

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.ntvg.nl/publicatie/ogezamenlijk-medisch-consulto-samen-naa/abstract
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

‘Gezamenlijk Medisch Consult’: samen naar de dokter. Ervaringen van patiënten en zorgverleners

ELSE M. ZANTINGE¹, FEMKE M. SEESING², FRANK E. TOL¹, C.J. ILSE RAATS², PETER M.M. SPREEUWENBERG¹ EN A.M. (SANDRA) VAN DULMEN¹

¹Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

²Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht
Contactpersoon: dr. E.M. Zantinge (else.zantinge@rivm.nl)

Doel: Onderzoeken welke patiënten deelnemen aan een Gezamenlijk Medische Consult (GMC), of GMC's voldoen aan de behoeften van patiënten, of patiënten na een GMC beter geïnformeerd zijn, hoe zij het contact met medepatiënten ervaren en hoe zorgverleners het GMC ervaren.

Opzet: Beschrijvend.

Methode: Aan het onderzoek namen 14 multidisciplinaire behandelteams deel. Deze teams werden getraind door het CBO in het uitvoeren van groepconsulten. De ervaringen van patiënten die aan een GMC deelnamen werden vergeleken met de ervaringen van patiënten die een individueel consult bij dezelfde arts hadden. Voor en na afloop van de GMC's (n = 83) en individuele consulten (n = 158) vulden de patiënten een vragenlijst in.

Resultaten: Patiënten die deelnamen aan een GMC verschilden niet significant van de reguliere patiëntenpopulatie in demografische kenmerken, ervaren gezondheid en zorggebruik. Patiënten namen vooral deel aan een GMC om ervaringen te kunnen delen met medepatiënten, te leren van anderen en extra informatie te krijgen. Zowel patiënten als zorgverleners (n = 53) gaven aan dat patiënten in een GMC meer informatie ontvingen. Patiënten waardeerden het contact met medepatiënten. Voor zorgverleners bood het GMC afwisseling en leermogelijkheden.

Conclusie: Voor patiënten en zorgverleners kan het aanbieden van groepsconsulten kan meerwaarde hebben boven individuele consulten. Vervolgonderzoek is nodig om het werkingsmechanisme van groepsconsulten in kaart te brengen en om langetermijneffecten van groepsconsulten voor patiënten en zorgverleners in beeld te brengen.

Het 'Gezamenlijk Medisch Consult' (GMC) is een innovatieve vorm van consultvoering in de curatieve zorg (zie uitleg). De methodiek komt oorspronkelijk uit Noord-Amerika, waar al vanaf 1996 met GMC's gewerkt wordt.¹⁻⁶ In Nederland hebben sinds 2005 ongeveer 40 behandelteams ervaring opgedaan met deze vorm van consultvoering.

GMC's worden aangeboden aan patiënten met diverse aandoeningen en leeftijden,^{7,8} maar zijn meestal gericht op chronische aandoeningen.^{8,9} Het GMC als nieuwe zorgvorm kan een antwoord zijn op actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Steeds meer mensen hebben chronische aandoeningen en zelfmanagement wordt steeds belangrijker.^{10,11} In een GMC kunnen patiënten ervaringen uitwisselen, elkaar steunen en tips geven. Deze aspecten van een GMC kunnen zelfmanagement bevorderen, ook omdat patiënten soms makkelijker iets aannemen van elkaar dan van hun arts.

Patiënten kunnen in een groepsconsult meer informatie tot zich nemen, omdat zij leren van medepatiënten en omdat er meer tijd is vergeleken met een regulier consult. Daardoor kan men dieper op de informatie ingaan. Voor zorgverleners kan het werken met GMC's een welkome afwisseling zijn op de dagelijkse routines. En uiteindelijk zou het ook de productiviteit van de spreekuren kunnen vergroten, doordat een arts meer patiënten kan zien in dezelfde tijd.

Een Amerikaanse review naar de meerwaarde van GMC's laat zien dat zowel patiënten als zorgverleners na afloop van een GMC tevredener zijn met de zorg dan patiënten die alleen individuele consulten hebben.⁷ Uit deze review blijkt dat groepsconsulten kunnen bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg.⁵ Ook blijkt deelname aan GMC's soms te kunnen leiden tot verminderd zorggebruik van patiënten.¹²

In Nederland zijn de eerste ervaringen van patiënten en zorgverleners met GMC overwegend positief.⁹ Maar wat er de meerwaarde van is, is in Nederland nog niet systematisch onderzocht. Dat is wel nodig om groepsconsulten op grotere schaal te kunnen implementeren. Daarom zijn het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO een onderzoek gestart met als hoofddoel in kaart te brengen wat de meerwaarde van GMC's is ten opzichte van traditionele individuele consulten, vanuit het perspectief van patiënten én zorgverleners. In dit artikel gaan we specifiek in op de volgende vragen:

Welke patiënten nemen deel aan GMC's?

