Wat is de ervaring en de aanpak van de huisarts bij een algemene check-up op vraag van de patiënt?

Dr. Marie Ghyselen, Universiteit Gent

Dr. Laura Rousseaux, 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 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.

Dankwoord

Als eerste willen wij onze co-promotor Dr. Veerle Piessens bedanken voor haar tijd en haar eerlijke feedback. Hierdoor heeft onze masterproef vorm gekregen tot het resultaat dat hier nu te lezen is. Hiervoor bedanken we ook onze promotor, Prof. Dr. Stefaan Heytens. Daarnaast willen we ook elkaar bedanken, om steeds weer input in dit proces te steken en gemotiveerd te blijven tot het einde. Ook de huisartsen die we hebben mogen interviewen, willen we graag bedanken. Aangezien deze masterthesis gebaseerd is op gemeenschappelijke interviews, willen we ook de andere HAIO's (Emma Borghart, Andrea Dehaene, Zoë Ollevier, Mira Van Landuyt en Ine Vanden Bogaert) bedanken voor hun inzet bij het afnemen van de interviews. Als laatste bedanken we onze directe omgeving voor de steun en afleiding die ons werd geboden tijdens de afgelopen drie jaar.

Abstract

Achtergrond:
Algemene check-ups bij asymptomatische patiënten worden regelmatig gevraagd in de huisartsenpraktijk, ondanks beperkte wetenschappelijke evidentie voor klinische meerwaarde. Ze kunnen leiden tot overdiagnostiek, vals-positieve resultaten en vervolgonderzoeken. Patiëntverwachtingen en de arts-patiëntrelatie spelen een belangrijke rol in de besluitvorming hierrond.

Onderzoeksvraag:
Wat is de ervaring en de aanpak van de huisarts bij een algemene check-up op vraag van de patiënt?

Methode:
Kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews bij 21 huisartsen in Vlaanderen (2025–2026), geselecteerd via purposive sampling. De interviews werden thematisch geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode.

Resultaten:
Huisartsen ervaren een ambivalente houding tegenover de algemene check-up. Enerzijds zien ze dit als een opportuniteit voor preventie en patiënteneducatie, anderzijds ervaren ze frustratie door tijdsdruk en onrealistische verwachtingen. De meeste artsen weigeren de vraag zelden, vaak om de arts-patiëntrelatie te behouden of onder invloed van patiëntendruk. De invulling van de check-up varieert sterk en wordt beïnvloed door patiëntkenmerken zoals leeftijd, voorgeschiedenis en levensstijl. Richtlijnen worden weinig gebruikt; beslissingen steunen vooral op klinische ervaring. De check-up fungeert vaak als ingangspoort voor bredere preventieve zorg.

Conclusie:
Huisartsen gaan meestal in op de vraag naar een algemene check-up, ondanks beperkte evidentie, en ervaren hierbij een ambivalente houding. De aanpak is heterogeen en weinig richtlijn-gestuurd. Meer ondersteuning is nodig in het omgaan met patiëntverwachtingen en het bevorderen van evidence-based handelen.

Inhoud

1 Inleiding 1

1.1 Probleemstelling 1

1.1.1 Wetenschappelijke achtergrond 1

1.1.2 Patiënten hebben verwachtingen 2

1.1.3 Uitdagingen voor de huisarts 3

1.2 Onderzoeksvraag 3

2 Literatuuronderzoek 4

2.1 Zoekstrategie 4

2.1.1 Internationale databanken 4

2.1.2 Databank masterproeven ICHO 4

2.2 Resultaten literatuuronderzoek 5

2.2.1 Beleving en motieven bij huisartsen 5

2.2.2 Waarop baseren ze zich 5

2.3 Beoordeling literatuur 5

3 Kwalitatief onderzoek met interviews 6

3.1 Onderzoeksetting 6

3.2 Rekrutering 6

3.3 Interventie 6

3.4 Datacollectie 7

Gegevens 7

Inhoud interview 7

3.5 Data-verwerking en analyse 7

4 Resultaten 8

4.1 Context 8

4.1.1 Artsen 8

4.1.2 Praktijk 8

4.1.3 Patiëntenpopulatie 8

4.2 Initiatief algemene check-up 8

4.2.1 Van wie komt de vraag naar een algemene check-up 8

4.2.2 Hoe vaak doen huisartsen een algemene check-up 9

4.3 Huisartsen hebben een ambivalente houding tegenover de algemene check-up 9
4.4 De arts maakt veronderstellingen 11
4.5 De arts maakt er het beste van 12
4.5.1 Profiel van de patiënt 12
4.5.2 Ingangspoort voor preventie 13
4.5.3 Economisch aspect 14
4.5.4 Druk van de patiënt 14
4.5.5 Waarop baseren huisartsen zich 15
5 Discussie 16
5.1 Belangrijkste bevindingen en link met de literatuur 16
5.2 Bedenkingen over de resultaten 17
5.3 Betekenis resultaten voor de praktijk 17
5.4 Beperkingen onderzoek 18
5.5 Uitdagingen onderzoek 18
6 Conclusie 19
7 Referenties 20
8 Bijlagen 22
8.1 Topic guide 22
8.2 Informed consent formulier 23
8.3 Goedgekeurd protocol 28
8.4 Goedkeuring ethisch comité 31
8.5 Code-boom 39

1 Inleiding

Preventie is één van de vele aspecten waarmee een huisarts op dagelijkse basis aan de slag gaat. De algemene check-up kan hier als een onderdeel van gezien worden. Dit kan op initiatief van de huisarts zelf, maar de vraag naar een check-up kan ook vanuit de patiënten komen. Zij hebben dan hun eigen beweegredenen om hiernaar te informeren. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar het aandeel van de laboratoriumonderzoeken die uit initiatief van de patiënt gebeuren. Een studie van Houben et al. toont dat iets minder dan één derde van de aangevraagde laboratoriumonderzoeken op vraag van de patiënt zijn (1). Het is aan de huisarts om correct met deze vraag om te gaan.

1.1 Probleemstelling

1.1.1 Wetenschappelijke achtergrond

Er bestaat weinig tot geen wetenschappelijk bewijs dat het uitvoeren van algemene check-ups bij asymptomatische patiënten een klinisch relevante meerwaarde biedt. Zo zijn er een aantal systematische reviews gepubliceerd over dit onderwerp waarbij een systematische, jaarlijkse algemene controle vergeleken werd met een opportunistische check-up. Hierbij werd gezien dat er geen significant verschil is op vlak van totale mortaliteit, cardiovasculaire mortaliteit en cardiovasculaire of cerebrovasculaire events. Er werden meer chronische aandoeningen gedetecteerd, zoals depressie, hypercholesterolemie en hypertensie, maar zonder winst op de harde eindpunten (2-5).

Een check-up kan verschillende onderdelen inhouden. Dit kan gaan over een persoonlijke en/of familiale anamnese, inventariseren van risicofactoren, klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en/of beeldvorming. In 30% van de consulten wordt een laboratoriumaanvraag gedaan (6). Zoals eerder beschreven, gebeurt 29% van deze laboratoriumaanvragen op vraag van de patiënt. Het voornaamste doel van deze vraag van de patiënt is zoeken naar geruststelling (1). Houben et al. beschrijven dat 18,4% van de aangevraagde testen een abnormaal resultaat vertonen. Bij 73,2% van de patiënten bij wie een laboratoriumonderzoek verricht werd, was er minstens 1 afwijkend resultaat. Uit deze studie bleek ook dat bij de laboratoriumtesten die gebeurden om de patiënt gerust te stellen, 13,4% van de testen afwijkend was. Bij 69% van deze patiënten was er minstens 1 afwijkend resultaat. Dit duidt dat het laboratoriumonderzoek in deze gevallen niet kon bijdragen aan de geruststelling van de patiënt, terwijl de afwijkingen op zich meestal geen betekenis hebben (1). Het aandeel van afwijkende testen kan deels verklaard worden door het principe van de referentiewaarden. Deze zijn gebaseerd op het 95% betrouwbaarheidsinterval. Hierdoor komt 5% van de resultaten per definitie buiten dit interval terecht als vals positieve waarde. Hoe meer testen er gedaan worden, hoe meer kans op vals positieve resultaten (7, 8). Dit kan dan bij de patiënt voor onnodige angst en ongerustheid zorgen (6).

Een gevolg van de algemene check-up, en eventuele afwijkende resultaten hierbij, is dat dit vaak aanleiding geeft tot vervolgonderzoeken en therapieën. Dit noemt men het cascade-effect. Piessens et al. beschrijven dat 20% van de laboratoriumonderzoeken leidt tot verdere onderzoeken. In de meeste gevallen gaat dit om extra testen in het labo. In 20% van de gevallen wordt er ook nieuwe medicatie opgestart omwille van een afwijkend laboratoriumresultaat. 30% van deze bloedonderzoeken zouden niet in de juiste indicatie gebruikt zijn of geen meerwaarde bieden voor de patiënt (9). Dooms toont ook aan dat elke toename van het aantal afwijkende ongeschikte bloedtesten met één extra test, 2% meer kans geeft op een therapeutische cascade activiteit (10).

Deze vervolgonderzoeken of therapieën brengen ook mogelijke negatieve gevolgen mee voor de patiënt, zoals bijwerkingen of complicaties. Hiernaast heeft het ook voor de maatschappij gevolgen. Kherad et al. beschrijven namelijk dat onnodige testen, behandelingen en procedures verantwoordelijk zijn voor 20% van alle medische kosten (6). Het is dus van groot belang dat men goed overweegt of een laboratoriumonderzoek noodzakelijk is en welke testen dan juist aangevraagd dienen te worden.

