Een kwalitatief onderzoek naar het begrip en de ervaring van de patiënt bij patiënteninformatie over een check-up bloedonderzoek

Delphine Meuris, Universiteit Gent
Tessa Van Looveren, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Stefan Heytens, Universiteit Gent
Co-promotoren: Dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 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.

ABSTRACT

Inleiding

In de huisartsenpraktijk vragen asymptomatische patiënten frequent naar een algemeen check-up bloedonderzoek, ondanks de beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor routinematige screening. Hoewel verwachtingen van patiënten reeds beschreven zijn, is weinig bekend over hoe zij informatie over het nut en de nadelen van dergelijke onderzoeken begrijpen en ervaren.

Doelstelling

Deze studie beoogt inzicht te verwerven in hoe asymptomatische patiënten informatie over een check-up bloedonderzoek begrijpen, interpreteren en beleven.

Methode

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij 16 asymptomatische volwassen patiënten die zich aanboden met de vraag naar een check-up bloedonderzoek. Data werden verzameld via semi-gestructureerde interviews volgens een think-aloud-methodologie, waarbij deelnemers hun gedachten hardop verwoordden tijdens het doornemen van een informatieve presentatie. De data werden geanalyseerd via thematische analyse volgens Braun en Clarke.

Resultaten

Deelnemers beschouwen een check-up bloedonderzoek in de eerste plaats als een middel tot geruststelling en controle, vaak gedreven door onzekerheid en angst om iets te missen. Er bestaat een duidelijke kennis- en informatiekloof: hoge verwachtingen gaan gepaard met beperkte kennis over de inhoud en beperkingen van testen. Complexe concepten zoals vals positieve resultaten blijken moeilijk te begrijpen en worden vaak geminimaliseerd. In de verwerking van informatie is frequent sprake van cognitieve dissonantie, waarbij tegenstrijdige informatie wordt geherinterpreteerd om bestaande overtuigingen te behouden. Tegelijk kan informatie bij sommige deelnemers wel leiden tot inzicht, vooral wanneer deze aansluit bij hun referentiekader. Emoties en vooraf bestaande overtuigingen blijken een belangrijke rol te spelen in de interpretatie van informatie. Het vertrouwen in de huisarts blijft groot en fungeert als belangrijke factor in de interpretatie van informatie.

Conclusie

Patiënteninformatie over check-up bloedonderzoek wordt positief gewaardeerd en kan aanzetten tot reflectie, maar leidt niet automatisch tot het bijstellen van verwachtingen. De verwerking van informatie wordt sterk beïnvloed door emoties en bestaande overtuigingen. Ook het vertrouwen in de huisarts speelt hierbij een centrale rol. Deze bevindingen onderstrepen het belang van duidelijke, toegankelijke en herhaalde communicatie, evenals een persoonsgerichte benadering binnen de arts-patiëntrelatie om tot meer geïnformeerde besluitvorming te komen.

Inhoudsopgave

ABSTRACT 3

DANKWOORD 6

INLEIDING 7

Wetenschappelijke onderbouwing van een algemeen check-up bloedonderzoek 7

LITERATUURSTUDIE 9

Methodologie 9

Resultaten 10

1. Patiëntenperspectief 10
2. Verwachtingen van een patiënt bij een check-up bloedonderzoek 10
3. Hoe patiënten omgaan met informatie over low-value care 13

KWALITATIEF ONDERZOEK: Think-aloud-bevraging tijdens informatieve presentatie over de check-up 14

Methodologie 14

1. Studieonderwerp en rekrutering 14
2. Datacollectie en think-aloud-methode 15
3. Data-analyse 16

Resultaten 17

1. Descriptieve parameters 17
2. Thematische analyse 17

DISCUSSIE 22

1. Kort samengevat 22
2. Wat betekent dit (in de praktijk)? 23
3. Terugkoppeling naar de literatuur 24
4. Sterktes en zwaktes van de studie 25
5. Implementatie in de praktijk 26

6. Suggesties voor verder onderzoek 27

CONCLUSIE 27

BRONNEN 28

ADDENDUM 30

DANKWOORD

Graag willen wij een aantal mensen bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van deze masterproef.

In het bijzonder zijn wij onze copromotor Dr. Veerle Piessens zeer dankbaar voor haar voortdurende begeleiding. Haar constructieve feedback, kritische blik en waardevolle nieuwe inzichten hebben ons doorheen het hele proces geholpen en dit werk naar een hoger niveau getild.

Daarnaast wensen wij onze promotor, prof. Stefan Heytens, te bedanken voor het mogelijk maken van dit onderzoek en het vertrouwen in dit project.

Ook willen wij elkaar bedanken voor de aangename en vlotte samenwerking. De goede communicatie en wederzijdse motivatie maakten dit proces niet alleen haalbaar, maar ook bijzonder leerrijk.

Tot slot gaat onze oprechte dank uit naar onze familie en vrienden, voor hun blijvende steun en begrip gedurende dit proces, en voor hun geduld bij de vele gesprekken en bekommernissen rond deze masterproef.

INLEIDING

In de dagelijkse huisartsenpraktijk stellen wij, huisartsen-in-opleiding, vast dat patiënten zich regelmatig aanbieden met de vraag naar een “controle” of een algemeen check-up bloedonderzoek. Deze vraag wordt zelden geformuleerd vanuit een concrete klacht, maar eerder vanuit de wens om na te gaan “of alles nog in orde is”.

De vraag naar een preventief bloedonderzoek staat in contrast met beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor routinematig screenen bij asymptomatische patiënten. Bestaande adviezen zijn terughoudend en benadrukken dat screening slechts in specifieke contexten of bij duidelijke risicofactoren aangewezen is. Dit creëert een spanningsveld in de consultatie: enerzijds de wens van de patiënt naar zekerheid en bevestiging, anderzijds de professionele verantwoordelijkheid van de huisarts om wetenschappelijk onderbouwd te handelen.

Voor de huisarts betekent dit dat het gesprek over een check-up bloedonderzoek niet louter een technische beslissing is over het al dan niet aanvragen van testen, maar ook een communicatieproces waarin verwachtingen, emoties, kennis en overtuigingen samenkomen. De vraag rijst dan ook niet enkel of een bloedonderzoek medisch aangewezen is, maar vooral hoe patiënten informatie over het nut en eventuele nadelen ervan begrijpen en ervaren.

Hoewel er reeds onderzoek bestaat naar de beperkte meerwaarde van een algemeen check-up bloedonderzoek, is minder duidelijk hoe asymptomatische patiënten informatie hierover verwerken op het moment dat deze wordt aangeboden. Sluit dergelijke informatie aan bij hun verwachtingen? Wordt ze begrepen? En hoe beïnvloedt ze hun houding ten aanzien van screening?

Wetenschappelijke onderbouwing van een algemeen check-up bloedonderzoek

De vraag naar een algemene gezondheidscheck-up is diep verankerd in de klinische praktijk. Idealiter omvat zo’n check-up een brede benadering van preventieve zorg: anamnese, lichamelijk onderzoek, technische onderzoeken zoals bloedafname, gesprek over gezondheidsrisico’s en levensstijladvies. Uit onze ervaring merken we dat dit echter vaak gereduceerd wordt tot voornamelijk een bloedafname, waarbij meerdere testen tegelijk worden bepaald.

De vraag die zich hierbij stelt, is in welke mate deze routinematige bloedonderzoeken daadwerkelijk gezondheidswinst opleveren. Een Cochrane systematische review en meta-analyse van Krogsbøll et al. toonde aan dat algemene gezondheidschecks bij volwassenen geen significante reductie geven in morbiditeit of mortaliteit, noch voor cardiovasculaire aandoeningen, noch voor kanker. Deze bevinding zet vraagtekens bij de veronderstelling dat meer testen automatisch leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. (1)

In België bestaan er geen uniforme richtlijnen voor algemene check-ups. Domus Medica ontwikkelde de Gezondheidsgids als instrument om preventie te personaliseren op basis van risicofactoren. De focus ligt hierbij niet op het routinematig uitvoeren van uitgebreide bloedonderzoeken, maar op gerichte evaluatie van cardiovasculair risico, levensstijlfactoren (roken/alcohol/voeding/fysieke activiteit), vaccinaties, screeningsprogramma’s zoals darm-, borst- en baarmoederhalskankerscreening en valpreventie.

Binnen de Gezondheidsgids van Domus Medica wordt cardiovasculaire preventie benaderd via een gestructureerde risico-inschatting. Het cardiovasculaire risico bij volwassenen wordt ingeschat aan de hand van de SCORE-tabel (Systematic Coronary Risk Evaluation), die aanbevolen wordt voor personen tussen 40 en 65 jaar. Deze tabel berekent het absolute tienjaarsrisico op overlijden door een cardiovasculaire aandoening op basis van leeftijd, geslacht, systolische bloeddruk, totaalcholesterol en rookgedrag. In 2021 werd deze tabel verder verfijnd door de European Society of Cardiology (ESC) met de introductie van de SCORE2-tabel, dat naast fatale ook niet-fatale cardiovasculaire gebeurtenissen includeert en de leeftijdsgrens uitbreidt tot 69 jaar. Voor patiënten van 70 jaar en ouder werd aanvullend de SCORE2-OP (Older Persons)-tabel ontwikkeld, met als doel het risico in deze populatie accurater in te schatten. (2, 3)

De risicobeoordeling beperkt zich echter niet tot deze basistesten. De Gezondheidsgids laat toe om het individuele risicoprofiel verder te verfijnen door bijkomende elementen zoals familiale belasting, chronische nierinsufficiëntie, psychosociale stress of inflammatoire aandoeningen mee in rekening te brengen. Omgekeerd kan regelmatige fysieke activiteit het berekende risico gunstig beïnvloeden. Preventie wordt hiermee niet voorgesteld als een standaardpakket aan onderzoeken, maar als een gepersonaliseerde inschatting van risico, waarbij het beleid afgestemd wordt op de individuele context van de patiënt. (4)

Daarnaast formuleren Domus Medica en het RIZIV ook expliciete aanbevelingen over laboratoriumonderzoek bij asymptomatische patiënten. De aanbevelingen van het RIZIV rond rationeel voorschrijven van laboratoriumtesten bij een patiënt, zonder klachten of gekende risicofactoren, adviseren screening naar twee frequente aandoeningen: cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus type 2. Zowel het RIZIV als Domus Medica adviseren een vijfjaarlijkse cardiovasculaire screening vanaf 50 jaar, met bepaling van het lipidenprofiel (totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol en triglyceriden) ter inschatting van het tienjaarsrisico. In de praktijk blijken vooral het totaal cholesterol en HDL van belang te zijn, LDL en triglyceriden hebben eerder een aanvullende waarde. Vanaf 65 jaar wordt een jaarlijkse nuchtere glycemiebepaling aanbevolen ter opsporing van diabetes mellitus type 2. Onder deze leeftijd wordt systematische screening niet aangewezen wegens de lagere prevalentie in de algemene populatie. Belangrijk is dat deze leeftijdsgrenzen niet zomaar gelden voor alle etnische groepen, aangezien bepaalde populaties een verhoogd risico vertonen op cardiovasculaire aandoeningen of diabetes op jongere leeftijd. (5)

Zowel het RIZIV als Domus Medica benadrukken daarnaast dat systematische screening naar schildklierlijden, chronische nierinsufficiëntie, leveraandoeningen, vitamine B12-tekort of prostaatkanker bij asymptomatische patiënten niet aanbevolen is. Dergelijke testen worden slechts aangewezen bij gerichte klinische indicatie. (5, 6)

De terughoudendheid ten aanzien van een systematisch check-up bloedonderzoek houdt verband met verschillende mogelijke nadelen. Een belangrijk risico is dat het uitvoeren van meer testen leidt tot een groter aantal vals positieve resultaten. Afwijkende testresultaten kunnen aanleiding geven tot bijkomende onderzoeken, onnodige behandelingen en ongerustheid bij de patiënt, zonder dat er uiteindelijk sprake is van een relevante aandoening. (6)

Een belangrijke bedenking hierbij is de manier waarop referentiewaarden worden bepaald. Voor veel laboratoriumtesten worden referentiewaarden statistisch vastgelegd op basis van metingen bij een gezonde populatie, waarbij bijvoorbeeld 95% of 97,5% van de waarden binnen het normale bereik valt. Dit betekent dat een deel van de gezonde personen automatisch buiten deze referentiewaarden valt, wat kan leiden tot afwijkende resultaten zonder onderliggende ziekte. Naarmate meer testen worden uitgevoerd, neemt de kans toe dat één of meerdere waarden buiten het referentiegebied vallen, ook bij volledig gezonde personen. (6)

Daarnaast brengt check-up bloedonderzoek ook financiële kosten met zich mee. Hoewel individuele laboratoriumtesten meestal beperkt zijn in prijs, kan de totale kost van een uitgebreid bloedonderzoek aanzienlijk oplopen. In een gezondheidszorgsysteem waarin de vraag naar zorg blijft toenemen, wordt het steeds belangrijker om beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten. Het vermijden van onderzoeken met beperkte meerwaarde kan hierbij bijdragen tot een efficiënter gebruik van gezondheidszorgmiddelen. (6)

LITERATUURSTUDIE

Methodologie

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd. Deze literatuurstudie richtte zich enerzijds op de wetenschappelijke onderbouwing van een algemeen check-up bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk en anderzijds op verwachtingen van patiënten en hun omgang met informatie over screening en low-value care.
In de databank Medline werd systematisch gezocht naar relevante artikels. Er werd gebruikgemaakt van verschillende combinaties van volgende zoektermen: *blood tests, laboratory tests, check-up, prevention, patient expectations, ICE, patient perception, primary care*.

