 (56,3)	4 (33,3)	18 (30,5)
≥150	1 (10,0)	4 (10,1)	2 (12,5)	4 (33,3)	11 (18,6)
BMI					
<24,9	7 (70,0)	10 (47,6)	8 (50,0)	3 (25,0)	28 (47,5)
25-29,9	1 (10,0)	7 (33,3)	5 (31,3)	6 (50,0)	19 (32,2)
>30	2 (20,0)	4 (19,1)	3 (18,8)	3 (25,0)	12 (20,3)
Diabetes	0 (0,0)	2 (9,5)	4 (25,0)	4 (33,3)	10 (17,0)
FOBT					
Negatief	0 (0,0)	12 (57,1)	13 (81,3)	10 (83,3)	35 (68,6)
Positief	1 (50,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	2 (16,7)	5 (9,1)
Nog te doen	1 (50,0)	7 (33,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	11 (21,6)
Tetanusvaccin					
Gegeven	4 (40,0)	16 (76,2)	14 (87,5)	12 (100,0)	46 (78,0)
Nog te geven	1 (10,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)	3 (5,1)

Suiker					
>126	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (1,7)
100-126	1 (10,0)	4 (19,1)	0 (0,0)	3 (25,0)	8 (13,6)
Borstca-screening					
Laag	4 (80,0)	9 (81,8)	6 (75,0)	5 (83,3)	24 (80,0)
Bescheiden	1 (20,0)	1 (9,1)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (10,0)
Hoog	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (12,5)	1 (16,7)	3 (10,0)
Mammografie					
<2 jaar	4 (80,0)	10 (90,0)	6 (75,0)	2 (33,3)	22 (73,3)
>2 jaar	1 (20,0)	1 (9,1)	2 (25,0)	4 (66,7)	8 (26,7)
Uitstrijkje					
<3 jaar	5 (100,0)	11 (100,0)	2 (25,0)	1 (16,7)	19 (63,3)
>3 jaar	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	5 (83,3)	11 (36,7)

Tabel 8. Resultaten van het preventieve onderzoek (N(%)).

Tabel 8 beschrijft alle resultaten van wat besproken werd door de arts en de verpleegkundige in het preventieve onderzoek. 64,4% van de studiepopulatie heeft een laag cardiovasculair risico. De meerderheid van de patiënten met een hoog cardiovasculair risico zijn ouder dan 60 jaar. 15,3 % van de studiepopulatie rookt. Een verhoogde cholesterol kwam bij een derde voor in de studiepopulatie, verspreid over de verschillende leeftijden. Bij 18,6 % werd een systolische druk boven 150 gemeten. 20,3 % is obees, verspreid over de verschillende leeftijden. 10 patiënten werden reeds behandeld voor diabetes type 2 en 1 patiënt had een suikerspiegel boven 126. Van de 40 patiënten die een FOBT hebben gedaan, waren er 5 met een positieve test. 2 patiënten werden doorgestuurd om een coloscopie te ondergaan. 78,0% van de patiënten kreeg een tetanusvaccinatie, enerzijds omdat het meer dan 10 jaar geleden was of omdat het niet gekend was wanneer ze de laatste keer een vaccinatie kregen. 80% van de vrouwen had een laag risico op het krijgen van borstkanker. Bij slechts 26,7% van de vrouwen was het meer dan 2 jaar geleden dat er een mammografie werd gedaan en bij 36,7% van de vrouwen gebeurde meer dan 3 jaar geleden een uitstrijkje. Nalatigheid wat betreft het uitvoeren van de mammografie kwam het meeste voor bij 70 jarigen of ouder en dus zij die niet meer in aanmerking komen. Het uitstrijkje werd het minst uitgevoerd in de leeftijdsgroep tussen 60 en 69 jaar.

5.3 Interventies

	45-49 jaar	50-59 jaar	60-69 jaar	70-75 jaar	Totaal
	10 (17)	21 (35,6)	16 (27,1)	12 (20,3)	59 (100)
Nieuwe bloedafname	6 (60,0)	11 (52,4)	9 (56,3)	9 (75,0)	35 (59,3)
Tetanusvaccin					
Ja	4 (40,0)	16 (76,2)	14 (87,5)	12 (100,0)	46 (78,0)
Nee	5 (50,0)	5 (23,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (17,0)
Nog te doen	1 (10,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)	3 (5,1)
Colon					
FOBT nog te doen	1 (10,0)	7 (33,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	11 (18,6)
Controle FOBT	1 (10,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (8,3)	3 (5,1)
Coloscopie	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (8,3)	2 (3,4)
Cholesterol					
Informatie	5 (50,0)	8 (38,1)	6 (37,5)	4 (33,3)	23 (39,0)
Medicatie	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (16,7)	3 (5,1)
Diabetes					
Pre-diabetes	1 (10,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,4)
Diabetes	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (1,7)
Diabetes (GC)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (0,0)	1 (1,7)
Dieet	3 (30,0)	11 (52,4)	8 (50,0)	9 (75,0)	31 (52,5)
Bloeddruk					
Controle	1 (10,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (8,3)	3 (5,1)
Medicatie	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (16,7)	3 (5,1)
Rookstop	1 (10,0)	3 (14,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	5 (8,5)
Mammografie te plannen	0 (0,0)	1 (9,1)	2 (25,0)	0 (0,0)	3 (10,0)
Uitstrijkje te plannen	0 (0,0)	1 (9,1)	4 (50,0)	0 (0,0)	5 (16,7)

Tabel 9. Interventies van het preventieve onderzoek (N(%)).