1.1.2 Patiënten hebben verwachtingen

De algemene check-up op vraag van de patiënt is een moeilijke opgave voor de huisarts. Deze moet de beweegredenen van de patiënt voldoende exploreren om te begrijpen vanwaar deze vraag komt (11).

Intentie arts vs intentie patiënt

Uit de manama-thesis van Smekens en Vandendriessche blijkt dat de reden voor een bloedafname van de patiënt en de inschatting van de arts hiervan slechts in 45,4% van de gevallen overeenkomt. De patiënten vroegen het vaakst naar een laboratoriumonderzoek als routinecontrole zonder dat ze klachten hadden, namelijk in 54,5% van de gevallen. In tweede plaats omwille van een ongerustheid in bepaalde klachten, namelijk bij 19,7%. De inschatting van de artsen over de patiëntenverwachting daarentegen bleek omgekeerd geordend te zijn. In 31,8% dacht de huisarts dat het ging om een bezorgdheid over bepaalde klachten, en in 19,8% omwille van een chronische aandoening waarvoor een routinecontrole gevraagd werd. De huisarts kan dus zeker niet altijd de reden van de patiënt goed inschatten. In deze studie heeft 82,1% van de artsen de verwachtingen wel bevraagd. Hoe het dus kan dat er toch een discrepantie zit tussen huisarts en patiënt, moet volgens hen verder onderzocht worden (11, 12).

Geruststelling

Uit hetzelfde onderzoek van Smekens blijkt dat 85,7% van de patiënten gerustgesteld werd door een normaal resultaat van een laboratoriumonderzoek (12). In een ander artikel wordt er gewaarschuwd voor een vals gevoel van geruststelling na een laboratoriumonderzoek zonder afwijkingen. Zo worden bepaalde levensstijlaanpassingen, zoals rookstop, meer bewegen en gezonde voeding, vaak niet doorgevoerd omdat de bloedwaarden normaal zijn. De valse geruststelling kan ook zorgen voor een vertraging in het zoeken van hulp voor bepaalde klachten (6, 8).

Arts-patiëntrelatie

Vandendriessche toonde ook aan dat de arts in 32,8% van de gevallen de bloedafname niet noodzakelijk vond, maar deze toch uitvoerde om de patiënt gerust te stellen (25,5%) of omdat dit anders tot ontevredenheid zou leiden bij de patiënt (7,3%). In 38,9% van de gevallen zou de arts de keuze van de laboratoriumtesten ook aangepast hebben aan de verwachtingen van de patiënt (11). Uit een studie van Little et al. blijkt ook dat zowel impliciete als expliciete druk van patiënten een onafhankelijke voorspeller zijn voor het klinisch onderzoek, voorschrijfgedrag, technisch onderzoek en doorverwijzingen van en door artsen (13).

Verborgen agenda

Hunziker et al. beschrijven dat patiënten vaak een verborgen agenda hebben. Ze benadrukken hierbij het belang van het opvangen van eventuele cues door de huisartsen. In deze studie waren de belangrijkste cues die werden opgepikt gebaseerd op angst rond algemeen welzijn, levensstijlproblemen, psychosociale zorgen en ziekte in de directe omgeving (14). Dit laatste

wordt bevestigd door Shaked et al.. Zij beschrijven namelijk dat indien een kennis een ernstige ziekte heeft, dit de vraag naar een bloedafname kan uitlokken. Dit met het doel om eventuele ongekende ziekten bloot te leggen. Hier is dan veel angst rond, waarbij verwacht wordt dat deze opgelost zal worden met een bloedonderzoek (15).

Verder blijkt dat patiënten soms de objectieve waarden uit een bloedtest nodig hebben om te begrijpen wat er binnen in hun lichaam omgaat. Sommige patiënten zijn overtuigd dat periodische bloedafnames een geïntegreerd onderdeel van gezondheid zijn (15).

1.1.3 Uitdagingen voor de huisarts

Dit alles brengt verschillende uitdagingen met zich mee voor de huisarts. Het kan uitdagend zijn om evidence-based te werk te gaan zonder de verwachtingen van de patiënt uit het oog te verliezen. Uit het onderzoek van Verschaeve et al. blijkt dat patiënteneducatie hierin een belangrijke taak kan zijn voor de huisarts. Dit neemt echter veel tijd in beslag, waardoor dit niet vaak gebeurt (16).

Buss et al. proberen een kader te bieden om hiermee om te gaan binnen de beperkte tijdspanne van een consultatie. Ten eerste stellen zij dat het enorm belangrijk is om de ICE van patiënten expliciet te bevragen en doorheen het consult de cues op te vangen en uit te diepen. Bij de vraag naar een algemene check-up door middel van een laboratoriumonderzoek, is het ook belangrijk om de voor- en nadelen van die laboratoriumtesten en het bijhorende resultaat goed te duiden, zoals hierboven beschreven. Daarmee doelen we dus op de mogelijkheid van valspositieven, de vervolgonderzoeken en therapieën die eruit kunnen voortvloeien. Uiteindelijk is de arts-patiëntrelatie ook van onschatbare waarde, en om deze te behouden dient men soms compromissen te maken door middel van de zogenaamde ‘shared decision making’. Op die manier kan de patiënt een geïnformeerde keuze maken (8). Petrie et al. sluiten zich hierbij aan. Zij beschrijven namelijk dat het van belang is om alle testen steeds op voorhand te kaderen, inclusief wat de uitslag kan betekenen. Dit aan de hand van de zogenaamde pre-test probabiliteit (17). Ook Van Ravesteijn et al. beamen dit (18).

Kherad et al. beschrijven in hun studie verschillende barrières die er momenteel zijn om het overmatig gebruik van technische onderzoeken te beperken. Deze situeren zich op verschillende domeinen, zoals onder andere de arts, de patiënt, de interactie tussen deze twee, financieel kwesties etc.. Verder geven ze een aanzet tot ‘less is more medicine’, een kwaliteitsgeoriënteerde aanpak vooral gebaseerd op effectiviteit en veiligheid (19).

Van Bokhoven et al. beschrijven dat huisartsen vaak toegeven aan de verwachtingen van de patiënt om op die manier het consult te kunnen afronden. Deze verwachtingen worden echter vaak verkeerd ingeschat. De arts overschat meestal de vraag naar een bloedafname. De patiënt wil op dat moment eerder gehoord worden of informatie krijgen. Zoals reeds gezegd, is het exploreren van de ideeën en verwachtingen van patiënten van grote waarde (20).

Volgens de literatuur komt de algemene check-up aan bod in 6-8% van alle consultaties (5, 21). Dit is dus duidelijk een topic dat het waard is om verder te exploreren en te stroomlijnen in het voordeel van zowel de patiënt als de huisarts.

1.2 Onderzoeksvraag

Het doel van deze masterproef is om te peilen bij huisartsen naar hun beleving bij de algemene check-up op vraag van de patiënt. Het kan relevant zijn om de ervaring en de aanpak van huisartsen hierin te leren kennen en eventuele patronen bloot te leggen. Deze patronen kunnen een inzicht bieden in de beweegredenen van de huisarts, die tot nu toe weinig werden

onderzocht. Dit inzicht omvat dan onder andere de redenen waarom huisartsen toch bepaalde, mogelijks onnodige, check-ups uitvoeren. Dit kan een nieuw aanknopingspunt zijn om overbodig onderzoek te voorkomen.

Deze masterproef kadert binnen een breder onderzoek van zes Huisartsen-in-Opleiding. Het brede onderwerp is de algemene check-up, waarbij we individueel of in duo verder ingaan op een deelaspect hiervan. Zo gaat Emma Borghart zich focussen op de algemene check-up op initiatief van de arts, wat de beweegredenen hiertoe zijn, wat ze dan precies uitvoeren en bij wie. Zoë Ollevier en Andrea Dehaene gaan zich specifiek toespitsen op het bloedonderzoek, waarom bepaalde testen bewust wel of niet aangevraagd worden en of hier richtlijnen voor gebruikt worden. Tenslotte zal Mira Van Landuyt verder onderzoeken hoe de mentale gezondheid van de patiënten een onderdeel is of kan zijn binnen de algemene check-up.

Dit alles wordt onderzocht aan de hand van een kwalitatief onderzoek met interviews.

Onze concrete onderzoeksvraag is ‘Wat is de ervaring en de aanpak van de huisarts bij een algemene check-up op vraag van de patiënt?’.

Verdere deelvragen zijn:

- Wat zijn de motieven van de huisarts om wel/niet in te gaan op de vraag naar een algemene check-up?
- Waarop baseert de huisarts zich hiervoor? Wat zijn richtlijnen die ze hierin volgen? Zijn die er voldoende of is er nood aan meer?

Om deze vraag te beantwoorden deden we zowel een gericht literatuuronderzoek als kwalitatief onderzoek met interviews.

2 Literatuuronderzoek

2.1 Zoekstrategie

2.1.1 Internationale databanken

In de zoekstrategie voor het literatuuronderzoek wordt algemeen enkel rekening gehouden met Engelstalige artikels met een voorkeur voor een publicatiedatum na het jaar 2000. Voor 1 artikel werd hierop een uitzondering gemaakt omdat deze toch als relevant werd geacht voor deze masterproef.

