Wat zijn de verwachtingen van de patiënt bij de vraag naar een standaard check-up labo.

Dr. Liesbeth Cuyckens (Ugent)

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts (Ugent)

Co-promotoren: Dr. Luc Present (Huisarts, Ugent)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2016

Voorwoord

Het schrijven van een masterproef is een onderdeel van elke master en master na master opleiding. In deze specifieke 'master na master huisartsgeneeskunde' gaat er het er om dat je met een kritische kijk je opleidingspraktijk onder de loop neemt en één specifiek aspect van de praktijk beter gaat bestuderen. Ik koos er voor om een masterproef te schrijven over de algemene check-up labo's.

Naast de kritische kijk op de praktijk is het doel van de masterproef om je als student te bewijzen dat je op een zelfstandige manier informatie kunt opzoeken en verwerken en nieuwe gegevens kunt verwerven en rapporteren.

Bij het tot stand komen van deze masterproef werd ik gesteund door heel wat personen. Zo zou ik graag Prof. Dr. Dirk Avonts willen bedanken om het promotorschap op zich te nemen en mij te ondersteunen bij de inhoudelijke aspecten van deze masterproef. In tweede instantie wens ik mijn dank te betuigen aan Dr. Luc Present voor het co-promotorschap. Ondanks zijn eigen drukke praktijk was hij bereid deze masterproef na te lezen. Een zeer grote dank u gaat uit naar Ilse De Cooman, mijn praktijkopleider. Op de juiste momenten was ze daar om mij te motiveren en net dat duwtje in de rug te geven. Ze zorgde ervoor dat de vragenlijsten vlot de deur uitgingen en was telkens opnieuw geïnteresseerd in de stand van zaken.

Tenslotte wens ik nog mijn ouders en vrienden te bedanken. Het was bij hen dat ik ging aankloppen voor de morele steun op momenten dat ik er even geen zin meer in had.

Inhoudstafel

1. ABSTRACT 1
2. INLEIDING 2
2.1 Laboratoriumonderzoek in de huisartsenpraktijk. 2
2.2 Wat is een standaard check-up labo? 4
2.3 Verwachtingen van de patiënt bij laboratoriumonderzoek. 8
2.4 Onderzoeksvraag 9
3. METHODOLOGIE 11
3.1 Subjects 11
3.2 Vragenlijst 11
3.3 Analyses 12
4. RESULTATEN 13
4.1 Descriptieve parameters 13
4.2 Belang voor de patiënt (vraag 3 -4) 13
4.3 Verwachtingen van de patiënt (vraag 5 en 9-11) 14
4.4 Geruststelling en resultaten (vraag 6-8 en 12-14) 18
5. DISCUSSIE 21
5.1 Limitaties 22
5.2 Implementatie naar de praktijk 23
5.3 Besluit 25
6. LITERATUUR 27
7. BIJLAGEN I
Bijlage 1: Kosten laboratoriumonderzoek I
Bijlage 2: Inadequaat aanvraaggedrag I
Bijlage 3: Achtergrondinformatie bij de aan te vragen testen. II
Bijlage 4: FINDRISC vragenlijst VII
Bijlage 5: Vragenlijst VIII
Bijlage 6: Goedgekeurd Protocol XI
Bijlage 7: Gunstig advies Ethisch Comité XIII

1. ABSTRACT

Inleiding: Voor de huisarts is het afnemen van een check-up labo dagelijkse praktijk. Patiënten komen op consultatie met de vraag om eens alles in hun bloed te controleren zonder dat er klachten aanwezig zijn. Het aantal laboratoriumonderzoeken is de laatste jaren fors toegenomen waarbij het check-up labo de derde meest voorkomende reden is om bloed te trekken. Duidelijke richtlijnen rond een check-up labo zijn er niet, waardoor het verschil tussen artsen onderling groot is en er bovendien heel wat testen worden aangevraagd die als inadequaat kunnen worden beschouwd. Voor de patiënt is het check-up labo een belangrijke indicator om na te gaan of ze gezond zijn. Normale resultaten worden door hen gelijkgesteld met een normale gezondheidsstatus. Verder verwachten patiënten dat met een preventief labo pathologieën vroegtijdig kunnen worden gedetecteerd en dus worden behandeld.

Doelstelling: Het doel van deze studie was om na te gaan wat patiënten vandaag belangrijk vinden bij de vraag naar een check-up labo en hoe er als arts beter kan gecommuniceerd worden met de patiënt rekening houdend met deze verwachtingen.