Vermits het een jaar geleden was, hebben we bij 59,3% van de patiënten een bloedafname verricht. 78,0% van de patiënten kregen een tetanusvaccinatie, enerzijds omdat het meer dan 10 jaar geleden was of omdat het niet gekend was wanneer ze de laatste keer een vaccinatie kregen. 40 patiënten hebben een FOBT gedaan en 11 patiënten werden verzocht om een FOBT te doen. 5 patiënten hadden een positieve test. Hiervan werden 3 verzocht een controle FOBT uit te voeren vermits er bij de afname bloed was door menstruatie of aambeien. 2 patiënten hadden onverwacht een positieve test en werden doorgestuurd naar een gastro-enteroloog om een coloscopie te laten uitvoeren. Een verhoogde cholesterol kwam bij een derde van de studiepopulatie voor verspreidt over de verschillende leeftijdsgroepen. Bij 39,0% van de patiënten werd een document meegegeven met informatie over cholesterol. Bij 5,1% van de patiënten werd cholesterolverlagende medicatie opgestart vermits een te hoge cholesterol en een dieet onvoldoende bleek.

2 patiënten hadden een verhoogd suikergehalte in het bloed tussen de 100 en de 126, 1 patiënt hoger dan 126 en 1 diabetespatiënt vertoonde een slecht geregelde suikerwaarde.

De helft van de studiepopulatie had een BMI hoger dan 25 en de verpleegkundige gaf hen een dieetadvies op basis van de voedingsdriehoek. Van de 18,6% patiënten met een systolische druk hoger dan 15O, kreeg 5,1% het advies binnen 2 weken hun bloeddruk te laten controleren. Dit is omdat het bij die patiënten de eerste keer is dat ze een verhoogde bloeddruk en een verhoogd cardiovasculair risico hebben. 5,1% van de studiepopulatie kreeg bloeddrukverlagende medicatie omdat het reeds de 3de verhoogde meting was.

De helft van de rokers wou stoppen met roken en rookstopbegeleiding werd hen aangeraden.

Slechts 10% van de vrouwen kreeg een herinnering voor een mammografie en 16,7% voor een uitstrijkje enerzijds omdat het reeds 3 jaar geleden was of anderzijds omdat een vorig uitstrijkje moest gecontroleerd worden.

5.4 Opinie van de patiënten

Kreeg u genoeg informatie over de studie via de secretaresse?	4,7
Hoe ging het om met de tablet de vragenlijst te beantwoorden?	4,8
Hoe verliep het contact met de verpleegkundige?	4,9
Kreeg u genoeg informatie van de verpleegkundige?	4,9
Hoe verliep het contact met de arts?	4,9
Kreeg u genoeg informatie van de arts?	4,9
Was het een efficiënte manier om het GMD + in te voeren in de praktijk?	4,8

Tabel 10. Evaluatie van de patiënten op 5.

Patiënten gaven een score tussen 1 (zeer slecht) en 5 (zeer goed). Op al de vragen werd er hoog gescoord.

Ik vind dat het aanmaken van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt en dit mag jaarlijks op deze manier vernieuwd worden.	42 (75,0)
Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt maar het hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.	11 (19,6)
Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een moeilijke manier verloopt en dit hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.	3 (5,4)

Tabel 11. Het gemak van het GMD plus (N(%)).

75% van de patiënten vond dat het aanmaken van het GMD plus op een gemakkelijke manier verliep. Het mag daarom voor de meesten ook jaarlijks vernieuwd worden. Slechts een klein aantal, 5,4% vond het moeilijk en wil het niet elk jaar laten vernieuwen.

5.5 Opinie van de verpleegkundige, secretaresse en artsen

	ARTS	SECR	VPK	TOTAAL
Werden jullie goed geïnformeerd bij de eerste vergadering?	4,7 (N=3)	5 (N=1)	4 (N=1)	4,6 (N=5)
Was het gemakkelijk om de patiënten te informeren?	4 (N=3)	4 (N=1)	3 (N=1)	3,8 (N=5)
Waren de patiënten enthousiast over het initiatief?	4 (N=3)	4 (N=1)	5 (N=1)	4,2 (N=5)
Was dit initiatief een tijdrovende bezigheid?	2,5 (N=2)	3 (N=1)	5 (N=1)	3,3 (N=4)
Bracht dit onderzoek stress met zich mee?	1,5 (N=2)	3 (N=1)	3 (N=1)	2,3 (N=4)

Tabel 12. Evaluatie van de artsen, de secretaresse en de verpleegkundige op 5.

De artsen, de secretaresse en de verpleegkundige gaven een score tussen 1 (zeer weinig of zeer slecht) en 5 (zeer veel of zeer goed). Ze waren zeer tevreden over het voorbereidend werk waardoor informatie geven aan de patiënt ook gemakkelijk was. De patiënten waren volgens hen zeer enthousiast over het initiatief. Op tijdbestek van het onderzoek gaf men wel 3,3 op 5 en wat betreft stress bij het uitvoeren van het onderzoek een neutrale score (2,3 op 5).

	ARTS	VPK	TOTAAL
Hoe vlot liep het consult?	4,5 (N=2)	4 (N=1)	4,3 (N=3)
Hoe was het contact met de patiënt?	5 (N=2)	4 (N=1)	4,7 (N=3)

Tabel 13. Evaluatie van de artsen en de verpleegkundige op 5.