Als basis zoekterm wordt altijd ‘general practice’ gebruikt. In combinatie met ‘check-up’ wordt er 1 artikel geïncludeerd. Een andere combinatie wordt gemaakt met ‘laboratory findings’. Hierbij worden 3 artikels geïncludeerd. Als laatste combinatie wordt de term ‘laboratory test’ met ‘general practice’ gebruikt, waarbij 1 artikel wordt geïncludeerd.

2.1.2 Databank masterproeven ICHO

Bij het zoeken op de term ‘laboresultaten’ weerhouden we 1 masterproef die aanleunt bij het thesis onderwerp. Bij het zoeken met de term ‘bloedonderzoek’ weerhouden we 3 mogelijks interessante masterproeven die aansluiten bij onze onderzoeksvraag. Bij het lezen van de masterproeven, bevestigt dit ons vermoeden en worden 2 daarvan geïncludeerd.

2.2 Resultaten literatuuronderzoek

Na nazicht van de literatuur blijkt dat er weinig te vinden is over de specifieke onderzoeksvraag van deze thesis. Er werden weinig artikels gevonden die informatie geven over de beleving van de huisarts rond een algemene check-up, en dus ook de invloed hiervan op het al dan niet ingaan op die vraag werd slechts beperkt beschreven. Dit maakt het onderwerp van deze masterproef des te relevanter, aangezien het nieuwe informatie kan aanleveren over de kijk van de huisarts en hoe dit van invloed kan zijn tijdens een consult rond de algemene check-up.

2.2.1 Beleving en motieven bij huisartsen

Uit een studie in Denemarken bleek dat de houding van de huisarts tegenover de algemene check-up eerder ambivalent is. Een check-up lijkt gunstig voor de patiënt, maar de artsen stuiten ook op twijfel. Zo vinden ze het lastig om bij patiënten met een ongezonde levensstijl de boodschap te geven dat de check-up helemaal in orde is, want zo lijkt het dat ze deze slechte levensstijl gaan promoten. Verder voelen de artsen zich soms ook onzeker over het geven van valse geruststelling, aangezien de algemene check-up niet steeds garantie biedt. De Deense huisartsen stellen zich ook de vraag of de algemene check-ups bij de 'juiste' personen zou gebeuren. Vaak gebeuren deze check-ups op vraag van de al gezondheidsbewuste patiënt en niet door een type patiënt die er net baat bij zou hebben. Tenslotte zijn de Deense huisartsen bezorgd over de mogelijke negatieve psychologische weerslag bij de participanten bij wie de check-up niet in orde blijkt te zijn. Ondanks deze bezorgdheden geven deze huisartsen aan dat ze nooit zouden weigeren een check-up uit te voeren wanneer een patiënt met deze vraag komt (22).

2.2.2 Waarop baseren ze zich

Søndergaard et al. merkten bij een groep huisartsen een verschil in aanpak en zo ook in de kwaliteit van de algemene check-up. Vaak baseert de huisarts zich op zijn of haar persoonlijke visie over 'de check-up' en over algemene preventie. Meerdere huisartsen benoemden ook een bepaalde onzekerheid hierover. De huisartsen in de studie wensen duidelijkheid over de doeltreffendheid en de organisatie van een algemene check-up (22).

Hofstede et al. hebben vooral het testen van vitamines bestudeerd en zagen daarbij dat er een mismatch was van veronderstelde gepaste indicaties voor het testen naar vitamine D en B12 tussen de patiënten en de medische professionals. Voor het beperken van de laboratoriumaanvragen hierover, was het nodig om de kennis van de huisarts over de juiste indicaties bij te stellen (23).

Wanneer het specifiek gaat over welke richtlijnen artsen hierbij volgen, wordt er weinig informatie gevonden. Er bestaat geen literatuur over welke richtlijnen artsen gebruiken in België, en er is niet gezocht op eventuele artikels uit andere landen aangezien dit geen meerwaarde biedt in dit onderzoek. Uit wat er hierboven geschreven wordt, kan er gesteld worden dat artsen zich vooral op persoonlijke visie en ervaring baseren, maar dat er wel een bepaalde nood is naar duidelijkheid over dit onderwerp.

2.3 Beoordeling literatuur

Tijdens het literatuuronderzoek merkten we dat de onderzoeksvraag moeilijk te vertalen is naar database zoektermen. Het wordt al snel heel nauw. Als je daarentegen geen gerichte

zoektermen gebruikt, komen er juist heel veel resultaten. Het is moeilijk filteren. De artikels die dan toch enigszins aanleunen bij het onderwerp, zijn toch soms te genuanceerd in een andere richting. We vinden weinig artikels die we kunnen includeren voor onze thesis. Dit bevestigt nogmaals de relevantie van onze onderzoeksvragen.

De toepasbaarheid van de literatuur voor de thesis is op sommige vlakken beperkt gezien het hier gaat om de ervaring van de Vlaamse huisarts. De onderzoeken die het meeste aanleunen bij onze onderzoeksvraag zijn de vorige masterproeven uit de ICHO-databank. Deze masterproeven uit de ICHO-databank zijn echter meestal opgesteld met een kleine steekproef, zoals bijvoorbeeld de 2 praktijken bij Smekens (12) en 1 praktijk bij Delens (24).

3 Kwalitatief onderzoek met interviews

3.1 Onderzoeksetting

Dit onderzoek gebeurde bij huisartsen in Vlaanderen, gedurende 2025-2026.

De onderzoekspopulatie omvat huisartsen, werkzaam in Vlaanderen. Er wordt aan *purposive sampling* gedaan zodat het onderzoek zo gevarieerd mogelijk kan zijn op vlak van geslacht, leeftijd, locatie en jaren werkervaring.

Er zijn zes onderzoekers rond het brede topic van de algemene check-up die dit onderzoek zullen uitvoeren. De opzet is om elk ongeveer twee huisartsen per onderzoeker te interviewen. Dit brengt het totaal van steekproefgrootte op twaalf. Uiteindelijk werd er besloten om nog meer data te verzamelen door in totaal 3 huisartsen per onderzoeker te interviewen. Sommigen deden nog een extra interview. Zo werd de steekproefgrootte uiteindelijk 21.

3.2 Rekrutering

Er werd gerekruteerd uit de onderzoekspopulatie aan de hand van mogelijks al bestaande connecties tussen de onderzoekers en de praktijkopleiders. Er werd ook wel enigszins aangemoedigd om nieuwe connecties te maken. Dit aan de hand van een uitnodiging via mail of telefoon.

Zoals hierboven beschreven werd er aan *purposive sampling* gedaan. Elke onderzoeker trachtte zijn onderzoekspool zo gevarieerd mogelijk maken. Het moest vermeden worden om twee dezelfde profielen te interviewen.

Doordat we elke onze praktijkopleider of collega's zouden interviewen kan er wel enige bias zijn. Daarom is het beter om te spreiden over geheel Vlaanderen.

Er werden in totaal 21 deelnemers gerekruteerd.

3.3 Interventie

De gerekruteerde huisartsen werd gevraagd om 30-60 minuten vrij te maken voor het interview. Deze interviews konden doorgaan via Microsoft Teams of fysiek plaatsvinden. De interviews gebeurden aan de hand van de topic guide bijgevoegd in bijlage 8.1.Deze bevatte een aantal vragen als leidraad gedurende het interview zodat zeker alle topics van de sub-masterproeven aan bod kwamen. Gedurende het interview mocht er natuurlijk eventueel afgeweken worden indien de tijd dit toeliet om nieuwe inzichten en ideeën van de huisartsen te verkennen.

3.4 Datacollectie

Gegevens

Van de geïnterviewde artsen verzamelden wij:

- Identificatiedata: naam, titel, praktijkadres, e-mailadres, telefoonnummer
- Beroep
- Leeftijd
- Gender
- Het aantal jaren dat ze het beroep van huisarts uitoefenen

De contactgegevens werden verzameld om de artsen bij verdere vragen te kunnen contacteren. Leeftijd en praktijkadres werden verzameld om enerzijds de diversiteit tussen de artsen te duiden en anderzijds het effect hiervan op de antwoorden te beoordelen.

Deze gegevens zijn enkel voor de onderzoekers beschikbaar op een beveiligde sharepoint van de universiteit. In de interviews zijn de persoonsgegevens gepseudonimiseerd. Elke deelnemer kreeg een unieke code toegewezen. Universiteit Gent vraagt de gegevens te bewaren tot minstens 5 jaar na publicatie van het onderzoek. Dit is de beoogde bewaartermijn.

Aan de deelnemers werd gevraagd om een informed consentformulier te ondertekenen, zoals te zien in bijlage 8.2. Deze werden op papier bewaard. Verdere persoonsgegevens werden digitaal bewaard in een Excel-document. Dit document werd bewaard op een sharepoint van de universiteit. Enkel de onderzoekers hebben toegang tot dit document.

Er vond een goedkeuring plaats door het ethisch comité, terug te vinden in bijlage 8.3 en 8.4.

Inhoud interview

De inhoud van het interview werd opgenomen met een digitaal toestel. Dit kan in de vorm van enkel een audio-opname maar video-opname is ook mogelijk. Deze opname werd bewaard door de specifieke onderzoeker tot er een transcriptie van het interview bestond. Nadien werd de opname definitief verwijderd.

3.5 Data-verwerking en analyse

De interviews werden zorgvuldig getranscribeerd. Sommige onderzoekers kozen ervoor om handmatig te transcriberen, anderen lieten zich ondersteunen door een transcriptiesoftware.

De data werden gepseudonimiseerd verwerkt. De deelnemers kregen in het onderzoek een unieke code toegewezen. Vanaf dat punt werd er enkel naar hen verwezen via deze code.