Waarom nemen patiënten en zorgverleners deel aan GMC's?

In hoeverre voldoen GMC's aan de behoeften van patiënten, vergeleken met individuele consulten?

Krijgen patiënten in een GMC meer informatie over hun ziekte en behandeling dan in een individueel consult?

Hoe ervaren patiënten het contact met medepatiënten tijdens een GMC?

METHODE

Opzet en populatie

Aan het onderzoek deden 14 multidisciplinaire behandelteams mee, afkomstig uit 13 ziekenhuizen en 1 gezondheidscentrum. Deze teams hadden nog geen ervaring met GMC's. Zij volgden in 2008 een gezamenlijke training bij het CBO om GMC's in praktijk te kunnen brengen. 6 teams richtten zich op kinderen; 5 daarvan waren op diabetes gericht. Andere teams richtten zich op volwassen patiënten met diabetes, multiple sclerose of andere aandoeningen, zoals chronische darmontsteking. Sommige consulten werden gehouden door anderen dan de arts, bijvoorbeeld een nurse practitioner, praktijkondersteuner of physician assistant. In dit artikel noemen we degene die het consult voerde 'arts'.

Vóór de invoering van GMC's vulden 154 patiënten voorafgaand en na afloop van hun individueel herhaalconsult met hun arts een vragenlijst in. Bij kinderen jonger dan 12 jaar vulden de ouders de vragenlijst in. Daarnaast gaven patiënten schriftelijk toestemming om het consult op video op te nemen. Gemiddeld deden 11 patiënten per team mee (uitersten: 5-16). De respons was 87% (uitersten: 64-100% per arts).

Na invoering van GMC's nodigden de betreffende artsen hun patiënten uit om deel te nemen aan het GMC en het onderzoek. De patiënten die deelnamen waren in leeftijd en aandoening vergelijkbaar met patiënten die een individueel consult hadden. Zij vulden vragenlijsten in en het GMC werd op video opgenomen. De respons voor deelname aan dit gedeelte van het onderzoek is niet bekend, omdat wij niet konden achterhalen of patiënten deelname weigerden vanwege het GMC of vanwege het onderzoek.

Per arts deden gemiddeld 6 patiënten mee aan een GMC (uitersten: 4-9). 15 patiënten participeerden in beide gedeelten van het onderzoek, zowel het deel van de individuele consulten als het onderzoek rondom het GMC (maximaal 3 'dubbelen' per arts). Bij 6 teams werd hun eerste GMC bij het onderzoek betrokken; bij 8 teams vond het onderzoek plaats bij hun tweede GMC. Na afloop van het GMC vulden alle betrokken 53 zorgverleners een vragenlijst in (3-6 per team).

[TABEL 1]

Meetinstrumenten

Patiënten vulden op de vragenlijst hun demografische gegevens en zorggebruik in. Wij hanteerden hierbij zoveel mogelijk de definities van het CBS. Ook kregen patiënten een item van de 'Short Form-36' voorgelegd om de ervaren gezondheid te meten.¹³ Voor het in kaart brengen van patiëntenervaringen werd

de 'QUOTE-communicatie'-vragenlijst gebruikt.¹⁴⁻¹⁶ Zowel patiënten als zorgverleners kregen na afloop van het GMC een aantal stellingen en vragen voorgelegd die betrekking hadden op de meerwaarde van het GMC.

Analyses

Voor beschrijvende analyses gebruikten wij SPSS versie 14.0. Verschillen in demografische kenmerken werden getoetst met behulp van de χ^2 -toets en de t-toets. De ervaringen van patiënten in de twee consulttypes werden met elkaar vergeleken en geanalyseerd in MIWin 2.0 met behulp van multi-levelanalyse. Zo konden wij rekening houden met het feit dat patiënten waren geclusterd onder verschillende artsen. Verschillen werden getoetst met de χ^2 -toets.