Het consult liep volgens de artsen en de verpleegkundige op een zeer vlotte manier en het contact met de patiënten was ook zeer goed.

Ik vind dat het aanmaken van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt en dit mag jaarlijks op deze manier vernieuwd worden.	1 (20,0)
Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt maar het hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.	4 (80,0)
Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een moeilijke manier verloopt en dit hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.	0 (0,0)

Tabel 14. Het gemak van GMD plus (N(%).

De 80% van de collega's vindt dat het GMD plus wel op een gemakkelijke manier verloopt maar dat het niet jaarlijks hoeft vernieuwd te worden.

6 Discussie

In tabel 5 wordt de registratie van het GMD plus in Accrimed vergeleken met wat de patiënten invulden op hun evaluatieformulier. Hadden ze al een GMD plus, moest die vernieuwd worden of hadden ze nog nooit één afgesloten. 2 zaken vielen op. Enerzijds waren er volgens het dossier meer patiënten die hun dossier moesten vernieuwen dan dat de patiënten zelf aangaven. Ofwel weten de patiënten niet meer wanneer hun GMD plus werd aangemaakt ofwel wisten ze niet dat dit jaarlijks mag vernieuwd worden. Anderzijds zijn er meer patiënten die aanduidden dat ze reeds een GMD plus hebben aangemaakt dit jaar dan wat de registratie in Accrimed toonde. Vermoedelijk is er nalatigheid wat betreft het registreren van het GMD plus in het EMD. Uit deze tabel kunnen we met waarschijnlijkheid concluderen dat de patiënt te weinig geïnformeerd is en dat de arts vergat het GMD plus te registreren.

Hoe kunnen we, zonder de werk- en tijdsdruk op te drijven, een preventieconsult met behulp van GMD + in de praktijk integreren en optimaliseren, waarbij de arts zijn kerntaak behoudt? Kunnen het MTM-tool, de verpleegkundige en de secretaresse hierbij helpen?

De instrumenten om dit te meten zijn enerzijds de evaluatieformulieren van de patiënten en die van de collega's die deze studie nauw hebben opgevolgd.

De meerderheid van de *deelgenomen patiënten* was zeer enthousiast en vond, zoals in tabel 10 beschreven, dat het GMD plus jaarlijks mag herhaald worden op de manier zoals in de praktijk is toegepast. Dat blijkt ook uit de resultaten geïllustreerd in tabel 12. De patiënten kregen genoeg informatie van de secretaresse, de verpleegkundige en de arts, het contact liep vlot en de tablet werd geëvalueerd als een handige tool om het GMD plus op een efficiënte manier in de huisartsenpraktijk te integreren. Toch is er de preventieparadox: 64,4 % had een laag - en slechts 17,0% had een hoog cardiovasculair risico. Vooral patiënten die het minste nood hebben aan een preventief onderzoek worden aangetrokken om deel te nemen aan de studie. Ze willen weten hoe het gaat met hun gezondheid en zijn tevreden te horen dat alles goed gaat. Juist de patiënten die preventie het hardst nodig hebben, konden we amper bereiken. Vermits vooral patiënten met een laag cardiovasculair risico deelnamen aan de studie, moesten er weinig interventies ondernomen worden. Samen met de hulp van de verpleegkundige maakt dit dat veel consultaties gemakkelijk op 15 minuten konden gebeuren.

De score die aangeeft of de studie veel tijd in beslag nam, is 3,3 op 5. Dit is het gemiddelde van de scores die zowel de secretaresse, de verpleegkundige als de artsen gaven (tabel 12, 13).

De *secretaresse* had een belangrijke rol in de administratie tijdens de studie. Zij informeerde de patiënten, liet ze een informed consent invullen en gaf uitleg bij het invullen van het MTM. Ze maakte aansluitende afspraken bij de verpleegkundige en de artsen en tenslotte liet ze de patiënten de evaluatieformulieren invullen na de consultaties. Haar taken werden goed uitgelegd en ze voerde die goed uit. Ze vond het soms wel, soms niet gemakkelijk om de patiënten in te lichten over de studie. Zo zien we ook dat slechts 14,3% van de patiënten deelnam aan de studie door de informatie die ze kregen aan de balie (tabel 6). Niettemin merkte ze dat de patiënten enthousiast waren om deel te nemen en het leerrijk vonden.
Door de vele taken die ze moest uitvoeren, vond ze het soms tijdrovend. Het verliep vaak chaotisch wat soms stress met zich meebracht. Het was omslachtig en ze moest vaak uitleggen dat er 2 consultaties moesten gebeuren, enerzijds de bloedafname, anderzijds de consultatie bij de verpleegkundige en de artsen. Daardoor kwamen 24 patiënten van de 83 niet terug voor een consultatie bij de verpleegkundige en de arts. Die 24 patiënten worden daarom als 'niet afgewerkt' beschouwd (tabel 4) en werden niet geïncludeerd in de resultaten van het preventieve onderzoek.

Het chaotische kan enerzijds verklaard worden doordat er zowel informed consent als evaluatieformulieren moesten ingevuld worden. Soms werd dit vergeten en moest de secretaresse de patiënten opnieuw contacteren. Anderzijds kan de periode waarin de studie doorging een verklaring bieden waarom het voor de secretaresse stresserend verliep. De studie liep van eind september t.e.m. midden december 2014, de periode wanneer de griepvaccins worden gegeven. Die consultaties combineren met die van het preventieve onderzoek, maakt het zeer moeilijk het preventief consult te plannen waardoor patiënten vaak een maand moesten wachten totdat de resultaten werden besproken.
Toch vond ze dat deze masterproef een goed verloop kende. Als de evaluatieformulieren en informed consent zouden wegvallen en we het onderzoek tijdens een andere periode zouden uitvoeren, dan zou het minder tijdrovend en stresserend verlopen.