De analyse gebeurde met thematische analyse volgens de principes van de ‘Qualitative Analysis Guide of Leuven’ (QUAGOL) (29). Ter voorbereiding hiervan werd een narratief verslag opgesteld van elk transcript, waarna een conceptueel schema kon worden opgesteld. Na vergelijking en controle van alle transcripten, werd uiteindelijk de code-boom opgesteld. Deze is te raadplegen in bijlage 8.5.

Ter ondersteuning van het coderingsproces werd het kwalitatieve softwareprogramma MAXQDA gebruikt. De concepten uit de code-boom werden in het softwareprogramma geïntegreerd, net als de transcripten van de interviews. Hierna werden de overeenkomstige

fragmenten uit de transcripten gekoppeld aan de juiste codes. Op basis hiervan konden de concepten uitgeschreven worden, om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen. Relevante en belangrijke quotes werden toegevoegd om de concepten te onderbouwen en volledig te bevatten (25).

4 Resultaten

4.1 Context

4.1.1 Artsen

In totaal werden er 21 artsen geïnterviewd, waarvan ongeveer de helft vrouwen en de helft mannen. De leeftijden van de artsen zijn vrij uiteenlopend. De jongste arts die geïnterviewd werd is 28 jaar, de oudste arts is 64 jaar. Er werden eerder jonge artsen geïnterviewd, wat mogelijks een invloed heeft op de resultaten. Hier wordt in de discussie nog op teruggekomen.

Als gevolg van de leeftijd is de werkervaring van de huisartsen ook uiteenlopend. De arts met de minste werkervaring werkt pas zes maanden als vaste huisarts, terwijl de arts met de meeste werkervaring al 37 jaar aan de slag is.

4.1.2 Praktijk

De meeste artsen werken in een groepspraktijk, waaronder enkelen ook in een wijkgezondheidscentrum. Slechts twee van alle geïnterviewde artsen werken in een solopraktijk. In bijna de helft van de praktijken werken de artsen samen met een verpleegkundige, al dan niet voltijds. Zij gaven allen aan dat de praktijkverpleegkundige ook een rol heeft in het uitvoeren van de algemene check-up. Dit kan mogelijks bijdragen aan de manier waarop een check-up wordt uitgevoerd en hoe de arts hiernaar kijkt. De meeste artsen zijn het erover eens dat een verpleegkundige een meerwaarde is in dit verhaal.

4.1.3 Patiëntenpopulatie

De meeste praktijken bevinden zich in een stedelijk gebied, slechts twee artsen werken in een landelijk gebied. Het grootste deel van de artsen zien patiënten uit alle leeftijdscategorieën. Eén arts geeft aan vooral oudere patiënten te zien, terwijl één andere arts zegt veel jonge patiënten te hebben.

Wat afkomst betreft, geven twee artsen aan veel mensen van andere culturen of met een migratieachtergrond te zien. Eén andere arts benoemt expliciet vooral kansrijke hoogopgeleide patiënten te hebben.

4.2 Initiatief algemene check-up

4.2.1 Van wie komt de vraag naar een algemene check-up

De onderzoeksvraag van onze thesis gaat specifiek over de algemene check-up op vraag van de patiënt. Tijdens het analyseren van de interviews hebben we gemerkt dat dit niet zo scherp af te lijnen valt. Veel artsen doen zowel check-ups op vraag van de patiënt als op hun eigen initiatief. De antwoorden op bepaalde vragen zijn dus vaak niet genuanceerd voor onze onderzoeksvraag maar soms eerder algemeen, niet rekening houdend met van wie het initiatief kwam.

Iets meer dan de helft van de geïnterviewde artsen geven aan dat ze een algemene check-up op eigen initiatief zouden aanbrengen bij bepaalde patiëntengroepen op basis van bepaalde

factoren (zoals bijvoorbeeld leeftijd). Bij de meesten gebeurt dit als een soort opportunistische preventie, dus als de patiënt op de consultatie is voor een andere aanmeldingsklacht.

Iets minder dan de helft van de geïnterviewde artsen vermeldt dat het initiatief ook soms van de patiënt zelf komt. Soms komt dit impliciet naar boven, als een verborgen agenda, maar soms ook heel expliciet. Zoals wanneer patiënten een afspraak maken voor hun zogenoemde ‘jaarlijkse controle’. De vraag kan ook gesteld worden door de patiënt op het einde van een consult voor een andere klacht, als een soort deurklink-vraag.

Enkele artsen gaven hun indruk mee van het type patiënt dat gemakkelijk vraagt naar een check-up. Zo merkt een arts op dat dat vaak de patiënten zijn die eigenlijk weinig medische problemen hebben. Hij is van mening dat die groep patiënten vaak een lichte vorm van hypochondrie hebben. We zouden ze dus onder de gekende noemer ‘worried well’ kunnen plaatsen.

Een andere arts heeft het gevoel dat bij zijn patiënten vaak de opvatting leeft dat er éénmaal per jaar bloed moet geprikt worden. De maatschappelijke visie van een ‘jaarlijkse controle’ speelt dus ook een rol in het initiëren van een algemene check-up door de patiënt.

4.2.2 Hoe vaak doen huisartsen een algemene check-up

Er werd aan de artsen gevraagd hoe vaak ze in aanraking kwamen met een zogeheten ‘algemene check-up', gemiddeld genomen over twee weken. De antwoorden hierop waren zeer uiteenlopend. De arts die er het minst vaak mee in aanraking kwam, gaf aan dat dit maar één keer per maand gebeurde. De arts die er het meeste mee in aanraking kwam zei dat het om drie à vier patiënten per dag ging.

Hieruit besluiten we dat de interpretatie van wat als een ‘algemene check-up' wordt gedefinieerd mogelijks heel erg verschilt van arts tot arts. Dit zou het verschil in prevalentie kunnen verklaren. Ook zou de gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie hier een invloed op kunnen hebben.

4.3 Huisartsen hebben een ambivalente houding tegenover de algemene check-up

De beleving van de artsen rond de algemene check-up op vraag van de patiënt bleek zeer uiteenlopend. Er waren zowel positieve als negatieve antwoorden. Het is opvallend dat deze beide gevoelens ook kunnen bestaan bij eenzelfde arts. Er is dus sprake van een ambivalente beleving en houding tegenover de algemene check-up.

Ongeveer de helft van de artsen benoemt expliciet een positief gevoel te hebben bij de vraag van de patiënt naar een algemene check-up. Men vindt dat dit een teken is dat patiënten met hun eigen gezondheid bezig zijn, wat een goede zaak is. De vraag naar een algemene check-up wordt gezien als een fijn onderdeel van de huisartsgeneeskunde om naar aanleiding van die vraag de patiënt een beetje verdere educatie te geven over zijn/haar gezondheid. Artsen geven ook aan dat deze vraag een mogelijkheid biedt om het samen met de patiënt over andere aspecten binnen de preventieve geneeskunde te hebben, wat iets positief is.

Deze positieve beleving van de huisarts kan echter beïnvloed worden door tijdsdruk. Als patiënten een consultatie inboeken puur voor deze vraag, vinden artsen dit aangenaam. Er is dan voldoende tijd om een volledig consult aan ‘de check-up' te wijden. Zoals eerder vermeld,

gebeurt het echter wel al eens dat de vraag naar een check-up als deurklink-vraag door de patiënt wordt gesteld. In dit scenario lijkt de beleving van de huisarts af te hangen van de werkdruk van die dag. De geïnterviewde artsen vermelden namelijk dat de vrij hoge werkdruk op huisartsen ook heel erg meespeelt in de keuze om in te gaan op de vraag van een patiënt naar een check-up. Zeker in drukkere periodes is er iets meer weerstand. Niet enkel de tijd komt in het gedrang bij hoge werkdruk, maar ook de drive van sommige artsen om te blijven ingaan en empathisch te reageren op vragen van patiënten. Bijna alle artsen vermelden een tijdstekort en ervaren druk op hun agenda. Ze voelen dus soms weinig ruimte om heel diep in te gaan op bepaalde aspecten van de check-up. Veel artsen sommen heel veel aspecten op qua inhoud van de check-up, maar voelen ook aan dat dit niet haalbaar is om dit allemaal te bevragen of te controleren in één consultatie. Artsen merken dat als ze het goed willen aanpakken, ze ook echt veel tijd zouden moeten kunnen investeren in dit soort consulten. Sommige artsen refereren hier naar de functie van een praktijkverpleegkundige en dat die sommige van deze taken zou kunnen overnemen van de huisarts.

“Ik denk dat bij ons, om heel goede preventie te doen, dat de werkdruk te hoog ligt. We zijn veel te gefocust op curatieve geneeskunde, waar we ook voornamelijk in opgeleid worden, en minder in preventie.”

Eén arts maakt de opvallende uitspraak dat de consultaties rond de algemene check-up in de weg staan van andere zorg in drukkere periodes. Deze arts staat algemeen vrij ambivalent tegenover de check-up, maar dus eerder negatief in periodes van drukte.

Er wordt ook expliciet vermeld dat het specifieke tijdstip op de dag soms ook een invloed kan hebben op de beleving van het consult. Na een lange dag is er meer vermoeidheid en soms een iets minder helder denkvermogen of empathisch vermogen waardoor er anders gereageerd wordt op de vraag naar een check-up.