Methodologie: In deze studie werden 49 patiënten geïncludeerd met een leeftijd tussen 40 en 85 jaar. Al deze patiënten vulden de door de onderzoeker zelf opgestelde vragenlijst in. Deze vragenlijst werd gecodeerd in SPSS. Naast beschrijvende statistiek werd door middel van de Mann-Whitney U-test nagegaan of er verschillen zijn in de verwachtingen tussen mannen en vrouwen. Verschillen tussen de leeftijdscategorieën werden onderzocht door gebruik te maken van de Kruskal-Wallis test.

Resultaten: 69.4% van de patiënten die een check-up labo laten uitvoeren, laten dit jaarlijks doen. Dit wordt door de patiënt belangrijk (38.8%) tot zeer belangrijk (38.8%) geacht. Een significant verschil (α=0.006 en α=0.032) kan worden waargenomen tussen de verschillende leeftijdscategorieën. De belangrijkste reden waarom patiënten een check-up labo laten uitvoeren is om na te gaan of ze gezond zijn (91.8%). Bij normale resultaten geeft 93.9% aan gerustgesteld te zijn, bij afwijkende resultaten – ondanks dat de arts gerust is – is nog slechts 73.5% gerustgesteld. De analyses waarvan het meest verwacht wordt dat ze worden aangevraagd zijn cholesterol (85.7%), glucose (71.4%), PBO (63,3%), leverfunctie (63.3%) en screening naar kanker (59.2%). Vrouwen verwachten significant (α = 0.044) meer dan mannen dat er hormonen worden bepaald, patiënten tussen [50-59] en [60-69] verwachten t.o.v. de andere leeftijdsklassen significant (α = 0019) meer dat de cholesterol wordt nagekeken. 89.8% vindt dat er voldoende informatie werd verkregen door de arts bij het bespreken van de resultaten.

Conclusie: Patiënten vinden het belangrijk om op frequente basis een check-up labo te laten uitvoeren. De verwachtingen die ze hier bij hebben, liggen hoger dan wat in de richtlijnen wordt aangeraden. Bovendien lijkt het erop dat patiënten een groot geloof hebben in de mogelijkheden van het labo-onderzoek waarbij een normaal resultaat een grote geruststelling is naar hun gezondheid toe, maar een afwijkend resultaat snel twijfel oproept. Op basis van de bevindingen werden communicatietips ontwikkeld die in de praktijk van toepassing zijn om de verwachting van de patiënt te achterhalen en misverstanden te vermijden.

2. INLEIDING

Voor vele patiënten is de huisarts de eerste bij wie ze langsgaan bij kleine en grote kwalen, maar ook een algemeen gezondheidsonderzoek is voor vele van deze patiënten belangrijk. Zonder klachten komen ze bij de huisarts met de vraag naar een algemene check-up. “Controleer eens alles in mijn bloed, dokter”. Het is niet alleen de oudere generatie die dit belangrijk acht. Ook steeds meer jongere mensen komen op consultatie voor een bloedafname met de vraag om alles te controleren.

Alle testen aanvragen bij een algemeen bloedonderzoek waar er geen specifieke klachten op de voorgrond staan, wordt ten zeerste afgeraden omwille van het risico op vals-positieve resultaten en gaat gepaard met een enorme kost voor de patiënt en maatschappij. (Bijlage 1) Maar welke testen zouden er dan wel moeten worden aangevraagd?

In onderstaand literatuuronderzoek wordt er verder ingegaan op welke patiënt een bloedonderzoek laat verrichten en waarom. Er wordt nagegaan welke laboratoriumtesten er volgens de huidige richtlijnen dienen aangevraagd te worden bij een standaard check-up labo en tenslotte wordt beschreven wat er in de literatuur reeds gekend is over de verwachten van de patiënt bij de vraag van zo’n laboratoriumonderzoek.