De *verpleegkundige* vond dat de opeenvolging van de verschillende stappen in de studie op een vlotte manier verliep. Ondanks het feit dat het soms moeilijk was de patiënten te informeren, liep het consult wel vlot en ervaarde ze een goed contact met de patiënten. De patiënten waren enthousiast en tevreden met de aandacht. Ze merkte op dat er door dit preventief onderzoek vaak verdoken problemen naar boven kwamen. Tabel 8 toont dat er 17,0% van de deelgenomen patiënten een hoog cardiovasculair risico heeft, daarnaast heeft. 18,6% van de deelnemers een te hoge bloeddruk , en is 20,3% van de patiënten obees. Verder hadden 5 patiënten een positieve FOBT waarvan 2 doorgestuurd werden voor een coloscopie. Ook werd 1 patiënt behandeld voor diabetes type 2.

Net zoals de secretaresse vond de verpleegkundige het een zeer tijdrovende bezigheid. Enerzijds omdat het tijdens de winterperiode doorging. Ze moest ook griepvaccins geven, dit om het werk van de artsen te verlichten. Anderzijds omdat de studie op een te korte tijd moest gebeuren. Indien het op meerdere maanden zou verlopen, dan was er meer ruimte om de consultaties te spreiden. Ook merkte ze, net zoals de secretaresse, dat de patiënten het vervelend vonden verschillende keren te moeten terugkomen. Zij zou om die verschillende redenen het GMD plus niet jaarlijks laten doorgaan.

De *artsen* kregen voldoende achtergrondinformatie om de consultaties vlot te laten verlopen. Het contact met de patiënt was zeer goed. Het was gemakkelijk de patiënten te informeren en zo blijkt ook dat bij 58,0% van de patiënten de arts de bron was om deel te nemen aan de studie (tabel 6). De patiënten vinden een preventief onderzoek nuttig, ze leken tevreden over de vlotte concrete afwikkeling, over de opvolging en de bespreking. Het was voor sommigen een aanzet om met hun gezondheid op een rustige manier bezig te zijn, zonder die preventie te ernstig te nemen.
De artsen ervaarden het onderzoek enerzijds wel enigszins als tijdrovend, voornamelijk gezien het juist in de drukke periode van de griepvaccinaties liep. Anderzijds zorgde de goede samenwerking met de secretaresse en de verpleegkundige ervoor dat het werk voor hen verlicht werd. Het werk werd naar hun aanvoelen goed verdeeld. De secretaresse is verantwoordelijk voor al het administratieve, de verpleegkundige meet en weegt de patiënt, neemt de bloeddruk en voert al de gegevens in om het programma het cardiovasculaire risico te laten bepalen. Ze geeft uitleg over gezonde voeding en over lichaamsbeweging en tenslotte geeft ze indien nodig een tetanus-, grieps- en/of pneumococcenvaccin. Dit geeft de arts meer comfort en de tijd om het cardiovasculaire risico, colon-, borst-, baarmoederhalskanker-screening te bespreken, en/of diabetes op te sporen en te behandelen.
Om de patiënt extra informatie mee te geven en de arts wat tijd te besparen in uitleg geven over preventie, kan een foldertje met uitleg in de wachtzaal gelegd worden. Op die manier kunnen de patiënten dit op hun tijd doornemen en vragen stellen indien nodig. Ook kunnen we die informatie op de website of andere media plaatsen.
Dankzij de vlotte samenwerking met de verpleegkundige en de secretaresse ervaarde de arts weinig stress. Toch stelde een collega voor om tijdens het preventieve onderzoek zich enkel te focussen op 1 item per jaar, vb. enkel het cardiovasculaire risico bespreken het ene jaar, het volgende jaar colonkankerscreening. Hiermee zal zowel tijd als stress beperkt blijven. Toch kwam de bedenking dat er op die manier veel patiënten kunnen gemist worden.

Als conclusie heeft 80% van het personeel besloten dat het GMD plus aanmaken op een gemakkelijke manier gebeurt, maar dat het niet jaarlijks hoeft integraal herhaald te worden (tabel 14).

7 Beperkingen

Er zijn enkele beperkingen in de studie. Er zijn van de 83 patiënten die een informed consent hadden ingevuld, 24 niet meer op vervolgconsultatie zijn gekomen. Van de 59 die wel op consultatie kwamen, kon de secretaresse 3 patiënten niet bereiken om het evaluatieformulier in te vullen. Daarom worden 56 i.p.v. 59 patiënten geïntegreerd in de resultaten van de opinie van de patiënt (5.4. Opinie van de patiënt).

Ook deden niet alle artsen mee aan de studie. 2 van de 3 deden actief mee aan het preventief consult. 2 artsen is weinig om de stress en tijdschaal te meten.

De interpretatie om het preventief onderzoek jaarlijks te verlengen was verschillend. Het preventieve onderzoek hoeft jaarlijks niet integraal verlengd worden. Enkele vragen dienen opnieuw gesteld te worden zoals het herhalingsplan van Domus Medica aanbeveelt (2).