RESULTATEN

Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van patiënten in individuele consulten en GMC's. Het profiel van patiënten in een GMC lijkt iets af te wijken van het profiel van patiënten die de gebruikelijke zorg ontvangen. Geen van de verschillen is echter significant.

De belangrijkste reden om mee te doen aan een GMC was de verwachting ervaringen te kunnen delen met medepatiënten (tabel 2). Daarnaast wilden veel patiënten graag leren van anderen en verwachtten zij in een GMC meer informatie te krijgen. Patiënten deden soms ook mee om het GMC een keer uit te proberen, al dan niet op verzoek van hun arts. De meeste zorgverleners gaven als persoonlijke motivatie om te starten met GMC's aan dat zij op deze manier afwisseling en variatie in hun werk kregen (93%), iets nieuws leerden (60%) en op een innovatieve manier konden samenwerken met collega's (76%) (niet in de tabel).

[TABEL 2]

Patiënten gaven vóór elke consult via de QUOTE-vragenlijst aan welke aspecten van de consultvoering zij belangrijk vonden. Na afloop van het consult gaven zij aan in hoeverre die aspecten ook daadwerkelijk aan de orde waren gekomen. Tabel 3 geeft de gemiddelde scores van patiënten weer, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten en de invloed van de arts.

Wij toetsten op 3 manieren of er verschillen waren tussen patiënten in individuele consulten en GMC's. Eerst onderzochten we per aspect of patiënten verschilden in het belang dat zij hechtten aan dat aspect. Ook onderzochten we in welke mate elk aspect aan de orde was gekomen. Vervolgens analyseerden wij het verschil tussen toegekend belang en het daadwerkelijk aan de orde komen van elk aspect.

[TABEL 3]

Patiënten die deelnamen aan een GMC bleken ongeveer dezelfde aspecten van het consult belangrijk te vinden als patiënten die individuele consulten kregen. Beide groepen gaven even vaak aan dat deze aspecten daadwerkelijk aan de orde waren gekomen. Ook waren er geen verschillen in de mate waarin voldaan wordt aan de aspecten van de consultvoering die de patiënten belangrijk vinden. Gemiddeld genomen waren patiënten zowel na individuele consulten als na GMC's positief over de consultvoering.

Tabel 4 geeft de mening van patiënten over de hoeveelheid informatie die zij in een GMC hadden gekregen, in vergelijking met een individueel consult met hun arts. Ook aan de zorgverleners was na afloop van het GMC gevraagd of zij in het groepsconsult meer of minder informatie hadden verschaft dan in een individueel consult.

[TABEL 4]

Ruim tweevijfde van de patiënten vond dat zij in het GMC meer informatie over hun ziekte of klachten hadden gekregen dan in een individueel consult. Bijna een derde vond dat zij ook meer informatie hadden gekregen over leefregels die hun gezondheid konden bevorderen (zie tabel 4). Opvallend is dat de zorgverleners positiever waren dan de patiënten over de hoeveelheid informatie die patiënten in een GMC kregen. Volgens 76% van de zorgverleners kregen patiënten in GMC's vooral meer informatie over hun behandeling, terwijl slechts een vijfde van de patiënten aangaf dat zij hier meer informatie over kregen.

Tabel 5 geeft de mening weer van deelnemers aan een GMC over een aantal positief geformuleerde stellingen. De patiënten waren over het algemeen positief over het GMC. Dit geldt zowel voor de rol van medepatiënten in het GMC als voor de mate waarin patiënten informatie krijgen. De extra tijdsinvestering

was voor de meeste patiënten geen probleem. Opvallend is dat 81% van de patiënten anderen zou aanraden om deel te nemen aan een GMC, terwijl maar 56% zelf de volgende keer opnieuw zou deelnemen. Patiënten die anderen geen GMC zouden aanraden waren gemiddeld jonger en vaker man (niet in tabel).

