Kennis en verwachtingen van patiënten omtrent bloedafnames

Benedict Rys, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2014 - 2015

ABSTRACT

Titel: Kennis en verwachtingen van patiënten rond bloedafnames

Haio: Benedict Rys

Universiteit: Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter

Context: Het uitvoeren van bloedonderzoeken is een zeer frequent uitgevoerde medische handeling voor de huisarts. Gezien het steeds groter belang dat gesteld wordt in het patiëntenspoor, zouden de regels van de consultvoering met zijn focus op de ideas, concerns en expectations hier van toepassing moeten zijn. Maar wat is hierover eigenlijk al geweten? Daarom dat dit mij een interessant thema leek om eens verder te onderzoeken.

Onderzoeksvraag: Waarom willen patiënten dat er bloed wordt genomen en welke factoren hebben hierop een invloed? Zijn patiënten hierover dikwijls ongerust? Wat geloven ze dat er met een bloedonderzoek valt te bereiken en wat betekenen die resultaten? Wat is de rol van de arts-patiëntrelatie?

Methode: Allereerst werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar wat er al geweten is over de kennis en verwachtingen van patiënten rond bloedafnames en welke invloed deze hebben op de arts-patiëntrelatie. Studies dienden in eerste lijn plaats te vinden, expliciet bloedonderzoeken behelzen en van het jaar 2000 of recenter dateren. Voor het praktijkproject werd gebruikt gemaakt van een prospectief kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews. Nadat informed consent bekomen werd, werd bij patiënten uit drie bevriende praktijken die kwamen voor een bloedonderzoek het interview afgenomen. Deze werden nadien uitgeschreven en verder geanalyseerd met NVivo10. Interviews werden afgenomen tot er saturatie werd bereikt bij een voldoende diverse studiegroep.

Resultaten: De specifieke aanleiding voor een vraag tot bloedafname is dikwijls gerelateerd aan de aard van de klacht. Daarbij spelen vaak achterliggende motieven zoals angst voor een ernstige aandoening of de wens tot het opstarten van een therapie een belangrijke rol. Veel van deze verwachtingen komen voort uit de voorgeschiedenis van de patiënt, maar ook uit het grote vertrouwen dat patiënten in bloedonderzoeken stellen. Verder stellen patiënten ook veel vertrouwen in de rol van de huisarts, die volgens hen alles in handen neemt of hoort te nemen. Overleg over de resultaten leek hierbij tevens van groot belang te zijn. Door het grote vertrouwen in de huisarts leken patiënten ook gemakkelijker akkoord te gaan als het gaat over eventuele alternatieven zoals watchful waiting.

Conclusies: Deze resultaten lijken andermaal het grote belang een goede communicatie tussen arts en patiënt te bevestigen. Door de ICE zo vroeg en volledig mogelijk na te vragen, en door nauwgezette afspraken te maken kunnen toekomstige obstakels vermeden worden. Als huisarts spelen we hier een belangrijke rol door onze kennis van de patiënt en zijn voorgeschiedenis, maar ook door het grote vertrouwen dat hij of zij in ons stelt.

E-mail: benerys@yahoo.com

ICPC-code: A98; preventie, laboratoriumonderzoek

DANKWOORD

Graag wil ik eerst nog eens iedereen bedanken die mij bij het maken van mijn Manama-project geholpen heeft.

Mijn welgemeende dankbetuigingen gaan in de eerste plaats uit naar mijn promotor Prof. Dr. An De Sutter. Ook Dr. Paulien Boeckxstaens van de vakgroep huisartsgeneeskunde wil ik speciaal bedanken voor haar begeleiding bij het opstarten en analyseren van het onderzoek..

Eveneens wil ik de artsen bedanken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek en zonder wie dit hele project onmogelijk zou geweest zijn, zeer specifiek Dr Luc Van Renterghem en Dr. Dirk Bourgois met zijn echtgenote Lucie voor hun belangrijke steun en praktische hulp.

Ook de geïnterviewde patiënten wil ik bedanken voor hun tijd en moeite. Ook zonder hun medewerking was er van mijn scriptie immers geen sprake geweest.

Als laatste, maar daarom zeker niet minder belangrijk, wens ik nog mijn familie en in het bijzonder mijn ouders te bedanken. Niet alleen voor de steun tijdens dit manama-project, maar ook voor de onvoorwaardelijke steun die ik tijdens mijn volledige opleiding gekregen heb!

Inhoudsopgave

1 Inleiding en verantwoording van het onderwerp 5
2 Methodologie 7
2.1 Literatuurstudie 7
2.2 Studieopzet 7
2.3 Situering en uitvoering 8
2.4 Analyse 9
2.5 Ethisch comite 9
3 Literatuurstudie 10
3.1 Kennis en verwachtingen van de patiënten 10
3.2 In hoeverre vragen patiënten zelf achter een bloedafname 11
3.3 Invloed van patiëntenverwachtingen op aanvraaggedrag 12
3.4 Stellen deze bloedonderzoeken de patiënten ook gerust? 13
3.5 Bloedonderzoek en patiëntentevredenheid 14
3.6 Besluit literatuurstudie 16
4. Resultaten 19
4.1 Patiënteneigenschappen 19
4.2 Motieven 20
4.2.1 De Klacht 20
4.2.2 Geruststelling bij bezorgdheid 21
4.2.3 Bloedafname als houvast voor therapie 23
4.3 Waarde van de resultaten voor de patiënt 24
4.3.1 Groot vertrouwen 24
4.3.2 Minder vertrouwen 25
4.4 De huisarts 27
4.4.1 Taken van de huisarts 27
4.4.2 Wat als de huisarts wil afwachten 29
5 Discussie 31
5.1 Samenvatting 31
5.2 Sterktes en zwaktes van deze studie 31
5.3 Vergelijking met de literatuur 32
5.4. Besluit 33
6 Bijlagen 37
6.1 Literatuurlijst 37
6.2 Protocol 40
6.3 Vragen / topics 41
6.4 Informatie voor de patiënt 42
6.5 Toestemmingsverklaring 44

1 Inleiding en verantwoording van het onderwerp

Een zeer vaak voorkomende handeling in de huisartsen praktijk is het afnemen van bloed bij patiënten. De redenen hiervoor kunnen heel divers zijn: van de zwaar zieke patiënt tot de opvolging van diabetes. Dikwijls staan we hier niet lang bij stil want we weten waarom we dit onderzoek als arts willen uitvoeren. Maar hoe zit het met de patiënt? Want net als ons kunnen we verwachten dat hij of zij ook zijn ideeën en verwachtingen hieromtrent heeft. Maar welke zijn deze en komen ze overeen met diegenen van de arts? Voor de patiënt kan het aanvragen van een bloedonderzoek, met de kruisjes op een overvol aanvraagformulier, misschien wel bevreemdend en ondoorzichtig overkomen. Nochtans kunnen de resultaten zeer ingrijpende gevolgen hebben voor hem of haar. Zijn we ons hier als arts wel altijd van bewust?

In de opleiding geneeskunde wordt tijdens de consultatietraining volop gehamerd op het patiëntenspoor. Het achterhalen van de (soms verborgen) agenda van de patiënt is immers essentieel voor de patiëntentevredenheid, timemanagement en zelfs een goed medisch beleid. Als hulpmiddel hiervoor werd ons ondermeer het ICE-acroniem geleerd. Toch blijkt in de praktijk dat juist dit een van de moeilijkste vaardigheden is om aan te leren en ook consistent uit te voeren. Tijdens de talrijke trainingssessies waren argumenten als "Ik ben het vergeten navragen", "Het was toch duidelijk waarom hij kwam" en "Ik wist niet hoe ik het moest navragen" talrijk.

Het lijkt aannemelijk dat deze concepten voor de algemene consultvoering ook van toepassing zijn op meer specifieke elementen zoals het bloedonderzoek. Misschien denken we de verwachtingen van de patiënt te kennen, maar als we die niet specifiek bevragen is de kans reëel dat we ons hier vergissen. Het is niet moeilijk om ons situaties in te beelden waar dit kan mislopen. Als de patiënt bijvoorbeeld een bloedafname wenst om keelkanker uit sluiten, en dan later bij de bespreking te horen krijgt dat dit niet via het bloed is op te sporen is, dan is er duidelijk iets misgelopen. Hetzelfde bij de patiënt die een bloedonderzoek wil voor een SOA-screening, maar dit niet als dusdanig verwoordt waardoor de arts het niet heeft aangevraagd. Dergelijke misverstanden kunnen leiden tot spanningen binnen de arts-patiëntrelatie of ook tot onnodige of onvolledige bloedonderzoeken.

Een ander centraal begrip in de consultvoering is het begrip van de 'shared decision making'. Hiermee wordt bedoeld dat arts en patiënt samen tot een besluit komen dat voor beide partijen aanvaardbaar is. De arts kan immers een beleid uitstippelen dat medisch gezien

volledig correct is, maar voor de patiënt niet haalbaar is. Vandaar dat het belangrijk is om de geïnformeerde patiënt mee te betrekken in het beleid. Toegepast op bloedafnames kunnen we ons de vraag stellen wat er gebeurt als bijvoorbeeld de patiënt een bloedonderzoek wil maar de arts hier het nut niet van inziet. Gaan patiënten hier zomaar mee akkoord?

En dan is er nog het moment dat de resultaten bekend zijn. Ook hier kunnen we ons mogelijke valkuilen inbeelden. We mogen immers niet verwachten dat patiënten de resultaten met al die gegevens en sterretjes zelfstandig correct kunnen interpreteren. Want opnieuw kunnen verkeerde opvattingen bij de patiënt misschien leiden tot verkeerde interpretaties. Daartegenover kunnen we ons de vraag stellen of een simpele 'De resultaten zijn goed', van onze kant voldoende is om de patiënt gerust of tevreden te stellen.

Het lijkt dus belangrijk om al deze ideeën en opvattingen te kennen of er toch een algemeen beeld van te hebben. Toch zien we verrassend genoeg dat er in de wetenschappelijke literatuur nog maar weinig onderzoek hiernaar is gebeurd. Daarom lijkt het mij nuttig om deze ideeën en verwachtingen te verkennen en in kaart te brengen. Waarom willen patiënten dat er bloed wordt genomen en welke factoren hebben hierop een invloed? Zijn patiënten hierover dikwijls ongerust? Wat geloven ze dat er met een bloedonderzoek valt te bereiken en wat betekenen die resultaten? Wat is de rol van de arts-patiëntrelatie?

2 Methodologie

2.1 Literatuurstudie

Het doel van de literatuurstudie was te weten te komen wat er al gekend is over patiënten-verwachtingen rond bloedafnames. Meer specifiek werd gekeken naar wat deze waren en welke invloed ze hebben op de arts-patiëntrelatie. Verdere inclusiecriteria waren dat de studies in een eerstelijns-setting dienden plaats te vinden en dat de verwachtingen rond bloedonderzoek een van de behandelde onderwerpen was. Met andere woorden, studies over medische testen in het algemeen werden geïncludeerd enkel en alleen indien deze ook bloedanalyse behandelden. Studies ouder dan 2000 werden geëxcludeerd.