De beleving van de vraag naar een check-up wordt ook bepaald door de specifieke visie van die arts rond de betekenis van een check-up. Als een arts aanvoelt dat bijvoorbeeld een gevraagde bloedafname echt niet zinvol zou zijn bij een bepaalde patiënt, voelt de arts frustratie opkomen. De vraag naar een algemene check-up wordt dan ook soms benoemd als een ‘zucht-klacht’. De artsen hebben het gevoel dat dit vaak uitdraait op een vervelend consult waarin men moet nagaan of de vraag wel terecht is. Enkele artsen voelen vooral een grotere weerstand bij de ‘worried well’ omdat ze al vrij overtuigd zijn dat een algemene check-up niet aangewezen is bij deze patiëntengroep.

“Omdat vaak zijn dat toch wel mensen die onderliggend al een beetje hypochonder zijn, dat er regelmatig zoveel angst is voor bepaalde zaken.”

Eén arts benoemt dat ze vroeger vaak toch meeging in die vraag, maar dankzij wat meer maturiteit durft ze dit nu ook weigeren als ze het niet zinvol vindt. Een andere arts voelt wat weerstand omdat die aanvoelt dat de vraag naar een check-up te vaak en te snel wordt gesteld. Hij probeert dan te luisteren naar de patiënt en waarom die een algemene check-up wil, om zijn eigen standpunt daarna te kunnen uitleggen. Meerdere artsen vermelden dat ze soms wel wat tegengas of weerstand bieden bij deze vraag.

Een klein aandeel van de artsen vermeldt een bepaald ongemak te voelen wanneer een patiënt met deze vraag komt. Men vraagt zich af wat ze dan eigenlijk verwachten, en hoe men dat kan inwilligen. Mogelijks komt dit ongemak voort uit het aanvoelen dat deze vraag de arts-patiëntrelatie onder druk zet. Dit ongemak beïnvloedt de arts in die mate dat, als de patiënt dit echt wil, men de check-up toch zal uitvoeren.

Sommige artsen geven zelf al aan een heel dubbel gevoel bij de vraag naar een check-up te hebben. Enerzijds voelen ze vaak al aan dat het mogelijks een nutteloze vraag is maar anderzijds zien ze wel een mogelijke opening naar andere preventie.

Gezien de meeste artsen in een groepspraktijk werken, werd aan hen gevraagd of hun aanpak van de algemene check-up overeenkomt met die van hun directe collega's. Bij de meeste artsen was dat in grote lijnen wel het geval. Andere artsen gaven aan dat er geen algemeen beleid is. Iedereen zou mogelijks toch een ander antwoord kunnen geven bij dezelfde vraag. Eén bepaalde arts vindt het dan ook lastig als een collega toch bepaalde onderzoeken uitvoert en er hierdoor iets aan het licht komt. Ze denkt dat de patiënt het haar dan kwalijk neemt dat zij dit niet gedaan heeft.

Eén collega zegt ook dat de gewoontes van voorgangers, gepensioneerde artsen, soms blijven hangen bij patiënten. Dan moet hij uitleggen waarom hij bepaalde zaken niet uitvoert. Dit heeft ook een invloed op de beleving rond de check-up bij deze arts.

4.4 De arts maakt veronderstellingen

Meerdere artsen voelen zich geïntrigeerd door de vraag naar een algemene check-up. Ze vinden het interessant om uit te spitten wat de patiënt hier juist mee bedoelt en wat er in zijn of haar hoofd omgaat. Dit wordt gezien als één van de kerntaken van een huisarts. Hierbij gaat het om het bevragen van de ICE van de patiënt.

De meerderheid van de geïnterviewde artsen antwoorden dat ze de verwachtingen inderdaad bevragen, en dat ze dit zelfs een heel belangrijke vraag vinden. Op die manier hopen ze te weten te komen waarom de patiënt een algemene check-up vraagt en wat ze verwachten of hopen te weten te komen. Soms komt er dan toch een onderliggende bezorgdheid naar boven, waar de arts dan op kan inspelen. Op basis van de verwachtingen proberen de artsen dan ook uit te leggen waarom ze bepaalde dingen wel of niet uitvoeren.

> *"Want vaak als ze zeggen van 'ik wil testen op alles', dan is er toch iets in het achterhoofd waar ze aan denken. En dan is het de bedoeling om te weten wat dat precies is."*

Slechts twee artsen geven aan dat ze dit doelbewust niet doen, net om discussie met de patiënt te vermijden. Ze hebben het gevoel dat patiënten toch steeds te veel verwachtingen hebben rond de algemene check-up, en gaan hier dan liever niet dieper op in. Deze onrealistische verwachtingen zorgen ervoor dat ze de vraag naar een check-up niet altijd gemakkelijk vinden.

> *"Omdat er vaak ook verwachtingen zijn, die onrealistisch zijn. Bij mensen die komen met 'Test eens op alles' Of zou ik geen kanker hebben?' En dan moet je ja, uitleggen. Of ik koppel dat vaak terug, dat ik zeg van 'gij kunt bij mij bloed trekken vandaag, of een*

scan nemen en morgen kan ik ook neervallen'. En er kan ook iets gebeuren. Beetje dat benadrukken, dat het hier niet Lourdes is. Alleja dat ze geen mirakels mogen verwachten he."

"Ja, bijvoorbeeld de uitspraak van 'Je moet alles controleren, dokter'. Ja, dan vraag ik wel van 'Wat zie je als alles?' en dan komt vraag het antwoord van 'Alles wat je nodig vindt'. Dat is al een groot verschil."

Veruit de meest aangehaalde reden voor een algemene check-up bij de patiënt was het feit dat iemand in de omgeving iets had meegemaakt. Vaak gaat het dan om een kankerdiagnose of een hart- of vaatziekte.

"Een vriend van mij had darmkanker en die had ook niets gevoeld."

Onderliggend speelt hier dan een bepaalde ongerustheid bij de patiënt, waardoor de artsen sneller toegeven aan de algemene check-up, in de hoop geruststelling te bieden. Eén arts merkt hierbij wel op dat dit een vals gevoel van veiligheid kan geven wanneer de check-up volledig in orde is.

Een andere reason for encounter kan benoemd worden als invloed van de maatschappij. Een arts geeft aan dat bij veel van zijn patiënten de opvatting leeft dat bij iedereen eenmaal per jaar een bloedafname moet gebeuren. Als er iets nieuws in de media komt dat gerelateerd is aan gezondheid, merkt een arts ook op dat patiënten hier ook sneller naar komen vragen. Artsen vinden het moeilijk om deze zaken dan tegen te spreken en goed te onderbouwen.

Een laatste arts hoort ook soms dat patiënten de vraag naar een algemene check-up stellen doordat ze hierin aangemoedigd worden door een familielid.

Sommige artsen maken de interpretatie dat patiënten dankzij een algemene check-up een bevestiging willen van hun gezonde levensstijl of sportprestaties. Zodat ze op die manier horen dat ze goed bezig zijn. Hierbij gelinkt denken deze artsen dat patiënten op die manier meer controle over hun gezondheid en lichaam proberen krijgen.

4.5 De arts maakt er het beste van

Ondanks de ambivalente houding van de artsen rond de algemene check-up, gaan ze deze vraag bijna nooit weigeren. De invulling ervan proberen ze dan wel naar hun eigen inschatting zo goed mogelijk te doen. Dit doen ze door rekening te houden met een aantal zaken, maar ook door de vraag van de patiënt breder open te trekken.

4.5.1 Profiel van de patiënt

Een zeer grote beïnvloedende factor voor onze artsen is de leeftijd van de patiënt. Iedereen geeft aan vanaf een bepaalde leeftijd meer belang te hechten aan het uitvoeren van een algemene check-up. De meerderheid van de artsen trekt de grens op 50 jaar, de meesten vinden het vanaf die leeftijd mogelijks zinvol om in te gaan op de vraag. De arts wenst dan zelf zeker de focus te leggen op het bepalen van cholesterol en een nuchtere glycemie. Slechts twee artsen gaan bij asymptomatische patiënten onder de 40 jaar een algemene check-up afraden, of op z'n minst uitleggen dat het echt niet nodig is.

Er wordt opgemerkt door een arts dat vrouwen meer bezig zijn met een ‘check-up’ dan mannen. Deze arts ziet dan bijvoorbeeld ook vaker dat mannen bijvoorbeeld niet deelnemen aan bevolkingsonderzoeken. Een andere arts gaat ervan uit dat vrouwen algemeen gezonder leven en vaak pas op latere leeftijd dan mannen hart- en vaatziekten ontwikkelen. Dit beïnvloedt het beslissingsproces van de arts, zo gaat hij bij vrouwen pas op een latere leeftijd focussen op het cardiovasculaire risicoprofiel.

Bij mannen geeft de bepaling van PSA ook een extra nuance aan het gesprek over wat dan juist in een algemene check-up wordt gecontroleerd. De meeste artsen gaan dit bij mannen vanaf 50 jaar includeren, slecht enkelen gaan de voor- en de nadelen bespreken met de patiënt en luisteren hoe de patiënt er hierna tegenover staat.

De geïnterviewde artsen houden ook rekening met de medische voorgeschiedenis van de patiënt die voor hen zit. De factor waar men het meest rekening mee houdt is de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Ook de familiale voorgeschiedenis bleek voor enkele van onze artsen een factor om rekening mee te houden en sneller bepaalde risico’s in kaart te brengen. Een derde factor die een aantal van de artsen aanhaalden was een ongezonde levensstijl in de brede zin, met dan vooral overgewicht/obesitas en roken als belangrijkste onderdelen.

