Wat zijn de ideeën en verwachtingen van Vlaamse huisartsen over een algemene check-up?

Emma Borghart, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Stefan Heytens, Universiteit Gent

Co-promotor: dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2025–2026

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 zich 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

Tijdens mijn opleiding tot huisarts merkte ik al snel dat de vraag naar een algemene check-up bij asymptomatische patiënten regelmatig terugkomt in de praktijk. Als startende HAIO wist ik niet altijd goed hoe ik daar concreet mee moest omgaan. In de opleiding leren we wat zinvolle en wetenschappelijk onderbouwde preventie is en wat niet, maar hoe je die kennis bij vragen naar een algemene check-up concreet vertaalt naar de praktijk, blijft toch een uitdaging.

In gesprekken met mede-HAIO's merkte ik dat ik daar zeker niet alleen in was. Velen van ons zoeken naar houvast en grijpen daarbij soms terug naar de gewoontes van praktijkopleiders of collega's. Hoe pak je zo'n algemene check-up aan? Wat doe je wel en niet? Hoe ga je om met de verwachtingen van patiënten? Wat is de wetenschappelijke onderbouwing, en waarom blijven zowel artsen als patiënten hier toch zo sterk aan vasthouden?

Net deze vragen maakten het onderwerp voor mij persoonlijk bijzonder interessant. Tijdens het werken aan deze thesis merkte ik hoe mijn eigen aanpak geleidelijk veranderde. Waar ik in het begin sneller geneigd was om labo-onderzoek aan te vragen, leg ik nu veel meer nadruk op het gesprek met de patiënt, met aandacht voor levensstijl en context. Ik ervaar dat wanneer je de tijd neemt om uit te leggen wat wel en niet evidence-based is, patiënten daar meestal wel begrip voor hebben en vaak even tevreden, of zelfs nog meer tevreden, naar buiten gaan.

Met deze thesis hoop ik niet alleen inzicht te geven in hoe huisartsen omgaan met algemene check-ups, maar ook andere artsen aan te zetten om stil te staan bij hun eigen handelen. Zeker in een context waarin de werkdruk hoog is en tijd schaars, is het belangrijk om bewust en kritisch om te gaan met hoe we onze tijd inzetten.

Deze masterproef is het resultaat van veel werk en tijd. Ik had de kans om steeds hulp te kunnen vragen aan mijn co-promotor, dr. Veerle Piessens. Ik wil haar dan ook in het bijzonder bedanken voor de begeleiding en feedback die ik gedurende het hele proces mocht ontvangen. Haar expertise en kritische blik hebben me geholpen om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Verder wil ik mijn mede-HAIO's bedanken voor de fijne samenwerking. Met zeven HAIO's, die elk hun unieke persoonlijkheid en visie hebben, was het verzamelen van data voor eenzelfde overkoepelend thesisonderwerp niet altijd evident.

Tot slot wil ik graag mijn praktijkopleiders, familie, vrienden en partner bedanken voor hun steun, geduld en aanmoediging tijdens de gehele thesisperiode. Een thesis schrijven gaat gepaard met vallen en opstaan. Hun wijsheid en motiverende woorden gaven mij steeds de energie en motivatie om verder te gaan.

Abstract

Inleiding

Algemene check-ups bij asymptomatische patiënten blijven frequent voorkomende consulten in de huisartsenpraktijk, ondanks het ontbreken van bewijs voor een effect op mortaliteit of morbiditeit. De manier waarop huisartsen deze consultaties interpreteren en toepassen varieert sterk en wordt beïnvloed door verschillende factoren. Deze studie onderzoekt hoe Vlaamse huisartsen algemene check-ups bij asymptomatische patiënten benaderen en welke ideeën, verwachtingen en contextuele factoren hun klinische beslissingen beïnvloeden.

Methodologie

Er werd een kwalitatieve studie uitgevoerd met semigestructureerde interviews bij 21 Vlaamse huisartsen. De deelnemers werden doelgericht geselecteerd met variatie in leeftijd, werkervaring, praktijkvorm en -setting. De interviews werden afgenomen tussen augustus 2024 en november 2025, audio-opgenomen en verbatim getranscribeerd. De data werden geanalyseerd volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL), met ondersteuning van de software MAXQDA.

Resultaten

De resultaten tonen dat huisartsen uiteenlopende betekenissen toekennen aan algemene check-ups. Het consult wordt ingevuld vanuit een combinatie van preventieve, relationele en organisatorische overwegingen, en wordt sterk beïnvloed door gewoonte, persoonlijke ervaring, patiëntverwachtingen en praktijkcontext. De analyse bracht zes spanningsvelden aan het licht, namelijk tussen zinvolle preventie en overmedicalisering, tussen versterking van de arts-patiëntrelatie en consultatiespanningen, tussen geruststelling en vroegdetectie enerzijds en een illusie van controle anderzijds, tussen levensstijlbevordering en bevestiging van bestaande gewoonten, tussen een aangenaam consult en een organisatorische belasting, en tussen wetenschappelijke onderbouwing, buikgevoel en routine.

Conclusie

Algemene check-ups blijken geen gestandaardiseerde interventie te zijn, maar een dynamisch consult waarin huisartsen voortdurend balanceren tussen evidence-based geneeskunde, patiëntverwachtingen, gewoontes, klinische ervaring en de organisatorische realiteit van de huisartsenpraktijk. Deze bevindingen onderstrepen de nood aan een meer kritische benadering van algemene check-ups, ondersteund door praktijkgerichte, maatschappelijk verantwoorde en evidence-based richtlijnen.

Wat zijn de ideeën en verwachtingen van Vlaamse huisartsen over een algemene check-up?

Inhoudstafel

Voorwoord 2

Abstract 3

1. Inleiding 1

1.1 Definitie en prevalentie van algemene check-ups 1

1.2 Wetenschappelijke onderbouwing van algemene check-ups 2

1.3 De rol van de huisarts en richtlijnen voor algemene check-ups 2

1.4 Ideeën en verwachtingen van patiënten bij algemene check-ups 3

1.5 Laboratoriumdiagnostiek binnen algemene check-ups 4

1.6 Kostprijs en maatschappelijke impact van algemene check-ups 4

2. Vraagstelling 6

3. Literatuuronderzoek: ideeën en verwachtingen van huisartsen omtrent algemene check-ups 7

3.1 Methodologie van het literatuuronderzoek 7

3.2 Resultaten van het literatuuronderzoek 8

4. Methodologie 10

5. Resultaten 12

5.1 Profiel van de geïnterviewde artsen 12

5.2 Frequentie van uitgevoerde check-ups 12

5.3 Organisatie en initiatief voor een algemene check-up 13

5.4 Check-up: ‘what’s in a name?’ 14

5.5 Verwachtingen van huisartsen over algemene check-ups 17

5.5.1 Zinvolle preventie of overmedicalisering? 17

5.5.2 Versterking van de arts-patiëntrelatie of bron van spanningen? 20

5.5.3 Geruststelling en vroegdetectie of een illusie van controle? 23

5.5.4 Hefboom voor levensstijlverandering of bevestiging van bestaande gewoonten? 26
5.5.5 Aangename consultatie of organisatorische belasting? 28
5.5.6 Tussen wetenschappelijke onderbouwing, buikgevoel en routine 31
6. Discussie 33
6.1 Interpretatie van de bevindingen 33
6.2 Methodologische beschouwingen 36
6.2.1 Sterktes van het onderzoek 36
6.2.2 Beperkingen van het onderzoek 37
6.3 Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek 38
7. Conclusie 39
8. Referenties 40
9. Bijlagen 45
9.1 Bijlage 1: protocol 45
9.2 Bijlage 2: informed consent 49
9.3 Bijlage 3: interviewgids 54
9.4 Bijlage 4: conceptenboom 56
9.5 Bijlage 5: goedkeuring Ethisch Comité 62

1. Inleiding

1.1 Definitie en prevalentie van algemene check-ups

Het belang van preventie wordt al eeuwenlang erkend, wat onder andere geïllustreerd wordt door het bekende adagium ‘voorkomen is beter dan genezen’, een citaat van Desiderius Erasmus, een Nederlandse filosoof uit de 15de–16de eeuw. (1) Preventie en gezondheidsbevordering vormen vandaag nog steeds een kerncomponent van de eerstelijnszorg en zijn essentieel binnen de rol van de huisarts. Huisartsen worden internationaal gezien als de centrale actoren in het aanbieden van preventie, waaronder screenings, leefstijladvies en vroegtijdige opsporing van gezondheidsrisico’s binnen de algemene populatie. (2, 3)

In de klinische praktijk omvatten algemene gezondheidscheck-ups een reeks activiteiten bij asymptomatische volwassenen, gericht op het identificeren van mogelijke risicofactoren, het monitoren van de gezondheid en het initiëren van preventieve interventies voordat ziekte optreedt. (4, 5) Het beoordelen van de rol van de check-up is moeilijk, omdat de inhoud onvoldoende gedefinieerd is. Vaak wordt het gezien als een consult uitsluitend voor preventief advies en screeningsonderzoeken, en vindt het dus niet plaats tijdens consulten voor chronische of acute zorg. (6) In deze thesis wordt de term ‘algemene check-up’ ruim gebruikt om deze consultaties binnen de huisartsenpraktijk aan te duiden.

Een algemene check-up kan verschillende componenten bevatten, zoals het afnemen van een anamnese, het stellen van vragen om onopgemerkte risicofactoren of ziekten te detecteren en het geven van advies om deze risicofactoren aan te pakken. Daarnaast kan een lichamelijk onderzoek plaatsvinden. Indien nodig kunnen aanvullende onderzoeken, zoals een bloedafname, urineonderzoek, elektrocardiogram, beeldvorming of andere preventieve onderzoeken, aanbevolen worden. Hiermee vormt de algemene check-up een aanvulling op de preventieve maatregelen die al plaatsvinden tijdens reguliere huisartsconsultaties. (6)

Hoewel de exacte frequentie van algemene check-ups in de huisartsenpraktijk varieert tussen landen en ook afhankelijk is van de gebruikte definitie, tonen gegevens uit bevolkingsonderzoeken aan dat een aanzienlijk deel van de algemene bevolking ooit een algemene check-up liet uitvoeren. (7) Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat ongeveer 15% van de bevolking ooit een ‘health check’ heeft laten uitvoeren, waarbij ‘health check’ gedefinieerd werd als testen die burgers op eigen initiatief uitvoeren of laten uitvoeren en die niet binnen de landelijke screeningsprogramma’s vallen. De meest uitgevoerde testen hierbij waren bloeddrukmetingen, cholesterol- en glycemiebepalingen. (8)

1.2 Wetenschappelijke onderbouwing van algemene check-ups

Twee grote systematische reviews, waaronder een Cochrane-review en een JAMA-review, tonen aan dat routinematige algemene check-ups geen significante vermindering van mortaliteit of morbiditeit opleveren in de algemene bevolking, noch van cardiovasculaire of kankergerelateerde mortaliteit. (5, 7)

Algemene check-ups gaan wel gepaard met meer nieuwe diagnoses, meer gebruik van diagnostiek en meer medicatievoorschriften, maar zonder aangetoonde daling van sterfte of incidentie van ernstige ziekten. (5, 7) Tegelijkertijd worden in verschillende studies wel positieve effecten gezien op intermediaire uitkomsten, zoals een betere controle van bloeddruk en cholesterol, een hogere vaccinatiegraad en meer deelname aan georganiseerde screeningsprogramma's. (7, 9) Ook worden er gunstige effecten op patiënttevredenheid beschreven. (7, 10)

Deze effecten zijn echter over het algemeen klinisch beperkt en onvoldoende om aanbevelingen voor brede, systematische algemene check-ups te ondersteunen zonder duidelijke selectie op basis van risicoprofielen. (5, 7)

1.3 De rol van de huisarts en richtlijnen voor algemene check-ups

Hoewel het wetenschappelijk bewijs beperkt is, worden huisartsen in de dagelijkse praktijk wel geconfronteerd met de vraag welke preventieve maatregelen zinvol zijn voor hun patiënten. In veel landen bestaan richtlijnen en aanbevelingen voor specifieke preventieve interventies, zoals cardiovasculaire risicobeoordeling of deelname aan bevolkingsscreening. Er bestaat echter geen eenduidige internationale consensus over de inhoud, organisatie of frequentie van een algemene check-up als afzonderlijk preventief consult. (6)

Ook in België en Nederland zijn preventierichtlijnen voornamelijk thematisch en risicogebaseerd opgebouwd. In 2010 ontwikkelde Domus Medica in België met de Gezondheidsgids een evidence-based instrument dat huisartsen ondersteunt bij het opstellen van gepersonaliseerde preventieplannen op basis van risicoprofielen. Deze Gezondheidsgids bundelt aanbevelingen rond preventie en gezondheidsbevordering, maar vormt geen uniforme of routinematige algemene check-up die standaard bij alle asymptomatische patiënten kan worden toegepast. (11)

In Nederland benadrukt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dat preventief medisch onderzoek bij asymptomatische personen geen bewezen gezondheidswinst oplevert wanneer het als algemeen screeningsinstrument wordt ingezet. Het NHG adviseert daarom

een selectieve en doelgerichte benadering van preventie, afgestemd op het individuele risicoprofiel van de patiënt, in plaats van brede en ongerichte check-ups. (12)

Het ontbreken van een eenduidig protocol voor algemene check-ups draagt ertoe bij dat deze consultaties in de praktijk op uiteenlopende manieren kunnen worden ingevuld. Deze variatie maakt duidelijk waarom het belangrijk is om beter te begrijpen hoe huisartsen algemene check-ups in de praktijk interpreteren en toepassen, en welke factoren hun klinische beslissingen beïnvloeden.

1.4 Ideeën en verwachtingen van patiënten bij algemene check-ups

Er werd in het verleden al onderzoek gedaan naar de ideeën, verwachtingen en motieven van patiënten bij het aanvragen van een algemene check-up. In de literatuur wordt beschreven dat patiënten vaak geloven dat via algemene check-ups of periodieke bloedtesten allerlei aandoeningen vroegtijdig kunnen worden gedetecteerd en zo gezondheidswinst kunnen opleveren, en dat een normaal onderzoek wijst op een goede of normale gezondheidstoestand. (13, 14)

Daarnaast beschouwen veel patiënten een algemene check-up als onderdeel van een gezonde levensstijl en als een actieve manier om verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid. (15) Binnen deze bredere verwachting neemt laboratoriumonderzoek vaak een centrale plaats in, waarbij bloedonderzoek gezien wordt als een objectieve en betrouwbare manier om ‘te controleren of alles nog in orde is’. (15) Voor sommige patiënten fungeert een check-up bovendien expliciet als middel tot geruststelling. (14)

Onderzoek toont aan dat artsen hun eigen aanvraaggedrag vaak toeschrijven aan een veronderstelde druk of verwachting van de patiënt. (16, 17) Meerdere studies tonen aan dat deze inschatting niet altijd overeenkomt met de daadwerkelijke wensen van patiënten. Patiënten hechten doorgaans meer belang aan gehoord worden, uitleg krijgen en betrokken worden bij beslissingen dan aan het uitvoeren van bijkomende testen. Bovendien blijkt patiënttevredenheid niet rechtstreeks samen te hangen met het aantal aangevraagde testen of onderzoeken. (18-20)

Misverstanden in de communicatie tussen arts en patiënt ontstaan vaak wanneer de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen niet expliciet worden besproken. Onjuiste aannames langs beide zijden kunnen leiden tot onnodige diagnostiek of frustratie in het consult. Dit onderstreept het belang van duidelijke communicatie over de doelen, mogelijkheden en beperkingen van een algemene check-up, en vormt een belangrijke context voor het begrijpen van hoe huisartsen omgaan met vragen naar check-ups en bijhorend onderzoek. (14, 19)

1.5 Laboratoriumdiagnostiek binnen algemene check-ups

Laboratoriumonderzoek vormt een belangrijk, maar ook controversieel onderdeel van algemene check-ups. Onderzoek toont aan dat de gemiddelde Vlaamse huisarts 24 testen aanvraagt per laboratoriumaanvraag. Bij laboratoriumonderzoek in het kader van een check-up loopt dit aantal zelfs op tot gemiddeld 42 testen per aanvraag. De aangevraagde testen verschillen bovendien aanzienlijk tussen artsen. (21, 22) Een analyse van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (1994–2005) toont aan dat bij aanvragen van laboratoriumonderzoek in het kader van check-ups of vage klachten slechts een beperkt aandeel van de testen als aanbevolen wordt beschouwd, terwijl een groot deel niet aanbevolen of zelfs ongepast is. In bepaalde analyses varieerde het aandeel aanbevolen testen tussen 6% en 14%, terwijl 46% als niet aanbevolen en 38% als ongepast wordt beschouwd. (23)

Ook internationaal bestaan discrepanties tussen richtlijnen en praktijk. In een studie uit 2005 in de Verenigde Staten gaven veel artsen aan dat een jaarlijkse fysieke controle, inclusief bloedafname en urineonderzoek, moet plaatsvinden. Ondanks het feit dat nationale richtlijnen jaarlijkse bloedafnames niet aanbevelen, blijven veel huisartsen en patiënten toch geloven in de waarde van deze testen. Bovendien wordt er soms meer belang gehecht aan testen met een onbewezen preventieve waarde dan aan testen waarvan het nut wel is aangetoond. (24)

De grote variatie in aanvraaggedrag suggereert dat beslissingen rond laboratoriumonderzoek niet louter medisch-wetenschappelijk bepaald zijn, maar beïnvloed worden door zowel professionele als contextgerelateerde determinanten. (25) Professionele determinanten omvatten onder meer diagnostische onzekerheid, overschatting van de diagnostische waarde van testen, defensief handelen en het gebruik van testen om bezorgde patiënten gerust te stellen. Contextuele determinanten omvatten zowel patiëntkenmerken, zoals sociaaleconomische status, als praktijkkenmerken, waaronder organisatievorm, het gebruik van probleemgerichte testtemplates, werkdruk en het aantal patiëntencontacten per week. Daarnaast blijken ook kenmerken van de huisarts zelf, zoals leeftijd, geslacht, ervaring en risico-attitude, een invloed te hebben op het aanvraaggedrag. (25-29)

Deze bevindingen tonen aan dat laboratoriumdiagnostiek binnen algemene check-ups sterk afhankelijk is van zowel individuele klinische keuzes als organisatorische en sociale factoren, en benadrukken de complexiteit van beslissingen rond algemene check-ups.