In PubMed bleek het echter moeilijk te zijn een combinatie van MeSH-termen te vinden voor een nauwkeurige zoekopdracht. Zo gaf de de zoekterm *("Hematologic Tests"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh])* 612 hits die echter zeer weinig specifiek waren. Er zaten met andere woorden veel resultaten in die niet relevant waren voor mijn onderzoeksvraag. Verdere vernauwing van de zoektermen, bv via *("Hematologic Tests/psychology"[Mesh])* vernauwde de resultaten tot 40 hits, met echter maar een mogelijk relevante studie. Via de functie *'Similar articles'* in PubMed en de geciteerde artikels in deze en volgende studies werden uiteindelijk 19 artikels weerhouden.

Twee meta-analyses rond hoe diagnostische onderzoeken patiënten eventueel konden geruststellen werden uiteindelijk niet weerhouden, ofwel omdat er geen onderzoek gebeurde naar bloedtesten[1], ofwel omdat er slechts een dergelijke studie was opgenomen in de meta-analyse[2], een studie die reeds apart werd besproken in deze literatuurstudie. Uiteindelijk werden er geen relevante reviews of meta-analyses gevonden.

2.2 Studieopzet

Gezien de beperkte gekende informatie over dit onderwerp, leek het mij het meest zinvol om een onderzoek in de diepte te doen waarbij zo veel mogelijk verschillende gegevens ontdekt worden. Als studie-opzet werd daarom gekozen voor een kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews. Bij een dergelijk kwalitatief onderzoek wordt er getracht door bijkomende vragen zoveel mogelijk verschillende informatie en topics te halen uit de patiënten. Hoewel

ze meestal relatief klein is, is de studiegroep idealiter zo divers mogelijk om zo tevens een maximale variatie in de antwoorden te krijgen. De resultaten zijn bijgevolg niet noodzakelijk representatief voor de algemene populatie. Men zoekt niet naar 'significantie' of percentages. Het streefdoel is meer een kwestie van volledigheid of saturatie, met andere woorden totdat er geen nieuwe elementen meer uit de interviews tevoorschijn komen. Gezien mijn beperkte ervaring met dergelijke interviews heb ik gekozen voor een semi-gestructureerde techniek. Vertrekkend vanuit mijn literatuurstudie werden een aantal vragen en topics geformuleerd die als een houvast dienden en van waaruit daarna in de diepte werd doorgevraagd.

2.3 Situering en uitvoering

Gezien ik op het moment van de studie niet zelf in een huisartsenpraktijk werkte werd de hulp ingeroepen van twee bevriende praktijken. De eerste was een duopraktijk in verstedelijkt gebied in de omgeving van Gent, de tweede een solo-praktijk gesitueerd in een multiculturele kansarme wijk van Gent.

De oorspronkelijke vraag aan beide praktijken was dat de arts aan de patiënten bij wie er een bloedafname gebeurde, zou vragen of ze bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek. Ikzelf zou dan op een later moment contact opnemen met de patiënt om een afspraak maken voor een interview, bij hen thuis of elders. Patiënten die kwamen voor een stollingscontrole werden niet opgenomen gezien de vermoedelijk beperkte informatie die patiënten hierover konden geven. Verder werd er geen filtering gedaan op basis van bv leeftijd, geslacht of aanmeldingsklacht. Er zou een folder worden meegegeven met de uitleg erbij. Vlak voor het interview zou ik dan nog eens de volledige informatie geven en na hun goedkeuring van medewerking het formulier van informed consent laten ondertekenen.

Een van de praktijken gaf echter aan dat ze bereid waren mij ter plaatse een lokaal ter beschikking te stellen waar ik de patiënten kon interviewen. Dit kon ofwel vlak na de bloedafname, ofwel op een later tijdstip waarbij de patiënten opnieuw werden uitgenodigd om terug te komen. Dit leek voor de patiënten een stuk gemakkelijker te aanvaarden, mogelijks doordat de drempel om een vreemde thuis uit nodigen een stuk hoger ligt. Als gevolg hiervan was er een sterke ongelijkheid in de verdeling tussen de twee praktijken.

Na een eerste evaluatie bleek dat het om een sterk verouderde studiegroep ging waarbij er geen patiënten waren jonger dan 50 jaar. Dit valt mogelijks te verklaren enerzijds door praktijkspecifieke eigenschappen maar anderzijds ook doordat er bij ouderen meer

bloedonderzoeken gebeuren. Gezien het echter mogelijk was dat jongere patiënten andere verwachtingen hadden dan de oudere populatie, was het niet uitgesloten dat er op die manier topics gemist werden. Daarom werd er in tweede tijd nog verder gezocht specifiek naar jongeren. Dit bleek echter niet zo eenvoudig. Er werden bijkomende praktijken aangesproken maar die gaven te kennen dat ze zelf weinig bloedonderzoek uitvoerden bij jongeren. Uiteindelijk werden er via de reeds opgenomen praktijen toch nog voldoende jongeren gevonden.

2.4 Analyse

De interviews werden opgenomen op dictafoon en later integraal uitgeschreven. Deze werden dan ingevoerd in het programma Nvivo 10, beschikbaar via het athena platform van UGent. In een eerste fase werden alle interviews zin per zin overlopen. Daarbij werd eerst alle nuttige tekst gescheiden van de onnodige informatie. Elk relevant fragment werd anoniem gecodeerd tot een 'node' met een korte omschrijving van de inhoud. Zo werd verder gewerkt tot alle nuttige tekstfragmenten verwerkt waren tot nodes. Voor de verdere analyse was het dan zaak om uit deze ongestructureerde groep van fragmenten verschillende nieuwe thema's te distilleren. Om dit te bereiken werden de nodes samen gegroepeerd per thema. Op deze manier werd na een eerste selectie een 70-tal thema's weerhouden. Na verdere vernauwing ben ik uiteindelijk tot drie grote thema's gekomen: redenen voor een bloedafname, interpretatie van de resultaten en rol van de huisarts. Deze resultaten werden nadien nog vergeleken met de bevindingen uit de literatuurstudie.

Deze analyse gebeurde door slechts een persoon, daar waar dit idealiter door twee of meerdere personen gebeurt. Ik werd echter bij de verwerking bijgestaan door dr. Boeckxstaens van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent.

2.5 Ethisch comite

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent (registratienummer B670201524288). Daarbij werden zowel het informed consent, de informatiebrief als de topiclijst goedgekeurd.

3 Literatuurstudie

3.1 Kennis en verwachtingen van de patiënten

Als we in de literatuur gaan opzoeken wat er geweten is over verwachtingen en kennis van patiënten in verband met bloedafnames zien we dat over dit specifiek onderwerp nog maar weinig concreet onderzoek is gebeurd. Het meest relevant is een studie van van Bokhoven et al.[3] waar bij 22 patiënten net deze verwachtingen werden nagevraagd door middel van interviews.

Hieruit bleek dat patiënten over het algemeen duidelijke verwachtingen hadden, zowel over wanneer als waarom er een bloedonderzoek diende te gebeuren. Algemeen viel op dat er een groot vertrouwen werd gesteld in deze onderzoeken: de testen zijn volgens hen zeer betrouwbaar en geven, indien normaal, een soort zekerheid over een goede algemene gezondheid. Ze verwachten ook dikwijls dat de arts zelf voorstelt een bloedafname te doen, vooral in gevallen waarin hij of zij zelf niet zeker is van een diagnose. De verwachtingen van de patiënt worden ook sterk beïnvloed door hun omgeving en de media.

Sommigen gaven aan dat ze ook wilden afwachten indien ze voldoende uitleg kregen van de huisarts. Anderen waren niet zo gemakkelijk te overtuigen en zouden ontevreden zijn indien niet aan hun verwachtingen zou worden tegemoet gekomen. Dit stelt de arts voor problemen: hoewel zijn expertise hem leert dat bloedtesten in deze gevallen dikwijls niet nodig zijn, moet hij deze kennis afwegen tegenover de wens van zijn patiënten en wat de invloed hiervan zal zijn op hun relatie.

Table 2: Summary of themes in relation to preference for blood tests

Motives	Interpretation of results	Alternatives
+ *indications*: periodical, recurrent or persisting complaints, self-management failed, different pattern of complaints, always, nervous patients, diseases in family, unexplained complaints + *goals*: proving certainty about good health, establishing diagnosis, excluding somatic disorders + *previous experiences*: similar complaints, previous explorative blood tests + *GP should use active policy* + *patient requests blood tests*, capable to indicate need for testing - *patient not taking initiative* + *patient sent by someone else* + *identifying with seriously ill people in environment* + *influence of the media*: reports about young people with serious diseases, information about risk factors for cardiovascular diseases and cancer	+ *tests yield much information*: excluding, early detection, concrete data convince people + *blood tests reliable* + *hardly any false positives and false negatives* + *if abnormal test results do not match patient's presentation*: further examinations required, sign of illness without complaints + *certainty about health status* + *sense of being healthy* + *reassurance*	+ *no wait-and-see*: if risk factors are present, patient worried - *easily convinced by GP*: confidence in GP, satisfied even when expectations are not met - *GP should devote more time and attention* - *preferring explanation to tests* + *hard or impossible to convince:* knowing more about own complaint than doctor, testing necessary for diagnosis, dissatisfied when expectations are not met

+ positive relation with preference for blood tests
- negative relation with preference for blood tests

Figuur 1: Verwachtingen en kennis van patiënten over bloedonderzoek[1]

Dit vertrouwen in technische onderzoeken kwam ook naar voor in een studie van Oboler et al.[4], waar via een telefonische enquête in verschillende steden in de Verenigde Staten 63 tot 69% van de ondervraagde patiënten voorstander was van een jaarlijkse cholesterolscreening. Voor controle van de glycemie en de PSA was dit respectievelijk 32 tot 48% en 60 tot 69%. Er lijkt dus geen verband te zijn tussen de wetenschappelijke richtlijnen (die enkel een cholesterolscreening aanbevelen, en zeker geen PSA-screening) en wat de patiënten verlangen. Opvallend was dat nadat hen verteld werd hoeveel een bepaald onderzoek kostte, het aantal voorstanders altijd sterk verminderde. Zoals te verwachten, was dit vooral voor de duurdere testen zo. De auteurs besluiten dat er meer nood is aan voorlichting over de waarde en aanbevelingen van dergelijke onderzoeken.

3.2 In hoeverre vragen patiënten zelf achter een bloedafname

In een andere studie in de VS[5] bij huisartsen en internisten werd nagegaan in hoeverre patiënten zelf actief naar ondermeer diagnostische testen vroegen. Na analyse van de opgenomen consultaties was er in iets meer dan 5% van de consultaties bij een eerstelijns-arts een directe vraag van de patiënten naar een bijkomend diagnostisch onderzoek. Daarnaast was er nog een kleiner aantal van meer verborgen verzoeken (“Zou een bloedonderzoek nuttig zijn”).

Toen de patiënten achteraf zelf ondervraagd werden over de consultaties verklaarde vreemd genoeg een veel hoger aantal (33% verspreid over alle specialismen) gevraagd te hebben naar een bijkomend onderzoek. Blijkbaar werden veel verzoeken van de patiënt gemist.

Het aantal vragen van de patiënten naar bijkomend onderzoek lag bij de huisartsen ook significant hoger dan bij een cardioloog. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat huisartsen per consultatie meer problemen behandelen. Een totaal andere uitleg kan zijn dat ze meer vertrouwen hebben in de expertise van een specialist.