Een aantal artsen geven aan een deel anderstalige patiënten te hebben. Men heeft het gevoel dat patiënten van een andere afkomst de weg naar een algemene check-up minder snel vinden. Een groot probleem lijkt daar de taalbarrière te zijn. Men vindt het moeilijk om hierbij een correcte inschatting te maken en hierover voldoende uitleg te geven.

Er wordt ook aandacht besteed aan de afkomst van de patiënt. Zo zullen sommige artsen toch sneller geneigd zijn om een algemene check-up uit te voeren met hierbij meer aandacht voor specifieke aandoeningen, zoals thalassemie of tuberculose.

Ook de socio-economische status (SES) is iets wat sommige artsen mee in overweging nemen. Sommige artsen proberen, naargelang de SES, rekening te houden met de kosten voor de patiënt bij het aanvragen van onderzoeken bij de algemene check-up. Ze zouden dus de algemene check-up beperkter houden bij mensen met een lage SES. Zo zijn ze bij deze populatie minder geneigd om testen die niet terugbetaald zijn uit te voeren, terwijl ze bij personen met meer financiële middelen hier minder bij stilstaan.

De SES heeft naast het financiële aspect ook een invloed op andere vlakken. Het beïnvloedt het klinisch redeneren van een arts gezien één arts aangeeft in een interview dat hij ervan uitgaat dat mensen met een lage SES meer gezondheidsproblemen hebben dan mensen met een hoge SES. Hierdoor zal hij gemakkelijker meegaan in de vraag naar een check-up bij iemand met een lage SES, als die vraag al komt. Bij iemand met een hoge SES gaat deze arts juist een beetje weerstand bieden.

4.5.2 Ingangspoort voor preventie

Het grootste deel van de geïnterviewde artsen maakt gebruik van de vraag van de patiënt naar een algemene check-up om eens het patiëntendossier kort te overlopen. Het is een moment om bepaalde zaken aan te vullen, en om vragen te stellen die anders misschien niet altijd aan bod komen. Dit gaat dan over bepaalde gewoonten zoals rookgeschiedenis, alcoholgebruik, lichaamsbeweging, etc.. De vraag naar een algemene check-up wordt dan door de arts als een

soort mandaat gebruikt om deze vragen te mogen stellen. Dit geeft een ruimer beeld van de patiënt. Dit geeft ook de mogelijkheid om dingen bespreekbaarder te maken naar de toekomst toe.

"En ik gebruik die vraag dan als een soort motor om bijvragen te stellen en een beetje een zicht te krijgen op waar hebben we nog een marge, vooral qua levensstijl, om wat verbetering te krijgen."

Sommige artsen willen aan de hand van een algemene check-up mensen bewust maken van de gevolgen van hun levensstijl. Ze gebruiken een bloedafname als ingangspoort bij obesitaspatiënten om vermagering en gezonde levensstijl te promoten. Sommigen artsen geven hierbij aan dat ze helaas een averechts effect opmerken bij normale laboresultaten.

Een aantal artsen gebruiken de bloedafname bij een check-up soms als geruststelling bij een patiënt om dan nadien de focus te proberen verleggen naar het psychische luik.

"Als ik bijvoorbeeld vermoed dat er toch een ander probleem is of dat er niet goed beweging is of andere dingen zijn, dat ik eigenlijk op wil verder werken, maar dat er nog geen opening voor is, dan ga ik het soms wel doen om een soort compromis te zoeken tussen wat de patiënt graag wil en wat hij denkt dat eigenlijk nodig is."

4.5.3 Economisch aspect

Veel artsen hebben hun aanpak van de algemene check-up, en dus bijgevolg het aanvragen van labotesten, aangepast aan de regels opgelegd door het RIZIV, waarbij bepaalde testen bijvoorbeeld maar 1x per kalenderjaar worden terugbetaald.

De jongere artsen benoemen zelf dat zij het gevoel hebben dat ze meer bezig zijn met de kostprijs van bepaalde testen. Zij benoemen dat ze beseffen dat er beperkte middelen zijn in de gezondheidszorg en dat er kritisch moet nagedacht worden of bepaalde testen echt nodig zijn of niet. Ze vinden het belangrijk dat je kan verantwoorden waarom je bepaalde dingen doet aangezien dit niet zonder financiële gevolgen is.

Een enkele arts geeft toe dat ze eigenlijk niet echt stilstaat bij het economisch aspect van een bloedafname.

4.5.4 Druk van de patiënt

Sommige artsen voelen een druk van de patiënt om bepaalde onderzoeken wel of niet uit te voeren. Met de leeftijd voelt één arts zich meer matuur om vragen naar extra onderzoeken van patiënten te weigeren, zeker bij een onderzoek dat de arts zelf heel nutteloos vindt. Anderen geven aan toch weerstand te geven, maar die weerstand stopt ook na een bepaald punt.

"Als ze dat dan toch per se willen ga ik niet zeggen dat dat niet mag, maar ik ga wel een beetje tegengas geven."

Een patiënt kan ook vrij vastberaden met een bepaalde vraag komen. Veel artsen geven aan dat een zekere vastberadenheid hen toch sneller overtuigt om mee te gaan. Zeker als ze voelen dat er weinig begrip komt vanuit de patiënt en ze dus met hun rug tegen de muur staan.

"Wil die persoon dat toch, ja kijk ik heb mijn energie erin gestoken om uit te leggen waarom het niet hoeft voor mij, maar ik ga daar ook geen energie in blijven steken om dat absoluut te gaan weigeren om dat te doen. Anders gaat hij toch gewoon bij een andere dokter waar hij wel zijn goesting krijgt."

Artsen merken ook dat patiënten zelf hun weg meer en meer vinden in het medische landschap. Zo gaan ze dan soms achter de rug van de huisarts bepaalde onderzoeken regelen. Dit kan soms gebeuren doordat niet alle artsen (en dus ook specialisten) dezelfde keuzes maken.

"Als ze bijvoorbeeld per se een colonoscopie willen omdat ze overtuigd zijn dat ze darmkanker hebben, ik ga het niet voorschrijven maar ze kunnen altijd wel zelf een afspraak maken natuurlijk. Voor sommige dingen hebben ze ons niet nodig. Dan zie je wel dat ze dan toch de weg bewandelen. Dus ja, het is niet gemakkelijk."

Bij enkele artsen speelt er een bepaalde onzekerheid bij zichzelf mee op de achtergrond. Deze onzekerheid zou hen soms eerder duwen richting het akkoord gaan met de vraag van een patiënt naar een algemene check-up.

Een belangrijk punt hierbij is ook de arts-patiëntrelatie. Veel artsen gaan de vraag naar een check-up niet weigeren, om deze relatie niet in het gedrang te brengen. Wel gaan ze deze vraag beter proberen begrijpen, en dankzij extra uitleg tot een compromis proberen komen.

"Maar is dat dan omdat je ze anders kwijt zal zijn? Ik denk niet dat dat de belangrijkste beweegreden is. Het is eigenlijk een beetje samen tot een compromis komen."

4.5.5 Waarop baseren huisartsen zich

Er blijken verschillende zaken aan de basis te liggen van de invulling en uitvoering van een algemene check-up bij de huisartsen.

Bij bevragen naar gekende richtlijnen is er meestal een aarzelend antwoord waarbij er wordt gerefereerd naar NHG of Domus Medica. Sommige artsen geven toe geen weet te hebben van een richtlijn hierover. Sommige artsen staan hier wel kritisch tegenover. Ze zeggen dat dit moeilijk samen te vatten is in één richtlijn omdat er zo veel beïnvloedende factoren zijn. Ze vinden de richtlijnen vaak summier, waardoor je op die manier zaken zou kunnen missen. Hier zou je uit kunnen besluiten dat de artsen verwachten dat bepaalde testen dus wél zinvol zijn in het kader van de algemene check-up.

"Tja, het is heel moeilijk he, als je je enkel toespitst op de richtlijnen, dan ga je ook zaken missen."

Slechts drie artsen geven aan dat meer richtlijnen rond de algemene check-up hen zou kunnen helpen in het uitvoeren hiervan.

Veel artsen refereren naar hun opleiding en ervaring in de praktijk en hoe ze daar geleidelijk aan alles hebben geleerd. Als HAIO werd hen al eens de vraag gesteld waarom ze bepaalde zaken wel of niet deden. Op die manier is hun visie rond de algemene check-up ontwikkeld. Eén arts benoemt zijn basis voor veel klinisch redeneren als 'evidence and experience'.

Tenslotte zegt één arts dat zijn beleid rond de algemene check-up ook soms wordt bijgesteld door feedback van een HAIO, omdat die er vaak kritischer tegenover staan en bepaalde zaken in vraag kunnen stellen.

5 Discussie

5.1 Belangrijkste bevindingen en link met de literatuur

Uit deze interviews kunnen we concluderen dat de meeste huisartsen een ambigu gevoel hebben ten opzichte van een algemene check-up op vraag van de patiënt. Op basis van het inleidende onderzoek verwachtten we een eerder neutrale tot negatieve beleving hierrond. Mogelijks waren wij toen beïnvloed door het literatuuronderzoek, waaruit voornamelijk bleek dat de algemene check-up niet wetenschappelijk onderbouwd is (2-5).

Verder zien we zowel uit onze interviews als in de literatuur de bedenking naar boven komen of de check-up wel bij de juiste doelpopulatie uitgevoerd wordt (22). Aan de ene kant hebben de artsen het gevoel dat de meest kwetsbare patiënten vaak door de mazen van het net glippen, terwijl aan de andere kant een algemene check-up te frequent uitgevoerd wordt bij de 'worried-well'.