[TABEL 5]

BESCHOUWING

Dit onderzoek is een eerste aanzet om een beeld te krijgen van ervaringen van patiënten en zorgverleners met het GMC in Nederland. Patiënten bleken over de hele linie positief te zijn over het GMC. Zij gaven aan in een GMC meer informatie te krijgen dan in een individueel consult en waardeerden het contact met medepatiënten en de steun die zij ontvangen en kunnen bieden. Voor zorgverleners bood het GMC afwisseling in het werk en een mogelijkheid om van elkaar te leren. Deze resultaten sluiten in grote lijnen aan bij Amerikaans onderzoek.^{6,8-10}

Deelname aan GMC's zou toegevoegde waarde kunnen hebben voor zelfmanagement van patiënten. Bij zelfmanagement gaat men er van uit dat de patiënt weet wat de ziekte inhoudt, wat de consequenties zijn en wat je zelf kunt en moet doen om de ziekte en complicaties te voorkómen of beheersen. De patiënten in ons onderzoek gaven aan dat zij in een GMC vooral meer informatie kregen over hun ziekte of klacht en over leefregels die hun gezondheid kunnen bevorderen, dan in individuele consulten. Ook droeg het contact met medepatiënten bij aan het beter begrijpen van informatie en gaven patiënten aan van elkaar te leren. Deelname aan een GMC levert dus niet alleen meer informatie op voor de patiënt, maar ook een beter begrip van informatie. Dit kan positief werken voor het zelfmanagement van patiënten. Vervolgonderzoek is nodig om vast te stellen of patiënten ook daadwerkelijk meer onthouden en opsteken van een GMC en op deze manier hun zelfmanagement verbeteren.

Een beperking van dit onderzoek is dat het zich richtte op teams die net begonnen waren met groepsconsulten. Zowel voor zorgverleners als voor patiënten was de methodiek nieuw en was er dus nog weinig routine. Uit de ervaringen van teams die hier al langer mee werken blijkt dat men ongeveer 5 GMC's moet uitvoeren om de werkwijze goed in de vingers te krijgen. Mogelijk zijn de ervaringen van patiënten positiever als een team meer ervaring heeft met het uitvoeren van GMC's.

Het aantal patiënten per GMC was lager dan de verwachte⁸⁻¹⁰; het is onduidelijk wat de gevolgen hiervan zijn voor de resultaten van het onderzoek. Enerzijds is er meer aandacht per patiënt als het aantal patiënten per GMC lager is. Anderzijds is er wellicht minder interactie en diversiteit aan informatie in een GMC met een lager aantal deelnemers. Het feit dat meerdere teams tijdens dit onderzoek het beoogde patiëntenaantal per GMC niet konden realiseren roept de vraag op waarom patiënten niet deel willen nemen aan een GMC. Zijn deze overwegingen gebaseerd op een juist beeld van wat het GMC inhoudt? In een vervolgonderzoek wordt deze onderzoeksvraag verder uitgewerkt.

Bij toekomstig onderzoek is het aan te bevelen patiënten langer te volgen en meerdere GMC's per arts bij het onderzoek te betrekken. Dan is het mogelijk om ervaringen van patiënten en zorgverleners over een langere periode te bekijken en kan bovendien ook de tijds- en kostenefficiëntie van het GMC worden geëvalueerd. In toekomstig onderzoek verdient het ook aanbeveling om de ervaringen met het groepsconsult toe te spitsen op patiënten met overeenkomende aandoeningen en leeftijdsgroepen. Om meer te weten te komen over het werkingsmechanisme van het GMC is het relevant te onderzoeken welke verschillen er zijn op procesniveau (interactie, communicatie, gespreksonderwerpen) tussen GMC's en individuele consulten.

Wij concluderen uit de eerste bevindingen van dit onderzoek dat – hoewel er nog verschillende vragen onbeantwoord zijn – het aanbieden van groepsconsulten meerwaarde kan hebben voor patiënten en zorgverleners.

UITLEG

Gezamenlijk Medisch Consult: wat is het en wat is het niet?

In een Gezamenlijk Medisch Consult (GMC) hebben 8-10 patiënten tegelijkertijd een consult bij hun eigen arts. De arts houdt gedurende ongeveer anderhalf uur een serie van een-op-eenconsulten in het bijzijn van medepatiënten en eventuele naasten. Medepatiënten kunnen tussentijds interveniëren. Behalve de arts is er een groepsbegeleider aanwezig voor de procesbewaking en zonodig een verpleegkundige, assistente of

diëtiste. Patiënten nemen altijd vrijwillig deel aan een GMC. Een GMC vervangt op jaarbasis meestal één van de reguliere, individuele herhaalconsulten van een chronisch zieke patiënt.

Het GMC is géén groepsvoorlichting, groepstherapie of lotgenotencontact, hoewel er overeenkomsten zijn, zoals het contact met medepatiënten, het leren van elkaar en het geven van informatie aan meerdere patiënten tegelijkertijd.