De kans op een vraag tot verder onderzoek was groter bij patiënten met meer gezondheidsproblemen en bij nieuwe patiënten die een eerste uitgebreid onderzoek ondergingen.

4,4% van de patiënten die effectief een bloedafname wilden (1,6% van het totaal) vertelden achteraf dat ze er zelf niet achter hadden gevraagd en dat het onderwerp onbesproken was gebleven. Tot slot bleek dat consultaties waarin patiënten achter een of meer onderzoeken vragen, door de arts als meer stresserend werden ervaren.

3.3 Invloed van patiëntenverwachtingen op aanvraaggedrag

Ondanks het feit dat er dus nog maar beperkt onderzoek naar de verwachtingen van de patiënten zelf is gebeurd, zijn de redenen waarom huisartsen bloedonderzoeken aanvragen wel uitgebreider onderzocht. En daaruit blijkt dat de vermeende verwachtingen van de patiënten, toch een belangrijke invloed hebben op het aanvraaggedrag van huisartsen. Toen Van Der Weijden et al[7] 564 patiëntencontacten van naderbij bekeek bleek 15% van de patiënten een of meerdere bijkomende onderzoeken verwachtten. Bij deze groep van patiënten was de kans dat die werden uitgevoerd ook 4 keer hoger dan bij anderen. Dikwijls zijn huisartsen zich echter wel bewust van het beperkte nut van dergelijke onderzoeken, maar vragen ze die toch aan vermoedelijk enkel om de patiënt gerust te stellen. Artsen moeten bijgevolg beter getraind worden hierover te communiceren, bv met de hulp van patiënt gerichte brochures.

In hetzelfde onderzoek[8] werden ook de aanvragende huisartsen ondervraagd over wat hun redenen waren om bepaalde testen aan te vragen. Daaruit bleek dat patiëntenverwachtingen en attitudes, of toch althans hoe de arts ze percipieert, een belangrijke invloed hadden op het aanvraaggedrag. Er werden bijvoorbeeld meer onderzoeken uitgevoerd bij patiënten die door de huisarts als assertief of bezorgd beschouwd werd. Belangrijk voor de artsen was ook om de patiënt gerust te stellen ook al geeft een test geen bijkomende informatie. Opvallend was dat de arts hierbij soms zelf de verwachtingen van de patiënt invulde, maar daar achteraf verkeerd in bleek te zijn.
Daarnaast waren de artsen ook bezorgd over hoe een weigering de langdurige huisarts-patiëntrelatie zou beïnvloeden. Het bleek bijvoorbeeld dikwijls moeilijk te zijn de patiënten te overtuigen van het relatief beperkte nut van dergelijke onderzoeken. Daarom zagen sommige artsen een dergelijk onderzoek als een noodzakelijke stap om de patiënt te overtuigen en verder te gaan in het therapeutisch proces.

In een studie uit Schotland[9], werd aan huisartsen uit 7 verschillende praktijken gevraagd naar hun redenen om bloed te nemen bij hun patiënten. Hoewel de overgrote meerderheid aangaf dit te doen om biomedische redenen, zag men dat in 16% van de aanvragen de ongerustheid bij de patiënt een belangrijke reden was om een labotest te laten doen. Bij 3,5% was dit zelfs de meest belangrijke of doorslaggevende factor. Op langere termijn betwijfelen de auteurs echter het nut hiervan gezien het groot aantal vals positieven. Het is zelfs mogelijk dat dit kan leiden tot andere en verkeerde verwachtingspatronen van de patiënten. Meer aandacht voor de patiënt en de communicatie bieden mogelijk een veiliger alternatief, maar de effectiviteit hiervan moet verder worden onderzocht.

In Canada werd met een vragenlijst nagegaan[10,11] in hoeverre ongerustheid en verwachtingen van patiënten de artsen beïnvloeden bij het aanvragen van kanker screeningstesten. Bijna 90% van de artsen was het erover eens dat ongerustheid en verwachtingen bij de patiënt het aanvraaggedrag beïnvloeden. Deze twee factoren gaven vooral de doorslag wanneer de arts zelf twijfelde over het nut van een test of er zelf niet in geloofde. Wanneer patiënten geen verwachtingen hadden of niet ongerust waren, was vooral de kennis van de arts van belang. Deze reactie van de artsen op wat de patiënt verlangt is ook te verwachten gezien de nadruk op patiëntgerichte zorg in de huisartsgeneekunde. Opvallend was ook dat een goede arts-patiëntrelatie er niet voor zorgde dat er minder PSA-bepalingen werden gedaan, daar waar dit voor een mammografie wel het geval was. Volgens de auteurs zou dit verklaard kunnen worden door het feit mannen het moeilijker vinden om te praten over gezondheidsgerelateerde problemen met hun arts.

Opmerkelijk in de eerder aangehaalde studie van Kravitz[5] was dat wanneer patiënten achter een bijkomend onderzoek vroegen, dit niet noodzakelijk leidde tot ook meer aanvragen. Ook werd er geen verband gezien tussen het vertrouwen dat de patiënt verklaarde te hebben in de arts en het aantal onderzoeken dat de arts liet uitvoeren[11]. Twee tegenwerkende mechanismen zouden hier een verklaring kunnen bieden: daar waar patiënten met minder vertrouwen in hun arts meer onderzoeken verlangen omdat ze zijn expertise niet vertrouwen, zullen patiënten met een betere relatie met hun dokter minder schroom ondervinden om achter een test te vragen.

Daarnaast was er nog het perspectief van de patiënt, waar men zag dat patiënten met een lager vertrouwen in de dokter verklaarden het gevoel te hebben dat minder van hun verzoeken werden ingewilligd[12,13]. Het is volgens de auteurs waarschijnlijk dat een moeilijke wederzijdse communicatie hier aan de basis ligt. Zo zou het kunnen zijn dat de arts een vraag van de patiënt niet als dusdanig herkent, dat de arts niet wil ingaan op de vraag of dat een antwoord van de arts niet voldoende is voor de patiënt.

3.4 Stellen deze bloedonderzoeken de patiënten ook gerust?

Zoals eerder aangehaald lijken artsen soms bloedonderzoeken aan te vragen om de patiënt gerust te stellen. Maar werkt dit ook? Bij een prospectieve studie in Nederland[14] bij 87 huisartsen werd gekeken welke pre-test factoren invloed hadden op het aantal afwijkende waarden. Meer afwijkende resultaten werden gezien bij toenemende leeftijd, hogere pretest

kansen en bij testen bedoeld voor screening en bevestigen van diagnose. Opvallend, zelfs al gebeurde de test om de patiënt gerust te stellen, toch had nog ruim de helft (53,1%) van de patiënten afwijkende resultaten en bij 11,1% waren dit zelfs sterk afwijkende waarden.
Echter, bij de onderzoeken die gebeurden om de patiënt gerust te stellen, was het aantal abnormale resultaten dat alsnog als niet zorgwekkend beschouwd werd significant groter in vergelijking met de onderzoeken die gebeurden om andere redenen[15]. Dit is dikwijls een juiste reflex gezien bij een lage pre-test kans veel afwijkingen klinisch niet relevant zijn. Artsen moeten dus zorgvuldig overwegen wat ze met deze resultaten willen bereiken en wat de waarde van dergelijke testen kan zijn. Zo werd bij 9% van de patiënten die de arts wou geruststellen, nog een bijkomend onderzoek uitgevoerd omdat ze afwijkende resultaten hadden. Dit zou dus mogelijk een contraproductief effect kunnen hebben op het geruststellen van patiënten.

Van Bokhoven et al. onderzochten[16] ook nog eens in hoeverre het aanvragen van bloedonderzoek effectief ook de ongerustheid en tevredenheid van patiënten beïnvloedt. Deze twee parameters werden onderzocht bij drie verschillende groepen: een groep waarbij meteen een bloedonderzoek werd aangevraagd, een groep waar er 4 weken watchful waiting werd toegepast en een groep met watchful waiting maar bij wie ook bijkomende ondersteuning werd gegeven om de patiënt met zijn klachten te laten omgaan. Bij 498 patiënten met onverklaarde klachten werd geen significant verschil gevonden in ongerustheid of tevredenheid tussen de drie groepen. Met andere woorden, het aanvragen van bloedonderzoek had geen invloed op ongerustheid of tevredenheid.
Patiënten waren daarentegen meer tevreden en minder ongerust wanneer ze het gevoel hadden serieus genomen te zijn, uitleg te hebben gehad over de bloedonderzoeken en wanneer ze na de consultatie een idee hadden over de ernst van de klachten. Het lijkt dus meer de arts-patiëntrelatie en de communicatie tussen beiden te zijn die een patiënt kunnen geruststellen, meer dan een bloedonderzoek.

3.5 Bloedonderzoek en patiëntentevredenheid

Het belang van deze communicatie werd ook gezien in een studie in Estland[17] waarbij 403 patiëntencontacten bij 27 huisartsen in Estland werden gefilmd. Patiënten vulde achteraf een vragenlijst in over de verwachte tegenover de gekregen hulp/informatie en dit werd vergeleken met de betrokkenheid van de patiënt in de consultatie. Patiënten waren meer geïnteresseerd in biomedische informatie dan het bespreken van psychosociale zaken. Bijna 60% van de patiënten vond het belangrijk dat er uitleg werd gegeven over testresultaten,

maar slechts 52% gaf aan deze ook effectief te krijgen. Ongeveer een derde van de patiënten die dit belangrijk vond kreeg dus geen verdere uitleg.

De hulp die de patiënten verwachtten tegenover de hulp die ze effectief kregen was het onderwerp in een studie[18] waarbij 2243 patiëntencontacten bij 182 huisartsen verspreid over Europa werden gefilmd. Patiënten vulden voor en na de consultatie een vragen lijst in. Over het algemeen scoorden de artsen het slechtst als het ging over uitleg over medische testen. 82 procent gaf aan dat de gekregen uitleg gelijk of meer was dan dat wat er verwacht werd. 18 procent daarentegen verklaarde minder uitleg te hebben gekregen dan ze oorspronkelijk wilden. Het was opmerkelijk dat hierbij niet de totale duur van de consultatie belangrijk was, maar wel de tijd die de arts spendeerde aan het luisteren naar de patiënt en de tijd die hij spendeerde aan uitleg. Het lijkt dus belangrijk te zijn de beschikbare tijd die je hebt als arts zo efficiënt mogelijk te benutten.

Patiënten bij wie hun verzoek niet werd ingewilligd waren ook volgens Bell et al.[19] minder tevreden dan wanneer het wel gebeurde, verklaarden minder trouw te zullen zijn aan het advies van de arts en ondervonden zelfs minder subjectieve verbetering van hun klachten. Het feit dat patiënten onderzocht en serieus genomen werden zou hierbij mogelijks een soort genezende invloed hebben. Een andere mogelijke verklaring is dat tevredenheid over een bezoek aan de arts en een subjectieve verbetering van de klachten mogelijks samengaan bij bepaalde types persoonlijkheden. Dit mag volgens de auteurs niet leiden tot een “klant is koning”-houding, waarbij de arts alles uitvoert wat de patiënt wilt, teneinde hem gelukkiger te maken en bijgevolg ook ‘gezonder’. De correcte boodschap is opnieuw dat artsen de motieven en verwachtingen van de patiënten moeten begrijpen vooraleer ze beslissen al dan niet een bloedafname te doen.