De zoekstrategie werd stapsgewijs verfijnd op basis van de gevonden resultaten. Via de functie “related articles” in PubMed werden bijkomende relevante studies geïdentificeerd. Eveneens werden de referentielijsten van geselecteerde artikels handmatig nagekeken (snowballing) om aanvullende literatuur te includeren. Er werd geen restrictie gehanteerd wat betreft publicatiedatum, en enkel Nederlandstalige en Engelstalige literatuur werd weerhouden.

Aanvullend werd de databank van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) geraadpleegd om eerdere masterproeven binnen de huisartsgeneeskunde te identificeren die thematisch aansloten bij de onderzoeksvraag. Hierbij werd specifiek gezocht naar thesissen rond preventief bloedonderzoek, verwachtingen van patiënten, check-up consultaties en laboratoriumaanvragen in de huisartsenpraktijk.
Tot slot werd relevante literatuur aangereikt door de co-promotor Dr. Veerle Piessens.

Naast deze artikels werden enkele interessant websites geraadpleegd: richtlijnen.nhg.org, riziv.fgov.be, domusmedica.be, kce.fgov.be.

Resultaten

1. Patiëntenperspectief

Bij de vraag naar een algemene check-up, wordt de agenda van een raadpleging door vele artsen ingevuld met een algemeen onderzoek en preventiemaatregelen ter behoud van een goede gezondheid. Asymptomatische patiënten die om een algemene check-up vragen, verwachten echter meer dan alleen een routinescreening volgens de huidige richtlijnen. Patiënten hebben vaak verborgen gezondheidsmotieven en koppelen deze check-up raadpleging aan een moment om de arts raad te vragen of om geruststelling te zoeken voor niet-aangegeven symptomen. Deze onderliggende "health beliefs" of gezondheidsovertuigingen van patiënten moet verder worden geëxploreerd om te voorkomen dat patiënten ontevreden terug naar huis keren of niet-vermelde klachten onbehandeld blijven. (7)

In een Zwitserse studie van Hunziker et al. werd de reason for encouter onderzocht bij ‘asymptomatische’ patiënten die expliciet en spontaan naar een check-up vroegen. Patiënten gaven geen symptomen aan, zelfs niet wanneer het medische secretariaat dergelijke informatie bevroeg. Alle deelnemers werden ingepland voor twee opeenvolgende consulten. Eerst een routine consult, waarbij de reden tot presentatie expliciet werd bevraagd, opgevolgd door een follow-up consult 10-14 dagen later. Het eerste consult werd per video opgenomen en nadien geanalyseerd door twee onderzoeksleden. Het team zocht naar verbale of non-verbale signalen of "cues" in de communicatie tussen de arts en de patiënt die zouden kunnen wijzen op een verborgen agenda van de patiënt. Alle patiënten verklaarden aanvankelijk asymptomatisch te zijn, maar dit was uiteindelijk slechts bij 11% van de patiënten het geval. De overige patiënten vermeldden spontaan verschillende symptomen, waaronder pijn op de borst, rugpijn, dyspneu, nervositas, hartkloppingen en vermoeidheid. In 74% werd de verborgen agenda blootgelegd. De meest voorkomende gezondheidsmotieven waren (1) routinecontrole om ziekte te voorkomen, (2) diagnostische evaluatie van specifieke symptomen, (3) laboratoriumtests of radiologische beeldvorming, (4) gezondheidsproblemen of angst voor ziekte, en (5) hartonderzoek. Tijdens het follow-up consult werden patiënten bevraagd over de waargenomen cues. Bij 41% van de deelnemers was het verduidelijken van een bepaalde klacht de belangrijkste reden tot het inplannen van een algemene check-up.
Hunziker et al. tonen dus aan dat patiënten zelden asymptomatisch zijn en zelden een algemene check-up vragen als routineonderzoek ter preventie van ziekten. (7)

Aanvullend heeft een systematische review door Boulware et al. aangetoond dat een algemene check-up een gunstig effect kan hebben op de ongerustheid van patiënten, wat de verdere toepassing in de klinische praktijk rechtvaardigt. Als patiënten hun verwachtingen niet worden beantwoord, speelt dit van belang in de patiënten-tevredenheid over de gezondheidszorg. Dit wordt verder geassocieerd met minder therapietrouw en het vaker gebruik van de gezondheidszorg door patiënten. (8)

2. Verwachtingen van een patiënt bij een check-up bloedonderzoek

In de huidige maatschappij staat preventieve geneeskunde steeds meer op de voorgrond. Patiënten consulteren de huisarts vaker met de vraag naar een algemene “check-up”, dewelke zij zelf spontaan

koppelen aan een bloedonderzoek. Niet enkel de oudere generatie presenteert zich met deze vraag, maar ook meer jongeren hechten groter belang aan hun gezondheid. Een Scandinavische studie onderzocht in 2015 de reden tot presentatie van een patiënt bij de huisarts. Het onderzoek toonde aan dat preventie, of toch zo aangegeven door de patiënt, in 38% van de gevallen reden tot consult was. (9)

In de literatuur zijn meerdere studies, die de verwachtingen van de patiënt bij een bloedonderzoek in kaart brengen, te vinden. In 1995 publiceerde NHG-NIPO een enquête over zinvol handelen binnen de huisartsgeneeskunde, die demonstreerde dat 72% van de algehele populatie hun vertrouwen legt in een jaarlijkse check-up ter screening van verschillende ziekten. Bijkomend geloven zij dat deze aandoeningen te genezen zijn zolang ze vroegtijdig worden ontdekt. (10)

In de Nederlandse studie van Van Bokhoven, et al. is aangetoond dat patiënten hoge verwachtingen koesteren met betrekking tot een bloedonderzoek. De geïnterviewde patiënten verklaarden dat het hoofddoel van het bloedonderzoek was om te bevestigen dat ze gezond waren en om eventuele ziekten, vooral kanker, hart- en vaatziekten, uit te sluiten of in een vroeg stadium te ontdekken.
De patiënten beschouwden deze laboratoriumtesten als betrouwbaar en normale testresultaten werden gezien als een bewijs van goede gezondheid. Verder beoordeelden patiënten dat fouten uitzonderlijk waren omdat alles werd uitgevoerd door experts. Vals positieve en vals negatieve resultaten werden dan ook als zeldzaam of afwezig beschouwd. Bovendien werden vals negatieve resultaten verondersteld het gevolg te zijn van patiënten die zich in een vroeg stadium van de ziekte bevonden. Daarnaast vonden de patiënten het nuttig om dergelijke onderzoeken periodiek te laten uitvoeren. Kortom zag de patiënt het bloedonderzoek als een glazen bol ter aanvulling op de vaardigheden van de arts en koppelde hij/zij zelden nadelen aan de screening. (11)

De verwachtingen van de patiënt stroken dus niet met wat uit onderzoek wordt verwacht van een check-up. Dit maakt wetenschappelijk onderbouwd handelen voor de arts meer uitdagend. Er is een disbalans tussen de verwachting en vraag voor aanvullende diagnostiek onder patiënten en de beperkte diagnostische waarde van een bloedonderzoek. Hoewel bloedonderzoek geen wetenschappelijke meerwaarde biedt, toont de studie dat veel patiënten nog steeds de voorkeur geven om een bloedafname te laten uitvoeren. Patiënten beschikken namelijk niet over de nodige medische kennis om een gegronde keuze te maken. (11)

Deze resultaten uit de literatuur werden gestaafd met enkele masterproeven in kader van de ManaMa huisartsenopleiding. In 2015-2016 voerde Cuyckens Liesbeth een kwantitatief onderzoek uit bij asymptomatische patiënten die zich presenteerden in de huisartsenpraktijk met de vraag tot een algemeen bloedonderzoek. De geselecteerde deelnemers, ouder dan 40 jaar, kregen een opgestelde vragenlijst mee naar huis, die nadien werd geanalyseerd. Het onderzoek toonde aan dat meer dan 70% van de geïncludeerde patiëntenpopulatie veel belang hechtte aan een check-up bloedonderzoek, waarbij 92% het bloedonderzoek beschouwde als een screeningsinstrument van goede gezondheid. Aanvullend wilden patiënten onderzoeken of er al dan niet een infectie, chronische ziekte of kanker aanwezig was. Specifiek verwachtte de patiënt dat volgende testen werden aangevraagd: cholesterol, glucose, PBO, leverfunctie, schildklierfunctie en kankermerkers. Deze testen zijn namelijk welgekende risicofactoren of gezondheidsindicatoren, en worden

gekoppeld aan frequent voorkomende aandoeningen. Een normaal resultaat stelde de patiënt dan ook volledig gerust. De studie toonde geen beduidend verschil tussen geslacht en reden tot bloedafname, alsook tussen leeftijdscategorie en reden tot bloedafname. Daarentegen werd wel een verschil in verwachte aangevraagde testen beschreven. Vrouwen vroegen vaak hormonen aan en de bepaling van cholesterol werd bij benadering belangrijker naarmate de leeftijd steeg. (12)
Gelijkaardige resultaten werden bekomen in het kwaliteitsverbeterend project van Smekens Virginia. Via vragenlijsten werden de verwachtingen van de patiënt bij een algemene check-up en de inschatting van deze verwachtingen door de huisarts in kaart gebracht. Zo trachtte Dr. Smekens te bepalen of de visie van patiënten en huisartsen eenzelfde golflengte bereikte tijdens het consult. Het onderzoek toonde dat 54,5% van de patiënten geen klachten aangaf, met bijkomend de vraag naar een routinecontrole, terwijl dit slechts bij 13,6% van de deelnemers zo werd geïnterpreteerd door de huisarts. Huisartsen noteerden als belangrijkste redenen voor de bloedafname: “de patiënt heeft gezondheidsklachten, waarover hij/zij bezorgd is” en “de patiënt heeft chronische aandoeningen en komt daaromtrent voor een routine controle”. Verder werd gepeild naar de inschatting van de verwachtingen van de patiënt. Bij 82,1% van de patiënten werd dit expliciet bevraagd door de huisarts. De huisartsen gaven dan ook aan bij 75% van de patiënten zeker te zijn over hun inschatting van de verwachtingen. Echter kwam dit slecht voor 18,75% volledig overeen met de verwachting van de patiënt. Bij de overige groep had de arts één of enkele gewenste testen gecapteerd, maar niet de volledige lijst aan verwachtingen van de patiënt. Aanvullend toonde analyse dat bij 1 op de 4 patiënten de huisarts dacht dat de patiënt de keuze van aangevraagde labotesten aan hem/haar over liet, terwijl de patiënt wel een specifieke verwachting had. (13)

In het kwantitatief onderzoek van Verschaeve Astrid aan KU Leuven werd gepeild naar enerzijds de kennis en anderzijds de verwachting van de patiënt bij een bloedonderzoek. Uit de vragenlijsten bleek dat patiënten een goede kennis hadden op het vlak van routinetesten, zoals de bepaling van cholesterol, RBC, WBC, glycemie en ijzerstatus. Daartegenover gaf slecht 12%-37% van de patiënten aan te weten dat darm-, long-, borst- en baarmoederhalskanker niet op te sporen was bij een bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk, terwijl 26%-43% een verwachting had naar een controle van verschillende types kanker. Verder toonde de studie dat gemiddeld 15% van de patiëntenpopulatie een controle naar neuropsychiatrische aandoeningen, zoals dementie, depressie, ADHD en autisme, verwachtte. Bij de huisartsen werden semi-gestructureerde interviews afgenomen om de kennis over de verwachtingen van de patiënt in kaart te brengen. Huisartsen gaven aan een open communicatie te hanteren zodat de patiënt de mogelijkheden en beperkingen van het bloedonderzoek beter begreep. Echter was dit soms onvoldoende om de verwachtingen van de patiënt bij te stellen. (14)