1.6 Kostprijs en maatschappelijke impact van algemene check-ups

Algemene check-ups hebben niet alleen mogelijke klinische gevolgen, maar brengen ook belangrijke economische, organisatorische en maatschappelijke implicaties met zich mee.

Vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg vereist preventie bij asymptomatische personen een zorgvuldige afweging tussen mogelijke gezondheidswinst, het risico op schade en een verantwoord gebruik van collectieve middelen. Deze afweging is des te relevanter gezien het ontbreken van wetenschappelijk bewijs voor een effect van algemene check-ups op mortaliteit en morbiditeit in de algemene populatie. (5, 7)

De impact van algemene check-ups reikt verder dan de directe financiële kost. De directe kost van een check-up omvat onder andere de consultatie, technische onderzoeken en eventuele vervolgconsulten. Minstens even relevant zijn de indirecte kosten die kunnen ontstaan door een diagnostische cascade, waarbij een initiële screening leidt tot bijkomende testen, herhalingsbepalingen, extra consulten, verwijzingen of behandelingen van afwijkingen waarvan de klinische betekenis niet altijd duidelijk is. Dit cascade-effect is onder andere relevant bij laboratoriumonderzoek, waar de kans op toevallige afwijkingen toeneemt naarmate meer parameters worden bepaald. (22, 30-32)

Studies tonen aan dat deelname aan algemene check-ups niet noodzakelijk leidt tot een daling van de totale gezondheidszorgkosten op lange termijn. Een Oostenrijkse studie rapporteerde zelfs een toename van zorgconsumptie tijdens de eerste twee jaar, voornamelijk gedreven door extra diagnostiek en behandeling van nieuw vastgestelde, asymptomatische afwijkingen. (33) Ook bij jongere, asymptomatische volwassenen (45–49 jaar) was in een Australische studie geen bewijs voor kosteffectiviteit van een eenmalige of routinematige check-up. (34)

Naast kosten kan ongerichte screening bijdragen aan medicalisering. Testen bij gezonde personen brengen het risico op vals-positieve resultaten met zich mee, wat ongerustheid en verdere diagnostiek kan uitlokken. Tegelijk kunnen vals-negatieve resultaten een vals gevoel van geruststelling geven, waardoor klachten soms later of minder ernstig worden geëvalueerd. (35-37) Vanuit het perspectief van de huisarts kan het vermijden van check-ups worden beschouwd als een vorm van quaternaire preventie: het vermijden van onnodige medische interventies die netto weinig gezondheidswinst opleveren of zelfs schade kunnen veroorzaken. (38, 39)

Binnen de algemene check-up vormt laboratoriumdiagnostiek een van de meest toegepaste technische onderzoeken en een belangrijke motor van zorgconsumptie. Hoewel cijfers variëren afhankelijk van definitie en registratiemethode, tonen Belgische en internationale gegevens aan dat een aanzienlijk aandeel van de bloedafnames in de eerste lijn in een preventieve context wordt aangevraagd. Van alle redenen om een bloedonderzoek uit te voeren, wordt ongeveer 10% aangevraagd in het kader van een algemene check-up of preventie. Dit is volgens oudere data van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) de derde meest frequente reden voor een bloedafname. (23)

Deze economische en maatschappelijke context maakt duidelijk dat een algemene check-up niet enkel een klinisch concept is. Huisartsen moeten voortdurend balanceren tussen hun professionele en morele verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt, wetenschappelijke aanbevelingen, tijdsdruk in de praktijk en hun verantwoordelijkheid tegenover het zorgsysteem. Inzicht in hoe huisartsen deze afwegingen maken en welke factoren hun beslissingen rond check-ups beïnvloeden, is essentieel om het huidige gebruik van algemene check-ups in de huisartsenpraktijk kritisch te begrijpen en waar nodig te optimaliseren.

2. Vraagstelling

Er is beperkt kwalitatief onderzoek dat inzicht biedt in hoe huisartsen zelf algemene check-ups in hun dagelijkse praktijk benaderen en vormgeven. Nochtans zijn zij de sleutelfiguren die dagelijks beslissingen nemen over het al dan niet aanbieden, organiseren en invullen van deze consultaties. Deze thesis richt zich daarom op het onderzoeken van de ideeën en verwachtingen van Vlaamse huisartsen met betrekking tot algemene check-ups. Daarbij wordt onderzocht hoe zij het nut en de betekenis van deze consultaties interpreteren en welke overwegingen en motieven hun handelen sturen.

De centrale onderzoeksvraag luidt: **‘Welke ideeën, verwachtingen en motieven hebben Vlaamse huisartsen ten aanzien van algemene check-ups bij asymptomatische patiënten, en hoe beïnvloeden deze hun klinisch handelen?’**

Deze centrale vraag wordt verder uitgewerkt aan de hand van de volgende deelvragen:

- Welke betekenissen en verwachtingen kennen huisartsen toe aan het nut en de waarde van algemene check-ups?
- Welke onderliggende motieven spelen een rol in hun beslissingen om al dan niet een check-up uit te voeren?
- Hoe verhouden huisartsen zich tot bestaande richtlijnen en wetenschappelijke aanbevelingen rond preventie en check-ups?
- Welke spanningen ervaren huisartsen tussen evidence-based geneeskunde, patiëntverwachtingen en de praktische realiteit van de huisartsenpraktijk?
- Hoe beïnvloeden deze verwachtingen en spanningen de concrete invulling van de check-up in de praktijk?

Door deze vragen te beantwoorden, beoogt deze studie bij te dragen aan een beter begrip van het denken en handelen van Vlaamse huisartsen rond algemene check-ups. Daarnaast wil zij aanknopingspunten bieden voor een meer doelgerichte, wetenschappelijk onderbouwde en maatschappelijk verantwoorde invulling van algemene check-ups in de huisartsenpraktijk.

3. Literatuuronderzoek: ideeën en verwachtingen van huisartsen omtrent algemene check-ups

3.1 Methodologie van het literatuuronderzoek

Ter verkenning van de onderzoeksvraag werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar het perspectief van huisartsen met betrekking tot algemene check-ups bij asymptomatische patiënten. Er werd gebruikgemaakt van de databanken PubMed en Google Scholar. Daarnaast werden relevante artikels geïdentificeerd via referentielijsten van geselecteerde publicaties en via aanbevelingen van de promotor.

De zoekstrategie werd opgesteld op basis van PICO-principes, aangepast voor kwalitatief onderzoek en opgebouwd rond drie kernconcepten:

- P (population): huisartsen
- S (subject): algemene check-up
- O (outcome): ideeën, verwachtingen, overtuigingen, attitudes of beslissingsprocessen van artsen

Per concept werden zowel MeSH-termen als vrije tekstwoorden gebruikt. Synoniemen binnen elk concept werden gecombineerd met de operator ‘OR’, waarna de drie concepten onderling werden gecombineerd met de operator ‘AND’.

- Concept 1 (huisartsen): ‘physicians, family’, ‘general practice’, ‘primary health care’, ‘physicians, primary care’, ‘general practitioners’, ‘family physician’, ‘family doctor’, ‘primary care physician’, ‘primary care doctor’, ‘family practice’, ‘GP’
- Concept 2 (algemene check-up): ‘health check’, ‘general health check’, ‘annual physical exam’, ‘health check-up’, ‘health examination’, ‘periodic health examination’, ‘preventive health services’, ‘diagnostic tests, routine’, ‘clinical laboratory techniques’, ‘laboratory testing’, ‘mass screening’, ‘preventive consultation’
- Concept 3 (ideeën, verwachtingen, overtuigingen, attitudes, beslissingsprocessen): ‘attitude of health personnel’, ‘health knowledge, attitudes, practice’, ‘beliefs’, ‘expectations’, ‘decision making, clinical’, ‘practice patterns, physicians’, ‘overuse’, ‘unnecessary procedures’, ‘uncertainty’, ‘perspective’, ‘perception’, ‘opinion’

De initiële zoekactie in PubMed leverde 4.039 resultaten op. Na screening op titel en abstract werden artikels geselecteerd voor volledige lezing. Er werden zowel originele artikels, systematische reviews, narratieve reviews als richtlijnen geraadpleegd, gepubliceerd tussen 1991 en 2025. De uiteindelijke selectie gebeurde op basis van relevantie voor de

onderzoeksvraag, met focus op studies binnen de eerstelijnszorg en huisartsenpraktijk. In totaal werden 50 artikels weerhouden om het theoretisch kader van deze thesis te onderbouwen en een overzicht te geven van de bestaande literatuur rond ideeën en verwachtingen van huisartsen bij algemene check-ups.

3.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Binnen de geselecteerde literatuur werd slechts een beperkt aantal studies geïdentificeerd dat specifiek focust op de ideeën, verwachtingen en attitudes van huisartsen ten aanzien van algemene check-ups. De belangrijkste studie in dit domein is een Deense kwalitatieve studie van Søndergaard et al. (2012), waarin de attitudes en bezorgdheden van huisartsen ten aanzien van preventieve check-ups werden onderzocht. (40) Aanvullend bieden enkele studies indirect inzicht in de motieven en overwegingen van huisartsen, onder meer via onderzoek naar steun voor een jaarlijkse fysieke controle, variatie in testgedrag en verborgen agenda's bij patiënten die een check-up vragen. (24, 25, 41)

Hoewel het wetenschappelijke bewijs voor algemene check-ups zeer beperkt blijft (5, 7, 9), tonen verschillende studies aan dat dergelijke consultaties toch een plaats blijven innemen in de dagelijkse huisartsenpraktijk. (6, 24) Internationale literatuur wijst bovendien op aanzienlijke variatie in hoe artsen het concept van de algemene check-up interpreteren en toepassen, variërend van een gestructureerd preventieconsult tot een meer opportunistische benadering. Veel huisartsen zien dit wel degelijk als onderdeel van hun takenpakket, maar de uitvoering blijft vaak selectief, contextafhankelijk en weinig systematisch. (40)

Voor een aantal huisartsen vormt de check-up in de eerste plaats een manier om preventieve zorg meer systematisch aan bod te laten komen binnen de huisartsenpraktijk. In de drukke context van de eerstelijnszorg krijgen preventieve onderwerpen tijdens klachtgerichte consultaties vaak minder aandacht. Een afzonderlijk consultmoment kan volgens artsen helpen om onder meer risicofactoren, leefstijl en deelname aan bevolkingsscreening te bespreken. (24, 40)

Een centrale bevinding uit de literatuur is de ambivalente houding ten aanzien van de wetenschappelijke onderbouwing van algemene check-ups. Enerzijds bestaat er het geloof dat deze consultaties kunnen bijdragen aan vroegdetectie en preventie van ziekte. Anderzijds hebben veel artsen twijfels over de effectiviteit en uiten zij bezorgdheid over de mogelijke nadelen, zoals negatieve psychologische effecten, een vals gevoel van geruststelling en het feit dat niet altijd de juiste doelgroep wordt bereikt. Huisartsen geven bovendien aan dat duidelijke richtlijnen ontbreken over de inhoud, doelgroep en organisatie van dergelijke consultaties. (40)

Naast deze klinische functie wordt in de literatuur ook het relationele aspect van check-ups benadrukt. Check-ups kunnen voor patiënten een laagdrempelig moment vormen om bredere gezondheidsvragen of onderliggende bezorgdheden te bespreken. Dergelijke consultaties kunnen bovendien verborgen agenda's bevatten, bijvoorbeeld rond mentale gezondheid of angst voor bepaalde ziekten. (41) Voor huisartsen kunnen deze consultaties dan ook een gelegenheid zijn om patiënten beter te leren kennen en een breder gesprek te voeren over gezondheid en welzijn. In die zin worden algemene check-ups door sommige artsen gezien als een manier om de arts-patiëntrelatie te versterken. (24)

Beslissingen rond check-ups blijken daarnaast sterk beïnvloed door andere factoren dan wetenschappelijke onderbouwing. Gewoonten, eerdere ervaringen en patiëntverwachtingen spelen een belangrijke rol in het aanvraaggedrag van artsen. (14, 25) Het idee van periodieke gezondheidscontroles is historisch diep verankerd in de geneeskunde en wordt door sommige patiënten gezien als een vanzelfsprekend onderdeel van goede gezondheidszorg. (24) Hierdoor ervaren huisartsen soms druk om diagnostische onderzoeken aan te vragen, bijvoorbeeld om patiënten gerust te stellen of tegemoet te komen aan hun verwachtingen, zelfs wanneer de medische meerwaarde beperkt is. (14, 40)

Bovendien wijst de literatuur erop dat algemene check-ups niet noodzakelijk de patiënten bereiken die er het meeste baat bij zouden hebben. Preventieve consultaties worden vaker aangevraagd door patiënten die reeds sterk met hun gezondheid bezig zijn, terwijl groepen met hogere gezondheidsrisico's minder geneigd zijn om spontaan preventieve zorg op te zoeken. (42, 43)

Tot slot tonen studies aan dat ook organisatorische factoren binnen de huisartsenpraktijk een belangrijke invloed kunnen hebben op de manier waarop preventieve zorg wordt aangeboden. Praktijkorganisatie, beschikbare consultatietijd en taakdelegatie binnen multidisciplinaire teams kunnen bepalen in welke mate preventieve consultaties systematisch worden uitgevoerd. (44, 45)

De beschikbare literatuur over algemene check-ups bij asymptomatische patiënten vertoont belangrijke beperkingen. Er is een gebrek aan studies die specifiek focussen op het perspectief van huisartsen. Veel studies zijn uitgevoerd in een internationale context en zijn niet altijd direct toepasbaar op de Vlaamse huisartsenpraktijk. Bovendien ligt de nadruk in de literatuur vaak op specifieke aspecten, zoals laboratoriumonderzoek of bepaalde screenings, terwijl een geïntegreerd beeld van hoe huisartsen algemene check-ups benaderen minder goed beschreven is. Deze lacunes onderstrepen de nood aan verder kwalitatief onderzoek naar hoe huisartsen in de Vlaamse context algemene check-ups concreet interpreteren, organiseren en ervaren, en welke factoren hun klinische beslissingen beïnvloeden.

4. Methodologie

Voor het empirische luik van deze thesis werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode via semigestructureerde interviews. Deze methode werd gekozen omdat ze geschikt is om diepgaand inzicht te verkrijgen in ervaringen, overtuigingen en beslissingsprocessen van huisartsen, en om complexiteit en nuance in de praktijkvoering te capteren.

Het veldonderzoek werd uitgevoerd als onderdeel van een overkoepelend thesisonderzoek aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent, met als centraal thema de algemene check-up (zie bijlage 9.1). Binnen dit project werd gewerkt in vier deelstudies, elk gericht op een specifiek aspect van de algemene check-up:

1. De algemene check-up op vraag van de patiënt,
2. De algemene check-up op vraag van de arts,
3. Het laboratoriumonderzoek binnen de check-up,
4. Het screenen naar mentale gezondheid als onderdeel van de algemene check-up.

Deze thesis richt zich specifiek op het perspectief van de huisarts met betrekking tot algemene check-ups bij asymptomatische patiënten, met bijzondere aandacht voor hun ideeën, verwachtingen, motieven en de factoren die hun klinisch handelen beïnvloeden.

Er werd gebruikgemaakt van een doelgerichte steekproef van Vlaamse huisartsen om zoveel mogelijk diversiteit te verkrijgen binnen deze regio (*purposive sampling*). In totaal werden 21 huisartsen geïnterviewd. Inclusiecriteria waren: actief werkzaam als huisarts in Vlaanderen en bereidheid om deel te nemen aan een interview over algemene check-ups. Er werd gestreefd naar een maximale variatie binnen de steekproef, wat betreft:

- Leeftijd en geslacht van de huisarts
- Aantal jaren werkervaring
- Praktijkvorm (solo-, duo-, groepspraktijk, netwerkpraktijk)
- Werkzaamheid binnen een wijkgezondheidscentrum (WGC)
- Stedelijke en landelijke praktijksetting

De huisartsen werden gerekruteerd per e-mail, telefonisch of via persoonlijke contacten. Alle deelnemers ontvingen vooraf duidelijke informatie over het doel en verloop van het onderzoek en ondertekenden een informed consent-formulier (zie bijlage 9.2).

De interviews werden afgenomen in de periode van augustus 2024 tot en met november 2025. Ze werden uitgevoerd door zeven huisartsen in opleiding die betrokken waren bij het overkoepelende onderzoeksproject. Er werd gewerkt met een vooraf opgestelde topiclijst (zie

bijlage 9.3), die fungeerde als leidraad en ruimte liet voor doorvragen en verdieping. Thema's die aan bod kwamen, waren onder meer de organisatie van algemene check-ups, motieven en verwachtingen van huisartsen, de rol van patiëntkenmerken, laboratoriumdiagnostiek en de omgang met richtlijnen.

De interviews vonden plaats op een locatie naar keuze van de deelnemer, duurden gemiddeld 20 tot 45 minuten en werden met toestemming van de deelnemers audio-opgenomen. Alle interviews werden verbatim getranscribeerd. Na 21 interviews werd een zekere mate van thematische verzadiging bereikt, waarbij in de latere interviews geen nieuwe hoofdthema's meer naar voren kwamen, al bleef de diepgang per thema wel variabel.