Kravitz et al[20] voerden een kwalitatieve studie uit bij patiënten die aangaven dat een of meer onderzoeken (technisch of klinisch) die ze zelf wilden niet werden uitgevoerd. Het belang van deze onderzoeken voor de patiënt viel onder te verdelen in een praktische en symbolische categorie. Een test was voor een patiënten van pragmatisch belang als het een bijna tastbaar resultaat kon bereiken in de diagnose of therapie. Regelmatig was er hierbij een conflict tussen het ziektebeeld volgens de patiënt en de medische kennis van de arts. Hierbij kwam bijvoorbeeld de kennis van de arts over pre-test probabiliteiten in conflict met hoe een patiënt zich als individu voelde. Zo geloofden de patiënten dat een goede therapie pas kon gegeven worden als de juiste diagnose gesteld was (d.m.v. bv bijkomende onderzoek) daar waar een arts dikwijls in laag-risicosituaties een afwachtend beleid zal voeren. Vele patiënten hadden ook onrealistische verwachtingen over preventieve bloedafnames.

Het symbolisch belang van onderzoeken sloeg vooral op elementen uit de arts-patiëntrelatie, waarbij patiënten vooral het gevoel hadden dat ze niet serieus werden genomen als een bepaald onderzoek niet werd uitgevoerd: *"Als de dokter om mij zou geven, dan zou hij mij beter onderzoeken"*. Vandaar het belang altijd de *concerns* en de *expectations* van de patiënten te bevragen.

In contrast hiermee staan de resultaten van Peck et al.[21] Bij 148 patiënten werd nagegaan in hoeverre de tevredenheid over de consultatie werd beïnvloed wanneer een of meerdere testen die de patiënt noodzakelijk achtte niet werden gegeven. Het viel op dat het niet uitvoeren van een onderzoek geen invloed had op de tevredenheid. Eén mogelijke verklaring hiervoor volgens de onderzoekers waren de demografische eigenschappen van de onderzochte populatie (oudere blanke mannen welke over het algemeen een hoge tevredenheid vertonen). Anderzijds zou dit volgens hen ook aantonen dat patiënten naast verwachtingen over het louter technische ook nog andere zaken in de arts-patiëntrelatie van belang vinden, waarop de arts kan inspelen.

3.6 Besluit literatuurstudie

Globaal zien we dat de bestaande literatuur rond de kennis en verwachtingen van patiënten relatief beperkt. Uiteindelijk heb ik de 19 volgens mij meest relevante artikels sinds 2000 geselecteerd. Elf van deze onderzoeken werden uitgevoerd door slechts twee onderzoeksgroepen. Slechts zes van deze twintig artikels gingen specifiek over bloedonderzoek, de anderen handelden ruimer over diagnostische testen of over patiëntenverwachtingen in het algemeen. Als we kijken waar deze artikels specifiek over handelden, zien we volgende onderverdeling:

Verwachtingen van patiënten rond testen of bloedafnames	3,4,20
Hoe vragen patiënten achter testen/bloedonderzoeken	5,6
In hoeverre worden artsen direct of indirect beïnvloed door patiënten bij het aanvragen van testen of bloedonderzoeken	7-13
Kunnen we met een bloedonderzoek patiënten geruststellen	14-16
Hoe wordt de tevredenheid van de patiënt beïnvloedt door het al dan niet aanvragen van testen of bloedonderzoeken	17-21

artikels die handelen over het aanvraaggedrag van artsen vormen de grootste groep, daar waar de algemene patiëntenverwachtingen slechts in drie artikels behandeld werd. Ook waren slechts drie artikels (3,8,20) kwalitatieve studie, en al de anderen kwantitatief.

Een algemene vaststelling die in bijna alle artikels terugkomt is het grote belang dat patiënten dikwijls stellen in een bloedonderzoek. We vinden dit onder andere terug in het grote aantal patiënten dat voorstander is van regelmatige bloedonderzoeken of in het feit dat de tevredenheid van patiënten dikwijls grotendeels bepaald wordt door het feit of er al dan niet bloed getrokken wordt.

Als we in de literatuur wat dieper gaan zoeken naar wat precies de redenen zijn waarom dit voor hen van zo'n groot belang is komen enkele zaken ook regelmatig naar voren. Labotesten en onderzoeken in het algemeen worden gezien als iets objectiefs, iets dat zekerheid kan geven over de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze onderzoeken zijn nodig omdat ze bij klachtenvrije personen zaken aan het licht kunnen brengen die anders niet gevonden zullen worden of omdat ze bij zieken een duidelijke verklaring geven van wat er precies mis is. Het is hier dat vaak de communicatie tussen arts en patiënt fout loopt. Deze opvattingen stroken immers niet met de kennis en ervaring van de arts die geleerd heeft dat een afwachtend beleid dikwijls volstaat en dat onderzoeken zeker niet altijd de gewenste duidelijkheid verschaffen.

Maar dit is niet het enige punt dat een mogelijke oorzaak van spanningen kan zijn. Voor sommige patiënten betekent het feit dat er een bloedonderzoek gebeurt, of het feit dat hun vraag wordt ingewilligd, dat ze als patiënt met hun probleem serieus worden genomen. Dergelijke misverstanden kunnen dus een directe invloed hebben op de relatie tussen arts en patiënt.

En artsen lijken zich hier wel degelijk bewust van te zijn. Getuige hiervan de verschillende onderzoeken die aantonen dat labotesten dikwijls worden aangevraagd om de patiënt gerust te stellen of omdat de arts denkt dat de patiënt dit verlangt. Alleen lijkt dit niet altijd te lukken. Zo zijn er enerzijds de talrijke vals-positieve resultaten die opduiken in onderzoeken bedoeld om de patiënt gerust te stellen. Anderzijds lijkt het aanvragen van bloedonderzoeken de patiënt zeker ook niet altijd een invloed te hebben op de bezorgdheid.

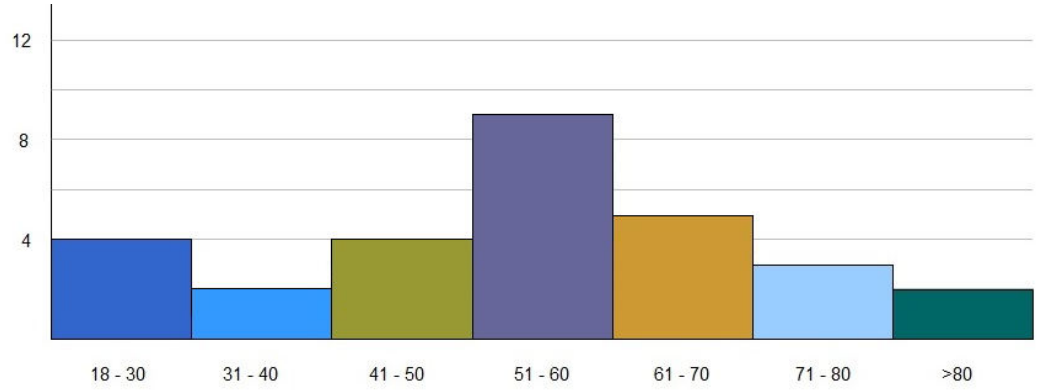
Hoe de tevredenheid van de patiënten beïnvloed wordt lijkt minder. Sommige studies tonen aan dat bijkomende testen aanvragen geen verschil maakt voor de patiënt als het op tevredenheid aankomt. Andere studies zien dan weer een verregaande invloed op de tevredenheid en zelfs op het genezingsproces achteraf. Het moge duidelijk zijn dat er hier vrij complexe mechanismen aan de hand zijn. Want als er een zaak is die in bijna alle artikels naar voor komt, dan is dat het belang van de arts-patiëntrelatie en van de communicatie

specifiek rond onderzoeken en resultaten. De arts moet hier een moeilijk evenwicht zien te vinden tussen aan de ene kant zijn expertise en aan de andere kant de druk die hij soms ervaart vanuit de patiënt. Hij moet kunnen inspelen op de specifieke verwachtingen van de patiënt, en wanneer hem dit niet lukt moet hij dit kunnen uitleggen.
Vandaar dat het mij zo nuttig leek om deze verwachtingen wat meer in de diepte te onderzoeken met een kwalitatieve studie, vooral aangezien ik nog maar twee zo'n dergelijke artikels heb teruggevonden.

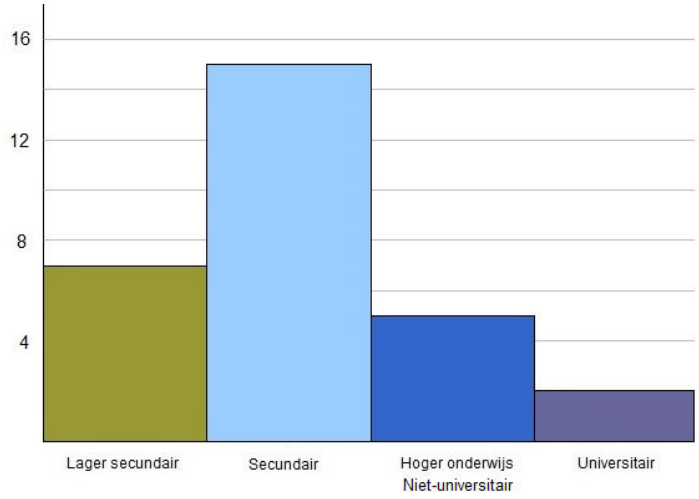
4. Resultaten

4.1 Patiënteneigenschappen

Uiteindelijk werden 29 patiënten opgenomen in de studie, waarvan 13 mannen en 16 vrouwen. Als we kijken naar de verdeling volgens leeftijd en opleidingsniveau met het hoogst behaalde diploma, dan zien we volgende verhoudingen:



Figuur 2: Leeftijdsverdeling van de patiënten, uitgedrukt in jaren



Figuur 3: Opleidingsniveau volgens hoogst behaalde diploma

10 patiënten meldden zich aan met een nieuwe specifieke klacht of vraag, 7 kwamen voor een algemeen preventieve controle en 14 tenslotte voor de opvolging van een gekend probleem. Het feit dat we hier meer dan 22 redenen zien, kan verklaard worden doordat bij sommige patiënten tijdens hun algemeen controle-onderzoek ook een nieuwe klacht werd nagekeken.

4.2 Motieven

Een eerste thema dat na analyse van de resultaten naar voren kwam, waren de beweegredenen van patiënten om een bloedafname te vragen. We hebben het hier echter niet over de specifieke aanmeldingsklacht, zoals keelpijn of controle van diabetes. Het gaat hier meer over de motieven en bezorgdheden daarachter, en waarom de patiënt juist nu achter een bloedafname vraagt.

4.2.1 De Klacht

Als we gaan kijken waarom de patiënt juist op dat moment heeft besloten dat hij graag een bloedonderzoek zou willen hebben, dan lijkt het zo te zijn dat vooral de aard van de klacht van belang is. Gedragen de klachten zich normaal, dan lijken de patiënten zich daar geen zorgen over te maken. Pas wanneer de problemen of symptomen zich atypisch gedroegen, was dit voor sommigen een reden voor verder onderzoek. Dit atypisch gedrag kon zijn dat de klachten langer duurden dan verwacht of dat ze verergerden.