Aan dit onderzoek namen teams uit de volgende ziekenhuizen en centra deel: Slotervaart Ziekenhuis (afd. Kindergeneeskunde), Jeroen Bosch Ziekenhuis (afd. Kindergeneeskunde en Neurologie), BovenIJ Ziekenhuis (afd. Kindergeneeskunde), Groene Hart Ziekenhuis (afd. Interne Geneeskunde), Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (afd. Maag Darm Lever Geneeskunde en Orthopedie), Gezondheidscentrum Wantveld (afd. Huisartsgeneeskunde), Atrium Medisch Centrum (afd. Kindergeneeskunde), VU Medisch Centrum (afd. Urologie), Deventer Ziekenhuis (afd. Interne Geneeskunde), Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (afd. Interne Geneeskunde), Maasland Ziekenhuis (afd. Kindergeneeskunde), MS centrum Nijmegen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: het Innovatiefonds Zorgverzekeraars gaf een financiële vergoeding voor het beschrijven en uitvoeren van dit onderzoek.

LITERATUUR

- ¹ Noffsinger EB. Will Drop-In Group Medical Appointments (DIGMAs) work in practice? *The Permanente Journal*. 1999;3:58-67.
- ² Noffsinger EB. Physicals Shared Medical Appointments: A revolutionary access solution. *Physicians practice. Group Pract J*. 2002;51:16-26.
- ³ Scott JC, Conner, DA, Venohr I, Gade G, McKenzie M, Kramer AM, et al. Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1463-70.
- ⁴ Lin A, Cavendish J, Boren D, Ofstad T, Seidensticker D. A pilot study: reports of benefits from a 6-month, multidisciplinary, shared medical appointment approach for heart failure patients. *Mil Med*. 2008;173:1210-3.
- ⁵ Sadur CN, Moline N, Costa M, et al. Diabetes Management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care*. 1999;22:2011-7.
- ⁶ Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care*. 2001;24:695-700.
- ⁷ Jaber R, Braksmajer A, Trilling JS. Group visits: a qualitative review of current research. *J Am Board Fam Med*. 2006;19:276-90.
- ⁸ Beck A, Scott J, Williams P, Robertson B, Jackson D, Gade G, et al.: A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the Cooperative Health Care Clinic. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:543-9.
- ⁹ Seesing FM, Janssen SFMM, Westra E, Moel JPC. Samen naar de dokter. *Med Contact*. 2006;61:1080-2.
- ¹⁰ Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract*. 2005;6:37-43.
- ¹¹ Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract*. 2005;6:148-56.
- ¹² Bronson DL, Maxwell RA. Shared medical appointments: Increasing patient access without increasing physicians hours. *Cleveland Clin J Med*. 2004;71:369-77.
- ¹³ Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical & mental health summary scales: a user's manual. Boston: Health Institute, New England Medical Centre;1994.
- ¹⁴ Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Pat Educ Couns*. 2000; 39:115-27.
- ¹⁵ Pieterse A, Van Dulmen S, Ausems M, Schoemaker A, Beemer F, Bensing J. QUOTE-geneca: Development of a counselee-centered instrument to measure needs and preferences in genetic counseling for hereditary cancer. *Psychooncology*. 2005; 14:361-75.

- ¹⁶ Van Weert JCM, Jansen J, De Bruijn GJ, Noordman J, Van Dulmen AM, Bensing JM. QUOTEchemo: A patient-centered instrument to measure quality of care through the patient's eyes preceding chemotherapy treatment. Eur J Cancer (ter perse).

TABELLEN

TABEL 1 Kenmerken van patiënten in individuele consulten en patiënten die deelnamen aan 'Gezamenlijke Medische Consulten'

kenmerk	type consult			
	individueel		GMC	
leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	n = 146	38,3 (23,0)	n = 83	38,1 (25,0)
geslacht; %	n = 153		n = 80	
♀		58,0		55,4
♂		42,0		44,6
opleiding*; %	n = 90		n = 44	
geen/lagere school		12,2		22,2
middelbaar/voortgezet onderwijs		67,8		64,4
hoger/universitair onderwijs		20,0		13,3
etniciteit	n = 152		n = 83	
Nederlands		78,3		73,5
westers allochtoon		5,9		7,2
niet-westers allochtoon		15,8		19,3
werksituatie	n = 99		n = 45	
betaald werk		43,3		31,1
geen betaald werk		28,3		28,9
pensioen		28,3		40,0
ervaren gezondheid; gemiddelde (SD)				
(1 = slecht; 5 = uitstekend)	n = 153	2,84 (0,86)	n = 81	3,04 (1,03)
zorggebruik†; gemiddelde (SD)				
aantal telefonisch contacten met arts	n = 104	0,64 (1,43)	n = 54	0,78 (0,97)
aantal consulten bij arts	n = 120	0,78 (0,97)	n = 65	0,83 (1,14)

GMC = gezamenlijk medisch consult.