Een recenter onderzoek door drie huisartsen-in-opleiding identificeerden via interviews en kwalitatieve analyse drie grote thema’s die illustreerden waarom klachtenvrije patiënten de huisarts consulteren met de vraag tot een bloedafname, namelijk “de bloedafname als coping mechanisme voor angst voor niet aangetoonde ziekten of aandoeningen”, “de bloedafname is een controle voor goede gezondheid of een reden om levensstijlveranderingen in te voeren” en “de bloedafname is het gevolg van een externe invloed (sociale druk en in beperkte mate sociale media)”. (15) Dit zijn gelijklopende resultaten die in de kwalitatieve studie van Shaked et al. werden beschreven. (16)

3. Hoe patiënten omgaan met informatie over low-value care

Literatuur toont aan dat de vraag naar low-value care voortkomt uit een complex samenspel van cognitieve, emotionele en contextuele factoren. Fraser et al. beschrijven dat veel patiënten vertrekken vanuit de overtuiging dat meer zorg gelijkstaat aan betere zorg. Diagnostiek wordt gezien als controlemechanisme, en testen worden geassocieerd met zekerheid. Daarnaast spelen emoties zoals angst voor ziekte, onzekerheid en de behoefte aan geruststelling een centrale rol. Deze emotionele factoren zorgen ervoor dat de subjectieve voordelen van testen vaak zwaarder doorwegen dan objectieve informatie over mogelijke nadelen. Ook blijkt de zorgcontext en de arts-patiëntrelatie een bepalende rol te spelen in hoe patiënten omgaan met informatie over low-value care. Terughoudendheid van de arts kan door patiënten worden geïnterpreteerd als het onthouden van zorg, terwijl het voorstellen of uitvoeren van bijkomende onderzoeken impliciet wordt ervaren als bevestiging van hun nut. (17)

Het omgaan met informatie over mogelijke nadelen van low-value care blijkt bovendien bijzonder moeilijk. In een kwalitatieve meta-synthese tonen Rozbroj et al. aan dat het concept overdiagnose voor veel patiënten abstract en contra-intuïtief blijft. Patiënten stellen het detecteren van een afwijking vaak automatisch gelijk aan ziekte, waardoor het idee dat een diagnose geen klachten zou veroorzaken of geen behandeling zou vereisen moeilijk te aanvaarden is. Informatie over overdiagnose wordt daardoor vaak geherïnterpreteerd als zeldzaam, weinig relevant, of uitsluitend van toepassing op anderen. Deze herinterpretatie laat patiënten toe vast te houden aan het idee dat testen in essentie beschermend zijn. (18)

Ook Wegwarth en Gigerenzer tonen aan dat patiënten moeite hebben met het verwerken van informatie over mogelijke nadelen van screening. Hun onderzoek wijst op een lage tolerantie voor onzekerheid, waardoor patiënten screening en aanvullend testen verkiezen boven een afwachtende houding, zelfs wanneer zij expliciet geïnformeerd worden over de beperkte gezondheidswinst en het risico op overdiagnose of overbehandeling. Patiënten blijken bereid een aanzienlijke kans op onnodige diagnose te aanvaarden in ruil voor een kleine kans op vroegdetectie van ernstige aandoeningen. Daarnaast ervaren veel patiënten moeilijkheden met het interpreteren van numerieke risico-informatie, wat bijdraagt aan het overschatten van voordelen en het onderschatten van nadelen. (19)

Een verklarend kader voor deze bevindingen wordt aangereikt door Petersen et al.. Zij introduceren het concept van de perception gap: zorgvuldig ontwikkelde, wetenschappelijk onderbouwde informatie wordt gefilterd doorheen bestaande overtuigingen en wordt niet automatisch evenwichtig geïnterpreteerd. Wanneer nieuwe informatie botst met diepgewortelde ideeën over preventie en gezondheid, ontstaat cognitieve dissonantie. Patiënten kunnen dan geneigd zijn nadelen te minimaliseren, uitzonderingen te formuleren voor hun eigen situatie, of anekdotische ervaringen zwaarder te laten doorwegen dan statistische evidentie. (20)

Samen tonen deze studies dat patiënteninformatie over low-value care niet louter rationeel wordt verwerkt en dat het aanbieden van correcte en evenwichtige informatie op zich onvoldoende is om verwachtingen en voorkeuren bij te sturen. Hoe patiënten informatie begrijpen en ervaren, wordt sterk beïnvloed door vooraf bestaande overtuigingen, emoties en maatschappelijke opvattingen rond gezondheid en preventie.

4. Blinde vlekken in de literatuur

De literatuurstudie toont aan dat er al uitgebreid onderzoek bestaat naar de verwachtingen van patiënten bij de vraag naar een check-up bloedonderzoek. Wat echter veel minder aan bod komt, is hoe patiënten reageren wanneer zij geïnformeerd worden met informatie over het beperkte nut, de mogelijke nadelen en de wetenschappelijke onzekerheid rond een check-up bloedonderzoek. Met andere woorden is er relatief veel kennis over wat patiënten verwachten vóór het gesprek, maar veel minder over wat informatie over een check-up bloedonderzoek met patiënten doet tijdens of na het gesprek. Het blijft onduidelijk in welke mate patiënten deze informatie begrijpen, hoe zij deze emotioneel en cognitief verwerken, en of dergelijke uitleg daadwerkelijk aansluit bij hun vooraf bestaande overtuigingen en verwachtingen.

Voorgaande masterproeven brachten vooral kennis, verwachtingen en aanvraaggedrag in kaart, maar onderzochten nauwelijks expliciet de beleving van patiënteninformatie over een check-up bloedonderzoek. Ook wanneer patiënteducatie of open communicatie wordt aangehaald als mogelijke oplossing, blijft vaak onduidelijk hoe patiënten deze informatie precies ervaren en welke impact ze heeft op hun denken, voelen en beslissen.
De internationale literatuur rond low-value care biedt hiervoor wel een belangrijk theoretisch kader. Daaruit blijkt dat informatie over beperkte meerwaarde, overdiagnose of vals positieve resultaten niet louter rationeel verwerkt wordt, maar gefilterd wordt door emoties, bestaande overtuigingen en contextuele factoren. Toch blijft ook daar de toepassing op het concrete consult rond een check-up bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk beperkt. Specifiek ontbreekt er inzicht in hoe asymptomatische patiënten informatie over een check-up bloedonderzoek op het moment zelf interpreteren, welke elementen blijven hangen, wat weerstand oproept, en wanneer informatie net wel tot begrip of nuance leidt.

Vanuit dit gebrek aan inzicht richt het huidige onderzoek zich niet op de verwachtingen van patiënten op zich, maar op hun begrip en ervaring van informatie over het nut en de mogelijke nadelen van een check-up bloedonderzoek.

KWALITATIEF ONDERZOEK: Think-aloud-bevraging tijdens informatieve presentatie over de check-up

Methodologie

1. Studieonderwerp en rekrutering

Deze studie werd opgezet als een kwalitatief onderzoek met als doel inzicht te verwerven in het begrip en de ervaring van patiënten bij patiënteninformatie over een check-up bloedonderzoek. Er werd gekozen voor een kwalitatieve benadering omdat deze methode toelaat dieper in te gaan op opvattingen, interpretaties en beleving van patiënten.

De studiepopulatie bestond uit wilsbekwame volwassen patiënten (≥18 jaar) die zich bij de huisarts aanboden met de expliciete vraag naar een check-up bloedonderzoek, zonder aanwezigheid van specifieke klachten. Patiënten bij wie tijdens de anamnese een onderliggende klacht of de nood aan

opvolging van een bestaand medisch probleem aan het licht kwam, werden niet geïncludeerd in de studie. Bij de selectie van de deelnemers werd gestreefd naar een zo gevarieerd mogelijke samenstelling wat betreft leeftijd en geslacht, om een brede waaier aan perspectieven te kunnen includeren.

De rekrutering van deelnemers vond plaats in twee verschillende huisartsenpraktijken, telkens de opleidingspraktijk waar de betrokken huisartsen-in- opleiding (HAIO's) tewerkgesteld waren. Indien een patiënt tot de doelpopulatie behoorde, werd door de behandelende huisarts nagegaan of de patiënt bereid was om deel te nemen aan het onderzoek. De huisarts lichtte de patiënt kort in over het lopende onderzoek en vroeg toestemming om de contactgegevens door te geven aan de onderzoeker. Vervolgens nam één van de HAIO's contact op met de patiënt om verdere toelichting te geven over het doel en het verloop van de studie.

Voorafgaand aan deelname werd aan alle deelnemers zowel mondelinge als schriftelijke informatie verstrekt over het onderzoek. Na deze toelichting werd zowel mondelinge als schriftelijke geïnformeerde toestemming verkregen van alle deelnemers.

De inclusie van deelnemers werd voortgezet tot dataverzadiging werd bereikt, waarbij geen nieuwe relevante thema's of inzichten meer naar voren kwamen in de interviews.

2. Datacollectie en think-aloud-methode

De datacollectie vond plaats over een periode van augustus 2025 tot en met januari 2026. In deze periode werden 16 deelnemers geïncludeerd en geïnterviewd. De interviews werden afgenomen door één van de HAIO's en maakten gebruik van een think-aloud-methode, een kwalitatieve methode waarbij deelnemers hun gedachten, interpretaties en overwegingen spontaan hardop verwoorden tijdens het verwerken van informatie. Deze aanpak laat toe om cognitieve processen en denkpatronen in real-time te exploreren en biedt rechtstreeks inzicht in hoe patiënten informatie begrijpen en betekenis geven, zonder afhankelijk te zijn van retrospectieve rapportage. (21)

Concreet bekeken de deelnemers samen met de onderzoeker een presentatie met wetenschappelijk onderbouwde informatie over een check-up bloedonderzoek. De presentatie bestond uit meerdere onderdelen en omvatte achtereenvolgens:

(1) een toelichting over wat wordt verstaan onder een check-up bloedonderzoek,
(2) een overzicht van wat in de literatuur bekend is over verwachtingen van patiënten ten aanzien van een check-up bloedonderzoek,
(3) een bespreking van de hedendaagse adviezen in België met betrekking tot check-up bloedonderzoek bij asymptomatische patiënten,
(4) een overzicht van de mogelijke voor- en nadelen van een check-up bloedonderzoek.

Voorafgaand aan het interview werd aan de deelnemers verduidelijkt dat het gesprek bedoeld was als een open exploratie van hun persoonlijke beleving en interpretatie van de aangeboden informatie, waarbij geen juiste of foute antwoorden bestonden. Tijdens het doornemen van de presentatie werden deelnemers expliciet aangemoedigd om hun gedachten en reacties spontaan te verwoorden. Zij kregen de ruimte om de onderzoeker te onderbreken met opmerkingen,

bedenkingen of vragen. Daarnaast werd na elke dia bewust gepauzeerd om de interpretatie en beleving verder te verkennen aan de hand van open vragen, ondersteund door een semi-gestructureerde interviewgids. Deze aanpak maakte het mogelijk om relevante thema's systematisch te bevragen, met behoud van ruimte voor spontane reflectie en verdieping.

De interviews hadden een duur van 20 tot 40 minuten. Alle interviews werden met toestemming van de deelnemers opgenomen en getranscribeerd.

Tabel 1: Interviewvragen

Tijdens de informatieve presentatie (Think-aloud-methode)	
Dia 3	Wat verwacht jij van een check-up bloedonderzoek?
	Waarom heb je een check-up bloedonderzoek ingepland bij de huisarts?
Dia 5	Wat zijn jouw bedenkingen hierbij?
Dia 14	We hebben al deze informatie gegeven. Wat denk je hierbij?
	Welke vragen roept dit op bij jou?
Dia 17	We hebben voor- en nadelen besproken. Wat denk je hierbij?
	Ben je verbaasd van bepaalde zaken die we verteld hebben?
Op het einde van de informatieve presentatie	
1	Na deze presentatie, met welk gevoel kijk je terug op deze presentatie?
2	Wat is er je bijgebleven?
3	Hoe sta je nu tegenover een check-up bloedonderzoek?
4	Blijf je nog met vragen achter?

3. Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd volgens de principes van thematische analyse zoals beschreven door Braun en Clarke. (22) Alle interviews werden audio-opgenomen en met behulp van Amberscript getranscribeerd door de interviewer. In een volgende stap werd elk transcript grondig herlezen door de tweede onderzoeker, die op basis hiervan een narratief verslag opstelde. Dit narratief had als doel de essentie van het interview samen te vatten, met aandacht voor de centrale betekenisgeving, opvallende uitspraken en onderliggende spanningsvelden.