> *(2302 – vrouw 23 jaar) Ik heb dat een paar jaar geleden ook nog gehad maar dat was toen niet zo erg. Maar nu vond ik echt dat het eens nodig was om naar de dokter te komen. En dan heeft hij eens bloed getrokken.*

> *(0301 – vrouw 53 jaar) Ik heb het toch ook gevraagd. Het duurde al zo lang en ik werd een beetje ongerust: "Die hoest, die blijft hier duren". Ik heb vroeger nog gerookt en om den duur denkt ge dat er daar toch iets in uw longen gaat zitten. Mijn moeder is ook overleden aan kanker en dan gaat dat al eens vlugger door je hoofd. "Er gaat hier toch niets verkeerd zijn?". Maar ondertussen hebben ze op de foto's gezien dat er niets is.*

> *(1501 – vrouw 50 jaar) Omdat ik sinds een tweetal weken heel moe ben. Je kan eens moe zijn maar moe en moe is twee. Ik kruip om zeven in mijn bed en ik slaap door tot acht uur 's morgens en tegen de middag ben ik opnieuw doodmoe. Ik heb nu ook nog wat last van mijn keel. Ik weet nu niet of dat samenhangt, maar daarmee laat ik het toch eens doen.*

4.2.2 Geruststelling bij bezorgdheid

Dikwijls is dit echter nog niet de ware reden waarom een patiënt wil dat zijn bloed gecontroleerd wordt. Als er immers verder werd doorgevraagd, dan zagen we dat er bij deze patiënten ook dikwijls nog een achterliggende reden of ongerustheid zat. Dit ging dan vaak over de angst voor een ernstige aandoening, waarbij het dikwijls over kanker ging.

> *(2011 - man 60 jaar) Langs buiten zie je er altijd goed uit, maar hoe het vanbinnen zit, dat weet je niet. Af en toe heb ik wat buikpijn. Er zit ook darmkanker in de familie. Niet dat ik daar dan ongerust over ben, maar liever voorkomen dan genezen. Ik ben altijd een beetje 'pre-voorzichtig.' Daarom denk ik dat dat nuttig is. Zelfs als je dertig of veertig jaar bent, ze eten allemaal zo gezond niet meer, ze hebben allemaal stress. Daarom een keer per jaar... […] Je kan eens buikpijn krijgen en je neemt dan een buscopan, maar het kan ook iets anders zijn hé*

Deze ongerustheid werd dikwijls mede veroorzaakt door eerdere ervaringen van de patiënt bijvoorbeeld zaken die de patiënt zelf heeft meegemaakt. Echter bijna even frequent betrof het zaken die hij of zij bij familie of kennissen heeft gezien, waarbij de ziekte van een kennis nu ook voor ongerustheid zorgde bij de patiënt.

> *(1503 – vrouw 50 jaar) Mijn moeder heeft baarmoederhalskanker gehad en ik ben heel bang van het woord kanker. En ik heb nu geen pijn aan mijn keel maar een raar gevoel. En daardoor zit ik nu te denken van het zal toch geen keelkanker zijn. Het woord kanker is voor mij… ja…*

Of zoals deze dame, wanneer haar gevraagd werd of ze het nuttig vond dat haar bloed regelmatig werd nagekeken

> *(2823 – vrouw 59 jaar) Alleszins. Alleszins. Want ik heb nog iemand gekend, het was bijna een tweede moeder voor mij. Ik ging daar een keer in de maand een beetje meehelpen, een beetje opkuisen, zodat het eens grondig gedaan werd. En die heeft nooit haar bloed laten testen en die is dan op 65-jarige leeftijd gestorven. Een hartinfarct of zoiets gehad en ze was buiten bewustzijn en ze is niet meer bijgekomen. Ook te hoge cholesterol.*

En ook andere patiënten bij wie de bezorgdheid niet zo groot of specifiek was, gaven toch aan dat ze graag een bloedonderzoek kregen zodat ze gerust gesteld werden. Het ging hier om de algemene controles die de patiënt een zekerheid gaven dat ze gezond waren.

> *(1707 – vrouw 84 jaar) Ah ja, in feite wel. Al is het maar een keer op een jaar. Om toch te weten of de lever goed en of de gal goed is,… allez, of dat heel uw lichaam in orde is.*

Deze regelmatige controles waren nodig volgens sommige patiënten om dat ze meenden dat er een of andere sluimerende aandoening was die anders niet kon worden opgespoord, of omdat er misschien iets op korte tijd kon veranderen.

> *(2010 – man 60 jaar) Ik raad dat aan mijn buren ook aan. Als zij zeggen dat ze maar een keer per jaar gaan. Ik zeg dan altijd je weet nooit wat er op 6 maanden kan veranderen.*

Deze patiënten lijken het vooral belangrijk te vinden dat ze ‘er op tijd bij zijn’, dat door een bloedonderzoek eventueel een belangrijke aandoening opgespoord kan worden die dan behandeld kan worden. Vooral over kanker lijkt er veel bezorgdheid te zijn.

> *(1906 – man 73 jaar) Ik heb een collega bij wie ze gezien hebben dat zijn PSA te hoog stond. En anders ga je het niet weten. Je zal wel wat klachten krijgen, maar dan gaan ze er niet vlug genoeg bij zijn. En ze hebben hem nu behandeld met bestralingen en zo, ik weet dat allemaal niet goed. Maar nu vraagt hij aan mij: "hoe zit het met je PSA".*

Opvallend is ook dat sommige patiënten vanuit een dergelijke bezorgdheid of eerdere ervaringen actief hun familie en kennissen gaan aansporen om ook hun bloed te laten controleren

> *(1606 – man 68 jaar) Ik zou dat toch wel doen. Dat moet dan niet alle jaren zijn, maar mijn zoon bijvoorbeeld doet dat ook en hij is 39. Mijn vader is ook gestorven aan prostaatkanker daarmee zeg ik: “Pas op jongens, vanaf de leeftijd 40 à 45 mag je toch al eens een bloedonderzoek laten doen.” Mijn broers, we waren met 6 thuis, laten dat nu ook allemaal doen sinds ik dat gehad heb. Al is het alleen maar voor de PSA. En ondertussen zien ze ook al wat de rest. Ik vind het zeer nuttig.*

4.2.3 Bloedafname als houvast voor therapie

Bloedafnames gaven aan patiënten ook dikwijls een houvast als het ging over een eventuele behandeling. Zo gaven verschillende patiënten aan dat een nazicht van het bloed nuttig of zelfs nodig waren omdat je alleen op die manier bepaalde problemen kon beginnen aanpakken.

> *(0805 – vrouw 51 jaar) Dat wil ik gewoon weten. Misschien is het gewoon lentemoeheid. Maar als het iets is dat verholpen kan worden, ja dan wil ik het wel weten. Dan kan ik misschien iets van vitaminen bijnemen. Maar de dokter zei dat je dat niet zomaar mag beginnen, je moet eerst weten of er wel een tekort is.*

Dit was niet alleen het geval bij het opstarten van een therapie. Meerdere patiënten gaven ook aan dat een bloedcontrole tijdens een behandeling waardevol was om te zien of deze therapie, waar ze soms veel moeite voor moesten doen, ook wel werkte.

> *(0801 – vrouw 51 jaar) Ik ben vorig jaar begonnen met een dieet, omdat mijn cholesterol niet goed stond Het was te veel slechte cholesterol en op mijn leeftijd vond ik dat toch niet goed. En nu wil ik zien of dat het gewerkt heeft. […] Ik ben sindsdien 10 kilogram afgevallen. En nu wil ik in mijn bloed zien of het gewerkt heeft, anders dieet je toch maar voor niets.*

Opvallend was ook een patiënte die haar bloed regelmatig liet controleren in kader van haar alcoholstop. Voor haar gaven niet alleen de resultaten van het bloedonderzoek haar ondersteuning, ook het contact met de huisarts gaf haar een houvast.

> *(1805 – vrouw 52 jaar) Pas op ik heb graag dat hij dat controleert de dokter. Ik zie hem dan eens regelmatig en dat helpt mij bij het stoppen met drinken. Ja, dat geeft een geruststelling dat het goed is, dat ik goed bezig ben.*

Ook was er een thuisverpleegster die aangaf dat ze haar bloed liet prikken omdat ze haar behandeling vanuit haar professionele ervaring mee wou opvolgen.

> *(2103 - vrouw 68 jaar) Ik heb reuma. En om de evolutie een beetje op te volgen. Ik ben ook begonnen met ledertrexaat. En ik vind dat toch wel zware medicatie. Vanuit de praktijk weet ik ook een beetje hoe dit evolueert daarmee wil ik het wel opvolgen.*

4.3 Waarde van de resultaten voor de patiënt

Dit brengt ons bij het volgende thema dat naar voren kwam en dat hier nauw bij aansluit, namelijk: want doen patiënten met die resultaten? Het gaat hierbij over de waarde die patiënten hechten aan een goed of slecht resultaat: geloven ze die resultaten of niet en maken die hen (on)gerust? Deze meningen konden onderverdeeld worden in een groep waaruit een groot vertrouwen sprak in de resultaten en een groep waar er minder vertrouwen was.

4.3.1 Groot vertrouwen

Patiënten lijken over het algemeen een groot vertrouwen te hebben in de resultaten, in die zin dat ze er (bijna) alle belangrijke zaken in kunnen terugvinden. Onder meer het vertrouwen in de moderne technologie is hier van belang.

> *(2809 - vrouw 59 jaar) Het merendeel toch hé. De technologie is toch al wel ver vooruitgegaan dus. Ik heb zo vroeger nog gehoord dat dat met een net was om mijn waterblaas omhoog te trekken en nu is dat maar zo een 'dingske' van een centimeter. Dus op dat gebied, het gaat vooruit.*

Velen lijken ook de nauwkeurigheid van de uitslagen hoog in te schatten. In die mate zelfs dat een bloedonderzoek hen een zekerheid kan geven daar waar andere diagnostische testen dit niet konden.

> *(2401 – vrouw 20 jaar) Mijn menstruatie was niet gekomen. Ik heb dan eerst een test gedaan thuis. Die was positief. Ik ben dan naar hier gekomen voor mijn bloed te laten trekken voor de zekerheid.*

Voor veel mensen geeft een goede uitslag voor een hele tijd een geruststelling, omdat ze dit zien als een bevestiging van een goede gezondheid.

> *(1303 – man 68 jaar) Ik voel mij goed op dit moment en doordat ik weet dat ze ieder jaar gebeuren ben ik gerust. Je hebt toch een zekerheid op die manier mocht er iets zijn. Je weet natuurlijk nooit, het kan altijd te laat zijn hé. Maar ik vind toch minimum een keer per jaar dat dat moet gebeuren.*

In iets extremere vormen lijkt deze noodzaak tot geruststelling ervoor te zorgen dat patiënten deze resultaten intensief opvolgen en ook opzoeken op het internet.