De transcripten werden geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode, een methodologisch raamwerk voor kwalitatieve data-analyse. Deze methode bestaat uit een voorbereidende fase met grondig lezen en narratief samenvatten van de interviews. Deze fase was gericht op conceptuele verkenning en het identificeren van betekenisvolle elementen, zonder formele codering. (46)

In een tweede fase werden op basis van deze samenvattingen concepten en thema's ontwikkeld, die iteratief werden vergeleken en verfijnd over de verschillende interviews heen. Nadat de conceptuele structuur voldoende was uitgewerkt, werden de transcripten systematisch gecodeerd. Voor de ondersteuning van de analyse werd gebruikgemaakt van de software MAXQDA, waarmee codes, concepten en thema's systematisch werden georganiseerd (zie bijlage 9.4).

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (referentienummer B6702024000542) (zie bijlage 9.5). Deelname was vrijwillig en deelnemers konden op elk moment hun deelname stopzetten zonder gevolgen. Alle gegevens werden geanonimiseerd, vertrouwelijk behandeld en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Audio-opnames en transcripten werden veilig opgeslagen en enkel toegankelijk gemaakt voor de onderzoekers.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd uit de interviews met 21 huisartsen. De resultaten illustreren hoe huisartsen algemene check-ups benaderen, welke ideeën en verwachtingen zij daaraan toekennen, en welke factoren hun handelen beïnvloeden.

5.1 Profiel van de geïnterviewde artsen

Er werden 21 Vlaamse huisartsen geïnterviewd, waarvan 11 mannen en 10 vrouwen. De deelnemers varieerden sterk in leeftijd, gaande van 28 tot 67 jaar, met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 40 jaar. De gemiddelde werkervaring als huisarts bedroeg 13 jaar. Deze spreiding weerspiegelt een diverse groep artsen in verschillende fases van hun loopbaan.

De huisartsen waren werkzaam in een solopraktijk (1), duopraktijk (4), groepspraktijk (12) of wijkgezondheidscentrum (4). Eén duopraktijk en één groepspraktijk maakten bovendien deel uit van een netwerkpraktijk. De praktijken waren zowel in stedelijke als landelijke context gesitueerd. In sommige praktijken waren paramedici, zoals verpleegkundigen, werkzaam.

De patiëntenpopulatie van de deelnemende artsen was heterogeen samengesteld. De meeste huisartsen beschreven een gemengd patiëntenbestand met variatie in leeftijd, socio-economische achtergrond en culturele afkomst. De grootte van het patiëntenbestand varieerde van ongeveer 1.000 tot 8.800 globale medische dossiers (GMD's), wat de diversiteit in praktijkgrootte en werklast onderstreept.

5.2 Frequentie van uitgevoerde check-ups

Uit de interviews blijkt dat er een grote variatie bestaat in hoe vaak huisartsen algemene check-ups uitvoeren. De gerapporteerde frequenties lopen uiteen van 15 tot 20 per week, terwijl bij anderen een schatting wordt gemaakt van slechts één om de twee weken.

De interpretatie van deze frequenties wordt echter bemoeilijkt door het ontbreken van een eenduidige definitie van wat huisartsen precies onder een 'algemene check-up' verstaan. Verschillende respondenten rekenen ook controles in het kader van chronische medicatie of pathologie mee, terwijl anderen expliciet enkel consultaties bij asymptomatische patiënten zonder lopende opvolging beschouwen als een algemene check-up. Hierdoor zijn de gerapporteerde aantallen vooral indicatief en niet rechtstreeks met elkaar te vergelijken.

5.3 Organisatie en initiatief voor een algemene check-up

Uit de interviews blijkt dat de organisatie van de algemene check-up sterk varieert tussen verschillende huisartsen. Een terugkerend thema is het ontbreken van vaste protocollen of gestructureerde werkwijzen binnen veel praktijken. Zo verwoordde een huisarts dit als volgt:

> *'Want uiteindelijk, iedereen doet een beetje zijn eigen ding. In een groepspraktijk kom je overeen want je hebt vaak hetzelfde karakter. Maar het is ook belangrijk om één visie te hebben en efficiënt te kunnen werken, dat patiënten zich toch gehoord voelen.' [Huisarts 17, man, groepspraktijk]*

Veel huisartsen geven aan dat zij de check-up vormgeven op basis van hun persoonlijke voorkeuren, klinische ervaring en een individuele inschatting van de noden van de patiënt. Hierdoor ontstaat een heterogene praktijkvoering, zowel binnen als tussen praktijken.

Er bestaan wel enkele uitzonderingen. Zo beschikken sommige groepspraktijken en WGC's over een explicieter preventiebeleid, waardoor algemene check-ups meer gestructureerd verlopen. In deze context wordt de organisatie van de check-up soms gedeeltelijk uitbesteed aan een praktijkverpleegkundige, bijvoorbeeld voor pre-screening, anamnese, parameterbepaling, bloedafname, patiënteneducatie of opvolging van preventieve acties. Ook het elektronisch medisch dossier (EMD) wordt in sommige praktijken gebruikt om preventieve items te plannen en systematisch op te volgen.

Opvallend is dat meerdere artsen de wens uiten om verpleegkundigen in de toekomst een grotere rol te geven in de organisatie en uitvoering van de check-up, zowel om de werkdruk te verlichten als om preventie systematischer te kunnen aanpakken. Zo vertelde een arts:

> *'We hebben op dit moment nog geen zorgpad. Ik ben daar wel voorstander van om dat uit te werken met onze verpleegkundige. Ik vind persoonlijk dat wij te weinig tijd hebben om dat allemaal in een consult te gieten. Dus ik denk dat het wel interessant zou zijn dat ze bijvoorbeeld via een stroomdiagram kunnen gescreend worden, van op die leeftijd en dat geslacht, en dan kijken in welke categorie ze terecht komen.'*
> *[Huisarts 11, vrouw, groepspraktijk]*

Het initiatief voor een algemene check-up kan zowel van de patiënt als van de arts uitgaan, maar deze verhouding verschilt aanzienlijk tussen huisartsen. Bij een deel van de huisartsen gebeurt de meerderheid van de check-ups op vraag van de patiënt, vaak ingegeven door bezorgdheid, verwachtingen rond jaarlijkse bloedafnames of familiale voorgeschiedenis:

'Je hebt patiënten die daar inderdaad ook heel hard mee bezig zijn, hé, met hun gezondheid. En die dan zelf komen bijvoorbeeld omdat ze iets meegemaakt hebben in de familie. Die zeggen van 'Er heeft iemand een infarct gehad of een stent gestoken. Ik zou er beter ook eens voor kijken.'' [Huisarts 17, man, groepspraktijk]

'Ik heb het gevoel dat er in de praktijk bij patiënten vaak de opvatting leeft dat er éénmaal per jaar bloed getrokken moet worden. Dat wordt dan vaak als algemene check-up aangegrepen. Dus heel veel mensen boeken dat zelf in.' [Huisarts 18, man, groepspraktijk]

Andere huisartsen geven aan dat zij de check-up regelmatig zelf voorstellen, doorgaans opportunistisch tijdens een consult voor een andere klacht of wanneer risicofactoren worden opgemerkt, zoals chronisch medicatiegebruik, obesitas, roken of een belaste familieanamnese. Hieronder beschrijven huisartsen hoe zij proberen om preventie een vaste plaats te geven binnen het consult:

'Het is soms zo dat je mensen soms een jaar of twee jaar niet kunt zien. Dan doe je ook wel de mededeling van kijk, vanaf de leeftijd van 50 jaar is het wel interessant om eens een algemene check-up te doen daaromtrent.' [Huisarts 6, man, groepspraktijk]

'Bij sommigen probeer ik dat echt te installeren. En die weten dat al, dat de laatste minuut van het consult voor mij is. Ze hebben een agenda gehad en mijn agenda mag ook even aan bod komen. Want ik heb patiënten die al vragen: 'Heb jij nog iets op de agenda staan, dokter?'' [Huisarts 1, vrouw, WGC]

5.4 Check-up: 'what's in a name?'

Uit de interviews blijkt dat de term 'algemene check-up' voor huisartsen geen eenduidig afgelijnd consult aanduidt. Niet alleen de inhoud, maar ook de betekenis van de term zelf varieert sterk. Voor sommige artsen verwijst een check-up naar een preventief consult bij een asymptomatische patiënt, terwijl anderen daar ook consultaties met vage klachten, ongerustheid of een vraag naar 'eens alles na te kijken' onder verstaan.

Die heterogeniteit maakt duidelijk dat huisartsen het begrip niet strikt invullen zoals in de onderzoeksvraag wordt vooropgesteld. In de interviews lopen asymptomatische preventie, consultaties met verborgen agenda's en consultaties met moeilijk objectiveerbare klachten geregeld door elkaar.

Hoewel de concrete invulling dus sterk verschilt, komen enkele vaste elementen regelmatig terug. Huisartsen beschrijven een check-up meestal als een consult waarin anamnese, beperkt lichamelijk onderzoek en in wisselende mate aanvullende onderzoeken aan bod kunnen komen. De mate waarin deze elementen systematisch worden toegepast, verschilt echter sterk van arts tot arts. De onderstaande subsecties beschrijven daarom niet zozeer een vast check-upprotocol, maar eerder de variatie in hoe huisartsen dergelijke consultaties concreet invullen. De onderliggende ideeën en verwachtingen die huisartsen hieraan koppelen, worden in een latere resultatensectie verder thematisch besproken.

5.4.1 Anamnese

Meestal start de check-up met een uitgebreide anamnese, waarbij artsen niet alleen naar eventuele klachten vragen, maar ook naar verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt. Daarnaast wordt vaak aandacht besteed aan de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis, met bijzondere aandacht voor aandoeningen die een verhoogd gezondheidsrisico kunnen inhouden, zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, kanker of vroegtijdige sterfte in de familie. Ook levensstijl vormt voor veel huisartsen een belangrijk onderdeel van de check-up, met vragen over roken, alcoholgebruik, voeding en beweging. Sommige huisartsen bevragen daarnaast bredere determinanten van gezondheid, zoals slaap, stress of beroep.

5.4.2 Klinisch onderzoek

Bij de meeste huisartsen maakt ook een beperkt klinisch onderzoek deel uit van de check-up. Dit omvat meestal een cardiovasculaire evaluatie, met onder meer bloeddrukmeting en auscultatie van hart en longen. Regelmatig worden ook gewicht, lengte en body mass index (BMI) bepaald, en eerder occasioneel de buikomtrek. Een aantal artsen voert een breder algemeen klinisch onderzoek uit, maar dit gebeurt niet systematisch en is vaak afhankelijk van de context en de beschikbare tijd.

5.4.3 Laboratoriumdiagnostiek

Daarnaast blijkt het gebruik van laboratoriumonderzoek sterk te variëren. Veel huisartsen geven aan regelmatig bloedonderzoek te verrichten vanaf de middelbare leeftijd, vaak vanaf 45 à 50 jaar, al wordt dit doorgaans afgestemd op het individuele risicoprofiel van de patiënt. De inhoud van het aangevraagde laboratoriumonderzoek varieert aanzienlijk tussen huisartsen. Het bloedonderzoek omvat vaak bepalingen van lipiden, glucose, bloedbeeld, nierfunctie, lever- en schildklierwaarden. Daarnaast beschrijven artsen uiteenlopende uitbreidingen afhankelijk van leeftijd, geslacht of persoonlijke voorkeur, zoals vitaminebepalingen, PSA of eiwitelektroforese. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van

de specifieke laboratoriumparameters en de motivatie achter deze keuzes wordt verwezen naar de desbetreffende thesis van mijn collega-HAIO's binnen dit onderzoeksproject. Ook urineonderzoek wordt door sommige huisartsen gebruikt, zij het minder frequent en meestal selectiever dan bloedonderzoek.

5.4.4 Kankerscreening

Het bespreken van preventieve kankerscreeningen vormt voor veel huisartsen een vast onderdeel van de algemene check-up. Zij verwijzen daarbij meestal naar de bestaande Vlaamse bevolkingsonderzoeken voor borst-, darm- en cervixkanker en gebruiken het consult om na te gaan of patiënten up-to-date zijn en hen zo nodig opnieuw te motiveren tot deelname. Daarnaast komen bij sommige artsen ook screening buiten het georganiseerde kader aan bod, zoals prostaatkankerscreening. De artsen die dit vermelden, geven aan zich bewust te zijn van de controverse rond PSA-screening. Hierbij benadrukken ze het belang van gedeelde besluitvorming, waarbij de voor- en nadelen met de patiënt worden afgewogen.

5.4.5 Vaccinatiestatus

Verder vormt de algemene check-up voor veel artsen een moment om de vaccinatiestatus na te kijken. Met name de status van de tetanusvaccinatie wordt hierbij vaak gecontroleerd. Bij oudere patiënten komen ook de COVID-19-, griep- en pneumokokkenvaccinaties aan bod.

5.4.6 Dossiernazicht en medicatiebeheer

Daarnaast gebruiken veel huisartsen de check-up om het medisch dossier te actualiseren, zorgelementen aan te vullen, medicatie te overlopen en eventueel overbodige behandeling af te bouwen. In die zin krijgt de check-up soms ook de betekenis van een moment van algemeen dossiernazicht, zeker bij nieuwe patiënten.

5.4.7 Aanvullende onderzoeken

Tot slot zetten huisartsen in zeldzamere gevallen ook aanvullende onderzoeken in, afhankelijk van de klinische context of het risicoprofiel van de patiënt. Enkele huisartsen vermelden dat zij occasioneel een elektrocardiogram afnemen, bijvoorbeeld bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. Een zeer kleine minderheid van de huisartsen vraagt tijdens een check-up soms beeldvorming aan, zoals een RX-thorax of een low-dose CT-thorax bij patiënten met een relevante rookgeschiedenis. Ook osteoporosescreening wordt occasioneel vermeld. Ook dit gebeurt niet systematisch en wordt sterk individueel benaderd.

5.5 Verwachtingen van huisartsen over algemene check-ups

Uit de interviews blijkt dat huisartsen uiteenlopende verwachtingen en overtuigingen hebben over de betekenis en het nut van algemene check-ups. Voor veel artsen is de check-up geen eenduidig concept, maar een consult dat verschillende functies kan vervullen binnen de huisartsenpraktijk. In de gesprekken kwam herhaaldelijk naar voren dat huisartsen zowel voordelen als nadelen zien in het uitvoeren van dergelijke consultaties.

De thematische analyse bracht zes terugkerende spanningsvelden aan het licht die illustreren hoe huisartsen algemene check-ups interpreteren en beleven. Zo verschijnt de check-up in de interviews onder meer als zinvolle preventie of als vorm van overmedicalisering, als een kans om de arts-patiëntrelatie te versterken of als bron van spanningen, als geruststelling, vroegdetectie of als illusie van controle, als hefboom voor levensstijlverandering of als bevestiging van bestaande gewoonten, als waardevol consult of als organisatorische belasting binnen een drukke praktijk, en ten slotte als een praktijk waarin huisartsen balanceren tussen wetenschappelijke onderbouwing, buikgevoel en routine.

5.5.1 Zinvolle preventie of overmedicalisering?

Een eerste spanningsveld in de interviews betreft de vraag in welke mate algemene check-ups door huisartsen worden beschouwd als zinvolle preventieve zorg, of eerder leiden tot overmedicalisering van gezonde patiënten. Dit spanningsveld loopt als een rode draad door de interviews en raakt aan een fundamentele onzekerheid in de huisartsenpraktijk: wat betekent het precies om ‘goed preventief’ te werken bij asymptomatische patiënten, wanneer de check-up als concept tegelijk vertrouwd, ingeburgerd en slecht afgelijnd is?

Veel huisartsen vertalen de algemene check-up naar een preventieconsult, waarmee het voor hen aanvoelt als een logisch onderdeel van hun preventieve opdracht.

> *‘Als je zegt ‘de check-up’, dan denk ik ‘preventieconsult’. Ja, zo zit het wel in mijn hoofd.’ [Huisarts 20, man, WGC]*

Vanuit dit perspectief krijgt de check-up betekenis als een afzonderlijk consult waarin preventieve aspecten, die in klachtgerichte consultaties vaak onderbelicht blijven, systematisch aan bod kunnen komen. Het wordt dan gezien als een moment waarop leefstijl, cardiovasculair risico, vaccinatiestatus, deelname aan bevolkingsscreening en andere preventieve aandachtspunten kunnen worden overlopen.

Sommige artsen beschrijven hoe zij dit consult bewust hebben opgebouwd binnen hun praktijk. Sommige groepspraktijken en WGC’s werken met sjablonen, planningsmodules of

herinneringssystemen in het EMD, zodat preventieve items sneller en consistenter kunnen worden opgevolgd. Ook verpleegkundigen of zelfs het secretariaat spelen hierin soms een belangrijke rol. In sommige praktijken wordt de check-up op die manier meer een ingebouwd zorgelement dan een louter toevallig consult. Dat gestructureerde karakter wordt door verschillende huisartsen als positief ervaren, omdat het hen helpt om preventie actief en systematisch vorm te geven.

Naast deze organisatorische mechanismen komt in de interviews ook een meer inhoudelijke kritiek naar voren. Een kleinere groep huisartsen staat uitgesproken sceptisch tegenover algemene check-ups en hecht weinig waarde aan ongerichte screening bij asymptomatische patiënten:

> *'Wat is daar de waarde van? Volgens mij, zomaar blind eens wat onderzoeken doen, volgens mij heeft dat geen preventieve waarde.' [Huisarts 19, man, solopraktijk]*

Vooral routinematig bloedonderzoek wordt door sommige artsen kritisch bekeken, omdat zij vrezen dat dit kan bijdragen aan medicalisering en onnodige zorgconsumptie. Deze kritische houding komt vooral naar voren bij jonge patiënten of bij herhaaldelijke aanvragen zonder duidelijke klinische aanleiding.