Vervolgens maakte de interviewer per interview een conceptentabel op. In deze tabel werden betekenisvolle fragmenten uit de transcriptie geïdentificeerd en voorzien van voorlopige codes. Deze codes werden inductief gegenereerd vanuit de data zelf en niet vooraf bepaald. De focus lag hierbij op het verduidelijken van onderliggende ideeën, emoties, overtuigingen en interpretatiekaders van de deelnemers. Tijdens dit proces was er een continue wisselwerking tussen de twee onderzoekers.

Na afzonderlijke analyse van elk interview werden alle conceptentabellen samengelegd en met elkaar vergeleken. De onderzoekers keerden hierbij herhaaldelijk terug naar de oorspronkelijke transcripties om interpretaties te toetsen aan de ruwe data en om te waken over de context van citaten.

In een volgende fase werden gerelateerde codes geclusterd tot voorlopige thema's. Deze thema's werden verder verfijnd, herbenoemd of samengevoegd op basis van inhoudelijke samenhang en interne consistentie.

Resultaten

1. Descriptieve parameters

In totaal werden 16 deelnemers geïncludeerd in deze studie. Voor alle deelnemers waren leeftijd en geslacht beschikbaar. De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen 20 en 58 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. Wat betreft geslacht bestond de groep uit 10 mannen (62,5%) en 6 vrouwen (37,5%).

2. Thematische analyse

In de resultaten komen enkele thema's veelvoudig voor. We zien twee grote thematische lijnen, over het "waarom" en de "think-aloud-reactie". De inhoud van deze thema's wordt onderstaand opgesomd en nadien individueel besproken.

Waarom een check-up bloedonderzoek?

- Het check-up bloedonderzoek als geruststelling voor een onbestemde angst

Think-aloud-reactie op de patiënteninformatie

- Kennis- en informatiekloof, grote verwachtingen, weinig kennis over inhoud & nadelen en cognitieve dissonantie
    - Meer blijft beter
    - Nadelen zijn eigenlijk voordelen
    - "Het roze olifant-effect": benoemen is op de agenda zetten
    - "Vruchtbare bodem": informatie als bevestiging van bestaande ideeën
- Emoties overtroeven informatie
- Ik betaal er zelf wel voor

Het check-up bloedonderzoek als geruststelling voor een onbestemde angst

De vraag naar een check-up bloedonderzoek wordt bij veel deelnemers gedreven door behoefte aan geruststelling, eerder dan vanuit een concrete klacht. Het gaat om een vaag gevoel dat "er iets zou kunnen zijn", zonder dat dit concreet benoemd wordt. Het bloedonderzoek fungeert hierbij als

middel om deze onzekerheid te reduceren. Verschillende deelnemers verwoorden dit als de wens om *“zo weinig mogelijk risico te willen lopen” (man, 47 jaar)* of om *“alles”* te laten controleren *(man, 58 jaar)*, zonder precies te kunnen aangeven wat dit “alles” inhoudt.

Binnen deze logica wordt het bloedonderzoek ervaren als een objectieve manier om gezondheid te meten en te controleren. De resultaten worden geïnterpreteerd als een soort gezondheidsrapport, waarbij cijfers en referentiewaarden dienen als tastbaar bewijs van een goed functionerend lichaam. Dit sluit aan bij uitspraken zoals *“meten is weten” (man, 58 jaar)* en *“ik zie ook graag cijfers of data, dus ik vind het wel interessant om een keer te weten” (man, 37 jaar)*. Deelnemers lijken hierbij te streven naar een soort “clean bill of health”, waarbij normale waarden gelijkgesteld worden aan volledige gezondheid en afwezigheid van ziekte.

Daarnaast fungeert het check-up bloedonderzoek regelmatig als een indirect communicatiemiddel binnen de consultatie. Hoewel de vraag vaak als routinecontrole wordt geformuleerd, blijkt uit meerdere interviews dat er op de achtergrond specifieke bezorgdheden, familiale antecedenten of vage klachten aanwezig zijn. Het aanvragen van een bloedonderzoek biedt een laagdrempelige manier om deze bezorgdheden te exploreren zonder ze expliciet te moeten benoemen. In deze context kan gesproken worden van een *hidden agenda*: een zorgvraag die niet expliciet wordt uitgesproken, maar wel meespeelt in de beslissing om een bloedonderzoek aan te vragen. Het bloedonderzoek fungeert in die zin als communicatiemiddel binnen de arts-patiëntrelatie: niet enkel als diagnostisch instrument, maar ook als middel om bezorgdheden bespreekbaar te maken.

Ook sociale invloeden spelen een duidelijke rol in het ontstaan van de vraag naar een check-up. Verhalen uit de directe omgeving versterken het idee dat testen vanzelfsprekend en noodzakelijk is. Zo geven deelnemers aan dat *“mijn vrouw zei dat ik dat toch eens moest laten doen” (man, 38 jaar)* of verwijzen zij naar kennissen bij wie *“toevallig iets ontdekt werd” (man, 38 jaar)*. Deze ervaringen dragen bij tot een normalisering van preventief testen binnen de sociale context.

Kennis- en informatiekloof, grote verwachtingen, weinig kennis over inhoud & nadelen en cognitieve dissonantie

De interviews tonen een duidelijke spanning tussen de hoge verwachtingen die deelnemers hebben ten aanzien van een check-up bloedonderzoek en hun beperkte kennis over de inhoud en beperkingen ervan. Deelnemers benaderen het bloedonderzoek vaak met het idee dat het een breed en quasi volledig beeld van hun gezondheid kan geven, terwijl hun inzicht in wat daadwerkelijk getest wordt en wat de betekenis van deze testen is, eerder beperkt blijft.

“Meer blijft beter”

Hoewel verschillende deelnemers aangeven “vrij goed geïnformeerd” te zijn, blijkt uit hun concrete uitspraken dat deze kennis vaak oppervlakkig en weinig specifiek is. Termen zoals “alles eens checken” of “een standaardpakket” worden frequent gebruikt zonder duidelijke invulling. Er lijkt een impliciete veronderstelling te bestaan dat een check-up bloedonderzoek een vaste set van testen omvat die automatisch een volledig gezondheidsbeeld oplevert.

Binnen deze denkwijze leeft sterk de overtuiging dat meer testen gelijkstaat aan betere zorg en meer zekerheid. Dit komt duidelijk naar voren in uitspraken zoals: *"als je dan toch een staal hebt, kan je beter zoveel mogelijk testen" (man, 37 jaar)* en *"ge kunt maar weten dat ge het hebt. Ik zou liefst zeker weten dan dat ge in 't duister zit" (vrouw, 27 jaar).* Het bloedonderzoek wordt hierbij gezien als een manier om onzekerheid te reduceren en om te gaan met de bovengenoemde angst.

Deze grote verwachtingen zijn niet noodzakelijk gebaseerd zijn op een goed begrip van de inhoud of de beperkingen van het bloedonderzoek. De overtuiging dat meer testen beter is, lijkt eerder te steunen op intuïtieve aannames en een algemeen geloof in de waarde van diagnostiek, dan op concrete kennis. In sommige gevallen wordt deze overtuiging zelfs versterkt door onvolledige of foutieve kennis, waardoor het vertrouwen in uitgebreid testen nog toeneemt.

Het aanbieden van wetenschappelijk onderbouwde informatie leidt niet automatisch tot een verandering in deze verwachtingen. Hoewel deelnemers de informatie begrijpen, lijkt deze onvoldoende aan te sluiten bij de onderliggende emotionele drijfveren. De vraag naar een check-up bloedonderzoek wordt immers vaak gestuurd door onzekerheid en angst om iets te missen, waardoor rationele argumenten over beperkingen of nadelen minder doorwegen.

Dit komt ook tot uiting in het zoeken naar alternatieven wanneer bepaalde testen niet worden aanbevolen. Zo stelt een deelnemer: *"De vraag is dan wat is het alternatief om die info wel juist te krijgen? Dat is de vraag. Gaan we dan op een andere manier die info aanbieden?" (man, 43 jaar)*, en een andere: *"Niet alles kan via bloed gezien worden, maar er zijn genoeg andere onderzoeken" (man, 58 jaar)*. In plaats van het idee van uitgebreid testen los te laten, wordt het uitgebreid naar andere vormen van diagnostiek.

"Nadelen zijn eigenlijk voordelen"

Deze beperkte voorkennis over de inhoud en beperkingen van een check-up bloedonderzoek vertaalt zich ook in een geringe aandacht voor mogelijke nadelen van screening. Concepten zoals vals positieve resultaten of beperkte gezondheidswinst blijken voor veel deelnemers moeilijk te vatten. Zelfs wanneer deze begrippen tijdens de presentatie concreet worden toegelicht, bijvoorbeeld aan de hand van cijfermateriaal, blijven ze voor sommige deelnemers abstract en cognitief uitdagend.

Daarnaast worden nadelen vaak geminimaliseerd. Vals positieve resultaten worden bijvoorbeeld gezien als iets dat eenvoudig kan worden rechtgezet door bijkomend onderzoek, terwijl vals negatieve resultaten gerelativeerd worden met de redenering dat men zonder test evenmin zekerheid heeft. Op die manier worden potentiële nadelen afgezwakt of zelfs omgekeerd. Zo worden vals positieve resultaten door verschillende deelnemers niet ervaren als een probleem, maar eerder als een logisch en zelfs wenselijk onderdeel van een uitgebreide screening. Bijkomende onderzoeken worden hierbij gezien als een voordeel, omdat ze bijdragen aan een vollediger en gedetailleerder beeld van de gezondheidstoestand. Dit sluit nauw aan bij het onderliggende geloof dat "meer testen beter is". Deze redenering komt duidelijk naar voren in uitspraken zoals: *"als je een afwijkende waarde hebt, neem ik aan dat ze een tweede, bevestigende test doen" (man, 37 jaar)* en *"ik ga er niet meer ongerust over zijn, maar ga het gewoon verder laten onderzoeken" (man, 58 jaar)*.

Ook blijkt dat deelnemers relatief gemakkelijk voorbijgaan aan de mogelijke nadelen van screening. Dit heeft niet alleen te maken met de complexiteit van de informatie, maar ook met een

onderliggend, sterk geloof in de waarde van het bloedonderzoek. Het check-up bloedonderzoek wordt door veel deelnemers benaderd als een betrouwbaar en bijna allesomvattend instrument, wat kan omschreven worden als een soort “magisch” geloof in de capaciteit van testen om verborgen ziekten op te sporen en zekerheid te bieden. De confrontatie met informatie die niet aansluit bij deze overtuigingen leidt tot cognitieve dissonantie. Wanneer nieuwe informatie botst met deze diepgewortelde overtuigingen, wordt ze slechts gedeeltelijk geïntegreerd of afgezwakt, waardoor het vertrouwen in testen grotendeels overeind blijft.

Tot slot werden nadelige effecten niet zelden toegeschreven aan externe factoren. Zo werd gesteld dat “de behandeling niet efficiënt genoeg is” of dat een “vals alarm ontstaat doordat de arts het resultaat niet correct interpreteert”. Op deze manier verschuift de oorzaak van mogelijke nadelen van de screening zelf naar de uitvoering of opvolging ervan, waardoor de kernopvatting dat screening op zich waardevol is, behouden blijft.

“Het roze olifant-effect”: benoemen is op de agenda zetten

De manier waarop informatie wordt aangeboden blijkt op zich al een invloed te hebben op hoe deelnemers deze verwerken. Wanneer bepaalde testen expliciet worden benoemd als “niet aanbevolen”, leidt dit er niet noodzakelijk toe dat deelnemers deze minder belangrijk vinden. Integendeel, het benoemen van deze testen lijkt ze net onder de aandacht te brengen en op de agenda te plaatsen.

Dit fenomeen kan vergeleken worden met het “denk niet aan een roze olifant-effect”: door iets expliciet te benoemen, wordt het moeilijker om er niet aan te denken. In plaats van de aandacht weg te sturen van bepaalde onderzoeken, kan het expliciet afraden ervan ertoe leiden dat deelnemers er net meer over beginnen nadenken en het belang ervan gaan heroverwegen.

Zo blijkt uit de interviews dat het aanbieden van informatie niet alleen inzicht creëert, maar ook nieuwe ideeën kan genereren of bestaande verwachtingen kan uitbreiden. Een deelnemer verwoordt dit als volgt: *“ik ga niet meer stilstaan bij alleen kanker, maar wil ook graag andere parameters zoals suiker/cholesterol, zoveel mogelijk weten. Ik besef dat er buiten kanker nog veel andere ziekten zijn” (vrouw, 58 jaar).* In plaats van het beperken van testen, leidt de informatie hier tot een verbreding van de vraag naar bijkomende onderzoeken.