2.1 Laboratoriumonderzoek in de huisartsenpraktijk.

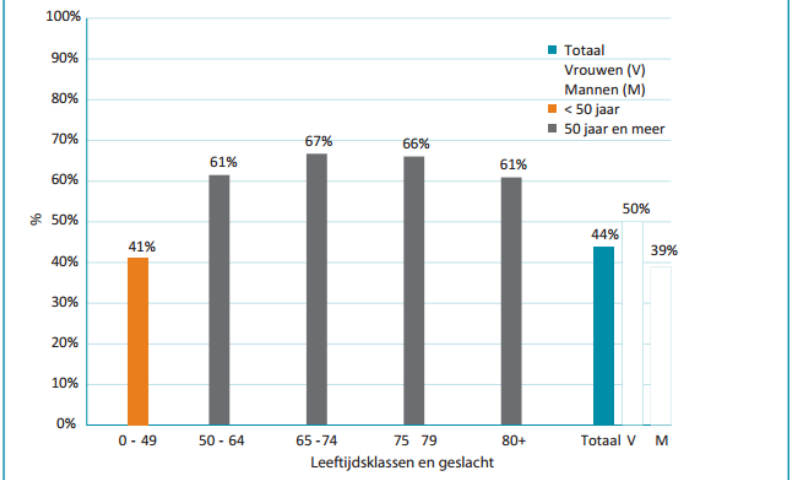
Patiënten gaan naar hun huisarts voor allerlei redenen gaande van somatische problemen (50%), preventieve consulten (19%) en psychische problemen (12%) tot sociale problemen (4%), opvolging van zwangerschap (4%) en administratieve taken (4.5%).(1) Het is zo dat de relatie tussen de huisarts en de patiënt zo gegroeid is, dat de patiënt in de meeste gevallen (91%) beslist wat er tijdens een consult op het programma staat. Zo blijkt uit een Scandinavische studie dat bij de meerderheid van de consulten de patiënt meer dan één probleem/vraag heeft en dat meer dan een derde van de patiënten tijdens zijn consult een vraag heeft betreffende preventieve gezondheidsmaatregelen.(1) Hieruit kan worden besloten dat gezondheid en preventie van ziekten voor de patiënt een belangrijk punt is. Wanneer de arts zelf bepaald wat tijdens een consult wordt besproken, betreft dit in meer dan 50% van de gevallen een voorstel tot een preventieve maatregel.(1)

Het uitvoeren van een bloedafname in de huisartsenpraktijk zou in ongeveer 30% van de consultaties aan bod komen. Dit zowel op vraag van de patiënt zelf als omwille van de arts die verkiest een laboratoriumonderzoek uit te voeren. Anderzijds zou het stellen van de diagnose of het opstellen van het beleid in 70% afhankelijk zijn van een bloedafname.(2) Hoewel de vraag en de verwachting van de patiënt naar een laboratoriumonderzoek groot is, kan de arts ook nog maar moeilijk zonder.(2)

Algemeen worden er wereldwijd te veel labo-onderzoeken aangevraagd en is het aantal met de jaren alleen maar toegenomen.(2-7) Cijfers uit G-B tonen aan dat tussen 2002 en 2005 het aantal aanvragen met 20% is toegenomen en tussen 2005 en 2009 met nog eens 24%.(3) Ook in België blijkt uit cijfers van het RIZIV dat tussen 1995 en 2005 de laboratoriumtesten met minimum 50% zijn toegenomen.(4) De meest frequente reden waarom laboratoriumtesten worden aangevraagd volgens het KCE is in kader van de opvolging van een behandeling of van een chronische pathologie (55.5%). Op de tweede plaats komt het labo in functie van diagnostiek (20%) en als derde gaat het om een algemene check up of preventie (10%). Tenslotte worden er ook laboratoriumtesten aangevraagd op vraag van de patiënt zelf (4%).(4)

Het tijdsinterval tussen 2 aanvragen is beduidend hoger bij patiënten met chronische medicatie en dus een chronische pathologie t.o.v. patiënten zonder chronische medicatie. Respectievelijk 3.9 maand t.o.v. 6.6 maand.(4) Van alle patiënten die geen klachten, symptomen of risicofactoren vertonen heeft 44% minstens één laboratoriumtest laten uitvoeren in een tijdspanne van 2 jaar. Hierbij laten vrouwen beduidend meer een test uitvoeren dan mannen, namelijk 50% ten opzichte van 39%. Cijfers van het RIZIV geven aan dan 41% van de personen jonger dan 50 jaar minstens om de 2 jaar hun bloed laten trekken.(5)

Grafiek 1 – Percentages van "gewone patiënten" die tussen 2006 en 2008 aan testen klinische biologie zijn onderworpen (volgens leeftijdsklasse en geslacht)



Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

Het groeiend aandeel van aanvragen in de huisartsenpraktijk heeft verschillende redenen. Enkele hiervan zijn het stijgend aantal chronische patiënten, het routinematig aanvraaggedrag van de arts, het gevoel van onzekerheid bij artsen indien bepaalde testen niet worden aangevraagd, tijdsdruk en

ter geruststelling van patiënten.(4) Uit deze opsomming wordt duidelijk dat inadequaat aanvraaggedrag een belangrijke rol speelt in de toename van het aantal laboratoriumtesten.(4-5) (bijlage 2)