> *'Dat je vooral weerstand voelt als mensen jonger zijn, omdat je dan denkt dat er weinig in kan gevonden worden.' [Huisarts 5, vrouw, duopraktijk]*

In dat opzicht maken huisartsen vaak impliciet een onderscheid op basis van leeftijd, waarbij zij bij jongere patiënten eerder terughoudend zijn met technische onderzoeken en de nadruk leggen op levensstijl en risicofactoren, terwijl zij bij oudere patiënten sneller geneigd zijn om de check-up uitgebreider en meer technisch in te vullen. Leeftijd fungeert zo als een praktisch kantelpunt in de mate waarin artsen de check-up medisch-technisch invullen.

> *'Ik denk dat het ook wat afhangt van de leeftijd van de persoon. Als dat een vijftigplusser is die volgens de Gezondheidsgids algemeen gecheckt moet worden, dan denk ik dat dat keigoed uitkomt. Fijn dat je begaan bent met je gezondheid. Als er een jonge persoon komt met een algemene check-up, dan denk ik van 'ja, ik denk dat ik niet veel ga te weten komen daarmee…'' [Huisarts 8, vrouw, groepspraktijk]*

Sommige artsen geven aan dat zij in de loop van de tijd terughoudender zijn geworden, onder meer door een groeiend besef van de beperkte onderbouwing voor dergelijke onderzoeken en het risico op vals-positieve resultaten, die ongerustheid kunnen opwekken bij patiënten.

‘Nog een reden om wat voorzichtig te zijn in mijn ogen is dat je heel veel kans hebt op rode cijfertjes in een bloeduitslag. Mensen kunnen via CoZo alles opvragen. Heel vaak moet je beginnen uitleggen waarom dat er een bepaalde waarde van de witte bloedcellen in het rood staan, bijvoorbeeld de eosinofielen.’ [Huisarts 18, man, groepspraktijk]

Tegelijk blijkt uit dezelfde interviews dat artsen niet consequent volgens deze kritische logica handelen. Verschillende huisartsen geven aan dat zij soms toch onderzoeken aanvragen die niet strikt volgens richtlijnen aangewezen zijn, bijvoorbeeld omdat zij in het verleden onverwachte afwijkingen hebben gevonden of omdat zij het moeilijk vinden iets te missen.

‘Voor mij speelt daar ook iets in mee. Mijn papa heeft prostaatkanker gehad en dat is eigenlijk door een algemene check-up ontdekt geweest.’ [Huisarts 8, vrouw, groepspraktijk]

‘Of ook dat ze bijvoorbeeld bij een collega gaan en die dan wel die scan voorschrijft en dan komt daar zo iets ‘obvious’ uit en dan denken die ‘Allee, waarom heb jij dat nu niet gedaan?’’ [Huisarts 21, vrouw, groepspraktijk]

Zulke ervaringen lijken disproportioneel veel gewicht te krijgen in de besluitvorming en versterken het gevoel dat routineonderzoek toch wel iets kan opleveren. Daarmee tonen de interviews hoe sterk ervaring, herinneringen aan uitzonderingsgevallen en persoonlijke klinische indrukken het handelen kunnen beïnvloeden, zelfs wanneer men zich bewust is van de beperkte wetenschappelijke onderbouwing.

Hierdoor ontstaat een spanningsveld waarin de check-up enerzijds wordt gezien als een vorm van zinvolle preventie, maar anderzijds ook als een mogelijke motor van overmedicalisering. De check-up wordt immers tegelijk gedragen door het ideaal van zinvolle preventie en door routines en persoonlijke ervaringen die niet altijd sporen met evidence-based handelen.

Deze dynamiek hangt ook samen met socio-economische verschillen. Huisartsen geven aan dat patiënten met een lagere socio-economische status (SES) minder geneigd zijn om spontaan preventieve zorg op te zoeken. Hierdoor ontstaan minder natuurlijke momenten om een check-up te initiëren.

‘In de realiteit is het natuurlijk dat zieke mensen het niet zo breed hebben of mensen met een lagere socio-economische status wat minder vlug bij ons geraken dus gaan ze waarschijnlijk wanneer je het breed ziet minder aan preventie doen in vergelijking met mensen die hoog opgeleid zijn.’ [Huisarts 18, man, groepspraktijk]

Daartegenover staan patiënten met een hogere SES, die doorgaans vaker actief naar preventieve zorg vragen. Deze patiënten zijn doorgaans meer bezig met hun gezondheid en vragen soms uitgebreider bloedonderzoek of technische onderzoeken. De artsen beschrijven dat zij in deze groep vaker moeten onderhandelen en grenzen stellen.

Hierdoor ontstaat in de praktijk een preventieparadox: algemene check-ups komen vooral terecht bij mondige, zorgbewuste patiënten die er actief naar vragen, terwijl patiënten met een hogere medische kwetsbaarheid of lagere SES minder vaak bereikt worden. Dit suggereert dat een algemene check-up in de praktijk vaak afhankelijk is van een concrete trigger, zoals een vraag van de patiënt, waardoor ze minder snel plaatsvindt bij patiënten die zelf geen initiatief nemen. Opvallend is dat huisartsen hierbij niet systematisch meer initiatief nemen bij kwetsbare patiënten, waardoor deze ongelijkheid in de praktijk vaak blijft bestaan. Slechts één huisarts gaf aan bij deze groep net sneller een check-up voor te stellen, omdat hij hen als medisch kwetsbaarder beschouwt en de voorkans op ziekte hoger inschat. Daarnaast spelen bij patiënten met een lagere SES ook financiële overwegingen mee, waardoor huisartsen vaker rekening houden met de kostprijs van onderzoeken en behandelingen bij de concrete invulling van de check-up.

5.5.2 Versterking van de arts-patiëntrelatie of bron van spanningen?

Een tweede belangrijk spanningsveld in de interviews betreft de invloed van de algemene check-up op de arts-patiëntrelatie. Voor veel huisartsen vormt het consult een waardevol moment om een bredere kijk te krijgen op de gezondheid en levenssituatie van hun patiënten. In tegenstelling tot consultaties die gericht zijn op acute klachten, biedt een check-up vaak ruimte voor een uitgebreider gesprek over gezondheid, levensstijl en psychosociaal welzijn.

Sommige artsen ervaren dergelijke consultaties als een gelegenheid om de relatie met hun patiënten te verdiepen. Het consult laat toe om patiënten beter te leren kennen en om gezondheidsproblemen of bezorgdheden te bespreken die anders misschien niet aan bod zouden komen. Zo kan een vraag naar algemeen welzijn of mentale gezondheid soms onverwachte inzichten opleveren over problemen waar patiënten mee worstelen.

Tegelijk blijkt uit de interviews dat patiëntenverwachtingen een belangrijke rol spelen in hoe een check-up verloopt. Verschillende huisartsen geven aan dat zij in de praktijk vaak vertrekken vanuit wat patiënten verwachten van een algemene check-up. In veel gevallen ontstaat het consult bovendien op initiatief van de patiënt zelf, waardoor de check-up vanaf het begin een onderhandelingsmoment wordt tussen de bezorgdheid van de patiënt en de professionele inschatting van de arts. Deze verwachtingen sturen het verloop van het consult sterk.

Ook verschillen in zorggebruik beïnvloeden hoe deze consultaties tot stand komen. Huisartsen ervaren dat vrouwen vaker spontaan preventieve zorg opzoeken, terwijl mannen minder geneigd zijn om op eigen initiatief een check-up te plannen en vaker gestimuleerd moeten worden.

'Ik merk soms een beetje uit ervaring dat in het kader van bijvoorbeeld colonkankerscreening dat op een of andere reden dat de mannen meer gestimuleerd moeten worden dan de vrouwen. Dat preventief aspect van dat je ziet dat de patiënt voor de zoveelste keer niet heeft deelgenomen aan het onderzoek, dat ik dat op een of andere reden altijd meer zie bij mannen dan bij vrouwen.' [Huisarts 6, man, groepspraktijk]

Veel huisartsen ervaren dat patiënten een algemene check-up associëren met routinematig bloedonderzoek, vaak op jaarlijkse basis. Voor een deel van de artsen heeft dit weinig meerwaarde, zeker bij jongere patiënten zonder klachten of risicofactoren. Toch geven sommige huisartsen aan dat zij soms ingaan op de vraag naar dergelijke onderzoeken, niet alleen om de vertrouwensrelatie met de patiënt te behouden, maar ook om de bezorgdheid van de patiënt te erkennen, zelfs wanneer zij de medische meerwaarde ervan beperkt achten.

'Dan ga ik daar meestal wel in mee, tot op een bepaald punt, om ook mee aan die patiëntrelatie te doen.' [Huisarts 7, vrouw, WGC]

'Sowieso bij mensen met medische problemen zal je dat al vlugger doen. Mensen zonder medische problemen denk ik niet, maar ga ik waarschijnlijk wel wat meer geleid worden door wat de mensen zelf willen. Zijn dat mensen die zich meer op hun gemak voelen met een jaarlijkse check-up, dan ga ik daar misschien wel vlugger in meegaan en doe ik dat.' [Huisarts 18, man, groepspraktijk]

Daarnaast speelt ook de persoonlijkheid van de patiënt een rol in hoe artsen omgaan met een vraag naar een check-up. Bij bezorgde of hypochondrische patiënten proberen artsen vaker grenzen te stellen en te focussen op geruststelling. Bij patiënten die zelden op consultatie komen, zijn huisartsen daarentegen sneller geneigd om in te gaan op een vraag naar een check-up, omdat zij deze patiënten minder frequent zien en de vraag daardoor minder snel afwijzen.

Tegelijk kan een check-up ook een bron van spanningen worden wanneer verwachtingen van patiënten botsen met de professionele inschatting van de arts. Vooral wanneer patiënten sterk gefixeerd zijn op specifieke onderzoeken, zoals routinematig bloedonderzoek, ervaren sommige huisartsen spanning tijdens het consult.

‘Ja, dat houdt natuurlijk niet veel in, maar ik voel daar wel een ongemak bij. Zo van “Wat verwachten die mensen dan?”. Ik wil dat wel inwilligen, maar eigenlijk weet je er niet veel mee.’ [Huisarts 19, man, solopraktijk]

In dergelijke situaties moeten huisartsen balanceren tussen het behouden van een goede relatie met de patiënt en het vermijden van onderzoeken die zij medisch niet noodzakelijk achten. Sommige artsen beschrijven dat zij in zulke situaties bewust proberen grenzen te stellen en uit te leggen waarom bepaalde onderzoeken volgens hen weinig zinvol zijn.

‘Ik koppel dat vaak terug, dat ik zeg van ‘Je kan bij mij bloed trekken vandaag, of een scan nemen, en morgen kan ik ook neervallen…’ Beetje dat benadrukken, dat het hier niet Lourdes is, en dat ze geen mirakels mogen verwachten.’ [Huisarts 14, man, groepspraktijk]

Dit kan echter gepaard gaan met gevoelens van ongemak of frustratie, zeker wanneer patiënten sterke verwachtingen hebben.

‘Soms een beetje frustratie omdat het dan weer over een bloedname gaat die eigenlijk niet nodig is.’ [Huisarts 7, vrouw, WGC]

Deze spanning vormt een terugkerend element in de manier waarop huisartsen het consult beleven: zij willen tegemoetkomen aan de bezorgdheden van patiënten, maar willen tegelijk vermijden dat zorg onnodig wordt gemedicaliseerd.

‘Het is belangrijk om de twee verhalen een beetje samen te leggen. Dat bedoel ik met de gouden middenweg vinden, dat je zelf ook denkt van dit vind ik verantwoord dat ik dit aanvraag.’ [Huisarts 6, man, groepspraktijk]

Daarnaast kunnen ook culturele achtergrond en gezondheidsgeletterdheid het consult beïnvloeden. Verschillen in gezondheidsbeleving en verwachtingen maken het soms moeilijker om tot een gedeeld begrip te komen over het nut van bepaalde onderzoeken, wat de relationele dynamiek verder kan compliceren.

Samenvattend tonen de interviews dat de algemene check-up niet alleen een medisch consult is, maar ook een relationeel onderhandelingsmoment tussen arts en patiënt. Terwijl sommige huisartsen de check-up zien als een kans om de relatie met de patiënt te versterken en een breder gesprek over gezondheid te voeren, kan dezelfde consultatie ook spanning veroorzaken wanneer verwachtingen van patiënten botsen met de professionele inschatting van de arts.

5.5.3 Geruststelling en vroegdetectie of een illusie van controle?

Een volgend spanningsveld in de interviews betreft de rol van de algemene check-up als bron van geruststelling en vroegdetectie, tegenover het risico op een vals gevoel van veiligheid en een illusie van controle over gezondheid en ziekte.

Veel patiënten beschouwen een check-up als een manier om zekerheid te krijgen over hun gezondheidstoestand. Verschillende huisartsen merken dat patiënten het consult vaak zien als een soort 'veiligheidscertificaat': een moment waarop kan worden bevestigd dat alles nog in orde is. Voor sommige artsen vormt deze behoefte aan geruststelling een legitieme reden om een check-up uit te voeren.

In dat opzicht geven huisartsen aan dat patiënten hun lichaam soms benaderen alsof het regelmatig technisch moet worden nagekeken, vergelijkbaar met een voertuig dat op onderhoud gaat. Hoewel deze vergelijking niet zo expliciet wordt benoemd, beschrijven artsen wel dat patiënten vaak verwachten dat via een check-up 'alles gecontroleerd' kan worden.

> *'Dan overlopen we dat systematisch en krijgen ze daar wel wat feeling mee, dat alle organen wel omvat zijn.' [Huisarts 2, man, groepspraktijk]*

Deze verwachting creëert een gevoel van controle en voorspelbaarheid over de eigen gezondheid. Opvallend is dat niet alleen patiënten, maar ook artsen zelf soms een zekere geruststelling ervaren wanneer er geen afwijkingen worden gevonden, zeker in een context van onzekerheid of eerdere confrontaties met gemiste diagnoses.

In dat kader geven sommige artsen aan dat zij bij bepaalde patiënten toch een basisbloedonderzoek doen, ook wanneer daar medisch gezien weinig aanleiding toe is. Dat gebeurt meestal op expliciete vraag van de patiënt of om ongerustheid weg te nemen. Artsen benadrukken daarbij dat het onderzoek medisch niet noodzakelijk is, maar eerder bedoeld om geruststelling te bieden. Zo beschrijft een arts bijvoorbeeld zijn aanpak bij jonge patiënten:

> *'Als dat een 25-jarige gezonde dame is, die niets heeft, dan zeg ik van: 'Je kan dat doen, maar voor mij moet het niet. Maar als jij je geruster voelt met een jaarlijks bloedonderzoek, dan wil ik dat wel doen, maar dat is dan puur ter geruststelling. Medisch maak ik mij geen zorgen.'' [Huisarts 3, man, groepspraktijk]*

Tegelijk trekken huisartsen ook duidelijke grenzen aan deze logica van geruststelling. Zo halen verschillende artsen aan dat zij bepaalde testen, zoals tumormarkers, niet beschouwen als geschikte screeningsinstrumenten bij asymptomatische patiënten. Zij wijzen daarbij op het risico op vals-positieve resultaten en de cascade van bijkomende onderzoeken die hieruit kan

voortvloeien. In plaats van geruststelling kan dit net leiden tot onnodige onrust en medicalisering. De geïnterviewde artsen geven aan dat zij dergelijke testen weigeren, zelfs wanneer patiënten er expliciet naar vragen:

> *'Algemene kankertesten, CEA's, CA15.3, CA125 doe ik heel vaak niet omdat ik de meerwaarde er niet van in zie. Dat is heel vaak valse geruststelling. Het is eigenlijk niet echt een geruststelling wanneer het normaal is. En wanneer het verhoogd is, heb je vaak een paniekreactie. Dat zijn er die ik meestal niet doe, ook als mensen er naar vragen.'*
> *[Huisarts 18, man, groepspraktijk]*

Daarnaast benadrukken verschillende huisartsen dat normale testresultaten geen garantie bieden op afwezigheid van ziekte. Normale waarden kunnen bij patiënten een vals gevoel van veiligheid creëren, terwijl bepaalde aandoeningen mogelijk nog niet detecteerbaar zijn.

> *'Je kan even goed dodelijk ziek zijn en dat je bloed toch prima in orde is.'*
> *[Huisarts 21, vrouw, groepspraktijk]*

Naast geruststelling benoemen huisartsen ook vroegdetectie als een belangrijke drijfveer om check-ups uit te voeren. Zij hopen dat dergelijke consultaties toelaten om risicofactoren of beginnende aandoeningen tijdig te identificeren en zo latere complicaties te voorkomen:

> *'Ik ben er echt van overtuigd dat we op die manier veel dingen op oudere leeftijd kunnen voorkomen, bijvoorbeeld de complicaties die kunnen optreden bij lang bestaande of niet goed geregelde diabetes. We kunnen altijd voor alles medicatie voorschrijven, maar hoe goed is het als we dat kunnen vermijden door vroeg in te grijpen op de levensstijl. Dus ja, ik ben daar een grote voorstander van.' [Huisarts 2, man, groepspraktijk]*

Deze focus op vroegdetectie wordt door huisartsen vaak gekoppeld aan een inschatting van het individuele risicoprofiel van de patiënt. Factoren zoals leeftijd, obesitas of rookgedrag bepalen in welke mate bijkomend onderzoek gerechtvaardigd is. Vooral bij patiënten vanaf 45 à 50 jaar wordt de check-up vaak uitgebreider ingevuld, omdat artsen deze leeftijdsfase beschouwen als een kantelpunt waarop cardiovasculaire risicofactoren en chronische aandoeningen frequenter voorkomen en vroegdetectie potentieel meer impact heeft.