Daarnaast blijkt dat bestaande overtuigingen of preconcepties een sterke filter vormen in dit proces. Deelnemers verwerken nieuwe informatie niet neutraal, maar toetsen deze voortdurend aan hun eigen referentiekader. Informatie die aansluit bij hun verwachtingen wordt gemakkelijker opgenomen, terwijl tegenstrijdige informatie minder gewicht krijgt of anders geïnterpreteerd wordt.

Op die manier bepaalt de voorkennis en het vooraf bestaande geloof in het nut van testen in sterke mate wat er uiteindelijk met de informatie gebeurt. Het louter aanbieden van correcte of wetenschappelijk onderbouwde informatie volstaat dus niet om deze overtuigingen te doorbreken. In plaats daarvan wordt informatie actief geselecteerd en geïntegreerd op een manier die aansluit bij het bestaande denkkader.

“Vruchtbare bodem”: informatie als bevestiging van bestaande ideeën

Hoewel bij veel deelnemers informatie botst met bestaande overtuigingen, blijkt dit proces niet uniform te verlopen. Bij een kleine groep deelnemers, met name bij twee deelnemers, leek de aangeboden informatie wel aan te sluiten bij hun bestaande houding en verwachtingen. Deze deelnemers hadden geen intrinsieke motivatie om een check-up bloedonderzoek te laten uitvoeren. Bij hen sloot de informatie sterk aan bij hun vooraf bestaande houding, waardoor ze deze niet als confronterend, maar eerder als bevestigend ervaarden. Zo werd gesteld dat *"een screening op zich niks verandert aan uw gezondheid" (man, 46 jaar).*

Dit illustreert opnieuw dat informatie selectief wordt opgenomen en geïnterpreteerd op een manier die bestaande overtuigingen bevestigt. Elementen die aansluiten bij het eigen referentiekader blijven hangen, terwijl tegenstrijdige informatie minder wordt geïntegreerd. In die zin valt informatie bij sommige deelnemers op "vruchtbare bodem", maar vooral wanneer ze hun bestaande ideeën ondersteunt.

Emoties overtroeven informatie

De interpretatie van nieuwe informatie tijdens het think-aloud-interview wordt sterk beïnvloed door emotionele factoren en bestaande overtuigingen. De aangeboden informatie wordt in eerste instantie positief onthaald en als interessant of leerrijk ervaren. Tegelijkertijd roept ze bij veel deelnemers ook twijfel, verwarring of weerstand op, vooral wanneer de inhoud botst met hun voorafgaande verwachtingen over het nut van een check-up bloedonderzoek.

In deze context blijkt dat rationele informatie zelden op zichzelf staat. De verwerking ervan wordt gefilterd door emoties, intuïtieve overtuigingen en persoonlijke ervaringen. Hierdoor blijft de impact van de informatie vaak beperkt, zelfs wanneer nieuwe inzichten worden verworven.

Opvallend is dat de deelnemers in dit spanningsveld uiteindelijk sterk terugvallen op het vertrouwen in de huisarts, zowel in het al dan niet uitvoeren van een bloedafname, in de keuze van testen, als in de interpretatie en opvolging van resultaten. Dit komt duidelijk naar voren in uitspraken zoals: *"Ik heb vertrouwen in de arts voor het bepalen van de te controleren parameters in het bloed" (vrouw, 58 jaar)*, *"Ik laat de keuze aan de dokter over… uiteindelijk maakt de dokter de keuze wat er onderzocht wordt" (man, 37 jaar)*, en *"die verantwoordelijkheid ligt bij de arts" (man, 43 jaar)*. Dit vertrouwen lijkt een belangrijke buffer tegen emotionele onrust: zelfs wanneer informatie twijfel of verwarring oproept, blijft het geloof in de deskundigheid van de arts vaak overeind.

"Ik betaal er zelf wel voor"

Financiële overwegingen komen voornamelijk aan bod tijdens het deel van de presentatie waarin de mogelijke nadelen van een check-up bloedonderzoek worden besproken. Op dat moment wordt de kostprijs geïntroduceerd als een van de elementen die mee in rekening genomen kan worden bij de beslissing om al dan niet te testen.

Voor veel deelnemer vormt geld echter geen beperkende factor, maar eerder een manier om het bloedonderzoek te rechtvaardigen. De uitspraak *"mijn geld, mijn lichaam" (man, 58 jaar)* vat deze redenering kernachtig samen. De persoonlijke financiële bijdrage wordt gezien als een vorm van autonomie, waarbij de deelnemer zelf beslist over het gebruik van zorg.

De kostprijs wordt vaak geminimaliseerd of als vanzelfsprekend beschouwd. Zo geven deelnemers aan: *"Ik sta daar eerlijk gezegd niet bij stil" (vrouw, 58 jaar – man, 47 jaar)* of *"dat het geld kost, dat zal altijd wel zijn" (man, 25 jaar)*. Voor sommigen primeert gezondheid duidelijk boven financiële overwegingen: *"Ik heb het er wel voor over, da's voor m'n gezondheid" (vrouw, 27 jaar)*.

Daarnaast wordt zelf-financiering gebruikt als morele rechtvaardiging. Door zelf te betalen, wordt het gebruik van zorg losgekoppeld van bredere maatschappelijke implicaties, zoals overconsumptie of druk op het gezondheidszorgsysteem: *"Ik betaal het dan gewoon wel allemaal zelf" (man, 58 jaar)*.

In sommige gevallen wordt deze redenering uitgebreid naar een breder rechtvaardigheidsgevoel binnen het solidariteitssysteem: *"Als mens die ook z'n steentje bijdraagt, vind ik ook wel dat je dat verdient" (man, 38 jaar)*. Gezondheidszorg wordt hier benaderd als een verworven recht, waarbij toegang tot diagnostiek als vanzelfsprekend wordt beschouwd, ongeacht of het medisch echt nodig is of gezondheidswinst oplevert.

Financiële overwegingen lijken dus niet zozeer een drempel te vormen, maar eerder een manier om de keuze voor een check-up bloedonderzoek te legitimeren.

DISCUSSIE

1. Kort samengevat

Deze masterproef vertrok vanuit de vaststelling dat asymptomatische patiënten zich regelmatig aanbieden met de vraag naar een algemeen check-up bloedonderzoek, ondanks de beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor routinematige screening. Adviezen benadrukken een gerichte en gepersonaliseerde aanpak van preventie. De vraag van patiënten vertrekt daarentegen vaak vanuit een breder verlangen naar bevestiging dat "alles in orde is". Hoewel er reeds onderzoek bestaat naar de verwachtingen van patiënten rond check-up bloedonderzoek, is er weinig gekend over hoe patiënten informatie over het nut en de beperkingen van dergelijke onderzoeken concreet begrijpen en ervaren. Vanuit dit ontbrekend inzicht wilden we, via kwalitatief onderzoek, nagaan hoe asymptomatische patiënten deze informatie interpreteren op het moment dat ze ermee geconfronteerd worden.

De resultaten tonen aan dat deelnemers het check-up bloedonderzoek in de eerste plaats beschouwen als een instrument van geruststelling. De vraag naar een bloedonderzoek vertrekt frequent vanuit een onzekerheid en een onderliggende angst om iets te missen. Daarnaast fungeert het bloedonderzoek geregeld als een laagdrempelige manier om impliciete bezorgdheden of een hidden agenda aan te kaarten.

Wat betreft de verwerking van informatie blijkt dat complexere begrippen zoals vals positieve resultaten of beperkte gezondheidswinst cognitief uitdagend blijven. Zelfs wanneer deze concepten worden toegelicht aan de hand van concrete voorbeelden blijken ze voor sommige deelnemers moeilijk te begrijpen. In verschillende interviews is sprake van een vorm van cognitieve dissonantie: ondanks duidelijke, wetenschappelijk onderbouwde informatie over beperkte meerwaarde, blijft de voorkeur voor testen bestaan. Vroegdetectie, zekerheid en controle blijven zwaarder doorwegen dan de mogelijke nadelen. Tegelijk reageert niet elke deelnemer hier hetzelfde op. Wanneer de informatie aansluit bij reeds aanwezige twijfels of kritische reflectie over het check-up

bloedonderzoek, blijkt er wel degelijk ruimte voor begrip en nuance. Bij sommige deelnemers “valt” de uitleg op vruchtbare bodem en leidt ze tot bevestiging van eerdere overtuigingen. Opvallend is dat concrete en tastbare concepten, zoals financiële kost, makkelijker worden begrepen. Geld is herkenbaar en persoonlijk, waardoor dit aspect sterker blijft hangen in de interpretatie. Abstracte begrippen daarentegen vragen meer cognitieve inspanning en worden sneller gerelativeerd of minder zwaar gewogen.

Uit de interviews blijkt een sterk vertrouwen in de huisarts. Deelnemers rekenen op de deskundigheid van de arts, zowel bij de beslissing om al dan niet te testen, als bij de keuze en interpretatie van de onderzoeken. Dit vertrouwen lijkt een belangrijke buffer tegen twijfel of onrust wanneer informatie verwarrend of confronterend is.

Samengevat toont deze studie aan dat informatie over een check-up bloedonderzoek niet louter rationeel wordt verwerkt op basis van wetenschappelijke evidentie. Deelnemers interpreteren deze informatie doorheen hun bestaande overtuigingen, emoties, eerdere ervaringen en het vertrouwen in hun arts. Dit maakt dat gedeelde en geïnformeerde besluitvorming geen vanzelfsprekend proces is, maar een actieve inspanning vraagt van zowel arts als patiënt.

2. Wat betekent dit (in de praktijk)?

De bevindingen van deze studie tonen aan dat het louter aanbieden van correcte, wetenschappelijk onderbouwde informatie onvoldoende is om verwachtingen rond een check-up bloedonderzoek bij te sturen. Patiënten benaderen dergelijke onderzoeken niet uitsluitend vanuit een rationeel kader, maar vanuit vooraf bestaande overtuigingen, onzekerheid en een behoefte aan geruststelling. In de praktijk vraagt dit van de huisarts een bewustzijn van deze onderliggende denkkaders. Het doel van het gesprek kan niet zijn om de verwachtingen van de patiënt radicaal om te buigen, maar eerder om ze te begrijpen, te contextualiseren en waar nodig genuanceerd bij te sturen.

Daarnaast benadrukken de resultaten het belang van een breder zicht op de vraag naar een check-up bloedonderzoek. Het verzoek om “eens alles te controleren” blijkt soms een indirecte manier om bezorgdheden of vage klachten aan te kaarten. Het uitvragen van wat achter de vraag schuilgaat, bijvoorbeeld door “Wat maakt dat u dit nu wilt laten doen?” of “Is er iets specifieks waar u zich zorgen over maakt?”, kan helpen om een eventuele hidden agenda te exploreren. Hierdoor verschuift het gesprek van een informatief moment over testen naar een inhoudelijker gesprek over gezondheid, verwachtingen en bezorgdheden.

Verder blijkt dat complexe informatie over nadelen, zoals vals positieve en vals negatieve resultaten, cognitief uitdagend blijft. Het vertalen van deze abstracte concepten naar concrete voorbeelden en herkenbare situaties blijft belangrijk. Het koppelen van informatie aan tastbare elementen, zoals mogelijke vervolgonderzoeken, onzekerheid of financiële implicaties, kan helpen om complexere nadelen begrijpelijk te maken.

Het geven van informatie vraagt om een evenwichtsoefening binnen de arts-patiëntrelatie. Patiënten leggen de verantwoordelijkheid voor het al dan niet uitvoeren van testen in grote mate bij de arts en blijven vertrouwen op zijn/haar deskundigheid, zelfs wanneer informatie twijfel oproept. Dit

vertrouwen vormt een belangrijke hefboom in het gesprek. Het biedt ruimte om samen te reflecteren over gepaste zorg, zonder dat terughoudendheid automatisch wordt ervaren als het onthouden van zorg. Transparantie over motieven kan hier het vertrouwen versterken.

Tegelijk dient de huisarts zich bewust te zijn van het zogenaamde “roze olifant-effect”: het benoemen van bepaalde testen kan deze net onder de aandacht brengen en nieuwe bezorgdheden of verwachtingen creëren bij patiënten. Dit benadrukt het belang van het geven van informatie op een gerichte en geïndividualiseerde manier, waarbij de uitleg wordt afgestemd op de specifieke bezorgdheden, vragen en voorkennis van de patiënt. Een uitgebreide, gestandaardiseerde toelichting over alle mogelijke testen is hierbij niet aangewezen, aangezien het introduceren van nieuwe informatie ook nieuwe ongerustheid kan genereren.