De tijdspanne voor het versturen van de e-mail was veel te kort. Er werden eerst om de 2 weken 50 mails verstuurd, maar midden november werd alles verstuurd. Hierdoor wouden teveel mensen tegelijkertijd meedoen aan de studie en werd het moeilijk om dit in te plannen.

De studie liep van eind september tot midden december 2014. In november was de secretaresse, alsook een collega op reis. De structuur van het preventieve onderzoek viel dan even weg. Hiermee werd rekening gehouden en er werden weinig preventieve onderzoeken gepland tijdens die periode.

Patiënten kunnen ook online inloggen en een afspraak maken. Daarom liep het soms fout als ze een afspraak maakten voor een preventief onderzoek en werd er geen rekening gehouden met het feit dat ze eerst een kwartier bij de verpleegkundige verwacht werden.

Tenslotte werkt elke arts op een ander manier. Er werd een standaard tekst in Accrimed geplaatst, '*Het preventief consult werd uitgevoerd door de verpleegkundige en de arts. Volgend therapieplan werd gepland:*'. Dit werd niet altijd gebruikt en er werd niet altijd genoteerd wat er besproken werd met de patiënt, wat het moeilijk maakt om de resultaten te registeren. Ook de verpleegkundige vergat soms haar interventies te noteren, wat het moeilijk maakte te zien of er al dan niet een tetanusvaccin werd gegeven.

8 Besluit

De meerderheid van de patiënten vond dat het preventieve onderzoek op een gemakkelijke manier gebeurde en van hen mocht het jaarlijks herhaald worden. Ze kregen genoeg informatie van de secretaresse, verpleegkundige en de arts, het contact liep vlot en de tablet werd geëvalueerd als een handige tool om het GMD plus op een efficiënte manier in de huisartsenpraktijk te integreren. Hoewel het preventieve onderzoek met behulp van het MTM, een verpleegkundige en een secretaresse als een gemakkelijke en vlotte manier werd bevonden om een GMD plus af te sluiten, stemde de meerderheid van onze praktijk dat het niet jaarlijks integraal hoeft te gebeuren.

Om het onderzoek minder tijdrovend en minder stresserend te maken voor alle partijen werd voorgesteld geen informed consent en evaluatieformulieren meer te laten invullen. Best wordt het preventieve onderzoek ook eerder in de zomer dan in de winter uitgevoerd. Niet alle onderwerpen van preventie hoeven aangehaald te worden, vb. elk jaar één item. Tenslotte kan een automatisme ingesteld worden, zoals de patiënt die een nuchtere bloedafname laat doen, voor te stellen ook het MTM te laten invullen en een consultatie in te plannen om zowel de bloedresultaten als preventie zorgvuldig te bespreken.

Mits toepassing van de tips die hierboven worden beschreven, kan het preventieve onderzoek met behulp van het MTM, een secretaresse en een verpleegkundige in onze praktijk als een minder tijdrovend en stresserend initiatief beschouwd worden.

9 Referenties

1. RIZIV, geraadpleegd op: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/ individuele - zorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/globaalmedischdossier.aspx#Preventiemodule_(nomenclatuurcodenummer_102395)
2. Gezondheidsgids 2014, Domus Medica
3. Determinanten voor gebruik GMD + en de Gezondheidsgids bij huisartsen, Enquête, Domus Medica, april 2014
4. S. Mennes, B. Schoolmeesters, B. Schoenmakers: Invoeren van preventie in de huisartsenpraktijk. Huisarts nu, september – oktober 2013; 42(5)
5. Lasse T. Krogsboll, ea: General Health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012;345.
6. McAvoy BR. A scandal of inaction: how to help GPs implement evidence-based health promotion. Br J Gen Pract 2000 Mar; 50(452): 180–181.

7. Messens Stijn, GMD-plus: een recept voor de praktijk, Leuven MANAMA 2013
8. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R, et al. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2012. Report No.: 190A. Geraadpleegd via: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/position-paper-organisatie-van-zorg-voor-chronischzieken-in-belgië.
9. Lenders N, Aertgeerts B. Kan de praktijkverpleegkundige een meerwaarde bieden in de preventieve taak van de huisarts? Opstellen van een methode met toetsing in de praktijk door middel van tetanusvaccinatie. Leuven, MANAMA 28/05/2011.
10. M. Smeets, J. Ronse, A. Van Linden, L. Seuntjens, B. Aertgeerts: Het verpleegkundig preventieconsult, Huisarts nu, september –oktober 2013; 42(5)
11. Persmededeling Overpelt: MTM, 7 juni 2013.
12. Science Tribune - Medical Time Management. De digitale versie van het GMD+. Beschikbaar via: http://www.gmdplus.be/
13. Hess R, Santucci A, McTigue K et al. Patient difficulty using tablet computers to screen in primary care. J Gen Intern Med. 2008 Apr;23(4):476-80

10 Bijlage

10.1 Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0350	29-okt-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Bezorgt GMD plus de huisarts een burn-out? MAnaMA Celine Debruyne

Belgisch Registratienummer: B670201420744

* Adviesaanvraagformulier dd. 28/03/2014 (volledig ontvangen dd. 31/03/2014)
* Flyer
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 28/10/2014 op opmerkingen EC dd. 02/04/2014
* Toestemmingsformulier GMD plus (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 28/10/2014)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/10/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/10/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/10/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/10/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/11/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/11/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0350	29-okt-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0350

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*

  The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

10.2 Bijlage 2: Patiëntenbrief per mail

Beste patiënt,

Graag zouden wij in de praktijk het preventieve consult, gekend als 'GMD plus' willen invoeren. Dit gebeurt in het kader van mijn masterproef of thesis.