Deze overtuiging over het nut van vroegdetectie wordt bovendien vaak versterkt door concrete klinische ervaringen, waarbij onverwachte of laattijdig ontdekte pathologie een blijvende impact heeft op het handelen van artsen.

‘Enerzijds een sediment, en anderzijds eiwit/creatinine verhouding. Ik ben dat beginnen doen omdat ik een paar casussen gehad heb met een blaaskanker die pas laat ontdekt is. Dus dat is iets wat ik nu wel beduidend vaker aanvraag dan vroeger.’ [Huisarts 2, man, groepspraktijk]

‘Je moet niet wachten tot je een grote groep mensen hebt. Als je dat één keer tegenkomt, dan ga je dat toch jaarlijks doen.’ [Huisarts 16, man, duopraktijk]

Dergelijke ervaringen versterken het idee dat vroegdetectie via check-ups zinvol kan zijn en voeden een onderliggende professionele onzekerheid en de wens om niets te missen. Hierdoor kan de drempel om bijkomende onderzoeken aan te vragen verlagen, zelfs wanneer er eigenlijk geen wetenschappelijke onderbouwing voor is.

In sommige interviews liep de algemene check-up bovendien door elkaar met consultaties die niet zuiver asymptomatisch waren. In situaties waarin communicatie moeilijk verloopt, bijvoorbeeld door een belangrijke taalbarrière, beschreven sommige huisartsen dat zij sneller aanvullende onderzoeken inzetten als een soort vangnet. In dergelijke context krijgt de check-up een meer defensieve dimensie, waarbij bijkomende onderzoeken worden ingezet om onzekerheid te verminderen en het risico op het missen van pathologie te beperken, wat aansluit bij de bredere zoektocht naar controle binnen het consult:

‘Dus wij zien heel veel andere culturen ook. Het lastige is daar absoluut de taalbarrière. Het is wel verbeterd met de opkomst van de apps, maar het blijft moeilijk, waardoor je meer aan defensieve geneeskunde doet. Je gaat sneller onderzoeken doen, je gaat gemakkelijker antibiotica starten, omdat je het gewoon niet uitgelegd krijgt.’ [Huisarts 2, man, groepspraktijk]

Daarnaast verwijzen vrijwel alle geïnterviewde huisartsen naar de bestaande Vlaamse bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, darmkanker en cervixkanker. De algemene check-up fungeert daarbij als een moment om deelname aan deze screeningsprogramma’s na te gaan en patiënten hierop attent te maken. Het nut van deze georganiseerde screenings wordt in de interviews niet in vraag gesteld, in tegenstelling tot andere vormen van screening binnen de check-up.

Tegelijk erkennen huisartsen dat de mogelijkheden van vroegdetectie beperkt zijn. Niet alle aandoeningen kunnen vroegtijdig worden opgespoord en sommige afwijkingen worden toevallig ontdekt zonder dat ze noodzakelijk klinische relevantie hebben, wat kan leiden tot bijkomende onderzoeken en onzekerheid.

Daarmee tonen de interviews dat zowel geruststelling als vroegdetectie gestoeld zijn op de onderliggende verwachting dat ziekte tijdig opgespoord en gecontroleerd kan worden. Tegelijk erkennen huisartsen dat deze verwachting slechts gedeeltelijk overeenkomt met de realiteit van ziekte en gezondheid. De algemene check-up verschijnt daardoor als een praktijk die enerzijds inspeelt op de behoefte aan zekerheid en controle, maar anderzijds ook een illusie van controle kan creëren, zowel bij patiënten als bij artsen, die via onderzoeken proberen om onzekerheid te reduceren en het risico op gemiste diagnoses te beperken.

5.5.4 Hefboom voor levensstijlverandering of bevestiging van bestaande gewoonten?

Voor veel huisartsen vormt de algemene check-up een mogelijke ingangspoort om levensstijlaanpassingen te bespreken. Het consult creëert een moment waarop er ruimte is om samen met de patiënt stil te staan bij gezondheidsgedrag en mogelijke risicofactoren. Verschillende artsen geven aan dat zij het positief vinden wanneer patiënten zelf initiatief nemen om hun gezondheid te laten controleren en openstaan voor advies rond een gezondere levensstijl.

'Ik vind het altijd fijn als mensen zelf initiatieven nemen om hun gezondheid in handen te nemen en op zoek willen gaan naar een gezondere levensstijl.' [Huisarts 13, vrouw, groepspraktijk]

Tijdens dergelijke consultaties wordt vaak aandacht besteed aan factoren zoals roken, alcoholgebruik, voeding en beweging. Sommige artsen zien de check-up als een waardevolle gelegenheid om patiënten bewust te maken van de impact van hun levensstijl op hun gezondheid. Het bespreken van risicofactoren of het tonen van afwijkende onderzoeksresultaten kan volgens hen helpen om patiënten inzicht te geven in mogelijke gezondheidsrisico's en zo een eerste aanzet vormen tot gedragsverandering.

'Al is het maar op z'n minst mensen bewust maken van de gevolgen van hun levensstijl.' [Huisarts 2, man, groepspraktijk]

Echter, de mate waarin hier verder op wordt ingegaan, verschilt. Sommige artsen beperken zich tot het kort aanhalen van bepaalde risicofactoren, zeker wanneer patiënten zelf weinig veranderbereidheid tonen. In dergelijke situaties wordt het onderwerp wel aangekaart, maar laten artsen het initiatief voor verandering bij de patiënt.

'Dus alcohol, absoluut. Roken weet iedereen wel. Het wordt aangehaald en even bevraagd, maar daar wordt niet per se een push aan gegeven. Als ze zelf niet komen met die vraag, is de kans zo klein dat je er effectief

iets meer realiseert. Dus we geven het wel aan, maar we laten het aan de patiënt over om erop in te gaan.' [Huisarts 2, man, groepspraktijk]

Dit suggereert dat de impact van de check-up op levensstijlverandering vooral afhankelijk is van de intrinsieke motivatie en veranderbereidheid van de patiënt, en minder van het consult op zich.

Naast de klassieke levensstijlfactoren besteden sommige huisartsen tijdens een check-up ook aandacht aan bredere determinanten van gezondheid. Zo vragen enkele artsen expliciet naar slaap, stress of algemeen welzijn, omdat zij deze factoren beschouwen als belangrijke elementen die de gezondheid en het functioneren van patiënten kunnen beïnvloeden. In sommige gevallen wordt ook het beroep van de patiënt bevraagd om mogelijk werkgerelateerde gezondheidsrisico's in kaart te brengen.

Daarnaast kan de check-up ook strategisch worden ingezet om andere gezondheidsaspecten bespreekbaar te maken. Sommige artsen geven aan dat een geruststellend bloedonderzoek hen kan helpen om het gesprek open te trekken naar levensstijl en het psychosociaal functioneren.

'En dan doe ik wel een bloedname om ze puur gerust te stellen, en dan ook soms om uw focus te kunnen verleggen naar het psychische luik.' [Huisarts 8, vrouw, groepspraktijk]

In sommige gevallen vragen patiënten ook expliciet om opvolging van biologische parameters als feedback op reeds ingezette levensstijlveranderingen, wat door huisartsen vaak als een meer zinvolle of aanvaardbare indicatie wordt beschouwd.

Tegelijk merken huisartsen dat technische onderzoeken niet altijd bijdragen aan motivatie voor gedragsverandering. Wanneer onderzoeksresultaten normaal zijn, kan dit bij patiënten de indruk wekken dat hun huidige levensstijl geen probleem vormt. In dat geval kan de check-up zelfs een tegengesteld effect hebben en bestaande gewoonten bevestigen.

'Bij obesitas is dat soms ook een ingangspoort om dan meer aan te sturen op vermagering, maar soms hebben die ook echt perfecte resultaten en dan werkt dat soms averechts.' [Huisarts 9, vrouw, WGC]

In dat opzicht kan de algemene check-up zowel een hefboom vormen voor gedragsverandering als een bevestiging voor patiënten dat hun huidige levensstijl geen aanpassing vereist. Dezelfde consultatie kan dus enerzijds motiverend werken, maar anderzijds ook onbedoeld bijdragen aan het bestendigen van bestaande gewoonten.

5.5.5 Aangename consultatie of organisatorische belasting?

De interviews tonen dat huisartsen sterk verschillen in hoe aangenaam zij een check-up-consultatie ervaren. De beleving van het consult blijkt sterk contextafhankelijk. Factoren zoals tijdsdruk, consultbelasting, de verwachtingen van de patiënt en de eigen gemoedstoestand van de arts beïnvloeden hoe een check-up wordt ervaren en ingevuld.

Voor sommige artsen vormt een check-up een aangenaam consultmoment, juist omdat de patiënt specifiek met een preventieve vraag langskomt en er daardoor meer tijd en ruimte is om verschillende gezondheidsaspecten rustig te overlopen. In tegenstelling tot klachtgerichte consultaties, waarin preventieve onderwerpen vaak slechts zijdelings aan bod komen, laat een afzonderlijke check-upconsultatie toe om hier bewust bij stil te staan.

> *'Dus ik heb heel graag dat ze komen, ik probeer dat ook te stimuleren van kijk, vanaf een bepaalde, meestal zeg ik vanaf de leeftijd van 50 jaar, arbitrair, kom dan eens jaarlijks langs dat we dan eens alles controleren. Maar als ze zelf vragende partij zijn, heel graag, omdat je dan sowieso meer tijd krijgt daarvoor, dan komen ze alleen maar voor preventie.'*
> *[Huisarts 15, vrouw, duopraktijk]*

Tegelijk ervaren andere artsen een vraag naar een check-up eerder als een bijkomende belasting binnen een reeds drukke consultatiepraktijk, vooral wanneer zij de medische meerwaarde ervan beperkt achten.

> *'Nee, ik denk vooral drukte, dat dat de grootste is. Als het al vol zit deze week en dan moet er nog iemand tussen dat niet dringend is. Ik denk dat dat het belangrijkste is bij mij.' [Huisarts 3, man, groepspraktijk]*

Tijdens drukke periodes is het bovendien niet altijd mogelijk om voldoende tijd te nemen voor een uitgebreid preventiegesprek, waardoor het consult soms gereduceerd wordt tot een snelle bloedafname. Hierdoor krijgt een check-up in de praktijk niet altijd dezelfde invulling, maar wordt het vaak aangepast aan de beschikbare tijd en de concrete consultsituatie. Zo vertelt een arts hoe verschillend haar aanpak kan zijn, afhankelijk van de drukte in de praktijk:

> *'Stel het is heel druk, dan probeer ik me er maar snel van af te maken met een bloedafname. Maar op een rustige dag vind ik het leuk om hier even voor te gaan zitten. Dan ga ik de mensen uitgebreid bevragen over zowel lichamelijke als psychische klachten. Dan hoor ik verder of er in de familie iets belangrijk voorkomt. Hoe hun leven loopt en of ze gelukkig zijn. Het*

kan echt een mooi aangrijpingspunt zijn om een ruimer beeld van een patiënt te krijgen.' [Huisarts 5, vrouw, duopraktijk]

Naast tijdsdruk spelen ook organisatorische factoren een rol. In praktijken waar verpleegkundigen betrokken zijn bij preventieve consultaties, worden check-ups vaak gestructureerder uitgevoerd en kunnen bepaalde taken gedelegeerd worden. Verschillende artsen geven aan dat dit hen zou toelaten om meer tijd te besteden aan het bespreken van gezondheidsadvies. Sommige huisartsen geven aan dat zij het wenselijk zouden vinden om praktijkverpleegkundigen sterker te betrekken bij dit soort consultaties om de werkdruk te verlichten en meer ruimte te creëren voor het inhoudelijke gesprek met de patiënt.

'Werkdruk van de huisarts halen en hen naar de verpleegkundige sturen die daar meer tijd voor kan maken.' [Huisarts 7, vrouw, WGC]

Naast organisatorische factoren blijkt ook een zekere terughoudendheid van de arts een rol te spelen in het al dan niet actief voorstellen van een check-up. Sommige artsen aarzelen om het onderwerp aan bod te brengen, omdat zij vrezen dat patiënten dit dan nog verwachten binnen hetzelfde consult, terwijl daar op dat moment geen tijd voor is:

'Omdat ik bang ben dat, als ik de algemene check-up aan bod breng, dat ze gaan verwachten dat ik in dat consult dan ook nog eens hun bloed ga prikken en de bloeddruk ga nemen, enzovoort. Maar qua tijd lukt dat niet. Ik denk dat ik te veel schroom heb om de mensen nog eens te laten terugkomen, maar dat ligt aan mij denk ik. Ik durf dat niet echt vragen.' [Huisarts 10, vrouw, groepspraktijk]

Om het consult werkbaar te houden, ontwikkelen huisartsen verschillende strategieën om verwachtingen af te bakenen en de inhoud van de check-up te structureren. Sommige artsen kiezen ervoor om expliciet te peilen naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt om het doel van het consult te verduidelijken en onnodige onderzoeken te vermijden. Een verzoek om een check-up blijkt bovendien vaak ingegeven te zijn door een onderliggende bezorgdheid die niet spontaan verwoord wordt, zoals stress, gebeurtenissen in de familie of omgeving, kinderwens of angst voor seksueel overdraagbare aandoeningen.

'Wat zijn de precieze verwachtingen van de patiënt waarom ze dat eigenlijk wensen? Is er een ongerustheid naar aanleiding van iets dat in de nabije omgeving gebeurd is? Is dat vanuit interne of externe factoren? Wat is de precieze reden dat ze dat willen doen? Om een beetje aan het verwachtingsprofiel te voldoen of in gesprek te treden van waarom dit wel en dit niet.' [Huisarts 6, man, groepspraktijk]

Andere artsen hanteren daarentegen een meer sturende consultatiestijl om de consulttijd te bewaken en discussies over bijkomende onderzoeken te beperken.

'Ik ben nogal directief in mijn consultaties, dus niet echt wat je aanleert eigenlijk. Dus ik neem daar wel de leiding. Uiteraard hoor je soms wel de signalen als ze iets anders verwachten, maar ik ga het niet expliciet bevragen, juist om die discussie te vermijden.' [Huisarts 2, man, groepspraktijk]

Wanneer patiënten sterk gefixeerd zijn op specifieke onderzoeken, kan dit bovendien leiden tot anticipatie op een moeilijk consult, wat de beleving voor de arts verder beïnvloedt.

'Dan denk ik eerst: zucht. Moet ik hierop ingaan of is het een terechte vraag? Soms weet je dat je dan toch niet gaat beantwoorden aan de patiënt zijn wens. Dus daarop krijg je wel zo'n anticipatie van: oei, dit wordt mogelijk zo'n vervelend consult.' [Huisarts 9, vrouw, WGC]

Tot slot blijken ook meer persoonlijke en situationele factoren een rol te spelen in hoe check-ups worden ervaren en ingevuld. Factoren zoals de relatie met de patiënt, het eigen humeur en vermoeidheid beïnvloeden de mate waarin artsen tijd en energie investeren in het consult.

'Euh, de band die je hebt met de patiënt, en of je ze tof vindt of niet. Het is gewoon zo, toffe mensen zijn toffer.' [Huisarts 3, man, groepspraktijk]

'Dus op zich dubbel denk ik, afhankelijk van hoe de patiënt het stelt en in welk humeur ik op dat moment ben.' [Huisarts 7, vrouw, WGC]

'Ook wel waarschijnlijk wat voor dag het geweest is en hoeveel energie je nodig hebt…' [Huisarts 9, vrouw, WGC]

Deze bevindingen tonen dat de plaats van de algemene check-up in de praktijk niet alleen bepaald wordt door medische overwegingen, maar in belangrijke mate door organisatorische en contextuele factoren. Terwijl sommige huisartsen het consult ervaren als een waardevol en aangenaam moment voor preventie, ervaren anderen het eerder als een organisatorische uitdaging binnen een reeds drukke praktijk.

Opvallend is dat, ondanks de ervaren werkdruk en organisatorische belasting, geen van de huisartsen expliciet pleit voor het afschaffen of beperken van check-ups, ook al wordt de medische meerwaarde ervan door velen in vraag gesteld. Integendeel, zij zoeken eerder naar manieren om deze consultaties werkbaarder te maken, bijvoorbeeld via taakdelegatie, het expliciet afbakenen van verwachtingen of een meer gestructureerde organisatie.

5.5.6 Tussen wetenschappelijke onderbouwing, buikgevoel en routine

Tot slot tonen de interviews dat huisartsen hun aanpak van algemene check-ups baseren op een combinatie van verschillende kennisbronnen, gaande van formele richtlijnen en klinische ervaring tot persoonlijke overtuigingen en informele kennisuitwisseling binnen de praktijk.