Tot slot tonen de resultaten aan dat vertrouwen in het laboratoriumonderzoek sterk aanwezig is. Afwijkende, maar klinisch irrelevante resultaten, kunnen disproportionele ongerustheid veroorzaken. Proactieve uitleg over referentiewaarden, normale variatie en de kans op toevallige afwijkingen kan helpen om dergelijke onrust te voorkomen.

3. Terugkoppeling naar de literatuur

In België werd reeds onderzoek verricht naar de verwachtingen van patiënten bij een check-up bloedonderzoek, maar er is weinig gekend over hoe patiënten wetenschappelijk onderbouwde informatie over het nut en de beperkingen van een dergelijk onderzoek begrijpen en ervaren. In de internationale literatuur werd wel reeds onderzocht hoe patiënten omgaan met informatie over low-value care, waaronder ook check-up bloedonderzoek kan worden gerekend. Onze resultaten kunnen daarom in dit kader worden geplaatst.

De bevindingen van deze studie sluiten nauw aan bij wat in de literatuur beschreven wordt over hoe patiënten omgaan met informatie over low-value care. Net zoals beschreven door Fraser et al. vertrekken veel patiënten vanuit de overtuiging dat meer diagnostiek gelijkstaat aan betere zorg. De neiging om een uitgebreider check-up bloedonderzoek als vanzelfsprekend waardevol te beschouwen, sluit aan bij wat in de literatuur wordt omschreven als *extension bias*: de tendens om meer testen te verkiezen, ongeacht of dit leidt tot gezondheidswinst. In deze denkwijze wordt “meer” gelijkgesteld aan “beter”. In de interviews kwam duidelijk naar voren dat check-up bloedonderzoek vooral werd gezien als een manier om zekerheid te verkrijgen en verborgen aandoeningen uit te sluiten, waarbij de voordelen vaak zwaarder doorwogen dan de mogelijke nadelen.

Daarnaast bevestigen onze resultaten dat informatie over mogelijke nadelen van screening vaak moeilijk te verwerken is. Concepten zoals vals positieven en vals negatieven bleken voor verschillende deelnemers abstract en werden geregeld geminimaliseerd of geherinterpreteerd, wat aansluit bij bevindingen van Rozbroj et al. en Wegwarth en Gigerenzer.

Ook het mechanisme waarbij patiënten nieuwe informatie interpreteren vanuit bestaande overtuigingen kwam duidelijk naar voren in onze studie. Dit sluit aan bij het concept van de *perception gap*, waarbij informatie wordt gefilterd door reeds bestaande gezondheidsopvattingen.

4. Sterktes en zwaktes van de studie

Deze studie kent verschillende sterktes. Vooreerst werd het onderzoek uitgevoerd door twee HAIO's die werkzaam waren in verschillende opleidingspraktijken. Hierdoor werd een brede patiëntenpopulatie bereikt, met zowel een meer stedelijke als een meer landelijke context. Daarnaast werd bij de inclusie bewust gestreefd naar variatie in leeftijd en geslacht.

Het gebruik van semi-gestructureerde interviews vormde daarnaast ook een sterkte. Deze aanpak liet toe om dezelfde thema's systematisch te bevragen, terwijl er voldoende ruimte bleef voor spontane reflecties. Bovendien werd tijdens de interviews gebruik gemaakt van een think-aloud-methode, waarbij deelnemers werden aangemoedigd om hun gedachten en reacties onmiddellijk te verwoorden tijdens het ontvangen van de informatie. Dit maakte het mogelijk om niet enkel achteraf gereflecteerde antwoorden te verzamelen, maar ook om inzicht te krijgen in de onmiddellijke interpretatie en spontane reacties van deelnemers op het moment zelf. Hierdoor konden onderliggende denkprocessen, twijfels en emoties beter in kaart worden gebracht. Tijdens het interview kregen alle deelnemers identieke informatie aangeboden via een ingesproken PowerPointpresentatie, wat de standaardisatie van de informatie en de vergelijkbaarheid tussen de interviews bevorderde.

Hoewel deze aanpak de uniformiteit van de informatie ondersteunt, brengt ze ook een belangrijke beperking met zich mee. Een zwakte betreft de wijze en timing waarop bepaalde concepten werden aangeboden. Een heldere definitie van complexe begrippen zoals overdiagnose maakten geen deel uit van de standaardpresentatie, maar werden enkel verder toegelicht wanneer deelnemers hier expliciet naar vroegen. Hierdoor werd dit concept niet systematisch en uniform aan alle deelnemers gepresenteerd. Bovendien kwam deze informatie vaak pas aan bod in een latere fase van het interview, wanneer bij sommige deelnemers reeds sprake was van verwarring. Dit kan de begrijpelijkheid en verwerking van het concept negatief beïnvloed hebben. Het is aannemelijk dat een meer gestructureerde en proactieve introductie van dergelijke kernbegrippen tot andere inzichten had kunnen leiden.

Een laatste sterkte van dit onderzoek betreft het analyseproces, dat bijdroeg tot de methodologische kwaliteit van de studie. De thematische analyse werd door beide onderzoekers gezamenlijk uitgevoerd, waarbij interpretaties werden besproken en verfijnd. Door telkens terug te keren naar de oorspronkelijke transcripties werd ervoor gezorgd dat de analyse zo dicht mogelijk bij de inhoud van de interviews bleef.

Naast deze sterktes kent de studie ook enkele beperkingen. De interviews werden afgenomen door HAIO's in praktijken waar relatief frequent uitgebreid bloedonderzoek wordt uitgevoerd, waardoor patiënten mogelijk meer vertrouwd zijn met uitgebreide diagnostiek en een positievere houding hebben ten aanzien van check-up bloedonderzoek. Daarnaast kan de rol van de onderzoekers als behandelende artsen de antwoorden beïnvloed hebben, aangezien deelnemers mogelijk geneigd waren sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Bovendien kan het feit dat de onderzoekers nog in opleiding zijn een invloed hebben gehad op de manier waarop patiënten de informatie ontvingen en bespraken.

Een bijkomende beperking betreft de selectiebias. Enkel patiënten die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek en instemden met het ontvangen van informatie over check-up bloedonderzoek werden geïncludeerd. Het is aannemelijk dat deze deelnemers een zekere interesse of betrokkenheid bij het onderwerp hadden, waardoor hun opvattingen mogelijk niet volledig representatief zijn voor alle patiënten die een check-up bloedonderzoek aanvragen.

Ten slotte dient rekening gehouden te worden met de beperkte ervaring van de onderzoekers in kwalitatief onderzoek en interviewtechnieken. Het afnemen van interviews is een vaardigheid die zich geleidelijk ontwikkelt, en tijdens het proces werd merkbaar dat de onderzoekers gaandeweg meer vertrouwd raakten in het afnemen van interviews. Hierdoor kan variatie bestaan tussen de eerste en latere interviews, wat mogelijk een invloed heeft gehad op de diepgang van de verkregen gegevens.

5. Implementatie in de praktijk

De resultaten tonen aan dat patiënten vaak over beperkte kennis beschikken en ondanks correcte informatie geregeld vasthouden aan hun initiële overtuigingen over het nut van uitgebreide testen. Dit betekent echter niet dat patiënteninformatie weinig waarde heeft. Integendeel, informatie kan patiënten aanzetten tot reflectie en een eerste stap vormen naar een meer genuanceerde kijk op het check-up bloedonderzoek. Daarom blijft het belangrijk om als huisarts herhaaldelijk in te zetten op duidelijke en toegankelijke patiëntenvoorlichting.

Het aanbieden van uitgebreide informatie, zoals in deze studie gebeurde aan de hand van een presentatie, is echter in de dagelijkse huisartsenpraktijk moeilijk haalbaar. Daarom lijkt het aangewezen om alternatieve en meer laagdrempelige vormen van patiënteninformatie te ontwikkelen.

Een mogelijke piste is het gebruik van beknopte schriftelijke informatie, bijvoorbeeld in de vorm van een folder die patiënten mee naar huis kunnen nemen. Deze informatie kan eventueel aangevuld worden met een QR-code die verwijst naar een kort en toegankelijk informatiefilmpje. Op die manier kunnen patiënten de informatie op eigen tempo verwerken en eventueel opnieuw raadplegen.

Daarnaast kan een online hulpmiddel, naar analogie met de triagewebsite *moetiknaardedokter.be*, ontwikkeld worden. Via een aantal gerichte vragen kunnen patiënten zo nagaan of een check-up bloedonderzoek in hun situatie aangewezen is. Hierbij kan bijvoorbeeld rekening gehouden worden met individuele risicofactoren, zoals het cardiovasculaire risico, het gebruik van medicatie waarvoor opvolging nodig is, of de aanwezigheid van specifieke klachten. Een dergelijk instrument kan patiënten ondersteunen in het voorbereiden van de consultatie en kan bijdragen tot een meer geïnformeerde en gedeelde besluitvorming.

Door in te zetten op toegankelijke en begrijpelijke patiënteninformatie kan de huisarts patiënten beter ondersteunen in het maken van een geïnformeerde keuze rond check-up bloedonderzoek. Dit kan bijdragen tot een meer rationeel gebruik van diagnostiek, zonder daarbij afbreuk te doen aan de behoefte van patiënten aan geruststelling en begeleiding.

6. Suggesties voor verder onderzoek

Verder onderzoek kan zich richten op het ontwikkelen en evalueren van praktische en laagdrempelige manieren om patiënten te informeren over het nut en de beperkingen van check-up bloedonderzoek. In het bijzonder zou onderzocht kunnen worden in welke mate schriftelijke informatie, digitale hulpmiddelen of korte informatiefilmpjes bijdragen tot een beter begrip bij patiënten en tot meer geïnformeerde besluitvorming.

Daarnaast kan toekomstig onderzoek nagaan in welke mate herhaalde informatieverstrekking op langere termijn leidt tot veranderingen in kennis, attitudes en verwachtingen rond check-up bloedonderzoek. Een longitudinale benadering zou hierbij meer inzicht kunnen geven in hoe gezondheidsopvattingen van patiënten evolueren in de tijd.

Ten slotte kan het waardevol zijn om gelijkaardig onderzoek uit te voeren in andere huisartsenpraktijken, in het bijzonder in praktijken waar minder frequent uitgebreid check-up bloedonderzoek wordt uitgevoerd. Dit kan helpen om na te gaan in welke mate de bevindingen overdraagbaar zijn naar een bredere patiëntenpopulatie.

CONCLUSIE

Deze studie onderzocht hoe patiënteninformatie over een check-up bloedonderzoek bij asymptomatische patiënten wordt begrepen en ervaren. In het algemeen werd de aangeboden informatie positief onthaald en gaven deelnemers aan het waardevol te vinden om meer uitleg te krijgen over het nut en de beperkingen van een check-up bloedonderzoek.

Tegelijk bleek dat het aanpassen van bestaande overtuigingen moeilijk blijft, vooral bij patiënten die vooraf hoge verwachtingen hadden van een check-up bloedonderzoek. Ondanks correcte en wetenschappelijk onderbouwde informatie bleven veel deelnemers vasthouden aan het idee dat uitgebreid testen nuttig en geruststellend is. Abstracte begrippen zoals vals positieve resultaten bleken voor verschillende patiënten moeilijk te begrijpen, terwijl meer concrete aspecten zoals de financiële kost makkelijker werden gevat. Bij patiënten met lagere initiële verwachtingen bleek het eenvoudiger om begrip te creëren voor de beperkte waarde en mogelijke nadelen van een check-up bloedonderzoek.

Opvallend was dat het vertrouwen in de huisarts in alle interviews groot bleef. Patiënten gaven aan te vertrouwen op de deskundigheid van de arts, zowel bij de keuze van de aangevraagde testen als bij de interpretatie en opvolging van de resultaten.

Deze studie toont aan dat patiënteninformatie over check-up bloedonderzoek wordt gewaardeerd en kan bijdragen tot reflectie, maar dat het bijstellen van diepgewortelde overtuigingen tijd en herhaalde informatie vereist. Het aanbieden van duidelijke en toegankelijke patiënteninformatie blijft daarom een belangrijk onderdeel van de huisartsenpraktijk.