Het 'Globaal Medisch Dossier plus' is een aanvulling op het globaal medisch dossier die u jaarlijks bij ons verlengt. Het is een persoonlijk preventieplan die bepaalt welke gezondheidsrisico's u loopt en/of er leefstijlaanpassingen en vaccinaties nodig zijn.

De doelgroep van dit preventieplan is:

- patiënten tussen 45 en 75 jaar die nog geen GMD plus hebben
- patiënten die een GMD plus hebben, dat al een jaar geleden werd aangemaakt
- patiënten die dit jaar een GMD plus hebben afgesloten, maar nog geen duidelijk preventieplan opgesteld kregen

Heeft u nog vragen of wilt u een afspraak maken? Aarzel niet ons te contacteren op het nummer 09/366.41.66 of kom langs bij Wendy aan de balie.



Dank voor uw medewerking,

Dr. Debruyne Celine

10.3 Bijlage 3: Folder

Beste patiënt,

Bent u tussen 45 en 75 jaar?

Dan nodig ik u graag uit om **een vragenlijst over uw gezondheid in te vullen**. Dit duurt slechts **enkele minuten** en gebeurt met hulp van de verpleegkundige.

Deze extra informatie is bijzonder nuttig bij het **voorkomen van bepaalde risico's en brengt voor u geen extra kosten mee.**

Wenst u dit graag te doen of heeft u vragen, dan kan u terecht aan de balie of het nummer 09/366.41.66.

Voor meer informatie kunt u één van de artsen hierover aanspreken.

Dr. Debruyne Celine



Huisartsenpraktijk Vive
Vijverstraat 3
9230 Wetteren

10.4 Bijlage 4: Informed consent

Informed consent: GMD plus

Geachte patiënt,

In het kader van een onderzoeksproject van de huisarts in opleiding Dr. Debruyne Celine, zouden wij graag wat meer stilstaan bij preventie. Wij willen met dit onderzoek ontdekken hoe we op een efficiënte manier preventie kunnen invoeren om zo uw gezondheid te verbeteren. Bij dit onderzoek maken wij een G(lobaal) M(edisch) D(ossier) plus aan, m.a.w. het preventief onderzoek. Dit is een aanvulling op uw globaal medisch dossier.

Om de studie betrouwbaar te maken hebben wij zoveel mogelijk kandidaten nodig die hieraan willen deelnemen. Wij hopen op uw medewerking. U heeft het recht om deelname aan deze studie te weigeren of zelfs tijdens het onderzoek af te zien van verdere medewerking zonder opgave van reden. De gewone zorg door uw hulpverleners zal bij eventuele weigering niet beïnvloed worden.
Om gebruik te mogen maken van uw persoonsgegevens voor dit onderzoek, hebben wij uw goedkeuring nodig. Al uw gegevens worden anoniem verwerkt en de personeelsleden die meewerken bij deze studie zijn allen gebonden aan beroepsgeheim.

Bij het ondertekenen van dit document gaat u akkoord dat uw gegevens worden verwerkt in deze studie en dat wij uw GMD plus registreren.

Indien er nog vragen zijn, aarzel niet ze te stellen.

Ik (patiënt) …… ga akkoord dat mijn gegevens worden gebruikt voor deze studie.

Opgemaakt op ……/……/…….. Te …….. .

Handtekening van de patiënt

10.5 Bijlage 5: Evaluatieformulier

Naam: Geboortedatum:

Evaluatieformulier van de patiënt

Graag willen we weten hoe u het preventieve consult heeft ervaren. Kunt u daarom dit formulier invullen en terug afgeven aan de secretaresse?

De resultaten van dit evaluatieformulier worden anoniem verwerkt.

Kruis aan wat past.

1. *Hoe bent u over deze studie te weten gekomen?*

- O Via e-mail
- O Via de balie
- O Via de arts

2. *GMD plus*

- O Ik had reeds een GMD plus afgesloten dit jaar.
- O Het was een jaar of langer geleden dat ik een GMD plus heb afgesloten.
- O Het is de eerste keer dat ik een GMD plus afgesloten heb.

3. *Het gemak van het GMD plus*

- O Ik vind dat het aanmaken van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt en dit mag jaarlijks op deze manier vernieuwd worden.
- O Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt maar het hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.
- O Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een moeilijke manier verloopt en dit hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.

Geef een score tussen 1 (slecht) en 5 (uitstekend).

	1	2	3	4	5
Kreeg u genoeg informatie over de studie via de secretaresse?					
Hoe ging het om met de tablet de vragenlijst te beantwoorden?					
Hoe verliep het contact met de verpleegkundige?					
Kreeg u genoeg informatie van de verpleegkundige?					
Hoe verliep het contact met de arts?					
Kreeg u genoeg informatie van de arts?					
Was het een efficiënte manier om het GMD + in te voeren in de praktijk?					

Heeft u andere suggesties of opmerkingen?

10.6 Bijlage 6: Evaluatieformulier collega's

Vergadering eindevaluatie masterproef

Geef een score tussen 1 (slecht of weinig) en 5 (uitstekend of veel).

Voor secretaresse, verpleegkundige en de artsen

	1	2	3	4	5
Werden jullie goed geïnformeerd bij de eerste vergadering?					
Was het gemakkelijk om de patiënten te informeren?					
Waren de patiënten enthousiast over het initiatief?					
Was dit initiatief een tijdrovende bezigheid?					
Bracht dit onderzoek stress met zich mee?					