Opvallend is dat formele richtlijnen zelden een centrale of expliciete rol spelen in de besluitvorming rond algemene check-ups. Wanneer huisartsen naar richtlijnen verwijzen, worden vooral de aanbevelingen van Domus Medica en het NHG genoemd. Tegelijk ervaren veel artsen deze richtlijnen als moeilijk toepasbaar op de concrete vraag naar een algemene check-up, aangezien ze voornamelijk thematisch en risicogebaseerd zijn opgebouwd en niet expliciet ingaan op het concept van een algemene check-up bij asymptomatische patiënten. Sommige artsen verwijzen naar het vroegere preventieconsult van Domus Medica, maar gebruiken dit niet meer omdat het verouderd is:

> *'Wat we vroeger hadden was die preventiegids van Domus Medica, maar die is al serieus verouderd in de tussentijd.' [Huisarts 20, man, WGC]*

In sommige gevallen leidt dit tot een zekere afstand tegenover richtlijnen als referentiekader. Richtlijnen worden niet systematisch geraadpleegd en lijken soms eerder op de achtergrond aanwezig te zijn dan actief richtinggevend in de besluitvorming. Zo geeft een arts aan:

> *'Ik ga er wel vanuit dat we er niet ver naast zullen zitten, maar ikzelf controleer eerlijk gezegd nooit richtlijnen.' [Huisarts 2, man, groepspraktijk]*

Deze houding wijst op een impliciet vertrouwen in het eigen klinisch handelen, waarbij beslissingen eerder steunen op ervaring en inschatting dan op expliciete toetsing aan evidence-based aanbevelingen. Richtlijnen worden daarbij niet zozeer verworpen, maar eerder vervangen door een combinatie van ervaring, gewoonte en professionele intuïtie. Individuele ervaringen spelen hierin een belangrijke rol. Sommige artsen passen hun beleid aan op basis van eerdere casussen, wat kan leiden tot het toevoegen van onderzoeken die niet strikt volgens richtlijnen geïndiceerd zijn:

> *'Want ik vind dat je daar toch wel wat problemen mee kan hebben, dat ik soms zie wanneer je alleen de richtlijnen volgt. Want eigenlijk moet je volgens de richtlijnen nooit een bloedbeeld doen, en dan heb ik toch al wel fratsen gehad.' [Huisarts 1, vrouw, WGC]*

Naast richtlijnen worden ook de basisopleiding geneeskunde, de huisartsenopleiding, bijscholingen, casuïstiekbesprekingen en overleg met collega's en specialisten frequent genoemd als belangrijke bronnen van informatie en reflectie. Vooral de interactie met HAIO's,

praktijkopleiders en collega-artsen binnen dezelfde praktijk wordt door meerdere deelnemers beschreven als een moment waarop keuzes kritisch besproken kunnen worden.

Binnen groepspraktijken kan de aanpak van check-ups hierdoor geleidelijk evolueren door onderlinge afstemming of door gedeelde sjablonen binnen het EMD. Tegelijk betekent deze collectieve afstemming niet noodzakelijk dat de inhoud van check-ups systematisch evidence-based wordt ingevuld. Meerdere huisartsen geven aan dat hun concrete aanvraaggedrag in belangrijke mate wordt gestuurd door historisch gegroeide routines, vaste aanvraagprofielen of lokale gewoonten binnen de praktijk.

> *'Richtlijnen? Ja, ik heb gewoon zo'n sjabloon 'algemeen onderzoek', maar die is helemaal verouderd.' [Huisarts 8, vrouw, groepspraktijk]*

Hierdoor ontstaat een praktijk waarin bepaalde onderdelen van de check-up blijven bestaan omdat ze ingeburgerd zijn, en niet noodzakelijk omdat hun meerwaarde telkens opnieuw wordt afgewogen. De check-up krijgt zo het karakter van een routinehandeling, die in stand wordt gehouden door herhaling, organisatorisch gemak en gedeelde verwachtingen binnen de praktijk.

Ook externe en praktische factoren spelen een rol in de besluitvorming. Zo verwijzen sommige artsen naar terugbetalingsregels en de maatschappelijke kost van onderzoeken als elementen die mee hun aanvraaggedrag sturen:

> *'Je wordt daar ook op beoordeeld door het RIZIV. Dusja, dingen die we aanvragen gaat ook om geld van de gezondheidszorg. We hebben ook onze verantwoordelijkheid daarin om na te denken of dat wel oké is om aan te vragen.' [Huisarts 11, vrouw, groepspraktijk]*

Opvallend is dat geen van de huisartsen spontaan expliciet benoemt dat algemene check-ups als concept geen wetenschappelijke onderbouwing hebben. Deze beperkte onderbouwing komt bij sommigen wel indirect aan bod in hun twijfel over de zinvolheid van bepaalde onderzoeken, hun terughoudendheid of hun vraag naar richtlijnen, maar wordt zelden expliciet als uitgangspunt van hun redenering geformuleerd.

Zo geven verschillende artsen aan nood te hebben aan duidelijkere en beter toepasbare richtlijnen rond algemene check-ups. Zij verwachten dat dergelijke richtlijnen hen kunnen ondersteunen in het maken van keuzes, zowel om over- als onderdiagnostiek te vermijden als om transparanter te kunnen communiceren met patiënten. Daarbij wordt benadrukt dat dergelijke richtlijnen idealiter ook rekening houden met praktische factoren zoals beschikbare consulttijd, kostprijs en maatschappelijke impact van onderzoeken.

6. Discussie

6.1 Interpretatie van de bevindingen

Deze kwalitatieve studie onderzocht welke ideeën en verwachtingen Vlaamse huisartsen hebben ten aanzien van algemene check-ups bij asymptomatische patiënten, en hoe deze hun klinisch handelen beïnvloeden. Een centrale bevinding is dat de algemene check-up in de huisartsenpraktijk geen eenduidig of afgelijnd concept vormt. Huisartsen verschillen niet alleen in de concrete inhoud van dergelijke consultaties, maar ook in de betekenis die zij eraan toekennen. Voor de ene arts is de check-up in essentie een preventieconsult, voor de ander een vraaggestuurd technisch onderzoek, een relationeel contactmoment, een manier om onzekerheid te hanteren of een organisatorisch moment om zorg te structureren. Deze heterogeniteit sluit aan bij de literatuur, waarin algemene check-ups eveneens beschreven worden als een weinig gestandaardiseerd en uiteenlopend ingevuld fenomeen. (5-7, 40)

Het ontbreken van een duidelijk conceptueel en richtlijnmatig kader lijkt een belangrijk deel van de verklaring te vormen voor deze grote variatie. Preventierichtlijnen zijn meestal thematisch en risicogebaseerd opgebouwd, maar vertrekken niet vanuit het concept van een algemene check-up als afzonderlijke consultatie. Hierdoor beschikken huisartsen over weinig houvast om dergelijke vragen eenduidig te benaderen en geven zij in de praktijk zelf invulling aan dit concept. Deze invulling gebeurt op basis van een combinatie van persoonlijke ervaring, gewoonte, lokale praktijkcultuur, interactie met collega's, terugbetalingsregels, relationele afwegingen en een inschatting van de individuele patiëntcontext. Dit sluit aan bij het concept van 'mindlines', zoals beschreven door Gabbay en le May, waarbij huisartsen niet primair handelen op basis van expliciete richtlijnen, maar eerder op basis van intern opgebouwde, impliciete en collectief gevormde kennisstructuren. Deze 'mindlines' worden gevoed door ervaring, interactie met collega's en patiënten en contextuele factoren, en vormen zo een dynamisch en sociaal geconstrueerd kader voor klinische besluitvorming. Onze bevindingen suggereren dat het handelen rond algemene check-ups in belangrijke mate binnen dergelijke 'mindlines' tot stand komt. (47) Dit sluit aan bij kwalitatief onderzoek waarin preventieve consultaties in de eerste lijn vaak pragmatisch en contextafhankelijk worden ingevuld, waarbij huisartsen hun aanpak mede baseren op persoonlijke overtuigingen. (40)

De aanwezigheid van meerdere spanningsvelden in de resultaten wijst erop dat de algemene check-up voor huisartsen een controversieel en ambivalent onderwerp is waarin verschillende logica's samenkomen. Huisartsen willen kwalitatief goede en zinvolle zorg bieden, maar beschikken niet altijd over een helder kader om te bepalen wat dit in de context van een check-up betekent. Hoewel veel artsen het consult als medisch zinvol beschouwen, blijkt deze

veronderstelde meerwaarde moeilijk expliciet wetenschappelijk te onderbouwen. Dit spanningsveld lijkt een belangrijke bevinding van deze studie.

Dit helpt ook verklaren waarom algemene check-ups blijven bestaan, ondanks de beperkte wetenschappelijke onderbouwing. Hoewel systematische reviews aantonen dat dergelijke consultaties geen duidelijk effect hebben op mortaliteit of morbiditeit, blijven ze sterk aanwezig in de praktijk. (5, 7) Onze bevindingen tonen aan dat hun waarde voor huisartsen breder is dan louter medisch. Ze hebben ook een symbolische en relationele functie: ze drukken zorgzaamheid uit, bieden ruimte voor gesprek en geven zowel patiënt als arts het gevoel dat er actief met gezondheid wordt omgegaan. De sterke aanwezigheid van check-ups lijkt bovendien ook historisch bepaald. Het idee van periodieke gezondheidscontroles is al decennialang ingeburgerd in de geneeskunde en wordt door patiënten vaak gezien als een vanzelfsprekend onderdeel van goede zorg. (24) Deze historisch gegroeide verwachtingen dragen ertoe bij dat zowel patiënten als artsen blijven vasthouden aan de check-up.

Daarnaast blijkt de check-up een belangrijk relationeel onderhandelingsmoment te zijn. Huisartsen balanceren tussen het tegemoetkomen aan verwachtingen van patiënten en het bewaken van wat zij medisch verantwoord beschouwen. Deze dynamiek sluit aan bij literatuur die aantoont dat artsen hun aanvraag- en voorschrijfgedrag niet uitsluitend baseren op medische noodzaak, maar ook op ervaren of veronderstelde patiëntverwachtingen. (16, 17) Gelijkaardige spanningsvelden worden beschreven in onderzoek naar antibioticavoorschriften in de eerste lijn, waar huisartsen eveneens afwegen tussen richtlijnen en de wens om tegemoet te komen aan (veronderstelde) patiëntverwachtingen of onzekerheid te reduceren. (48) Tegelijk blijkt uit onderzoek dat expliciete communicatie over verwachtingen kan bijdragen aan rationeler testgebruik zonder negatieve impact op patiënttevredenheid. (18-20)

Onze bevindingen tonen bovendien dat huisartsen zich niet alleen verhouden tot patiënten, maar ook tot een bredere professionele context. Praktijkgewoonten, overleg met collega's en specialisten, en gedeelde sjablonen binnen het EMD beïnvloeden het handelen. Dit sluit aan bij de literatuur die aantoont dat variatie in medisch handelen mede bepaald wordt door 'peer influence' en lokale praktijkcultuur. (25-29) De check-up krijgt daardoor betekenis binnen een sociaal-professioneel veld, waarin handelen niet louter individueel of evidence-based is, maar ook collectief en contextueel gevormd wordt.

Opvallend is verder dat de check-up voor huisartsen verbonden is met zowel geruststelling als ongerustheid. Hoewel het consult vaak wordt ingezet om patiënten gerust te stellen, kan het ook aanleiding geven tot bijkomende onzekerheid, bijvoorbeeld door vals-positieve resultaten of bevindingen met onduidelijke klinische betekenis. Dit sluit aan bij literatuur over overdiagnostiek en quaternaire preventie, waarin wordt benadrukt dat onderzoeken niet alleen

potentiële voordelen, maar ook belangrijke nadelen hebben. (35-39) In het verlengde hiervan toont deze studie dat de check-up vaak gekoppeld wordt aan vroegdetectie en controle, terwijl huisartsen tegelijk erkennen dat deze controle illusoir is. Niet alle aandoeningen zijn vroeg detecteerbaar en normale resultaten bieden geen garantie op gezondheid. De algemene check-up lijkt zo een bredere maatschappelijke logica van controle en voorspelbaarheid te weerspiegelen, waarin gezondheid wordt voorgesteld als iets dat systematisch gecontroleerd en opgevolgd kan worden, terwijl huisartsen tegelijk de grenzen van deze logica erkennen. Deze bevindingen sluiten aan bij de studie van Søndergaard et al., waarin wordt beschreven dat huisartsen preventieve check-ups benaderen als middel tot controle en vroegdetectie, maar ook als bron van onzekerheid en twijfel over hun meerwaarde. (40)

Ook op het vlak van levensstijl blijkt de betekenis van de check-up dubbel. Hoewel het consult mogelijkheden biedt om gezondheidsgedrag te bespreken, leidt dit niet automatisch tot gedragsverandering en kan het in sommige gevallen bestaande gewoonten zelfs bevestigen. Ook deze bevinding sluit aan bij de studie van Søndergaard et al. (40) Dit roept vragen op over de effectiviteit van technische check-ups als ingangspoort voor levensstijlinterventies. Bovendien kan de technische invulling van een check-up de indruk wekken dat gezondheid primair bepaald wordt door meetbare parameters, eerder dan door dagelijkse leefgewoonten.

Daarnaast heeft deze studie een duidelijke maatschappelijke dimensie. Algemene check-ups blijken in de praktijk vaker terecht te komen bij mondige, zorgbewuste patiënten die zelf initiatief nemen, terwijl patiënten met een lagere SES of grotere medische kwetsbaarheid minder bereikt worden. Dit sluit aan bij de ‘inverse care law’, waarbij zorg niet noodzakelijk terechtkomt bij wie ze het meest nodig heeft. Deze ongelijke verdeling in deelname aan preventieve consultaties en screening werd reeds uitgebreid beschreven in de literatuur. (42, 43) In die zin bevestigt deze studie dat algemene check-ups het risico dragen om bestaande gezondheidsongelijkheden te bestendigen in plaats van te verkleinen. Het gaat dus niet alleen om de vraag of check-ups individueel zinvol zijn, maar ook in welke mate het maatschappelijk verantwoord is om tijd en middelen te investeren in een praktijk die vooral gebruikt wordt door patiënten die al relatief sterk met hun gezondheid bezig zijn.

Tot slot tonen de resultaten dat algemene check-ups niet los gezien kunnen worden van de organisatorische realiteit van de huisartsenpraktijk. Tijdsdruk, praktijkorganisatie, beschikbaarheid van verpleegkundigen en gedeelde sjablonen beïnvloeden sterk hoe deze consultaties vorm krijgen. De check-up blijkt daardoor niet alleen een medisch of relationeel fenomeen, maar ook een organisatorisch product. In dit kader sluit de wens om samen te werken met een praktijkverpleegkundige of andere paramedici aan bij internationale literatuur die aantoont dat taakdelegatie en interprofessionele samenwerking preventieve zorg

toegankelijker en consistenter kunnen maken. (49, 50) In plaats van check-ups simpelweg af te schaffen, zoeken huisartsen eerder naar manieren om ze werkbaarder te maken. Ook dat toont hoe diep ingebed deze praktijk is in het dagelijkse functioneren van de huisartsenpraktijk.

Samengevat tonen deze bevindingen dat de algemene check-up voor Vlaamse huisartsen een controversieel consult is: medisch niet helder afgelijnd en wetenschappelijk beperkt onderbouwd, maar tegelijk relationeel, symbolisch en organisatorisch betekenisvol. De controverse rond de check-up gaat dan ook niet alleen over effectiviteit, maar ook over de verschillende betekenissen die huisartsen eraan toekennen. Ze fungeert als uitdrukking van preventieve intenties, als manier om tegemoet te komen aan patiëntverwachtingen, als instrument voor relationele zorg en als middel tot vroegdetectie en geruststelling, maar gaat ook gepaard met het risico op een vals gevoel van veiligheid en een illusie van controle. Tegelijk kan ze een ingangspoort vormen voor gedragsverandering, maar ook bestaande gewoonten bevestigen. Huisartsen balanceren voortdurend tussen zinvolle preventie en het vermijden van overmedicalisering binnen de complexe realiteit van de huisartsenpraktijk.

6.2 Methodologische beschouwingen

6.2.1 Sterktes van het onderzoek

Een belangrijke sterkte van deze studie is het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode, die toelaat om diepgaand inzicht te verkrijgen in de denkprocessen, overtuigingen en ervaringen van huisartsen. Door middel van semigestructureerde interviews konden complexe en contextgebonden afwegingen rond algemene check-ups worden geëxploreerd, die met kwantitatieve methoden moeilijk te vatten zijn. De flexibele interviewgids (zie bijlage 9.3) liet ruimte voor doorvragen en spontane reflecties van de deelnemers, waardoor rijke en genuanceerde data konden worden verzameld.

Daarnaast werd gestreefd naar maximale variatie binnen de steekproef, met huisartsen van verschillende leeftijden, geslachten, praktijkvormen en werkervaring. Deze heterogene steekproef verhoogt de rijkdom van de data en maakt het mogelijk om uiteenlopende perspectieven te vergelijken.

Ook de systematische analyse volgens de QUAGOL-methode vormt een methodologische sterkte. Deze methode biedt een gestructureerd en transparant kader dat toelaat om inductief en iteratief te werken. (46) Het gebruik van de software MAXQDA ondersteunde een consequente codering. Door het gebruik van illustratieve citaten in de resultatensectie wordt bovendien inzicht gegeven in hoe de interpretaties tot stand kwamen en wordt de transparantie van de analyse versterkt.

6.2.2 Beperkingen van het onderzoek

Naast deze sterktes kent het onderzoek ook enkele beperkingen. In de eerste plaats blijft de steekproefomvang relatief beperkt, wat inherent is aan kwalitatief onderzoek. Hoewel bewust werd gestreefd naar variatie binnen de steekproef, zijn de resultaten mogelijk niet representatief voor alle Vlaamse huisartsen. De bevindingen bieden vooral een verdiepend inzicht in dominante praktijken en denkpatronen binnen deze steekproef, eerder dan een volledig beeld van alle mogelijke perspectieven.

Daarnaast kan er sprake zijn van selectiebias. Huisartsen die bereid waren om deel te nemen aan interviews over algemene check-ups zijn mogelijk meer geïnteresseerd in preventieve zorg of meer reflectief over hun eigen praktijkvoering dan gemiddeld. Hierdoor kunnen bepaalde perspectieven onder- of oververtegenwoordigd zijn in de verzamelde data.

Een bijkomende beperking is dat de interviews afgenomen werden door meerdere interviewers, wat kan hebben geleid tot variatie in interviewstijl, diepgang en doorvraagtechnieken. Ondanks het gebruik van een gezamenlijke topiclijst en regelmatig overleg binnen het onderzoeksteam, kan een interviewerbias niet volledig worden uitgesloten. Daarnaast lag in verschillende interviews een duidelijke focus op laboratoriumonderzoek binnen de algemene check-up, waardoor andere aspecten van preventieve zorg mogelijk minder uitgebreid werden uitgediept. In sommige gevallen kan het bovendien zijn dat minder expliciet werd doorgevraagd naar de onderliggende redenen waarom bepaalde onderzoeken werden aangevraagd, waardoor het interpretatieve proces achter klinische beslissingen niet altijd even diepgaand werd verkend.