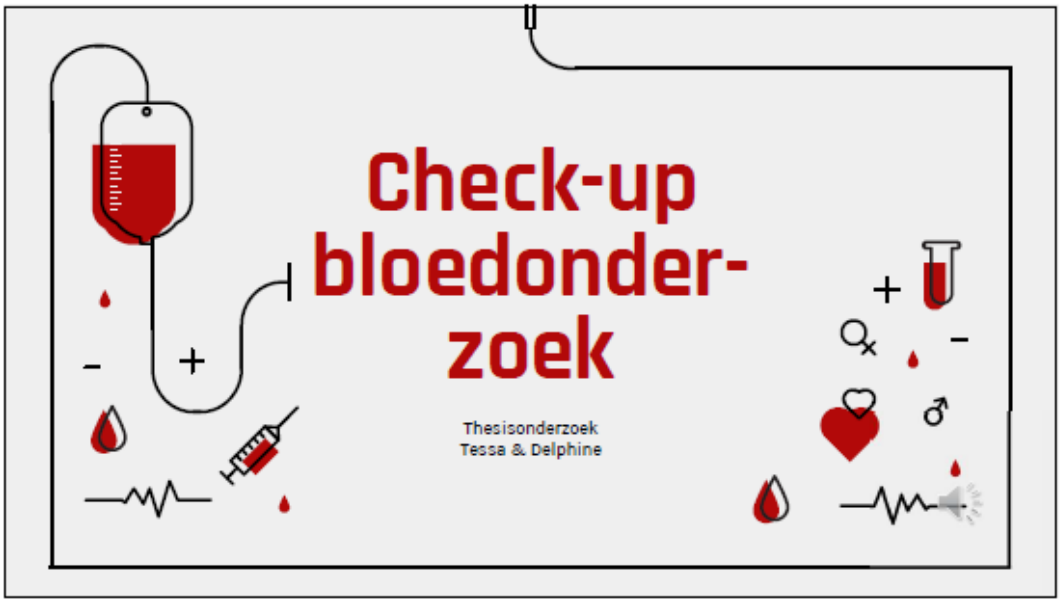
BRONNEN

1. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. Bmj. 2012;345.
2. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. European heart journal. 2021;42(25):2439–54.
3. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. European Heart Journal. 2021;42(25):2455–67.
4. DomusMedica. Available from: https://gezondheidsgids.be/.
5. RIZIV. Klinische biologie: Sensibiliseringscampagne voor de voorschrijvers.; 2011.
6. Avonts M, Cloetens H, Leyns C, Delvaux N, Dekker N, Demulder A, et al. Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering Huisarts Nu. 2011;40:S1–S55.
7. 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 family practice. 2011;12(1):22.
8. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Annals of internal medicine. 2007;146(4):289–300.
9. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. Scandinavian journal of primary health care. 2015;33(3):206–11.
10. Van der Voort HP, Grundmeijer H, Hendrick J. NHG-NIPO-enquête'Huisarts en zinvol handelen'. Huisarts Wet. 1995;38(8):351–4.
11. van Bokhoven MA, Pleunis-van Empel MC, Koch H, Grol RP, Dinant G-J, van der Weijden T. Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice. BMC family practice. 2006;7(1):75.
12. Cuyckens L. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt bij de vraag naar een standaard check-up labo. In: UGent, editor. 2016.
13. Smekens V. Verwachtingen bij bloedonderzoek op vraag van de patiënt: focus op het standpunt van de patiënt. In: UGent, editor. 2020.
14. Astrid V. De kennis en verwachtingen van de patiënt over een bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk. KULeuven 2017.
15. Ellen Mardjan LVeEV. Rationeel gebruik van laboratoriumtests in de huisartsgeneeskunde In: KULeuven, editor. 2023.
16. 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 family practice. 2019;20(1):51.
17. Fraser GR, Lambooij MS, van Exel J, Ostelo RW, van Harreveld F, de Wit GA. Factors associated with patients' demand for low-value care: a scoping review. BMC health services research. 2024;24(1):1656.
18. Rozbroj T, Haas R, O'Connor D, Carter SM, McCaffery K, Thomas R, et al. How do people understand overtesting and overdiagnosis? Systematic review and meta-synthesis of qualitative research. Social science & medicine. 2021;285:114255.
19. Wegwarth O, Gigerenzer G. Overdiagnosis and overtreatment: evaluation of what physicians tell their patients about screening harms. JAMA internal medicine. 2013;173(22).
20. Byskov Petersen G, Sadolin Damhus C, Ryborg Jønsson AB, Brodersen J. The perception gap: how the benefits and harms of cervical cancer screening are understood in information material focusing on informed choice. Health, Risk & Society. 2020;22(2):177–96.

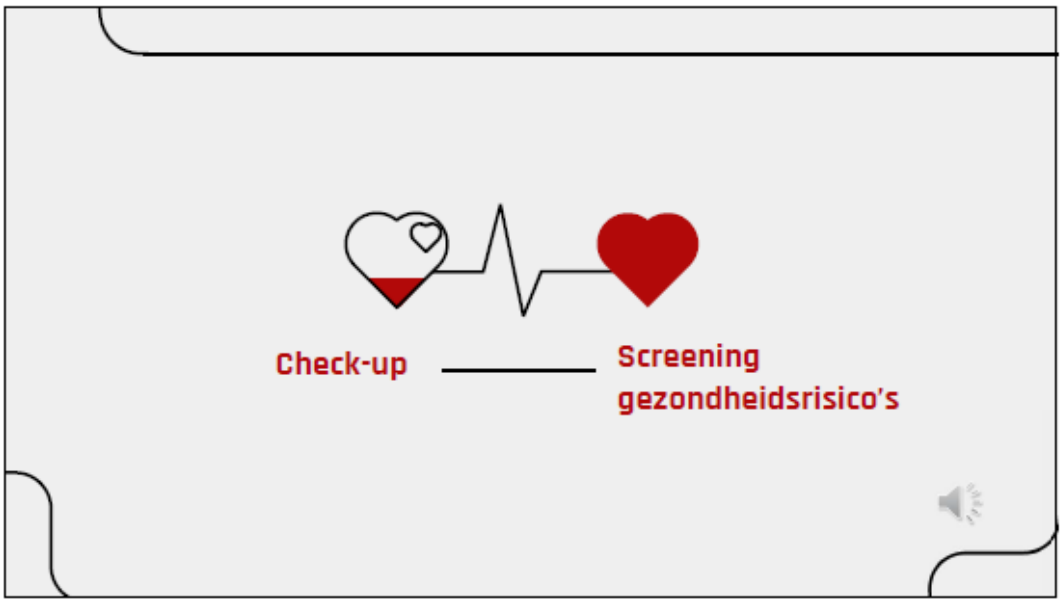
21. Johnson WR, Artino Jr AR, Durning SJ. Using the think aloud protocol in health professions education: an interview method for exploring thought processes: AMEE Guide No. 151. Medical teacher. 2023;45(9):937–48.
22. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. The journal of positive psychology. 2017;12(3):297–8.

ADDENDUM

Powerpoint presentatie met
patienteninformatie



1



2

Wat verwacht de patiënt?



3

Wat verwacht de patiënt?

Cholesterol en suiker

Bloedcellen

Kankermerkers

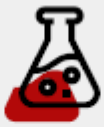
Lever- en nierfunctie

Schildklierfunctie

Hormonen en vitamines

4

Wat verwacht de patiënt?



"Glazen bol"

5

SCREENING





Hart- en vaatziekten

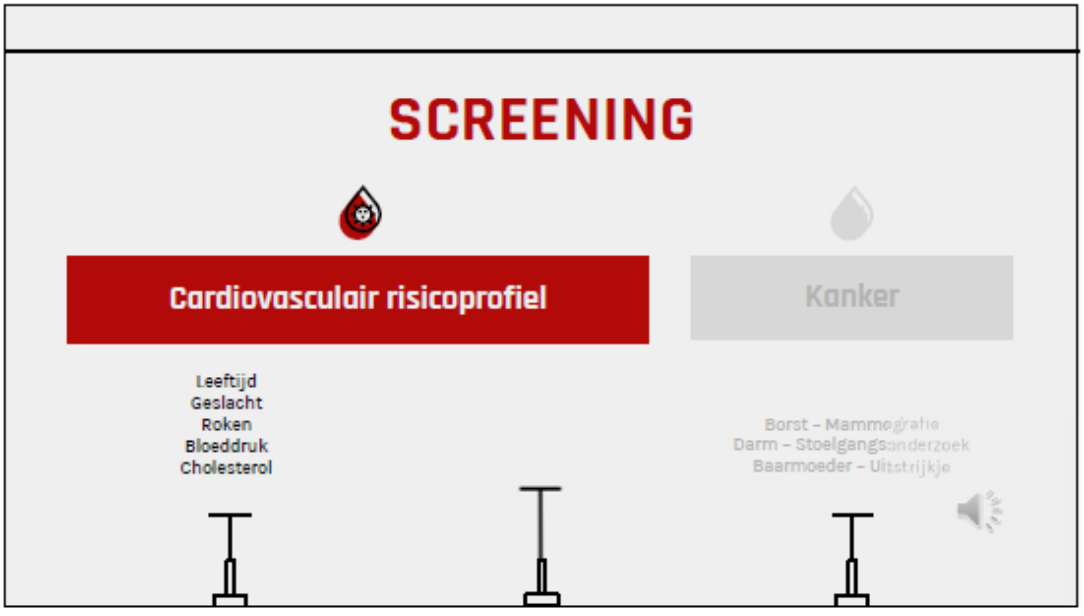
Kanker

Borst - Mammografie
Darm - Stoelgangsonderzoek
Baarmoederhals - Uitstrijkjes

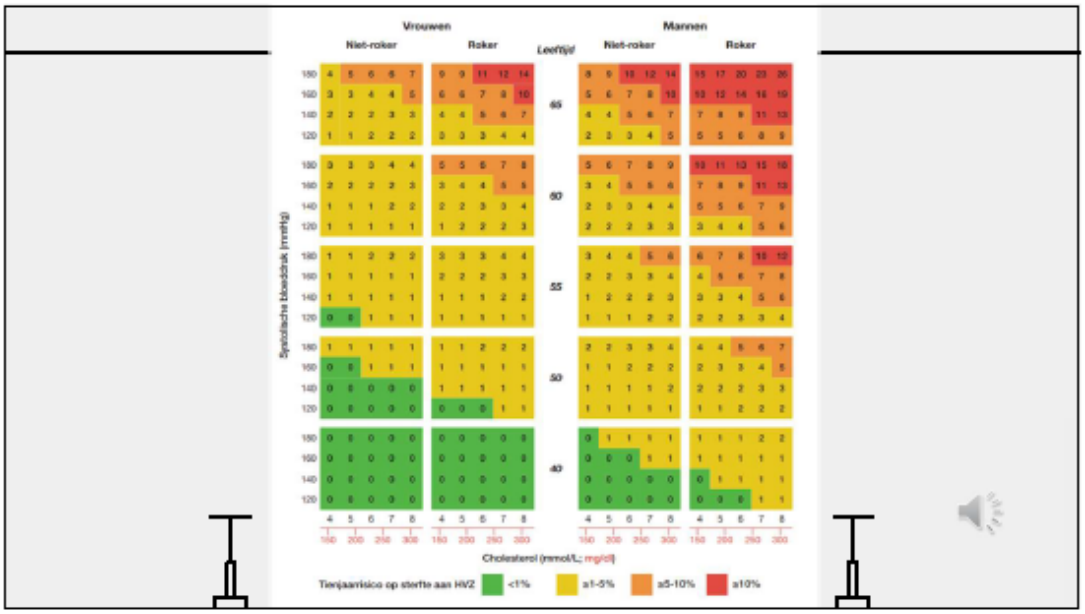
6


SCREENING
Hart- en vaatziekten
Kanker
Cardiovasculair risicoprofiel
Risico op overlijden
Borst – Mammografie
Darm – Stoelgangsonderzoek
Baarmoeder – Uitstrijkje

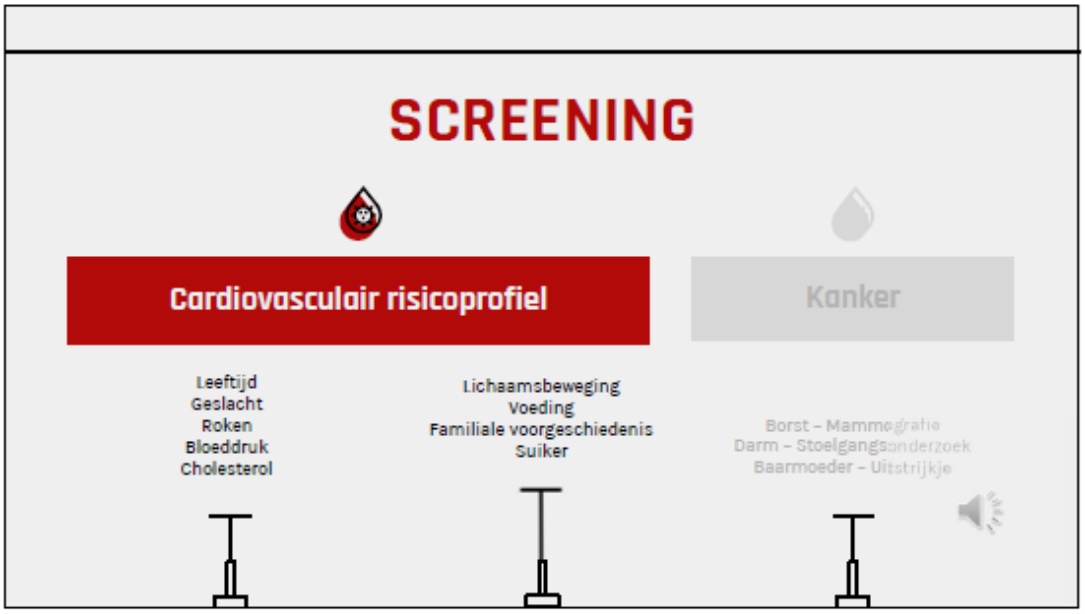
7


SCREENING
Cardiovasculair risicoprofiel
Kanker
Leeftijd
Geslacht
Roken
Bloeddruk
Cholesterol
Borst – Mammografie
Darm – Stoelgangsonderzoek
Baarmoeder – Uitstrijkje