De geïnterviewde artsen geven aan dat ze de vraag naar een algemene-check-up bijna nooit weigeren. Dit was ook een conclusie uit het literatuuronderzoek (22). Wat hierbij meespeelt is enerzijds een onzekerheid om tegen de patiënt in te gaan, vaak in het belang van de arts-patiëntrelatie. Anderzijds kunnen ook vorige ervaringen, de werkdruk, en bepaalde patiëntenfactoren een rol spelen.

Veel van de geïnterviewde artsen zien de algemene check-up ook als een toegangspoort voor preventie. Ze hopen op die manier een inkijk te krijgen in de levensstijl van de patiënt en zaken die in een ander consult minder vlot aan bod komen. Op die manier proberen de artsen hun patiënten bewust te maken van de gevolgen van hun levensstijl en proberen ze een mandaat te krijgen om hier adviezen over te geven. Zoals hierboven beschreven, vrezen artsen dat de algemene check-up in dit kader ook een averechts effect kan hebben wanneer alle resultaten binnen de normaalwaarden blijken te vallen. Dit geeft mogelijks een valse geruststelling bij een niet-gezonde levensstijl. Artsen hopen op dit moment vaak dat de algemene check-up een wake-up call kan zijn om gezonder te leven, maar in deze gevallen is niets minder waar.

Uit ons onderzoek blijkt dat artsen het belangrijk vinden om de verwachtingen van de patiënt te bevragen. Dit komt overeen met wat we terugvonden in het literatuuronderzoek (20). Uit een voorgaande studie bleek wel dat, ondanks dat de verwachtingen vaak bevraagd werden, deze niet steeds juist geïnterpreteerd werden door de artsen (11,12). Hierop kunnen we in deze thesis geen antwoord bieden, aangezien we geen patiënten geïnterviewd hebben. De vraag blijft dus of de patiënten verwachtingen op de juiste manier bevraagd worden. Dit kan een onderwerp zijn voor verder onderzoek.

Wanneer we navragen welke richtlijnen de artsen gebruiken bij het uitvoeren van een algemene check-up, antwoorden ze vaak aarzelend. De meeste artsen kennen hier geen richtlijnen rond, of geven toe dat ze hier nog niet naar gezocht hebben. Ze geven ook aan dat ze denken dat het moeilijk is om hier richtlijnen rond vast te leggen, omdat dit zo afhankelijk is van verschillende

factoren. Slechts 3 artsen gaven aan wel nood te hebben aan concrete richtlijnen hierover. Dit staat in contrast tegenover de literatuur (22). Hier bleek dat de meeste artsen wel vragende partij zijn om hier meer duidelijkheid over te creëren.

Wat overeenkomt tussen de literatuur en ons onderzoek, is de persoonlijke invulling van de arts van een algemene check-up (22). De aanpak tussen verschillende artsen verschilt vaak, dit toont aan dat er geen gekende basis voor is. De meeste artsen, zowel in de literatuur als in onze interviews, geven aan dat hun aanpak vooral gebaseerd is op hun eigen opleiding en ervaring doorheen de jaren.

5.2 Bedenkingen over de resultaten

Er zijn een paar bedenkingen die gemaakt kunnen worden bij het doornemen van deze resultaten. Ten eerste blijkt, wanneer we letterlijk naar de beleving van de artsen rond de algemene check-up vragen, dat deze in veel gevallen positief is. Later in de interviews, op basis van de antwoorden op andere vragen, komen toch veel negatieve zaken aan bod, ook door de artsen die initieel positief antwoorden. Het gaat dan vooral over de werkdruk, het patiëntenprofiel, de druk op de arts-patiëntenrelatie etc. Hieruit blijkt dat de beleving van de algemene check-up aan het einde van ons interview mogelijks toch anders werd ingevuld dan initieel gezegd werd. Het zou kunnen dat de artsen hier op voorhand nog niet concreet over nagedacht hadden of dat ze, wanneer het letterlijk gevraagd werd, eerder een maatschappelijk correct antwoord gegeven hebben. Uit de antwoorden kunnen we ook afleiden dat artsen het vooral positief vinden als patiënten een volledig consult inboeken om het enkel over de check-up te hebben, zo valt er al een groot deel van de tijdsdruk weg.

Een andere bedenking hierbij is dat, indien de artsen van mening zijn dat de check-up bij een bepaalde patiënt heel zinvol is, ze dit wellicht zelf ook zouden voorstellen. Mogelijks vinden ze dit dus al minder zinvol bij patiënten die er zelf om komen vragen, en dit kan de beleving hierbij ook beïnvloeden.

Iets wat door de artsen niet opgemerkt werd, en door ons ook niet bevraagd werd, was de mogelijke negatieve gezondheidseffecten voor de patiënt naar aanleiding van een algemene check-up. In de literatuur wordt dit beschreven als het cascade effect, met zijn mogelijke bijwerkingen en complicaties (26). Ook het omgaan met vals positieve resultaten werd niet besproken. Dit zijn nochtans ook belangrijke zaken om rekening mee te houden bij het initiëren of akkoord gaan met een algemene check-up.

Een laatste bedenking betreft de richtlijnen. Sommige artsen noemen spontaan NHG op als bron voor hun algemene check-up, maar als we verder kijken bestaat er hier geen NHG-richtlijn over. Wat wel bestaat is een richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement, maar de algemene check-up gaat breder dan dat. Zo kunnen ook de preventieve bevolkingsonderzoeken, vaccinaties, het inschatten van osteoporoserisico etc. beschouwd worden als een onderdeel hiervan. Mogelijks wilden de artsen hier opnieuw een sociaal wenselijk antwoord geven, zonder dat ze dit eigenlijk echt opzoeken of gebruiken.

5.3 Betekenis resultaten voor de praktijk

De resultaten van ons onderzoek bevestigen grotendeels wat reeds gekend was in de literatuur. De artsen uit ons onderzoek geven aan weinig nood te hebben aan nieuwe richtlijnen, wat in

contrast staat tegenover wat in de literatuur beschreven staat. Anderzijds blijkt dat de huisartsen weinig richtlijnen kennen en niet op de hoogte zijn van de waarde en wetenschappelijke achtergrond van een algemene check-up. Ons onderzoek bevestigt dat artsen voornamelijk een ambivalente houding hebben ten opzichte van de algemene check up, terwijl het wetenschappelijk niet onderbouwd is. Dit is een belangrijke bevinding waarop ingezet zou kunnen worden, hetzij in de opleiding, hetzij in bijscholingen of navormingen.

5.4 Beperkingen onderzoek

Een eerste mogelijke beperking van ons onderzoek is de jonge leeftijd van de geïnterviewde artsen. Er werden meer jonge artsen geïncludeerd dan oudere. Slechts zes van de geïnterviewde artsen zijn ouder dan 47 jaar, de overgrote meerderheid zijn dertigers. Dit zou onze resultaten kunnen beïnvloeden. Zo kunnen de resultaten in dit interview niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar de gemiddelde Vlaamse huisarts.

De frequentie waarop de algemene check-up aan bod kwam, bleek zeer uiteenlopend in onze interviews. Een eerste mogelijke verklaring hiervoor is dat vele artsen niet meer voltijds werken. Dit werd in onze interviews niet nagevraagd, waardoor de prevalentie van de algemene check-up hier ook niet op afgestemd is. Ten tweede kan dit ook een gevolg zijn van het feit dat de algemene check-up vaak door iedereen anders geïnterpreteerd wordt. De vraag naar prevalentie werd vaak in het begin van de interviews gesteld, en pas daarna werd de invulling van een algemene check-up in kaart gebracht. Tenslotte was dit ook een subjectieve invulling. Er werd gevraagd een inschatting te maken van hoe vaak ze de voorbije twee weken een algemene check-up uitgevoerd hadden. Dit werd niet objectief nagekeken.

5.5 Uitdagingen onderzoek

Er zijn een aantal uitdagingen verbonden aan de opzet van dit onderzoek. Ten eerste is het feit dat we met zes rond eenzelfde thema werkten een uitdaging gebleken. Doordat we allen overkoepelende interviews afnamen, bleven we te oppervlakkig in de vraagstelling. De deelonderwerpen die aan bod moesten komen waren breed, waardoor er weinig vragen in de diepte gingen. Ook merkten we dat iedereen bij het afnemen van de interviews net iets meer focuste op haar/hun eigen subonderwerp. Dit hadden we op voorhand misschien wel kunnen verwachten, maar hierdoor werd er soms op bepaalde onderwerpen niet voldoende doorgevraagd. Een oplossing hiervoor had kunnen zijn om per topic zelf nog wat meer diepte-interviews af te nemen. Dit is iets om te onthouden voor toekomstig onderzoek.

Een tweede uitdaging was hierdoor om de verschillende onderzoeksvragen goed te blijven aflijnen. Sommige antwoorden gingen over verschillende subonderwerpen heen, waardoor het moeilijk was om hier nuance aan te brengen. Dit opnieuw door de verschillende onderdelen die tegelijk in eenzelfde interview aan bod moesten komen.