Voor de verpleegkundige en de artsen

	1	2	3	4	5
Hoe vlot liep het consult?					
Hoe was het contact met de patiënt?					

Voor secretaresse, verpleegkundige en de artsen

Wat was er goed?

Wat was er niet goed aan?

Zijn er zaken die u anders zou doen, zo ja, hoe?

Conclusie

- O Ik vind dat het aanmaken van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt en dit mag jaarlijks op deze manier vernieuwd worden.
- O Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een gemakkelijke manier verloopt maar het hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.
- O Ik vind dat het aanleggen van het GMD plus op een moeilijke manier verloopt en dit hoeft niet jaarlijks vernieuwd te worden.

10.7 Bijlage 7: FOCUS PDCA / Goedgekeurd protocol

Find problem

In onze praktijk wordt al sinds enkele jaren gebruik gemaakt van het GMD plus. Het GMD plus wordt ingevuld a.d.h.v. een Tablet PC, M(edical) T(ime) M(anagment). De manier waarop het wordt gebruikt verloopt nog niet volgens een bepaald protocol. Zo wordt er nadat het MTM is ingevuld te weinig gedaan met de resultaten.

Vraagstelling:

- Hoe kunnen we, zonder de werk- en tijdsdruk op te drijven, een preventieconsult met behulp van GMD + in de praktijk integreren en optimaliseren, waarbij de arts zijn kerntaak behoudt?
- Kunnen het MTM-tool, de verpleegkundige en de secretaresse hierbij helpen?

Organise

Collegae:

- 2 collega's kunnen meehelpen patiënten tussen 45 en 75 jaar te informeren over het preventieonderzoek. Na de consultatie laten we hen de vragenlijst o.b.v. MTM invullen. Indien een nuchtere bloedafname noodzakelijk is, wordt een afspraak gemaakt bij de verpleegkundige of de arts.
- Ook zij die al een ingevuld GMD plus hebben, worden uitgenodigd om op consultatie te komen om de resultaten eens aandachtig te bespreken.
- Als de patiënten terugkomen om de resultaten te bespreken, vullen we een checklist in wat er allemaal moet gebeuren. Bv. tetanusinjectie, uitstrijkje. Zo kan de patiënt zelf een initiatief nemen wat betreft zijn gezondheid en valt het niet allemaal op de arts om de patiënt eraan te herinneren.

Secretaresse: De secretaresse kan elke patiënt tussen 45 en 75 jaar die of op consultatie komt of om een andere reden aan de balie komt de vraag stellen of zij willen deelnemen aan de studie. 1) Zij die nog geen GMD plus hebben om MTM te gebruiken, 2) zij die het GMD plus dienen te vernieuwen, en 3) zij die al een GMD plus hebben, uitnodigen om op consultatie te komen om de resultaten beter te bekijken.

Verpleegkundige: De verpleegkundige, die 4 halve dagen op de week aanwezig is, kan de patiënt helpen het MTM te hanteren. Ook kan zij, indien een bloedafname al een jaar geleden is, een nuchtere bloedafname doen en urine verzamelen. Bovendien zal ze de arts ondersteunen in het preventieve onderzoek voor het niet-medicamenteus gedeelte.

Clarify

Onderwerp: Er wordt nadat het MTM is ingevuld te weinig gedaan met de resultaten.
Patiëntenpopulatie: patiënten tussen 45 en 75 jaar die wel of geen GMD plus hebben
Datum inschrijving tussen 01/01/2012 en 31/12/2014 patiënten geboren tussen 01/01/1939 en 01/01/1969.

Understand

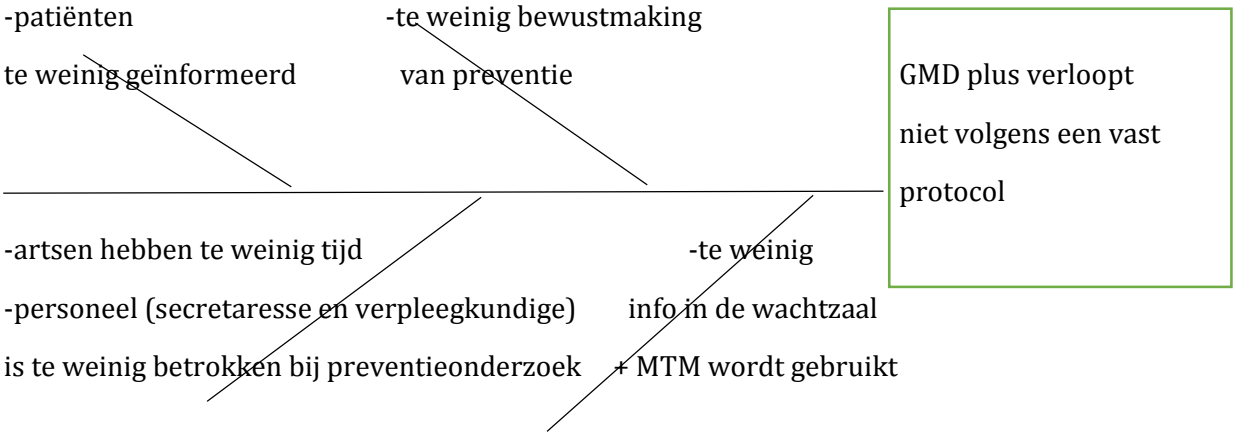
Patiënten tussen 45 en 75 jaar die met een bepaalde klacht op consultatie komen worden door de arts uitgenodigd om de vragenlijst m.b.v. MTM in te vullen. Dit doen ze na de consultatie in de

wachtzaal. Het invullen duurt maximaal een kwartiertje. De volgende keer dat ze op consultatie komen voor een andere klacht worden de resultaten niet volledig besproken maar enkel het meest noodzakelijke vluchtig aangehaald.