> *(2204 – man 54 jaar) Ik hou [de resultaten] van de laatste 15 jaar bij en bv van mijn prostaat heb ik een tabelletje gemaakt, zodat als ik bij de specialist ga, dat hij ziet hoe het verandert. Anders zie je ook maar hoe het nu is. Hetzelfde voor mijn cholesterol. Zonder daar echt maniakaal in te zijn.*

> *(2207 – man 54 jaar) Niet echt, buiten mijn prostaat. Ongerust is een groot woord maar ik zie hem liever zakken dan stijgen. Vooral als je dan wat opzoekt op het internet, iedereen doet dat wel eens. Er is daar geen eenduidig antwoord op. Er zijn mensen met een hele hoge waarde die niets hebben, anderen hebben niets en die dan toch prijs hebben.*

Tot slot, het feit dat patiënten veel waarde hechten aan een bloedonderzoek blijkt ook uit het feit dat alle ondervraagde patiënten de prijs van een bloedonderzoek er graag bij namen. Bijna iedereen verwees naar het beperkte relatieve belang hiervan ten opzichte van de gezondheid

> *(1621 - man 68 jaar) Ja we moeten eerlijk zijn. Wat is dat nu die prijs. Het gaat toch om je gezondheid hé. Het is nu niet dat ik zou zeggen het kost tien euro meer, we zullen het maar niet doen ook al ben ik ongerust.*

De enige bedenking die enkele patiënten hierbij maakten was dat hoewel het voor hen niet te duur is, dit voor anderen misschien niet noodzakelijk het geval is

> *(2108 - vrouw 68 jaar) Hoe meer dat je aanvraagt hoe duurder dat het wordt, en dat de dag van vandaag de mensen daar meer naar beginnen te kijken. Maar zelf vind ik het meer dan interessant om eens echt alles te controleren.*

4.3.2 Minder vertrouwen

Toch leeft er bij veel patiënten het besef dat die resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd, m.a.w. dat afwijkende resultaten niet noodzakelijk hoeven te betekenen dat je ook ziek bent.

(2016 – man 60 jaar) Op een paar maanden kan dat wel wat veranderen maar daarom ben je nog niet dood. Je kun dat ook wel wat opvolgen. Die waarden dat zijn een gemiddelde. Bij de een is dat goed bij de andere niet. Er zit daar wat marge op en dat kan dan eens wat hoger of lager staan.

Omgekeerd zijn er ook patiënten die beseffen dat een goede uitslag geen garantie is op een goede gezondheid. Andere zaken zijn ook belangrijk en in het bloed zien ze ook niet alles, onder meer door technische en praktische beperkingen.

(2710 – vrouw 34 jaar) Volledig gezond? Ik zou dan denken, voorlopig moet ik mij niet ongerust maken. Maar dat wil daarom niet zeggen dat je buitensporig moet doen. Je moet toch altijd blijven bewegen, blijven lopen. Blijven op uw voeding letten hé.

(2711 – vrouw 34 jaar) Neen, want niet alles wordt gecontroleerd. Het is niet omdat nu alles goed is, dat je alles kan uitsluiten. Je kunt je oneindig laten testen. Je gaat nooit alles weten. Je kunt dat doen, maar allez ja

Ook vroegere negatieve ervaringen, waarbij aandoeningen gemist zijn kunnen het vertrouwen in een bloedonderzoek aantasten.

(1404 – man 52 jaar) Neen nee absoluut niet. Ik heb zoiets voorgehad met mijn broer. Ze zagen ook niets maar het zijn nu zijn laatste maanden. De pancreas. (zucht)

Een weerkerende reactie is dat patiënten de bloeduitslag gaan interpreteren in functie van hun lichamelijke klachten. Goede resultaten én een goed algemeen gevoel stellen dikwijls gerust. Zijn er toch nog klachten ondanks een normale uitslag, dan lijkt het vertrouwen in deze resultaten voor sommigen toch niet absoluut te zijn.

(2213 – man 54 jaar) Eerlijk gezegd wel ja. Het is niet dat ik mij dan nog ongerust maak van wat ik voor de rest nog allemaal zou kunnen hebben. Ik heb nu geen lichamelijke klachten. Maar in principe, als er iets niet correct is ga je ook lichamelijke klachten krijgen. Dus zolang mijn bloed goed is en ik niets voel ben ik gerust. mocht het zijn dat ik nu toch lichamelijke klachten begin te krijgen, ja dan mag het bloed in orde zijn, dan moet het wel verder onderzocht worden

4.4 De huisarts

4.4.1 Taken van de huisarts

Als toekomstige huisarts is het misschien wel nog het belangrijkste te weten wat patiënten verwachten van ons en hoe ze onze rol hierin zien. Wanneer we bij de ondervraagde kijken naar welke rol de huisarts speelt voor de patiënt, dan zien we dat die toch wel heel belangrijk is, zowel voor als na de bloedafname. Deze wordt over het algemeen als positief ervaren door de patiënt. Zo lijken patiënten vrij veel vertrouwen te stellen in de taken die de huisarts automatisch op zich neemt, zoals wanneer er bloed wordt getrokken,

> *(2612 – vrouw 65 jaar) Ik zou dat wel durven vragen maar ik weet dat de dokter dat automatisch gaat doen. Ik zeg het: hij kent ons dossier en hij zegt dan: gaan we een keer naar dat kijken of dat. Dus ik moet dat niet vragen. Mijn dokter weet dat.*

… wat er gecontroleerd wordt,

> *(1305 – man 68 jaar) De dokter weet dan wel wat hij moet aanvragen. Hij ziet dat ook een beetje aan mijn geschiedenis wat er precies nodig is.*

… en dat de resultaten correct worden opgevolgd.

> *(2610 – vrouw 65 jaar) Als je vertrouwen hebt in uw dokter dan weet je dat hij naar alles gaat kijken en als hij iets ziet dat niet in orde is dat hij dat gaat zeggen onmiddellijk. Ik heb vertrouwen in de dokter,... ja.*

Bovendien lijken patiënten toch een belangrijke nood te hebben aan uitleg over de resultaten, zodat ze het beter begrijpen en ook zodat ze weten wat er eventueel moet gebeuren bij afwijkende resultaten.

> *(1306 – man 68 jaar) Nee, hij zegt dan dat is goed of dat is te hoog of te laag. Ik vindt dat wel belangrijk, anders weet je bijna niets. Je krijgt dan die papieren en er staan dan sterretjes bij of wat is het allemaal maar daarmee weet je nog niets. Daarom is het goed dat hij het eens overloopt.*

(2811 - vrouw 59 jaar) Ik zou dan wel raad vragen aan de dokter om te zien wat dat zou kunnen zijn. Als ik dan bel hij zegt dat of dat staat te hoog dan vraag ik wat kan ik daar aan doen en dan geeft hij mij raad en dan doe ik dat.

Sowieso lijkt het voor veel patiënten belangrijk te zijn dat er op zijn minst contact is over de resultaten. Is dit niet het geval, dan lijken patiënten plots een stuk minder vertrouwen te hebben in hun huisarts.

(1609 - man 68 jaar) Wat ik mij soms afvraag… allez ik weet niet hoe dat zit bij een huisarts. Hij krijgt altijd een exemplaar van die uitslagen binnen. Op zijn computer. Vroeger was dat nog op papier, dat werd opengedaan en er werd naar gekeken. Nu zit dat op zijn PC en dat blijft op zijn PC en als jij dan niet reageert ja wat dan? Allez, ik veronderstel dat toch. Als die resultaten bij u binnenkomen, ga jij dan al die moeite doen om dat allemaal te bekijken. Dat zal dan wel onder een of ander bestand onder mijn naam binnenkomen. Of bekijkt hij al die PDF's en steekt hij ze dan onder mijn naam? Ik weet het niet. Ik heb nog nooit zonder te bellen een reactie gehad van mijn dokter. Zo van: "Hola het is niet normaal, het is beter dat je eens langskomt". Dus ik veronderstel dat het dan allemaal goed is. Mocht hij iets abnormaal zien hij zou mij zeker bellen maar ik weet niet in hoeverre dat hij dat allemaal opvolgt.

Sommige patiënten zien ook slechts een beperkte rol voor de huisarts in de opvolging van de resultaten. Ze lijken soms meer vertrouwen te stellen in specialisten en verwachten ook dat hij of zij wordt doorgestuurd bij bepaalde afwijkingen of als de dokter het na de bloedafname nog altijd niet weet. Zoals bijvoorbeeld de volgende patiënt die over zijn oplopende PSA-waarden spreekt.

(2203 – man 54 jaar) Het is nog niet erg, maar ik wil de reden weten waarom het verder gestegen. Daarom heb ik naar de huisarts gebeld en die zei van ga toch maar eens naar de specialist. Ik heb dan ook maar een afspraak gemaakt. Liever er op tijd bij zijn dan te laat te zijn. […] Daarom om mijn eigen gevoel gerust te stellen ga ik toch liever bij de specialist en we zien wel. […] Maar als ik zou zien dat hij begint te stijgen dan ga ik bij de specialist. […] En als er iets zou beginnen af te wijken, dan heb ik nogal snel de neiging om naar de specialist te gaan. Ik verwittig de huisarts dan wel eens. Dat is een beetje mijn insteek. […] En daar stopt volgens mij ook de rol van de huisarts en is het aan de specialist.

4.4.2 Wat als de huisarts wil afwachten

Het belang van een goede relatie tussen huisarts en patiënt komt nog eens naar voren wanneer het gaat over alternatieven voor een bloedafname. Met andere woorden, wanneer de huisarts de patiënt moet overtuigen dat een bloedafname niet meteen nodig. Opnieuw leek bij de ondervraagde patiënten het vertrouwen in de huisarts opnieuw dikwijls de doorslag te geven.

> *(0204 – vrouw 56 jaar) Ja zeker, ik vertrouw hem blindelings. Dat heb je nodig met een huisarts hé. Dus wat hij zegt is voor mij voldoende.*

Bij diegenen die niet zo'n blindelings vertrouwen hadden in de arts was het belangrijk dat de patiënt voelde dat hij serieus werd genomen, of hoe de arts zich argumenteerde en welke alternatieven hij voorstelde

> *(2110 - vrouw 68 jaar) Normaal wel ja. Maar als je ziet dat de dokter twijfelt of dat hij er echt mee bezig is, dan kun je daar wel op voort gaan denk ik*

> *(2709 - vrouw 34 jaar) Het hangt er natuurlijk vanaf hoe slecht ik mij voel en wat zijn argumenten zijn omdat niet te doen. Als hij er vrij gerust in is, dan zou ik dat natuurlijk wel geloven, maar het zou dan wel op een paar dagen moeten overgaan. Anders zou ik er toch op aandringen om het wel te laten doen. Het zou toch zeker geen maand mogen duren voordat ik zeker weet wat het zou zijn.*

Dat het van groot belang is dat de patiënt zich serieus genomen voelt worden, blijkt ook uit het feit dat, omgekeerd, de beslissing van de arts tot al dan niet bloedafname een grote invloed kan hebben om de toekomstige relatie. Eens ze een slechte ervaringen gehad hebben lijken ze dit met zich mee te dragen in later minder open te staan voor alternatieven. Voor sommigen zou dit zelfs kunnen leiden tot een definitieve breuk. Getuige volgende twee patiënten die gevraagd werden naar wat ze van een afwachtende houding vonden:

> *(1310 – man 68 jaar) Goh, ik zou toch liever hebben dat hij het doet. Ik ben zo eens iets tegengekomen met mijn vrouw. Ze heeft toen een klein herseninfarct gehad. Ze ging toen nog bij een andere dokter en had al een hele tijd klachten van zweten en dorst hebben, de eerste symptomen van suiker dus. Tot op het moment dat ze dat herseninfarct gedaan heeft en dat ze op spoed kwam en dat de dokter zei: meneer u vrouw gaat in coma gaan. Ze heeft 550 eenheden. Ik zeg dat kan niet, mijn vrouw*

heeft geen suiker. Maar die huisdokter toen had nog nooit haar bloed geprikt, ondanks al die klachten.