6 Conclusie

Uit dit onderzoek kunnen we concluderen dat de beleving van deze Vlaamse huisartsen rond de algemene check-up op vraag van de patiënt vrij ambigu is. Wanneer de vraag letterlijk gesteld wordt, reageren de meeste artsen positief. Verder doorheen het interview blijkt echter dat er toch veel weerstand en belemmerende factoren zijn. Desondanks wordt de check-up bijna nooit geweigerd, voornamelijk om de arts-patiënten relatie niet onder druk te zetten. Een aantal factoren die meespelen bij de artsen zijn vorige ervaringen, bepaalde patiëntenfactoren en de werk- en tijdsdruk. Deze laatste blijkt belangrijk te zijn, want bijna alle artsen geven aan dat ze eigenlijk te weinig tijd hebben om hier goed op in te aan. Wanneer een patiënt een volledige consultatie boekt voor de algemene check-up, valt een groot deel van dit probleem al weg. De artsen zien de algemene check-up vooral als een toegangspoort voor preventie, zo komen er zaken aan bod die minder besproken worden in een ander consult. Tenslotte geven de artsen aan dat ze zich voor hun algemene check-up vooral baseren op hun eigen opleiding en ervaring in het werkveld. Ze zeggen weinig nood te hebben aan richtlijnen hieromtrent.

7 Referenties

1. Houben P, Winkens R, van der weijden T, Vossen R, Naus A, Grol R. Reasons for ordering laboratory tests and relationship with frequency of abnormal results. Scandinavian journal of primary health care. 2010;28:18–23.
2. Birtwhistle R, Bell NR, Thombs BD, Grad R, Dickinson JA. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services: From the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Can Fam Physician. 2017;63(11):824–6.
3. Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, Drew CM, Sime M, MacIver J, et al. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(1):Cd010411.
4. 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.
5. 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.
6. Kherad O, Carneiro AV. General health check-ups: to check or not to check? A question of choosing wisely. European Journal of Internal Medicine. 2023;109:1–3.
7. Axt-Adam P, van der Wouden JC, van der Does E. Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: a literature study. Med Care. 1993;31(9):784–94.
8. Buss LF, Spitzer D, Watson JC. Can I have blood tests to check everything is alright? BMJ. 2023;382:e075728.
9. 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.
10. Dooms L. Vervolgonderzoeken bij afwijkende laboresultaten in de huisartsenpraktijk Ghent: University of Ghent; 2022.
11. Bert V. Inschatting door de huisarts van patiëntverwachting bij bloedonderzoek en effect op aangevraagde bloedtesten. Ghent: University of Ghent; 2020.
12. Smekens V. Verwachtingen bij bloedonderzoek op vraag van de patiënt: focus op het standpunt van de patiënt. Ghent: University of Ghent; 2020.
13. 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.
14. 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.
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. Astrid V. De kennis en verwachtingen van de patiënt over een bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk. Leuven: University of Leuven; 2019.
17. Petrie KJ, Sherriff R. Normal diagnostic test results do not reassure patients. Evid Based Med. 2014;19(1):14.

18. van Ravesteijn H, van Dijk I, Darmon D, van de Laar F, Lucassen P, Olde Hartman T, et al. The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. Patient Education and Counseling. 2012;86(1):3–8.
19. Kherad O, Peiffer-Smadja N, Karlafti L, Lember M, Aerde NV, Gunnarsson O, et al. The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective. Eur J Intern Med. 2020;76:1–7.
20. 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.
21. Murphy M, McGloughlin M, Walkin S. The 'general check-up' in the asymptomatic adult—a study of GPs in the North West of Ireland. European Journal of General Practice. 2015;21(1):58–62.
22. Søndergaard A, Christensen B, Maindal HT. Diversity and ambivalence in general practitioners' attitudes towards preventive health checks - a qualitative study. BMC family practice. 2012;13:53.
23. Hofstede H, van der Burg HAM, Mulder BC, Bohnen AM, Bindels PJE, de Wit NJ, et al. Reducing unnecessary vitamin testing in general practice: barriers and facilitators according to general practitioners and patients. BMJ Open. 2019;9(10):e029760.
24. Stéphanie D. Verwachtingen en ideeën rond het preventief bloedonderzoek bij jongvolwassenen (20-45 jaar) 2023.
25. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. International Journal of Nursing Studies. 2012;49(3):360–71.
26. Delvaux N, Piessens V, Burghgraeve TD, Mamouris P, Vaes B, Stichele RV, et al. Clinical decision support improves the appropriateness of laboratory test ordering in primary care without increasing diagnostic error: the ELMO cluster randomized trial. Implementation Science. 2020;15:1–10.

8 Bijlagen

8.1 Topic guide

! Aandachtspunten:

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

Navragen bij intro:

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

1. Waar denk je aan wanneer patiënt vraagt naar algemene check-up?
   - Als je een check-up aanbiedt, wat valt er dan onder?

2. Beleving wanneer patiënt met vraag komt naar algemene check-up
   - Wat gaat er door hoofd van arts?
   - Wat is invloed van beleving op aanpak?
   - Communicatie met 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. Welk testen aanvragen bij algemene check-up?
   - Welke bewust wel?
   - Welke bewust niet?
   - Heb je weet van richtlijnen hieromtrent?

- Heb je hier nood aan?

5. Mentale gezondheid

- Als 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 van psy?

8.2 Informed consent formulier

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 omtrent 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 om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

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).

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende 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 hetzelfde of een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie en 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 (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als de gegeven antwoorden tijdens het interview 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 interview 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 de data van het interview 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. Veerle 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 de gegeven antwoorden tijdens het interview zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 5 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.	

8.3 Goedgekeurd protocol

Wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts omtrent een algemene check-up?

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 screenen naar mentale gezondheid als onderdeel van de algemene check-up. Op basis van een topicguide zullen semigestructureerde interviews worden afgenomen bij een totaal van ongeveer 14 huisartsen. Deze interviews worden getranscribeerd en met een thematische analyse verwerkt. Elke groep gaat met zijn specifiek deelonderwerp verder aan het werk.

Primaire doelstelling:

- Het krijgen van een ruimer beeld omtrent 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-up van huisartsen bij asymptomatische patiënten.
- Specifieker te weten komen 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 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 data-gestuurd gewerkt: er worden interviews afgenomen tot er voldoende gegevens zijn. Er wordt gestart met 14 huisartsen.

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 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 hoelang dit zal duren. Er wordt data-gestuurd gewerkt, per periode wordt er gekeken of er al genoeg data is verzameld en of verdere interviews nog nodig/relevant zijn.

Interventie

- Elke HAIO interviewt een minimum van 2 huisartsen komende uit zijn/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, emailadres, 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 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 rapport over het interview. Hierin schrijft hij/zij zijn/haar bevindingen over het interview.
- De transcriptie gebeurt manueel of via Amberscript at vertabim. 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 gepseudoniminseerd 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: coding proces
    - 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 UZGent 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).

Stand van zaken onderzoek

- Elke student heeft tegen 15/5/2025 twee interviews afgenomen en geanalyseerd.

8.4 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, ♀

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

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.

8.5 Code-boom

Algemeen:

- Prevalentie ‘check-up' (per 2 weken)
- Demografische kenmerken arts (leeftijd en geslacht)
- Werkervaring (als afgestudeerd huisarts)
- Patiëntenpopulatie (divers? Migranten?)
- Soort praktijk (groepspraktijk, WGC)
- Aanwezigheid praktijkverpleegkundige
- Aantal GMD’s

Aanpak algemene check-up

- Organisatie (bv eerst via praktijkverpleegkundige en nadien consult bij arts)
- 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 van patiënt
    - Familiale voorgeschiedenis
    - Maatschappelijk aspect
        - Kostprijs onderzoeken
        - Regels van RIZIV
    - Tijdsfactor
- Wat beter kan naar toekomst toe

Inhoud algemene check-up:

- Anamnese
    - Cardiovasculair risicoprofiel
    - Systeemanamnese
    - Levensstijl bevragen

    - Voorgeschiedenis
        - Persoonlijk
        - Familiaal
    - ICE
- Oppuntstelling dossier (medicatie, vaccinaties, bevolkingsscreening…)
- Klinisch onderzoek
- Bloedafname
- Andere technische onderzoeken (urine, ECG, RX-thorax, CT-thorax)

Bloedafname:

- Inhoud
    - Standaard cardiovasculair bilan
    - Tumormerkers
    - Andere testen
- Beïnvloedende factoren

Richtlijnen:

- Vanwaar informatie halen?
- Tijdens opleiding geleerd (basisopleiding en huisartsenlessen)
- Richtlijnen
    - Huisarts
    - Niet voor huisarts
- Bijscholingen
- Artikels
- Eigen ervaringen
- Reflectie van haio's
- Wat PO vroeger deed
- Opmerkingen van specialisten
- Regels van het RIZIV
- Nut van nieuwe richtlijn?

Interpretatie arts van de verwachtingen patiënt:

- Worden ze bevraagd
- Reason for encounter / ICE
    - Maatschappelijke norm (controle om de # aantal tijd)
    - Iemand in omgeving heeft iets meegemaakt
    - Op zoek naar geruststelling

    - Nieuwe start willen maken
    - Controle over lichaam/onzekerheid
    - Gelinkt aan sportprestaties

Verwachtingen arts:

- Risicofactoren oppikken en vroegtijdig ingrijpen
- Motivator voor gezonde levensstijl
- Complicaties op oudere leeftijd voorkomen
- Behoud arts-patiënt relatie
- Druk van de patiënt
- Linken aan preventie / ingangspoort om aan preventie te doen
- Patiënteducatie

Beleving arts:

- Positief
- Aanmoedigend
- Enthousiast
- Geïntrigeerd: dieper graven (waarom komt die vraag)
- Moeilijk
- Niet zo tof
- Frustratie
- Schroom

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 terugkomen
    - 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 bruskeren
    - 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 encouter de volgende keer
    - Opbouw van vertrouwensband
- Minder vraag naar algemene checkup 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