Wat doen we al goed? We laten de patiënten tussen 45 en 75 jaar de vragenlijst m.b.v. MTM invullen na de consultatie, wat voor de arts niet heel tijdsintensief is maar wel de inspanning vraagt om de patiënt uitleg te geven over het doel en ook te motiveren.

Wat is voor verbetering vatbaar? De resultaten moeten beter besproken worden nadat de vragenlijst is ingevuld.

Visgraatanalyse



Select a strategy

PDCA

Plan

Actiepunten

1. Patiënten uitnodigen voor een preventieonderzoek a.d.h.v. een poster in de wachtzaal en tegelijk mails versturen naar de doelgroep
2. Het personeel betrekken bij het onderzoek: zie boven
3. Een stappenplan (zie onder) vinden om een effectief preventieonderzoek in te voeren zonder de tijds- en werkdruk te verhogen

Moeilijkheden

1. Compliance van de patiënt
2. Compliance van het personeel
3. De tijdsdruk door meer consultaties

Timing

➔ 3 maanden vb. van september tem december voor puntje 1 van de actiepunten. De mail zal in blokken verstuurd worden met 2 weken tussen.
➔ Puntje 2 en 3 na goedkeuring van ethische comité.

SMART principe

Specifiek: preventieonderzoek integreren in de praktijk zonder tijds- en werkdruk op te drijven voor de arts en de medewerkers.

Meetbaar: kwaliteit van het onderzoek

- Na het onderzoek de patiënten een enquête laten invullen met enkele specifieke vragen over hoe ze het verloop van het onderzoek vonden
- Met medewerkers en artsen samenzitten hoe zij die ervaring vonden

Acceptabel

We gaan het verloop zo eenvoudig mogelijk maken zodat het zowel voor personeel, patiënten en artsen draaglijk en werkbaar is.

Realistisch

Het wordt geïntegreerd bij de kerntaken van de arts.

Tijdsgebonden

Tijdsvenster van 3 maanden: bv. van augustus tem oktober

10.8 Bijlage 8: Stappenplan

1. Patiënten worden zowel door de secretaresse, collega's, per mail of via de een flyer ingelicht over het preventief onderzoek.
2. Als patiënten zich aanmelden voor een afspraak via telefoon of aan de balie, wordt eerst gekeken of er reeds een nuchtere bloedafname is gebeurd of als er al een GMD plus werd ingevuld
    a. Indien het een jaar geleden is dat er een bloedafname werd gedaan en nog geen GMD plus werd ingevuld, dan krijgt de patiënt een afspraak bij de verpleegkundige, of als indien niet anders kan ook bij de artsen voor enerzijds een nuchtere bloedafname en vervolgens wordt het MTM aan hen uitgelegd. (als verpleegkundige niet aanwezig dan kan er een nuchtere bloedafname bij een van de artsen gebeuren en MTM samen met de secretaresse ingevuld). Ook moet er nuchtere urine onderzocht worden. Dit dient samen met de bloedafname opgestuurd te worden naar het labo. Vervolgens wordt ook al een afspraak vastgelegd bij de verpleegkundige en aansluitend bij een arts.
    b. Indien een bloedafname nog niet zo lang geleden maar GMD plus nog niet is ingevuld dan kan de patiënt eens langskomen om deze in te vullen aansluitend met een afspraak met de verpleegkundige en een arts.
    c. Werd zowel een jaarlijkse bloedafname als het GMD plus ingevuld dan dient er onmiddellijk een afspraak bij de verpleegkundige een arts gemaakt te worden.
3. Als de patiënten zich aanmelden aan de balie voor hun afspraak moeten ze een informed consent invullen. Enkel dan kan het onderzoek doorgaan. Het informed consent wordt door de secretaresse bijgehouden zodat ik weet hoeveel mensen deelnamen aan de studie.
4. Patiënt komt langs voor een nuchtere bloed en urine en erna wordt het GMD plus in de wachtzaal ingevuld. Bij vragen kunnen ze zowel bij de secretaresse als de verpleegkundige terecht.
5. Consultatie bij de verpleegkundige voor het niet medicamenteuze: het GMD plus in het EMD zetten alsook enkele parameters als gewicht, lengte, BD, Sa02, berekening CV risico.
   Daarnaast geeft ze indien nodig uitleg over gezonde voeding, beweging en vaccinaties.
6. Consultatie artsen voor het medicamenteuze: hart, long en abdominaal onderzoek. Daarna worden de andere resultaten besproken, een therapeutisch plan gemaakt en eventueel een vervolgconsultatie gepland.
7. Een vervolgconsultatie wordt bij de secretaresse gemaakt.
8. De patiënt vult een evaluatieformulier in met eventueel opmerkingen.
9. Maandelijks komen wij allen samen om de stand van zaken te bespreken en hiaten op te lossen.
10. Na ongeveer 2 à 3 maanden, en dus ook de laatste bijeenkomst met ons allen, laat ik de collega's een evaluatieformulier invullen.