(0814 – vrouw 51 jaar) Dan vraag ik dat wat later opnieuw. En als hij het dan nog niet doet dan zal ik het aan iemand anders vragen. Er is ook een dokter in de familie. Ik ben daarvoor al twee keer veranderd van dokter. Maar nu weet ik toch dat ik daarvoor goed zit.

5 Discussie

5.1 Samenvatting

Wanneer patiënten om een bloedafname komen vragen is er voor hen hier dikwijls een grondige reden toe. De specifieke aanleiding is meestal klachtengerelateerd, maar vaak zijn er nog achterliggende motieven. Zo lijkt ongerustheid over bepaalde ernstige aandoeningen zoals kanker een weerkerende reden te zijn. Voor anderen was een bloedafname dan weer een noodzaak voor het opstarten van een goede behandeling. Ook patiënten zonder klachten vroegen achter een controle van het bloed, maar dan meer als een bevestiging van hun goede gezondheid. Veel van deze verwachtingen komen voort enerzijds uit de voorgeschiedenis van de patiënt, maar anderzijds ook uit het grote vertrouwen dat patiënten in dergelijke onderzoeken stelt. Ook de rol van de huisarts is voor de patiënten belangrijk. Patiënten in deze studie leken er veel vertrouwen in te hebben dat de dokter wel de juiste zaken uitvoert en op zich neemt. Een van de belangrijkste zaken bleek echter na de bloedafname te komen waarbij de patiënten toch minstens een contactmoment met de huisarts wensten over de resultaten. Tot slot leek het grote vertrouwen in de huisarts er ook voor te zorgen dat patiënten gemakkelijker akkoord gingen als het ging over eventuele alternatieven zoals watchful waiting.

5.2 Sterktes en zwaktes van deze studie

Een belangrijk sterk punt is dat er gestreefd werd naar een zo divers mogelijke studiegroep waarin alle leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus en beide geslachten werden vertegenwoordigd. Meer bepaald werden hiervoor in tweede tijd nog extra patiënten gerecruteerd omdat in eerste instantie te weinig jongeren aanwezig waren.

Maar er zijn ook enkele beperkingen. Een eerste beperking is het feit dat, hoewel er twee praktijken betrokken waren, de overgrote meerderheid uit slechts een praktijk komt. Daardoor is het niet volledig uit te sluiten dat sommige van deze resultaten praktijkspecifiek zijn. Zo zagen we bijvoorbeeld bij de weinige patiënten uit tweede praktijk, dat er na een bloedonderzoek enkel contact werd opgenomen door de arts in geval van afwijkende resultaten. Deze patiënten leken een stuk minder tevreden te zijn over hun huisarts, en

mochten meer van dergelijke patiënten worden opgenomen, dan zouden er mogelijks nieuwe elementen aan het licht komen.

Een tweede beperking is dat de grote meerderheid van de redenen tot bloedafnames, opvolging en routinecontroles waren. Slechts een kleiner aantal van de patiënten kwam wegens een specifieke reden. Dat dit van belang is, zien we bijvoorbeeld in het feit dat bijna alle patiënten die enigszins ongerust waren over de resultaten, ook diegenen waren die met een specifieke vraag waren gekomen. Opnieuw valt het niet uit te sluiten dat er hierdoor mogelijk verwachtingen of ongerustheden zijn gemist. Toch lijkt de kans hierop klein gezien er werd doorgewerkt tot saturatie.

Tot slot, voor wat betreft de twee aangehaalde beperkingen, pleit het ook in het voordeel van dit onderzoek dat wanneer de resultaten hier vergeleken worden met eerdere artikels, de bevindingen grotendeels dezelfde zijn en dat er in vergelijking daarmee geen elementen gemist lijken te zijn.

5.3 Vergelijking met de literatuur

Als we deze resultaten vergelijken met de literatuur, en dan in het bijzonder met de studie van Van Bokhoven et al.[3] en Kravitz et al.[5], dan zien we dat de bevindingen in grote mate overeenkomen. Patiënten stellen over het algemeen een groot vertrouwen in een bloedonderzoek. Het geeft hen een geruststelling over hun goede gezondheid, en in geval van klachten geeft het hen zekerheid over diagnose zodat ze een behandeling kunnen starten. Net als wat eerdere studies vonden lijken patiënten van de arts een actieve rol te verwachten, waarbij hij of zij zelf voorstelt om bloed te nemen en zelf de resultaten opvolgt. Bovendien bleek zowel uit de literatuur als uit mijn resultaten dat het in deze opvolging van groot belang is dat deze resultaten ook besproken werden tussen arts en patiënt.

Toch zijn er ook enkele elementen of accenten die lijken te verschillen. Hoewel in de literatuur de invloed van ervaringen bij kennissen of familie wel wordt vermeld, lijkt dit niet zo een heel prominent thema te zijn. Bij mijn resultaten echter komt dit toch een stuk meer naar voor, en lijkt dit dikwijls de oorzaak te zijn voor een achterliggende bezorgdheid, bijvoorbeeld over kanker. Dit kan belangrijk zijn omdat de huisarts de persoon bij uitstek is die van dergelijke informatie op de hoogte is en daar dus ook kan op inspelen.

Een tweede element dat lijkt te verschillen is het feit dat in het artikel van Van Bokhoven[3] de patiënten over het algemeen weigerachtig stonden ten opzichte van alternatieven voor een bloedafname. Ze waren niet geneigd de huisarts te volgen wanneer die voorstelde om bijvoorbeeld nog even af te wachten. De patiënten in deze studie daarentegen waren hierin veel meegaander. Hoewel sommigen toch enige reserves hierover leken te hebben, was voor de meesten het vertrouwen in de huisarts zo groot dat ze hem hierin zonder problemen leken te volgen. Dit kan mogelijks verklaard worden door het feit dat, zoals eerder gezegd, de meeste patiënten uit een en dezelfde praktijk kwamen. Het kan dus met andere woorden een praktijkspecifieke eigenschap zijn waarbij de huisarts in kwestie hier over het algemeen een zeer goede relatie had met zijn patiënten.

5.4. Besluit

Wanneer een patiënt op consultatie komt, is dit geen blanco blad dat voor ons zit. Hij of zij heeft bepaalde ideeën, verwachtingen en ongerustheden die hij meedraagt vanuit zijn of haar verleden. Dit slaat niet alleen op de zuivere medische voorgeschiedenis, maar ook op de relatie tussen arts en patiënt. Zoals vermeld in de resultaten stelden veel patiënten er een groot vertrouwen in dat de huisarts wel bloed zou afnemen als het nodig zou zijn, 'omdat hij het vroeger ook altijd deed'. Het lijkt dan ook uitermate belangrijk te zijn deze factoren zo vroeg mogelijk te ontdekken, zelfs als het gaat over op het eerste zicht positieve factoren zoals bijvoorbeeld een groot vertrouwen in de huisarts. Immers, een dergelijk vertrouwen zou er toe kunnen leiden dat de patiënt niet meer zelf achter een bloedafname vraagt, ook al wenst hij er een, en dat dit dan verder onbesproken blijft.
Vandaar het belang van de ICE-bevraging aan het begin van de consultatie. Deze behelst natuurlijk meer dan alleen bloedafnames en kan dus even goed gaan over voorschriften of verwijzingen. Maar als we de *expectations* al goed bevragen bij een patiënt die een bloedafname wenst, dan zou dit toch al aan het licht moeten komen. Dit mag echter niet voldoende zijn. Met andere woorden, als we in onze anamnese te weten komen dat een patiënt graag een bloedafname zou hebben, bestaat het risico dat we als arts tevreden zijn en ons zelf feliciteren dat we de verwachtingen van de patiënt hebben gevonden. Even belangrijk echter als te weten *dat* hij of zij een bloedonderzoek wenst *(expectations),* is te weten *waarom (ideas* en *concerns)*.

Nochtans is het niet zo dat artsen geen rekening houden met de gevoelens van de patiënt. Zo blijkt toch uit verschillende studies die aantonen dat ongerustheid bij de patiënt regelmatig

een belangrijke reden is om een onderzoek aan te vragen. Alleen kan men zich de vraag stellen of men hiermee wel de patiënt gerust stelt. Eerst en vooral is het in de studies niet meteen duidelijk in hoeverre de artsen daar de ongerustheid bij de patiënt effectief bevraagd hebben. Mogelijk percipiëren ze de patiënt als ongerust zonder dit verder te exploreren. Op die manier worden misschien onderzoeken aangevraagd die zowel de patiënt als de arts niet nodig vinden. Ten tweede is er het feit dat bij vrij veel van dergelijke onderzoeken ter geruststelling er vals positieve resultaten zijn die juist voor een extra ongerustheid zorgen. Tot slot is er de vaststelling van Van Bokhoven et al.[16] dat een bloedonderzoek laten uitvoeren geen invloed heeft op tevredenheid of ongerustheid van de patiënt.

Vaak zullen de kennis en expertise van de arts niet overeenstemmen met die van de patiënt en zal de arts liever geen bloedafname doen maar de patiënt wel. Dit kan van groot belang zijn, want zoals we zagen, zowel in de literatuur als in onze resultaten, stellen patiënten een groot belang en vertrouwen in een bloedonderzoek. Als we dan als arts hen dit niet 'gunnen', bestaat het gevaar dat ze het gevoel hebben dat hen iets belangrijks wordt ontzegt of dat ze zich niet serieus genomen voelen worden. Het is juist op deze momenten dat het belangrijk is de ideeën en verwachtingen te kennen opdat we erop kunnen inspelen en de patiënt kunnen meekrijgen in het beleid. Door dergelijke foute ideeën te herkennen en eventueel bij te sturen, kan men zowel het *praktische* ('Misschien heb ik toch geen bloedonderzoek nodig) als het *symbolische* ('ik word serieus genomen') belang van een onderzoek (cf. Kravitz et al.[20]) behandelen waardoor patiënten toch met een tevreden gevoel de consultatie kunnen verlaten.

Toch vraagt het veel vaardigheden en ervaring om al deze achterliggende factoren consequent naar voren te brengen én ook te bespreken (ik spreek hier onder meer uit eigen ervaring). Vooral gezien het feit dat we als arts dikwijls toch in tijd beperkt zijn. Zoals Peltenburg[18] concludeert, lijkt niet de totale duur van de consultatie belangrijk te zijn als het op patiëntentevredenheid aankomt, maar wel de tijd die de arts spendeert aan enkele specifieke aspecten van het consult.

Als huisarts hebben we hier wel een voordeel ten opzichte van andere artsen. Eerst en vooral doordat we onze patiënten over het algemeen beter kennen, waardoor we ook beter op de hoogte zouden moeten zijn van relevante voorgeschiedenis of eigenschappen. Maar ook doordat we dikwijls toch een meer vertrouwelijke relatie hebben met de patiënt. Idealiter kunnen in een dergelijke relatie arts en patiënt meer open praten over alle gezondheidsgerelateerde problemen, waardoor een patiënt gemakkelijker zijn verwachtingen tot uiting kan brengen. Het mag natuurlijk niet de bedoeling zijn, zoals Kravitz[3] suggereerde,

dat doordat de patiënt er gemakkelijker om vraagt, de huisarts ook automatisch meer aanvragen uitschrijft. Men moet dit volgens mij eerder zien als een opportuniteit voor de huisarts zelf. Immers als in een goede arts-patiënt relatie de patiënt gemakkelijker kan praten tegenover de dokter , moet dit ook in omgekeerde zin gelden. Een goede verstandhouding met de patiënt zou het voor de arts gemakkelijker moeten maken eventuele foute verwachtingen van de patiënt en eventuele alternatieven te bespreken.