Verder is het mogelijk dat sociale wenselijkheid een rol heeft gespeeld in de antwoorden van de deelnemers. Veel huisartsen zijn zich bewust van richtlijnen rond evidence-based geneeskunde en het risico op overmedicalisering, wat ertoe kan hebben geleid dat zij hun handelen soms kritischer of terughoudender hebben voorgesteld dan in de dagelijkse praktijk het geval is.

Tot slot werd dit onderzoek uitgevoerd binnen de Vlaamse eerstelijnscontext, met specifieke organisatorische kenmerken zoals het GMD-systeem, terugbetalingsmechanismen en georganiseerde bevolkingsscreening. Dit beperkt de overdraagbaarheid van de resultaten naar andere landen of zorgsystemen. Tegelijk sluiten de beschreven spanningen rond preventie, patiëntverwachtingen en medicalisering ook aan bij internationale literatuur, wat wijst op een bredere relevantie van deze bevindingen.

6.3 Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

De bevindingen van deze studie suggereren in de eerste plaats dat er nood is aan meer conceptuele helderheid over wat in de huisartsenpraktijk precies onder een algemene check-up wordt verstaan. Zolang dit begrip vaag blijft, zullen ook de verwachtingen van artsen en patiënten diffuus blijven, en blijft het risico dat zeer uiteenlopende praktijken onder dezelfde noemer worden geplaatst. Meer helderheid is dan ook niet alleen van belang voor klinische besluitvorming, maar ook voor communicatie, richtlijnontwikkeling en maatschappelijk debat.

Daarnaast wijzen de resultaten op de nood aan meer praktijkgerichte en expliciet evidence-based ondersteuning voor huisartsen, die handvatten biedt om vragen naar check-ups te herformuleren naar zinvolle, proportionele en contextgevoelige preventieve zorg. Dergelijke ondersteuning zou ook aandacht moeten hebben voor communicatie over verwachtingen, voor de maatschappelijke kost van onderzoeken en voor de risico's van overdiagnostiek en medicalisering.

De studie suggereert bovendien dat de algemene check-up voor veel huisartsen een manier is om om te gaan met onzekerheid, relationele druk en organisatorische verwachtingen. Het versterken van competenties zoals het verantwoorden van niet-handelen en risico-communicatie is essentieel binnen de artsenopleiding, zeker in een context waarin zowel patiënten als artsen de neiging hebben om controle te zoeken via technische onderzoeken.

Verschillende huisartsen verwezen naar de mogelijke rol van praktijkverpleegkundigen, taakdelegatie en gestructureerde opvolging binnen het EMD. Dit sluit aan bij literatuur die wijst op de meerwaarde van interprofessionele samenwerking in preventieve zorg. Tegelijk moet ervoor gewaakt worden dat een betere organisatie niet automatisch leidt tot een verdere institutionalisering van een praktijk waarvan de medische meerwaarde onzeker blijft.

Ook het explicieter betrekken van patiënten bij de algemene check-up kan bijdragen aan een meer doelgerichte invulling. Door patiënten beter te informeren over wat een check-up wel en niet inhoudt, bijvoorbeeld via voorbereidende vragenlijsten of informatiemateriaal, kunnen verwachtingen realistischer worden gemaakt en kan gedeelde besluitvorming worden bevorderd. Dit lijkt essentieel, aangezien uit zowel deze studie als de literatuur blijkt dat misverstanden over de meerwaarde van check-ups kunnen bijdragen aan overgebruik. Een beter inzicht in deze dynamiek kan bijdragen aan een meer evenwichtige invulling van check-ups in de huisartsenpraktijk. Toekomstig onderzoek kan zich daarom richten op de ontwikkeling van communicatiestrategieën of beslissingshulpen die huisartsen ondersteunen om op een transparante en niet-medicaliserende manier met dergelijke vragen om te gaan.

7. Conclusie

Deze kwalitatieve studie toont aan dat algemene check-ups bij asymptomatische patiënten voor Vlaamse huisartsen geen eenduidig of gestandaardiseerd consult vormen, maar een praktijk waarin uiteenlopende betekenissen, verwachtingen en motieven samenkomen. Dit gebeurt in een context waarin algemene check-ups geen aangetoond effect hebben op mortaliteit of morbiditeit. Huisartsen benaderen de check-up niet alleen als een mogelijk preventief moment, maar ook als een relationeel consult, een manier om onzekerheid te hanteren, een ingangspoort om levensstijl te bespreken en als organisatorisch instrument binnen de huisartsenpraktijk. De concrete invulling ervan is sterk contextafhankelijk en wordt gestuurd door persoonlijke ervaring, gewoonte, patiëntverwachtingen, interactie met collega's en organisatorische factoren zoals tijdsdruk en praktijkorganisatie.

Een centrale bevinding van deze studie is dat huisartsen ambivalente verwachtingen hebben over de waarde van algemene check-ups. Deze ambivalentie komt tot uiting in verschillende spanningsvelden die het denken en handelen van huisartsen mee structureren. Zo wordt de check-up enerzijds gezien als zinvolle preventie, maar anderzijds ook als een mogelijke bron van overmedicalisering. Daarnaast kan het consult bijdragen aan een versterking van de arts-patiëntrelatie, terwijl het ook spanningen kan oproepen wanneer patiëntverwachtingen botsen met de professionele inschatting van de arts. Huisartsen beschrijven check-ups bovendien zowel als een manier om patiënten gerust te stellen, als een praktijk die een vals gevoel van veiligheid kan creëren. Ook de rol van vroegdetectie wordt verschillend geïnterpreteerd: waar sommige artsen kansen zien om risicofactoren tijdig op te sporen, benadrukken anderen de beperkingen en het risico op een illusie van controle. Verder kan de check-up dienen als ingangspoort om levensstijlverandering te bespreken, maar kan dezelfde consultatie ook bestaande gewoonten bevestigen. Tot slot wordt het consult door sommige huisartsen ervaren als een waardevol moment voor preventieve zorg, terwijl anderen het eerder beleven als een organisatorische belasting binnen een drukke praktijk.

De bevindingen wijzen op de nood aan meer conceptuele helderheid en betere praktijkgerichte, evidence-based ondersteuning die huisartsen helpt om vragen naar check-ups te vertalen naar zinvolle, proportionele en contextgevoelige preventieve zorg. Daarbij is het essentieel om niet alleen de effectiviteit van check-ups in vraag te stellen, maar ook kritisch te reflecteren over hun plaats binnen het zorgsysteem waarin tijd en middelen beperkt zijn.

8. Referenties

1. Erasmus D, William B. The Adages of Erasmus. Toronto: University of Toronto Press; 2001. 405 p.

2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.

3. Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. Prim Health Care Res Dev. 2017;18(6):529-40.

4. Araujo GC, Ribeiro CB, Costa MCM, Evangelista MLP, Lima MF, De Paula MC, et al. Evidence-based periodic health examinations for adults: a practical guide. Cureus. 2025;17(3):e79963.

5. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD009009.

6. Kherad O, Carneiro AV. General health check-ups: to check or not to check? A question of choosing wisely. Eur J Intern Med. 2023;109:1-3.

7. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General health checks in adult primary care: a review. JAMA. 2021;325(22):2294-306.

8. de Hoon S, Weesie Y, Brabers A, de Jong J, Verheij R. Health checks en de effecten op het gebruik van zorg in de huisartsenpraktijk: kennisvraag. Utrecht: NIVEL; 2017.

9. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2014;64(618):e47-53.

10. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med. 2007;146(4):289-300.

11. Aerts L, Baeten R, Govaerts F, Barthelomeeusen E, Boonen S, De Bont K, et al. Gezondheidsgids 2019: handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Antwerpen: Domus Medica; 2019.

12. Nederlands Huisartsen Genootschap. Medische check ups bij mensen zonder klachten [Internet]. Utrecht: NHG; 2013 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/medisch-inhoudelijke-nhg-standpunten/medische-check-ups-bij-mensen-zonder-klachten.

13. Stol YH, Asscher ECA, Schermer MHN. Good health checks according to the general public; expectations and criteria: a focus group study. BMC Med Ethics. 2018;19(1):64.

14. van Bokhoven MA, Pleunis-van Empel MC, Koch H, Grol RP, Dinant GJ, van der Weijden T. Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice. BMC Fam Pract. 2006;7:75.

15. Shaked M, Levkovich I, Adar T, Peri A, Liviatan N. Perspective of healthy asymptomatic patients requesting general blood tests from their physicians: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):51.

16. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. BMJ. 1997;315(7107):520-3.

17. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ. 2004;328(7437):444.

18. Jung HP, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. Which aspects of general practitioners' behaviour determine patients' evaluations of care? Soc Sci Med. 1998;47(8):1077-87.

19. Peck BM, Ubel PA, Roter DL, Goold SD, Asch DA, Jeffreys AS, et al. Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction? J Gen Intern Med. 2004;19(11):1080-7.

20. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? Br J Gen Pract. 1997;47(425):805-9.

21. Delvaux N, Piessens V, Burghgraeve T, Mamouris P, Vaes B, Vander Stichele R, et al. Clinical decision support improves the appropriateness of laboratory test ordering in primary care without increasing diagnostic error: the ELMO cluster randomized trial. Implement Sci. 2020;15(1):100.

22. Piessens V, Delvaux N, Heytens S, Aertgeerts B, De Sutter A. Downstream activities after laboratory testing in primary care: an exploratory outcome of the ELMO cluster randomised trial (Electronic Laboratory Medicine Ordering with evidence-based order sets in primary care). BMJ Open. 2022;12(4):e059261.

23. De Sutter A, Van den Bruel A, Devriese S, Mambourg F, Van Gaever V, Verstraete A, et al. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE Reports 59A (D/2006/10.273/24).

24. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. Arch Intern Med. 2005;165(12):1347-52.

25. Verstappen WH, ter Riet G, Dubois WI, Winkens R, Grol RP, van der Weijden T. Variation in test ordering behaviour of GPs: professional or context-related factors? Fam Pract. 2004;21(4):387-95.

26. Holtgrave DR, Lawler F, Spann SJ. Physicians' risk attitudes, laboratory usage, and referral decisions: the case of an academic family practice center. Med Decis Making. 1991;11(2):125-30.

27. van der Weijden T, van Bokhoven MA, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol RP. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. Br J Gen Pract. 2002;52(485):974-80.

28. Vinker S, Kvint I, Erez R, Elhayany A, Kahan E. Effect of the characteristics of family physicians on their utilisation of laboratory tests. Br J Gen Pract. 2007;57(538):377-82.

29. Zaat JOM, van Eijk JTM. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care. 1992;30(9):846-54.

30. Ganguli I, Simpkin AL, Lupo C, Weissman A, Mainor AJ, Orav EJ, et al. Cascades of care after incidental findings in a US national survey of physicians. JAMA Netw Open. 2019;2(10):e1913325.

31. Yoon S, Jun DB, Park S. The effect of general health checks on healthcare utilization: accounting for self-selection bias. J R Stat Soc A Stat Soc. 2020;183(1):3-36.

32. Zhi M, Ding EL, Theisen-Toupal J, Whelan J, Arnaout R. The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. PLoS One. 2013;8(11):e78962.

33. Hackl F, Halla M, Hummer M, Pruckner GJ. The effectiveness of health screening. Health Econ. 2015;24(8):913-35.

34. Si S, Moss J, Karnon J, Stocks N. Cost-effectiveness evaluation of the 45-49 year old health check versus usual care in Australian general practice: a modelling study. PLoS One. 2018;13(11):e0207110.

35. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, Greenwood H, Pathirana T, Clark J, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middle-income countries: a scoping review. BMJ Glob Health. 2022;7(10):e008696.

36. Naugler C, Ma I. More than half of abnormal results from laboratory tests ordered by family physicians could be false-positive. Can Fam Physician. 2018;64(3):202-3.

37. Lin KW, Duane MR. Are some screening tests doing more harm than good? Am Fam Physician. 2007;76(3):351-2.

38. The World Organization of Family Doctors. Quaternary prevention & overmedicalization [Internet]. WONCA; [cited 2025 Dec 23]. Available from: https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx

39. Piessens V, Rodriguez Benito L, Öztora S, Martins C, Brodersen JB. Seven ways to optimise prevention in general practice and family medicine - a EUROPREV position paper to spark debate on prevention. Eur J Gen Pract. 2025;31(1):2531880.

40. Søndergaard A, Christensen B, Maindal HT. Diversity and ambivalence in general practitioners' attitudes towards preventive health checks: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2012;13(1):53.

41. Hunziker S, Schläpfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nüesch R, Battegay E, et al. Open and hidden agendas of "asymptomatic" patients who request check-up exams. BMC Fam Pract. 2011;12:22.

42. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. BMC Public Health. 2012;12:723.

43. Zimmermannova J, Vevoda J, Schovankova T, Holy O. Socioeconomic predictors of preventive health check-ups by a general practitioner in the Czech Republic. Front Med (Lausanne). 2024;11:1341621.

44. Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L, et al. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. Open Med. 2009;3(3):e165-73.

45. Nielen MM, Assendelft WJ, Drenthen AJ, van den Hombergh P, van Dis I, Schellevis FG. Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: a Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. Eur J Gen Pract. 2010;16(3):139-42.

46. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(3):360-71.

47. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ. 2004;329(7473):1013.

48. Colliers A, Coenen S, Bombeke K, Remmen R, Philips H, Anthierens S. Understanding general practitioners' antibiotic prescribing decisions in out-of-hours primary care: a video-elicitation interview study. Antibiotics (Basel). 2020;9(3):115.

49. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(7):CD001271.

50. Martínez-González NA, Rosemann T, Tandjung R, Djalali S. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14031.

Gebruik van artificiële intelligentie

De inhoud van deze masterproef werd door de auteur zelf ontwikkeld. Ter ondersteuning van de formulering en academische stijl werd in beperkte mate gebruikgemaakt van een AI-gebaseerd taalmodel. Dit hulpmiddel werd uitsluitend aangewend voor het herformuleren, structureren en taaltechnisch verfijnen van bestaande tekst, zonder invloed op inhoudelijke keuzes, interpretaties of conclusies. De auteur blijft volledig verantwoordelijk voor de uiteindelijke inhoud.

9. Bijlagen

9.1 Bijlage 1: protocol

Onderzoeksvraag

Preventie: Wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up?

Korte samenvatting:

Het overkoepelende thema van onze masterproef is een kwalitatief onderzoek rond het onderwerp van de algemene check-up. In kleine groepjes focussen we ons op verschillende deelaspecten, zijnde: de algemene check-up op vraag van de patiënt, de algemene check-up op vraag van de arts, het labo-onderzoek en het screenen naar mentale gezondheid als onderdeel van de algemene check-up. Op basis van een topiclijst zullen semigestructureerde interviews worden afgenomen bij een totaal van 21 huisartsen. Deze interviews worden getranscribeerd en met een thematische analyse verwerkt. Elke groep gaat met haar specifieke deelonderwerp verder aan het werk.

Primaire doelstelling:

- Het krijgen van een ruimer beeld over de visie van huisartsen met betrekking tot een algemene check-up op basis van kwalitatief onderzoek.

Secundaire doelstelling:

- Een idee krijgen van de emotionele beleving van huisartsen als patiënten met de vraag komen voor een algemene check-up en wat de invloed hiervan op hun beleid is.
- Een beeld krijgen van het beleid rond algemene check-ups van huisartsen bij asymptomatische patiënten en wat hun onderliggende motieven hiervoor zijn.
- Meer specifiek nagaan welke aanvragen huisartsen doen bij een check-up labo, en wat hun beweegredenen hierachter zijn.
- Een idee krijgen van de visie van artsen omtrent het preventief screenen naar mentale gezondheid.

Onderzoeksetting

Op basis van interviews wordt een niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel) gedaan. Het is een nationaal, multicentrisch onderzoek door studenten van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. De aanvraag aan de Commissie van Medische Ethiek van het UZ Gent werd reeds goedgekeurd.

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek worden huisartsen werkzaam in Vlaanderen geïncludeerd. Er wordt datagestuurd gewerkt: er worden interviews afgenomen tot er voldoende gegevens zijn. Er wordt gestart met 14 huisartsen. Uiteindelijk werden er 21 interviews afgenomen.

Inclusiecriteria:

- Huisarts
- Werkend in Vlaanderen

Exclusiecriteria:

- Andere beroepsgroepen
- Huisartsen buiten Vlaanderen

Rekrutering

De huisartsen worden door de HAIO's gecontacteerd en komen uit de ruime omgeving van hun werkgebied. Dit gebeurt via e-mail, via telefoon of in persoon. Alle deelnemende huisartsen krijgen een informed consent toegestuurd.

Duur van de studie

Het praktische luik van de studie start na de goedkeuring van het Ethisch Comité. Het is nog niet duidelijk hoe lang dit zal duren. Er wordt datagestuurd gewerkt: per periode wordt er gekeken of er al genoeg data verzameld is en of verdere interviews nog nodig of relevant zijn.

Interventie

Elke HAIO interviewt een minimum van 2 huisartsen uit zijn of haar werkgebied. De huisartsen worden in persoon ontmoet. Op voorhand krijgen de huisartsen een informed consent toegestuurd met informatie over de studie. Voor de start van het interview krijgen ze nog extra uitleg over de manier van gegevensverwerking: zie hieronder.

Het interview duurt maximaal 1 uur.

Datacollectie

Interviews met huisartsen

- Van de geïnterviewde artsen verzamelen wij: naam, praktijkadres, e-mailadres, telefoonnummer, leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring. Deze gegevens zijn enkel beschikbaar voor de onderzoekers en worden gepseudonimiseerd.