Onderzoek heeft uitgewezen dat 30% van de aangevraagde testen eigenlijk overbodig zijn en dus niet behoren tot de aangeraden testen volgens de bestaande richtlijnen.(2) Het aanvragen van overbodige testen heeft echter heel wat nadelen tot gevolg.(4-7) Eén van de nadelen van het stijgend aantal testen is namelijk dat dit gepaard gaat met een toenemend aantal vals positieve resultaten.(4,6-8) Dit omdat er voor elke laboratoriumtest een referentiewaarde wordt vastgelegd gebaseerd op bepalingen bij gezonde mensen. De grenzen van deze referentiewaarden zijn vastgelegd op de 2,5^{e} en 97,5^{e} percentiel. Met andere woorden zal er bij 5% van de gezonde personen toch een afwijkende uitslag worden teruggevonden zonder dat er een onderliggende pathologie aanwezig is. Hoe meer testen er dus worden aangevraagd bij een check-up labo hoe groter de kans is dat er een afwijkende waarde zal tussen zitten. Als er 5 laboratoriumtesten worden aangevraagd is de kans op een afwijkende waarde al 23%.(5) Deze afwijkende waarden leiden er vervolgens toe dat er onnodig meer testen worden aangevraagd en zelfs onnodig verdere onderzoeken worden gepland of behandelingen worden opgestart, die mogelijks schade kunnen berokkenen aan de patiënt.(4,6-8) Het is dus van groot belang dat bij een standaard check-up labo of bij patiënten met vage klachten het aantal testen zo beperkt mogelijk blijft.(4-5)

2.2 Wat is een standaard check-up labo?

Eenduidige richtlijnen over wat een standaard labo exact inhoudt is op dit moment nog steeds niet beschikbaar. Zowel domus medica als het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg hebben adviezen opgesteld op basis van de beschikbare literatuur in verband met laboratorium testen in de huisartsenpraktijk. De richtlijnen van domus medica zijn echter gericht op klachten en aandoeningen en zijn dus weinig van toepassing bij de vraag naar een check-up labo.

Van alle redenen om een bloedonderzoek uit te voeren wordt ongeveer 10% aangevraagd in kader van een algemene check-up of preventie. Het behoort tot de 4 frequentste indicaties naast diabetes mellitus, hypertensie en algemene vermoeidheid.(4) Het NHG stelt zelfs dat 25-30% van alle laboratoriumonderzoeken in het kader van een algemene check-up zijn en dus de meest voorkomende indicatie is.(5) Het onderzoek van het KCE toont aan dat bij de vraag naar een check-up labo 6-14% van de aangevraagde testen behoort tot de groep van aanbevolen testen, 46% behoort tot de groep van niet aanbevolen testen en 38% behoort tot de groep van ongepaste testen. Met ‘aanbevolen testen’ worden de laboratoriumtesten bedoeld die voor de desbetreffende indicatie volgens de richtlijnen dienen aangevraagd te worden. De ‘niet aanbevolen testen’ wijzen op de laboratoriumtesten die zijn

aangevraagd in kader van een andere indicatie dan de hoofdindicatie en de 'ongepaste testen' tenslotte betreffen deze laboratoriumtesten die niet behoren tot de volgens de richtlijnen aangeraden testen en waarvoor ook geen andere indicatie werd opgegeven die het aanvraaggedrag zou kunnen verklaren.(4, 7)

De testen die worden aangevraagd bij een check-up labo verschillen van arts tot arts. De verschillen in het aanvraaggedrag zijn zelfs uitgesproken.(4) Bij nazicht in de praktijk van de onderzoeker zelf – waar 3 artsen werken – blijkt dat 'arts A' 27 testen aanvraagt per check-up labo, 'arts B' 17 testen en 'arts C' 11 testen. Dit alles toont duidelijk aan dat bij de huisartsen de richtlijnen betreffende een standaard labo niet gekend zijn en dat er nood is aan meer eenduidigheid.(4) Nochtans blijkt dat rationeel aanvragen van laboratoriumtesten – m.a.w. doordacht en onderbouwd door wetenschappelijke literatuur – een positief effect heeft op enerzijds de kost voor de maatschappij en anderzijds op een betere patiëntenzorg.(6,7)

Aanbeveling KCE

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de aanbevelingen betreffende laboratoriumonderzoek uit andere richtlijnen. Voor de algemene check-up meer bepaald op de NHG richtlijnen. Een graad van evidentie is niet gekend. Het bloedonderzoek voor vage klachten wordt in deze aanbeveling ook gelijk gesteld aan het bloedonderzoek bij een algemene check-up. De auteurs van de KCE aanbevelingen 'laboratoriumtesten in de huisartsengeneeskunde' benadrukken wel het belang van het zo weinig mogelijk aanvragen van testen omwille van het relatief hoge risico op vals positieve resultaten bij asymptomatische patiënten.