*Alleen bij patiënten ouder dan 25 jaar.

†Zorggebruik in de 3 maanden voorafgaand aan het consult.

TABEL 2 Redenen voor patiënten om deel te nemen aan een 'Gezamenlijk Medisch Consult'

reden	% patiënten (n = 83)
ervaringen kunnen delen met medepatiënten	70,0
leren van medepatiënten	53,8
meer informatie over mijn ziekte en behandeling krijgen	36,3
meer tijd met de arts doorbrengen	5,0
anders	15,0

TABEL 3 Vergelijking van patiëntenoordelen over individuele consulten en 'Gezamenlijke Medische Consulten' (GMC). Patiënten gaven op een schaal van 1-4 aan hoeveel belang zij hechtten aan bepaalde aspecten van het consult ('belang') en de mate waarin deze tijdens het consult aan de orde waren gekomen ('feitelijke uitkomsten'). De gemiddelden van de scores zijn weergegeven.

aspect van het consult	belang*		feitelijke uitkomst*	
	individueel consult (n=152)	GMC (n=81)	individueel consult (n=147)	GMC (n=75)
de arts of iemand anders van het behandelteam...				
heeft mij serieus genomen	3,53	3,40	3,96	4,03
heeft mij gerust gesteld	2,98	3,05	3,89	3,92
heeft goed naar mij geluisterd	3,47	3,41	3,94	3,97
heeft voldoende tijd voor mij genomen	3,34	3,30	3,97	3,96
heeft voldoende aandacht aan mij besteed	3,19	3,07	3,91	3,95
heeft goede informatie over behandeling gegeven	3,44	3,39	3,99	3,95
heeft informatie gegeven over bijwerkingen medicijnen	3,18	3,12	3,64	3,68
heeft aandacht getoond voor mogelijke emotionele problemen	2,96	2,84	3,81	3,58
heeft overlegd over verbeteren gezondheid	3,19	3,18	3,76	3,63

*Waarden gecorrigeerd voor de arts en leeftijd en geslacht van de patiënten; hierdoor werd één score hoger dan 4.

TABEL 4 Mening van patiënten (n = 72) en artsen (n = 33) over de hoeveelheid informatie die het 'Gezamenlijk Medisch Consult' gaf in vergelijking met een individueel consult

informatie over:	'minder'; %		'evenveel'; %		'meer'; %	
	patiënt	arts	patiënt	arts	patiënt	arts
de ziekte of klacht	10,0	3,0	47,1	30,4	42,9	66,6
de behandeling	6,9	3,0	72,2	21,2	20,8	75,8
de medicatie	11,4	12,5	74,3	37,5	14,3	50,0
leefregels	10,3	6,2	58,8	31,2	30,9	62,6

TABEL 5 Mening van patiënten (n = 76) over het 'Gezamenlijk Medisch Consult' (GMC)*

stelling	mening		
	oneens %	neutraal %	eens %
sociaal			
ik heb steun ervaren van medepatiënten	16,7	25,0	58,3
ik heb steun kunnen bieden aan medepatiënten	19,4	34,8	45,8
informatie			
ik heb geleerd van medepatiënten en hun vragen	3,9	11,9	84,2
aanwezigheid medepatiënten hielp om info beter te begrijpen	8,2	16,5	75,3
aanwezigheid medepatiënten hielp om vragen te stellen	23,3	23,3	53,4
GMC algemeen			
ik vond het prettig dat er andere zorgverleners dan de arts waren	8,5	16,9	74,6
de extra tijdsinvestering in een GMC is de moeite waard	5,4	16,2	78,4
ik zou anderen aanraden om deel te nemen aan een GMC	4,2	15,2	80,6
bij een volgende afspraak zou ik weer voor een GMC kiezen	15,1	28,7	56,2

*Een 'Gezamenlijk Medisch Consult' is een consult met meerdere patiënten tegelijk. In een onderzoek naar GMC's werden deelnemers na afloop van het GMC gevraagd of zij het met bovenstaande stellingen eens waren.