- Elke participant ondertekent een informed consent-formulier. Verdere persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd bewaard in een Excel-document. In de interviews zullen de artsen aan de hand van een uniek letter- en cijfercode benoemd worden. Dit door het combineren van het geboortejaar van de geïnterviewde en zijn/haar initialen. In het Excel-document dat dient als keyfile staat de link tussen elke naam en de code.

Opgenomen via gsm of laptop

- Alle interviews worden in eerste instantie allemaal opgenomen om dan later te worden getranscribeerd. Enkel de transcripten zullen worden bijgehouden; de geluidsopnames worden na transcriptie verwijderd. Elke interviewer maakt ook een kort verslag van het interview. Hierin schrijft hij of zij zijn of haar bevindingen over het interview.

De transcriptie gebeurt manueel of via Amberscript en wordt verbatim uitgevoerd. Alle persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd zoals hierboven beschreven.

De documenten worden online opgeslagen via OneDrive (gezamenlijke map via UGent, beveiligd via CAS-login).

- De gegevens zijn niet essentieel voor de interpretatie van het onderzoek. De UGent vraagt de gegevens te bewaren tot minstens 5 jaar na publicatie van het onderzoek. Dit is dan ook onze beoogde bewaartermijn.

De interviews worden gepseudonimiseerd via een vooraf afgesproken code in Excel. Dit document wordt ook bewaard op UGent OneDrive achter de CAS-login.

Dataverwerking en analyse

Analyse interviews via QUAGOL-methode

- Stadium 1: grondig doorlezen van de interviews
    - Doel: het goed leren kennen van de gegevens
    - Tijdens deze fase worden essentiële elementen aangeduid door een opmerking in Word.
- Stadium 2: het schrijven van een narratief verslag
    - Doel: verslag maken als samenvatting van het interview
    - Dit gebeurt aan de hand van de opmerkingen uit stadium 1.
- Stadium 3: het maken van een conceptueel schema
    - Doel: de tekst wordt in enkele codes samengevat, op deze manier wordt data concreter
- Stadium 4: controle van het conceptueel schema

    - Aan de hand van het schema wordt de tekst herlezen, er wordt nagegaan of de concepten goed zijn en kunnen gelinkt worden met het interview
- Stadium 5: vergelijkend proces
    - De codes worden bekeken en vergeleken met de codes uit andere interviews, er wordt nagegaan of er overlap is en er kan gezocht worden naar overkoepelende schema's.
- Stadium 6: evaluatie van concepten
    - Codes worden verzameld en er wordt nagegaan of de lijst correct is, concepten worden concreet gemaakt en er wordt nagegaan of er zaken missen.
- Stadium 7: coderingsproces
    - Aan de hand van de codeboom worden de interviews gecodeerd.

Aanvraag ethisch comité + GDPR-register

Ethisch Comité aanvraag en AVG-register werden reeds goedgekeurd
via de Commissie Medische Ethiek UZ Gent op 28/11/2024.

Het AVG-register wordt 20 jaar bewaard door de promotor.

Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

9.2 Bijlage 2: informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Preventie: wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt "informed consent" of "geïnformeerde toestemming" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Het centrum Huisartsgeneeskunde voert een onderzoek uit naar de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up.
U zal binnenkort geïnterviewd worden om op die manier een ruimer beeld te krijgen van de visie van huisartsen met betrekking tot een algemene check-up.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een aantal vragen voor ons te beantwoorden. Dit zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is UGent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Heytens. Studenten van de Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen er echter wel voor zorgen dat patiënten in de toekomst beter geholpen kunnen worden.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt. Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studies en het hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (zoals in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 5 jaar na het einde van de studie en uit

veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Heytens (UZ Gent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.
Gegevens uit het patiëntendossier worden verwerkt in het kader van de verbeteringsprocessen van de organisatie en de gezondheidszorg in het algemeen.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier na voorafgaande uitleg te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. Heytens

E-mail : Stefan.Heytens@UGent.be

Naam: Dr. Piessens

E-mail : Veerle.Piessens@UGent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - deelname interview	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

9.3 Bijlage 3: interviewgids

! Aandachtspunten:

- Spreek over algemene check-up (inhoud niet invullen) bij asymptomatische patiënten.
- Veldnotities maken tijdens het interview: wat voelde je? Hoe reageerde de persoon?

Navragen bij introductie:

- Leeftijd en geslacht van de huisarts?
- Hoe lang al werkend als huisarts?
- Soort praktijk, patiëntenpopulatie, aantal GMD's?
- Hoeveel algemene check-ups gedaan de voorbije 2 weken?

1. Waar denk je aan wanneer een patiënt vraagt naar een algemene check-up?

- Als je een check-up aanbiedt, wat valt er dan onder?

2. Beleving wanneer een patiënt met de vraag komt naar een algemene check-up?

- Wat gaat er door het hoofd van de arts?
- Wat is de invloed van deze beleving op de aanpak?
- Communicatie met de patiënt?

3. Bied je een algemene check-up actief aan (dus niet op vraag van de patiënt)?

Indien ja:

- Waarom? Beweegredenen?
- Hoe vaak?
- Wat vraag je aan of doe je dan?
- Bij welke patiënten?
    - Invloed van leeftijd, geslacht, afkomst, SES?

4. Welke testen vraagt u aan bij een algemene check-up?

- Welke bewust wel?
- Welke bewust niet?
- Heb je weet van richtlijnen hieromtrent?
    - Heb je hier nood aan?

5. Mentale gezondheid

Wanneer u denkt aan een algemene check-up, ervaart u dan dat screenen naar mentale gezondheid hier een onderdeel van is?

- Doet u dit systematisch?
- Hoe schat u het effect in?

9.4 Bijlage 4: conceptenboom

Algemeen:

- Demografische kenmerken arts (leeftijd en geslacht)
- Werkervaring (aantal jaren als afgestudeerd huisarts)
- Praktijkvorm (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, WGC)
- Praktijksetting (stedelijk/landelijk)
- Aanwezigheid van praktijkverpleegkundige
- Patiëntenpopulatie (divers? migranten?)
- Grootte van de praktijk (aantal GMD's)
- Frequentie van 'algemene check-ups' (per 2 weken)

Aanpak algemene check-up:

- Organisatie
- Frequentie
- Doelgroep
- Initiatief:
    - Initiatief van de patiënt
    - Initiatief van de arts
- Aanpak bij collega's in de praktijk (vergelijkbaar? anders?)
- Beïnvloedende factoren:
    - Leeftijd
    - Geslacht
    - Afkomst
    - SES
    - Medische voorgeschiedenis
    - Familiale voorgeschiedenis
    - Maatschappelijk aspect
        - Kostprijs onderzoeken
        - Regels van RIZIV
    - Tijdsfactor
    - Persoonlijkheid van patiënt
        - Bezorgd, angstig
        - Zorgmijdend

    - Verwachtingen van patiënt
- Wat in de toekomst beter kan

<u>Inhoud algemene check-up:</u>

- Anamnese
    - Systeemanamnese
    - Cardiovasculair risicoprofiel
    - Levensstijl bevragen
    - Psychosociale aspecten
    - ICE bevragen
- Oppuntstelling dossier
    - Voorgeschiedenis
        - Persoonlijk
        - Familiaal
    - Medicatienazicht
    - Vaccinatie nazicht
    - Bevolkingsonderzoeken
- Klinisch onderzoek
    - Bloeddruk
    - Gewicht, lengte, BMI
    - Buikomtrek
    - Hart- en longauscultatie
    - Pols
    - Saturatie
    - Carotiden beluisteren
    - Klieren palperen
    - Huidinspectie
- Bloedafname
- Urine
- RX-thorax/ CT-thorax low dose
- Elektrocardiogram
- Longfunctie
- Osteoporosescreening

<u>Richtlijnen:</u>

- Bronnen van informatie
    - Tijdens opleiding geleerd (basisopleiding en huisartsenlessen)
    - Richtlijnen
    - Bijscholingen
    - Artikels
    - Eigen ervaringen
    - Reflectie van HAIO's
    - Wat PO vroeger deed
    - Specialisten
    - Collega's
    - Regels van het RIZIV
- Ontbreken van duidelijke richtlijn
- Nut en nood aan nieuwe richtlijn?

<u>Interpretatie arts van de verwachtingen van de patiënt:</u>

- Worden ze bevraagd
- Reason for encounter / ICE
    - Maatschappelijke norm (controle om de zoveel tijd)
    - Iemand in omgeving heeft iets meegemaakt
    - Op zoek naar geruststelling
    - Nieuwe start willen maken
    - Controle over lichaam/onzekerheid
    - Gelinkt aan sportprestaties

<u>Verwachtingen van de arts over de algemene check-up:</u>

- Risicofactoren oppikken en vroegtijdig ingrijpen
- Structureren van preventieve zorg
- Ingangspoort voor preventie
- Motivator voor gezonde levensstijl
- Complicaties op oudere leeftijd voorkomen
- Versterken van de arts-patiëntrelatie
- Besparen in de gezondheidszorg
- Patiënt geruststellen
- Redenen om geen check-up aan te bieden

Onderliggende motieven en drijfveren van huisartsen:

- Persoonlijke klinische ervaring
    - Ervaring met (gemiste) diagnoses
    - Succesverhalen
- Gewoonten en routine
- Nood aan controle en omgaan met onzekerheid
    - ! overlap met andere consulttypes (vage klachten, verborgen agenda's)
- Angst om iets te missen (defensieve geneeskunde)
- Invloed van patiëntverwachtingen
- Invloed van opleiding en praktijkcultuur
- Maatschappelijke en professionele normen rond preventie

Spanningsvelden in het denken en handelen van huisartsen:

- Zinvolle preventie <-> overmedicalisering
- Versterking van de arts-patiëntrelatie <-> bron van spanning
- Geruststelling en vroegdetectie <-> illusie van controle
- Hefboom voor levensstijlverandering <-> bevestiging van bestaande gewoonten
- Aangenaam consult <-> organisatorische belasting (tijdsdruk, werkdruk)
- Evidence-based handelen <-> buikgevoel en routine

Beleving van de huisarts:

- Neutraal
- Positief, zinvol
- Relationele voldoening
- Aanmoedigend
- Enthousiast
- Twijfel, onzekerheid
- Terughoudend
- Moeilijk
- Frustratie
- Tijdsdruk en belasting
- Ambivalente beleving
- Contextafhankelijke beleving

Mentale gezondheid:

- Mening
    - Akkoord voor bevragen en doet het en haalt het spontaan aan
    - Akkoord voor bevragen en doet het en haalt het niet spontaan aan
    - Akkoord voor bevragen maar doet het zelf niet
    - Niet akkoord
    - Twijfel
- Systematiek
    - Vragenlijst
    - Laagdrempelige vraag/ algemeen polsen
    - Leefstijlroer
    - Steeds onbewust onderdeel van de check-up
- Vertrouwensband
- Team
    - Rol van eerstelijnspsychologen
    - Rol praktijkverpleegkundigen
- Pathologie
    - Surmenage
- Stimulansen
    - Arts voelt aan dat er iets onderliggend is
    - Herkennen bij patiënt die ze goed kennen
    - Uit ervaring uit het verleden
    - Zaadje planten zodat patiënt in toekomst terugkomt
    - Opbouwen van een vertrouwensband
    - Veilige plaats creëren, tonen dat ze hier welkom zijn
    - Kosteneffectiviteit
    - Drempel van schroom bij patiënten weghalen
    - Belangrijke link tussen fysieke klachten en mentale gezondheid
- Barrières
    - Tijdsdruk/ werkdruk
    - Geen automatisme
    - Je voelt het spontaan aan bij patiënten die je goed kent
    - Taalbarrière
    - Defensieve patiënt

    - Angst om patiënt te bruuskeren
    - Angst om heel verhaal uit te lokken dat dan moet afgebroken worden
    - Schroom om gesprek naar volgend consult door te schuiven
    - Nood aan een gerichte techniek
    - Gebrek aan doorverwijsopties
    - Beperking van capaciteiten als huisarts om in therapie te voorzien
- Reactie van de patiënt
    - Positief
    - Weinig reactie
    - Emotioneel
    - Reason for encounter de volgende keer
    - Opbouw van vertrouwensband
- Minder vraag naar algemene check-up bij mensen die mentaal moeilijk hebben
- Topje van de ijsberg
- Contextafhankelijk
- Verder verloop
    - Doorverwijzing
    - Vervolgconsult
    - Patiënt hierop aanspreken tijdens een volgend consult
- Effecten
    - Preventie werkt besparend
    - Patiënt voelt zich veilig
    - Geen impact op voorkomen van psychiatrische aandoeningen
    - Geen impact op gemoedstoestand
    - Opbouw van de vertrouwensband

9.5 Bijlage 5: goedkeuring Ethisch Comité

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Dr. Veerle Piessens
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Mira Van Landuyt	03/12/2024	1/7
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2024-0270	B6702024000542	

Betreft:

Preventie: wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up?

Betrokken student(en):

- Emma Borghart, Laura Rousseaux, Mira Van Landuyt, Ine Vanden Bogaert, Marie Ghyselen, Andrea Dehaene, Zoë Ollevier

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (28/11/2024): Positief advies

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person

The Medical Ethics Committee affiliated with Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has evaluated the above-mentioned dossier.

This project falls within the scope of the Law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

After consulting the submitted information and documents regarding this proposal, the Medical Ethics Committee provides the following advice on (28/11/2024): Positive advice

Submitted documents: see annex 1
List of members: see annex 2
Points of concern: see annex 3b

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 1: Ingediende documenten

Categorie: CV
- Prof. Heytens, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Engels)
- Emma Borghart, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Ine Vanden Bogaert, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Laura Rousseaux, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Mira Van Landuyt, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Zoë Olleviers, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Marie Ghyselen, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Andrea Dehaene, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)

Categorie: GCP certificaat
- Stefan Heytens, dd. 09/12/2023 (Engels)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- DMP, dd. 26/11/2024 (NL/EN)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 1.2 dd. 26/11/2024 (Nederlands)

Categorie: Interview Guide
- Interview Guide, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

Voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer UGent – statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits UGent – statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern – huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent – kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent – kindergastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent – psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent – psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent – verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent – verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent – verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent – verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent – apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent – apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent – ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent – ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent – jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent – jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent – nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent – geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent – internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent – neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent – hartchirurg, ♂	Prof. dr. H. Eker UZ Gent – algemeen en hepatobiliair chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent – fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent – verloskundige, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent – kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent – anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♀

Bijlage 3a: Aandachtspunten

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de Verklaring van Helsinki, het Oviedoverdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde en alle toepasselijke wet- en regelgeving.

Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker om ervoor te zorgen dat elk lid van het onderzoeksteam over een geldig GCP-certificaat beschikt.

De ICH-GCP vereist dat jaarlijks een voortgangsrapport aan de CME wordt verstrekt, tenzij het onderzoek binnen het jaar wordt beëindigd.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en de promotor van dit onderzoek voor het waarborgen van de privacy van de persoons- en patiëntgegevens in contacten met patiënten en bij het inkijken van patiëntgegevens, inclusief de correcte omgang hiermee door medewerkers en studenten. De hoofdonderzoeker/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet betreffende de patiëntenrechten van 06/02/2024, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat eventueel vertaalde documenten conform zijn met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer, de reglementen van de wet van 19 december 2008 en het koninklijk besluit van 9 januari 2018 betreffende de biobanken.

De hoofdonderzoeker dient erover te waken dat publicaties, rapporten voor de overheid, enz. steeds het eigen standpunt betreffende de resultaten van dit onderzoek weergeven.

U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk is.

De CME bevestigt dat in geval van belangenverstrengeling betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het onderzoek.

De CME verwacht dat de sponsor bij een volgende indiening rekening houdt met haar huidige opmerkingen.

De goedkeuring van de CME voor een specifiek project is een jaar geldig. Wij verzoeken u om ons te informeren als het onderzoek niet wordt opgestart, binnen een jaar na goedkeuring.

Tot slot verzoeken wij u om de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Annex 3b: Points of concern

This project falls within the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

The EC confirms that it works in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the Declaration of Helsinki, the Convention on Human Rights and Biomedicine and all applicable laws and regulations.

It is the responsibility of the principal investigator to make sure that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The ICH-GCP requires that a progress report be provided annually to the CME unless the study is terminated within the first year.

The EC emphasises that it is the responsibility of the principal investigator and the promotor of this study to safeguard the privacy of the personal and patient data during contacts with patients and when consulting patient data, including the correct handling thereof by employees and students. The principal investigator/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with the applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian the Law on the Rights of the Patient of 06/02/2024, and the policy of the institution where the research is carried out.

It is the responsibility of the sponsor to make sure that any translated documents comply with the Dutch documents.

In vitro research on embryos is covered by the law of 11 May 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice from the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in-vitro.

Please take into account the hospital's regulations concerning tissue management, the regulations of the law of 19 December 2008, and the Royal Decree of 9 January 2018 concerning the biobanks.

The principal investigator must ensure that publications, government reports, etc. always reflect his or her own position regarding the results of this research.

With regard to clinical trials, any observed serious event should be immediately reported to the sponsor and ethics committee, even if the causal relationship to the study is unclear.

The EC confirms that in the event of a conflict of interest, members involved will not participate in the vote on the study.

The EC's favourable advice does not imply that it assumes responsibility for the planned study. The sponsor remains responsible for the study.

The EC expects the sponsor to take its current comments into account in any future submission.

The EC approval for a specific project is valid for one year. We request that you inform us if the study is not initiated within the first year after approval.

Finally, we request that you report the (early or planned) termination of the study within the legal deadlines and provide the Clinical Study Report (CSR) to the EC.