Een goede communicatie is echter niet alleen belangrijk *voor* de bloedafname. Ook nadien bij het bespreken van de resultaten leek het belangrijk te zijn dat er minstens toch enig contact was met de dokter en dat de resultaten kort overlopen werden. De (weinige) patiënten bij wie er slechts contact was indien er iets abnormaals was leken hier immers toch ook hun bedenkingen bij te hebben en zelfs bij goede resultaten soms nog met vragen te blijven zitten. Idealiter zou de arts indien hij op voorhand de verwachtingen van de patiënt achterhaald heeft, op dit moment ook kunnen of moeten controleren of er hiermee aan zijn of haar verwachtingen is voldaan. Voor de meesten leek hier een telefoontje te volstaan, maar men kan verwachten dat anderen misschien graag hiervoor nog eens langskomen. Het op voorhand bespreken en duidelijke afspraken maken lijken opnieuw belangrijk te zijn.

In de literatuur vonden we geen duidelijk antwoord op de vraag wat nu de precieze invloed was op de patiëntentevredenheid of -ongerustheid van het al dan niet aanvragen van een bloedonderzoek. Sommigen studies zagen dat patiënten duidelijk minder tevreden waren wanneer er geen test gebeurde, daar waar anderen geen invloed zagen van het aanvraaggedrag. Zoals eerder vermeld lijkt dit erop te wijzen dat andere achterliggende factoren hier ook een belangrijke rol spelen. Uit mijn resultaten blijkt dat naast het vertrouwen in de huisarts, het ook belangrijk was voor de patiënt dat er uitleg werd gegeven of dat er alternatieven werden voorgesteld, waardoor hij of zij zich serieus genomen voelde worden. Dit komt ook naar voren uit een aantal andere studies Verder onderzoek naar hoe we dit als arts het best kunnen opvangen lijkt mij noodzakelijk, meer bepaald naar de rol van patiënteneducatie. Zo zou men kunnen kijken hoe zaken zoals patiëntenfolders met uitleg over bepaalde bloedonderzoeken kunnen helpen.

Concreet samengevat voor de praktijk

- Bevraag consequent het patiëntenspoor en durf hierbij doorvragen rond specifieke onderwerpen zoals bloedonderzoeken.
- Maak duidelijk waarom je wel of geen bloedonderzoek uitvoert. Koppel hierbij terug naar de ICE en bespreek eventueel alternatieven

- Maak duidelijke afspraken rond de bespreking van de resultaten, en probeer er voor te zorgen dat er minstens een contactmoment is, tenzij anders afgesproken. Voor velen lijkt een telefoontje te volstaan, maar laat de mogelijkheid tot een nieuwe consultatie open, vooral bij moeilijke besprekingen.
- Gezien de tegenstrijdige resultaten in de literatuur lijkt meer onderzoek te moeten gebeuren naar welke factoren een invloed hebben op de patiëntentevredenheid bij weigering van de huisarts tot een bloedonderzoek, bijvoorbeeld naar de rol van patiënteneducatie.

6 Bijlagen

6.1 Literatuurlijst

1. Rolfe A, Burton C Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2013 Mar 25;173(6):407-16.

2. van Ravesteijn H, van Dijk I, Darmon D, van de Laar F, Lucassen P, Hartman TO, van Weel C, Speckens A. The reassuring value of diagnostic tests: a systematic review. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):3-8.

3. 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 Dec 13;7:75.

4. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Ann Intern Med. 2002 May 7;136(9):652-9.

5. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Kelly-Reif S, Krupat E, Thom DH. Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it? Arch Intern Med. 2003 Jul 28;163(14):1673-81.

6. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. Arch Intern Med. 2001 Sep 10;161(16):1977-84.

7. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. Med Decis Making. 2003 May-Jun;23(3):226-31.

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

9. Guthrie B. Why do general practitioners take blood? A cross-sectional study of use of

blood tests in UK general practice. Eur J Gen Pract. 2009; 7(4):138-160.

10. Haggerty J, Tudiver F, Brown JB, Herbert C, Ciampi A, Guibert R. Patients' anxiety and expectations: how they influence family physicians' decisions to order cancer screening tests. Can Fam Physician. 2005 Dec;51:1658-9.

11. Tudiver F, Guibert R, Haggerty J, Ciampi A, et al. What influences family physicians' cancer screening decisions when practice guidelines are unclear or conflicting? J Fam Pract. 2002 Sep;51(9):760.

12. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. Fam Pract. 2002 Oct;19(5):476-83.

13. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 2002 Nov;17(11):817-24.

14. Houben PH, Winkens RA, van der Weijden T, Vossen RC, Naus AJ, Grol RP. Reasons for ordering laboratory tests and relationship with frequency of abnormal results Scand J Prim Health Care. 2010 Mar;28(1):18-23.

15. Houben PH, van der Weijden T, Winkens B, Winkens RA, Grol RP. Pretest expectations strongly influence interpretation of abnormal laboratory results and further management. BMC Fam Pract. 2010 Feb 16;11:13.7

16. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, Bindels PJ, Dinant GJ. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. Ann Fam Med. 2009 Mar-Apr;7(2):112-20. doi: 10.1370/afm.958.

17. Tähepold H, van den Brink-Muinen A, Maaroos HI. Patient expectations from consultation with family physician. Croat Med J. 2006 Feb;47(1):148-54.

18. Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A. The unexpected in primary care: a multicenter study on the emergence of unvoiced patient agenda. Ann Fam Med. 2004 Nov-Dec;2(6):534-40.

19. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Krupat E, Kelly-Reif S, Thom D. Request fulfillment in office practice: antecedents and relationship to outcomes. Med Care. 2002 Jan;40(1):38-51.

20. Kravitz RL, Callahan EJ. Patients' perceptions of omitted examinations and tests: A qualitative analysis. J Gen Intern Med. 2000 Jan;15(1):38-45.

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

6.2 Protocol

Doel: Verwachtingen en kennis van patiënten omtrent bloedafnames onderzoeken met als doel als arts hierop beter te kunnen inspelen.

Methode: Kwalitatieve studie door middel van interviews (zie bijlagen)

Streefdoel aantal patiënten: tot datasaturatie. Op basis van andere studies wordt dit geschat op een 20-tal

Rekrutering: Ik zou mijn onderzoek uitvoeren in twee bevriende praktijken

Huisartsenpraktijk Dr. Dirk Bourgois (solopraktijk)
Gasmeterlaan 60,
9000 Gent
09 225 60 08

Huisartsenpraktijk Dr. Luc Van Renterghem (duopraktijk)
Pinksterbloemstraat 6,
9030 Mariakerke
09 226 60 65

Aan de patiënten bij wie er een bloedafname gebeurt wordt gevraagd of ze bereid zouden zijn deel te nemen aan het onderzoek en of het in orde is dat ik op een later moment eens langskom bij hen thuis om het interview af te nemen. Bloedafnames ter controle van stolling worden niet opgenomen. Verder wordt er geen filtering gedaan op basis van bv leeftijd, geslacht of aanmeldingsklacht. Er wordt een folder meegegeven met de uitleg erbij. Op het moment dat ik langskom leg ik nogmaals uit dat alles anoniem verwerkt wordt en enkel gebruikt wordt voor deze thesis. Het gesprek wordt opgenomen, maar niet gefilmd. Het document ter kennisname en goedkeuring hiervan wordt op dat moment ondertekend. Aan de huisarts wordt verder nog de medische voorgeschiedenis bevraagd.

Verwachte periode: afhankelijk van goedkeuring ethisch comité. 3 maanden. Verwacht maart tot mei 2015.

Verwerking van de gegevens: coderen en categoriseren van de data met behulp van het programma Nvivo 10, beschikbaar via het athena platform van UGent. De demografische gegevens worden enkel gebruikt ter beschrijving. Het is niet de bedoeling om statistische significanties aan te tonen. Eens mijn masterthesis is afgewerkt en ik geslaagd ben voor dit onderdeel zullen alle opnames verwijderd worden.

6.3 Vragen / topics

Expectations

Waarom heeft u uw bloed laten testen?

Wat verwacht u van deze resultaten? Wat wilt u ermee bereiken?

Welke bloedtesten wilt u dat er gecontroleerd worden?

Vraagt u zelf expliciet achter een bloedafname?

Wat als de dokter zou voorstellen om nog eventjes af te wachten met bloedafnames?

Ideas

Is het volgens u zinvol om op regelmatige tijdtippen (bv jaarlijks) uw bloed te laten controleren?

Wat betekent het voor u als uw bloedwaarden volledig normaal of goed zijn?

Concerns

Bent u ongerust over de uitslagen?

Hoe verneemt u de resultaten?

Hoe voelt u zich achteraf?

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

6.4 Informatie voor de patiënt

Project:
Kennis en verwachtingen van patiënten in verband met bloedafnames.

Beschrijving en doel van het project.
U heeft net bij uw huisarts een bloedafname laten uitvoeren. In het kader van een thesis in zijn opleiding tot huisarts voert dr Benedict Rys in opdracht van het ICHO een onderzoek uit naar hoe patiënten omgaan met dergelijke bloedafnames. Wij vragen u vriendelijk of dr. Rys u een van de volgende dagen telefonisch mag contacteren. Hij zal dan als u het goed vindt een afspraak maken om u hierover een aantal vragen te stellen. Deze zullen gaan over uw kennis en verwachtingen rond bloedafnames (Vraagt u er zelf om? Wat hoopt u er mee te bereiken? ...). Voor zijn onderzoek zal hij immers een groep volwassen patiënten ondervragen die allen een bloedonderzoek ondergaan. Deze gegevens hoopt hij dan te bundelen om zo een beeld te krijgen over hoe u als patiënt omgaat met en kijkt naar een bloedonderzoek. Dit alles zal ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen. Dit gesprek zal worden opgenomen, maar niet gefilmd. Deze opnames worden enkel gebruikt voor dit onderzoek en alleen maar om uw antwoorden zo correct mogelijk te registreren. Na de studie worden deze volledig verwijderd.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. An De Sutter.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op de relatie met de behandelende artsen. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen
Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe en betere inzichten in de relatie tussen arts en patiënt en zo ook tot een betere hulpverlening.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.



ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

6.5 Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De patiënt kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts. Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker:	Naam Patiënt
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0301	26-mrt-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kennis en verwachtingen van patiënten omtrent bloedafnames (Manama Benedict Rys)

Belgisch Registratienummer: B670201524288

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 12/03/2015 op opmerkingen EC dd. 10/03/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 12/03/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. dd. 12/03/2015)
* Vragenlijst interview (aangepaste versie ontv. dd. 12/03/2015)
* Protocol (aangepaste versie ontv. dd. 12/03/2015)
* Literatuurstudie (aangepaste versie ontv. dd. 12/03/2015)

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/03/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 11/03/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/03/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 11/03/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/03/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/03/2015

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0301	26-mrt-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0301

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

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. J. DE MAESENEER

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be