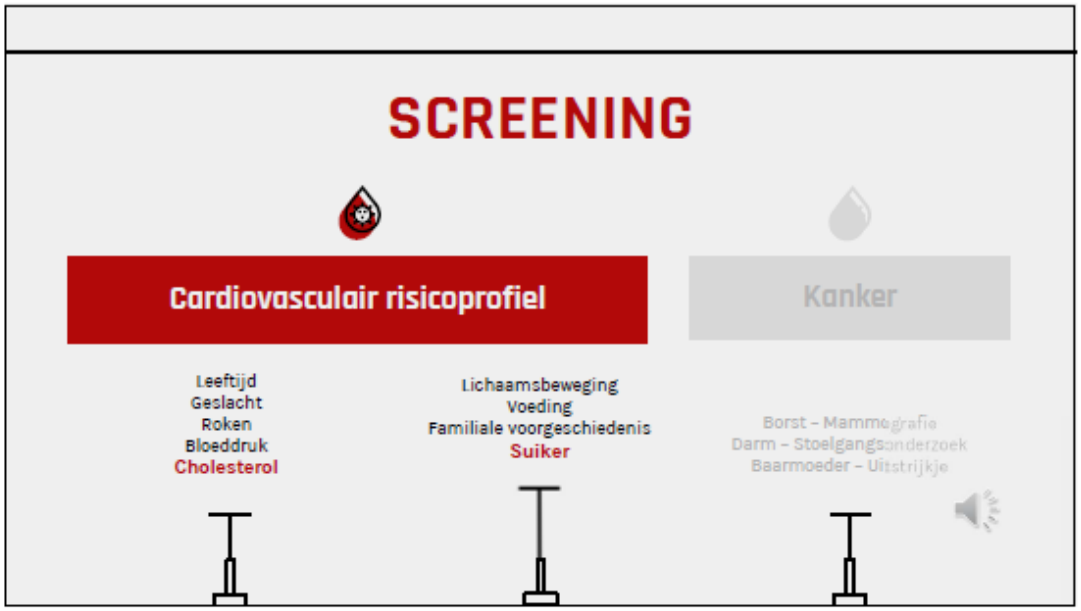
8


Vrouwen
Mannen
Niet-roker
Roker
Niet-roker
Roker
Leeftijd
65
60
55
50
40
Systolische bloeddruk (mmHg)
Cholesterol (mmol/L; mg/dl)
Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ
<1%
≥1-5%
≥5-10%
≥10%

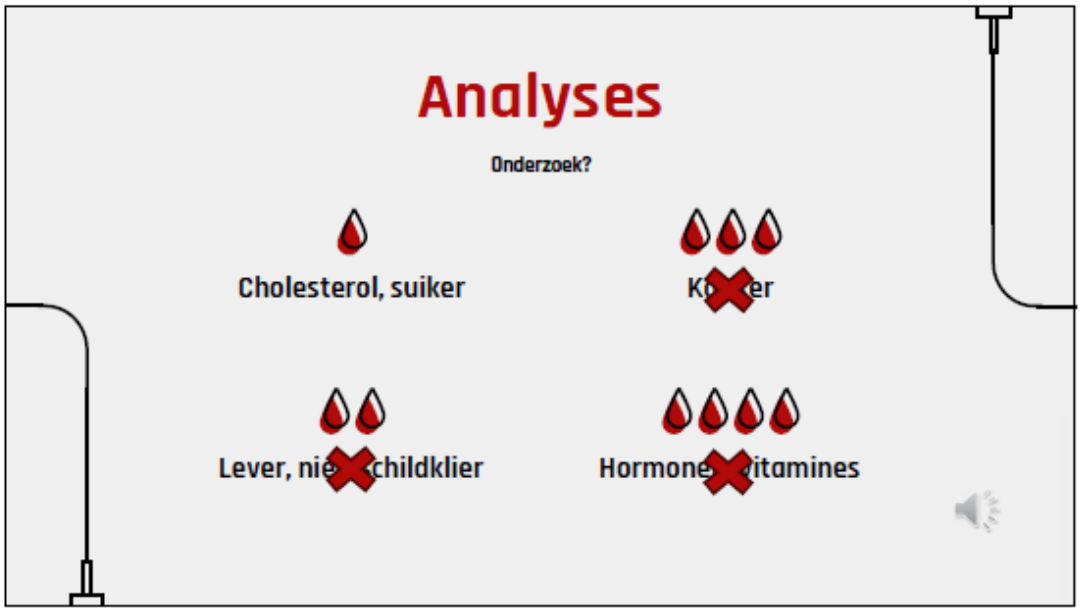
9


SCREENING
Cardiovasculair risicoprofiel
Kanker
Leeftijd
Geslacht
Roken
Bloeddruk
Cholesterol
Lichaamsbeweging
Voeding
Familiale voorgeschiedenis
Suiker
Borst – Mammografie
Darm – Stoelgangsonderzoek
Baarmoeder – Uitstrijkje

10


SCREENING
Cardiovasculair risicoprofiel
Kanker
Leeftijd
Geslacht
Roken
Bloeddruk
Cholesterol
Lichaamsbeweging
Voeding
Familiale voorgeschiedenis
Suiker
Borst – Mammografie
Darm – Stoelgangsonderzoek
Baarmoeder – Uitstrijkje

11


Analyses
Onderzoek?
Cholesterol, suiker

12

Waarom niet?

Uitgebreide screening:

- Er sterven niet minder mensen door
- Er worden niet minder mensen ziek

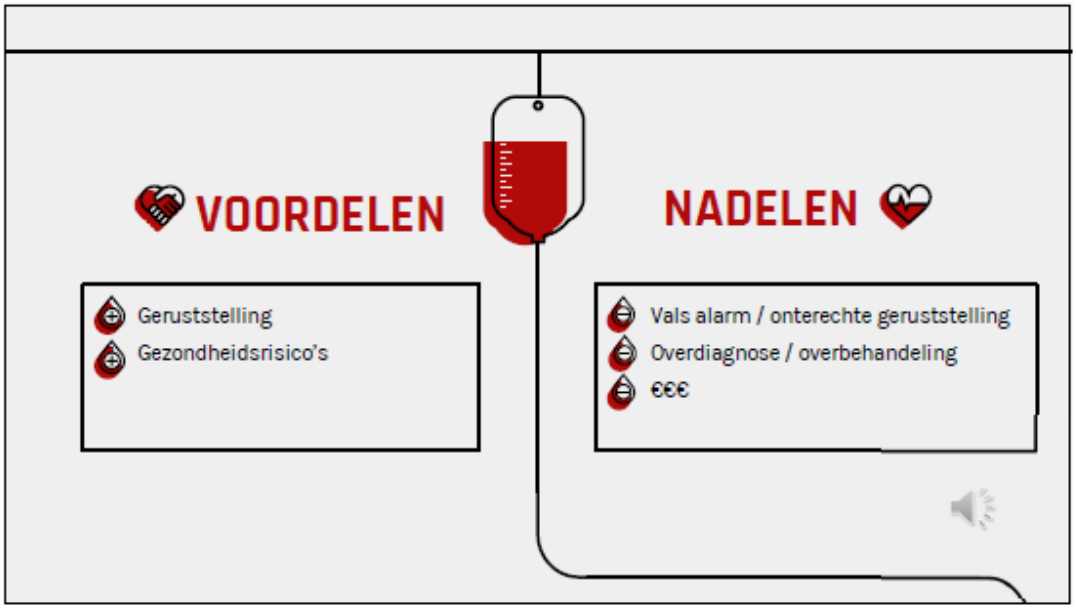
Ook nadelen!

13

Wat denk jij nu?



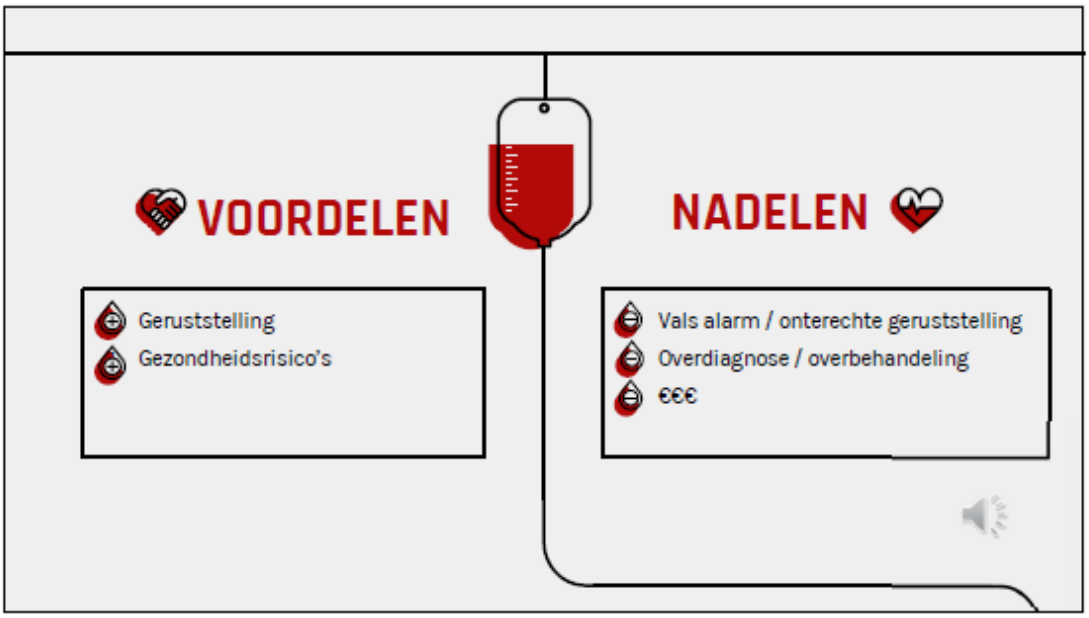
14


VOORDELEN
Geruststelling
Gezondheidsrisico's
NADELEN
Vals alarm / onterechte geruststelling
Overdiagnose / overbehandeling
€€€

15


KANKER - PSA
Prostaatkanker ?
1000 mannen van 55 tot 69 jaar laten regelmatig een screening met PSA uitvoeren:
VOORDELEN
2 sterfgevallen minder
3 patiënten minder met uitzaaiingen
ONGEMAKKEN
25 overbodige behandelingen
64 gevallen worden gemiddeld 7 jaar eerder behandeld, en hebben de bijwerkingen van de behandeling.
9 gevallen van ingrijpende veranderingen in hun seksleven.
6 gevallen van urine-incontinentie.
1 geval van darmproblemen.

16


VOORDELEN
Geruststelling
Gezondheidsrisico's
NADELEN
Vals alarm / onterechte geruststelling
Overdiagnose / overbehandeling
€€€

17


Besluit
Voor- en nadelen
Samen met je huisarts bedachtzaam af te wegen welke analyse voor jou nodig zijn.

18


Thanks!
Heb je vragen?
delphine.meuris@ugent.be
tessa.vanlooveren@ugent.be
Thuisarts.nl // Gezondheid en Wetenschap // NHG //
rivm.nl // cursus opleiding GNK 2017-2023
CREDITS: This presentation template was created by Slidesgo,
including icons by Flaticon, infographics & images by Freepik and
illustrations by Stories

19

Ethische comité goedkeuring

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Stefan Heytens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Delphine Meuris	23/12/2024	1/7
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2024-0369	B6702024000595	

Betreft:

Een kwalitatief onderzoek naar het begrip en de ervaring van de patiënt bij patiënteninformatie over een check-up bloedonderzoek.

A qualitative study of patient understanding and perception of patient information about a check-up blood test.

Betrokken student(en):

- Delphine Meuris, Tessa Van Looveren

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 (23/12/2024):

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