De laboratoriumtesten die worden aangeraden zijn: hemoglobine; bloedbezinking; nuchtere glucose; creatinine; TSH (Thyroid stimulerend hormoon) en ALT (Alaline aminotransferase).

In deze aanbeveling wordt gesteld dat de bloedbezinking beter alleen bij symptomatische patiënten – met andere woorden bij patiënten met vage klachten – wordt bepaald, omdat het anders weinig tot geen waarde heeft. Verder geven deze aanbevelingen van het KCE geen specifieke voorwaarden op wat betreft leeftijd, geslacht, levensstijl of ras.

Aanbeveling NHG

De NHG richtlijnen benadrukken het belang van een zo beperkt mogelijk aantal testen aan te vragen met het oog op een zo klein mogelijke kans op vals-positieve resultaten.

De laboratoriumtesten die worden aangeraden zijn: hemoglobine; bloedbezinking; nuchtere glucose; creatinine; TSH en ALT.

Het NHG stelt dat het creatinine en het ALT beter op indicatie worden aangevraagd. Voorbeeld bij ouderen die vaker een verminderde nierfunctie hebben, of indien het uitsluiten van leveraandoening gewenst is. Dit omdat beide screenen naar aandoeningen die weinig frequent zijn in de huisartsenpraktijk. Bovendien gaat het bepalen van ALT samen met veel vals-positieve uitslagen.

Aanbeveling RIZIV

In hun brochure rond rationeel voorschrijven van testen beschrijven ze de te plannen testen bij een screening van de gewone patiënt. Dit is een patiënt zonder klachten, symptomen of risicofactoren op basis van leeftijd en geslacht. Ze stellen voor te screenen naar twee veel voorkomende aandoeningen in onze maatschappij. Namelijk het cardiovasculair risico en diabetes mellitus type 2. Hierbij zou iedereen vanaf 50 jaar om de vijf jaar een cardiovasculaire screening moeten laten uitvoeren en iedereen vanaf 65 jaarlijks een screening naar suikerziekte.

De laboratoriumtesten die worden aangeraden zijn: Bij alle personen ouder dan 50 jaar wordt aangeraden het 10-jaars cardiovasculair risico te bepalen door middel van een bepaling van het totale cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol en de triglyceriden. Vanaf 65 jaar wordt een nuchtere glucose bepaling aangeraden.

Om het 10-jaars cardiovasculair risico in te schatten, wordt gebruik gemaakt van het lipidenbalan. Hierbij is vooral de bepaling van het totale cholesterol en de HDL belangrijk. De bepaling van LDL en de triglyceriden is eerder facultatief. Bij normale waarden dient de test pas na 5 jaar herhaalt te worden. Een nuchtere glycemiewaarde wordt jaarlijks aanbevolen vanaf 65 jaar. Volgens het RIZIV is het risico op DM type 2 onder de 65 jaar te laag om tot screening over te gaan.(6) Nog een belangrijke noot bij deze leeftijden is dat deze niet gelden voor patiënten van andere etnische rassen. Zo hebben Zuid-Aziaten tot twee maal meer kans op coronaire hartziekten en hebben patiënten van het negroïde ras op jongere leeftijd te maken met arteriële hypertensie.(9) DM type 2 komt dan bij Turken en Marokkanen op veel jongere leeftijd voor, meer bepaald 10 jaar vroeger bij patiënten van Turkse origine en 20 jaar vroeger bij patiënten van Marokkaanse origine.(10)

Verder stelt het RIZIV dat screening van schildklierlijden, nefropathie, leverziekten, een tekort aan Vit B12 en prostaatkanker bij de gewone patiënt niet aan te raden zijn. Alleen bij de aanwezigheid van specifieke klachten zou het nuttig zijn deze testen aan te vragen.

Aanbeveling Domus Medica

Hoewel Domus Medica geen specifieke aanbeveling heeft opgesteld betreffende een algemene check up, geeft het wel aan wanneer een screening naar een bepaalde pathologie dient te worden aangewend. Zo geeft ‘Aanvraag van laboratoriumtest door huisartsen’ een overzicht van de aan te

vragen testen voor een aantal frequent in de huisartsenpraktijk voorkomende aandoeningen. Dit zowel voor screening naar als voor opvolging van de aandoening.

De laboratoriumtesten die worden aangeraden zijn de verhouding van de totale cholesterol op HDL-cholesterol vanaf de leeftijd van 50 jaar en een nuchtere glucose vanaf de leeftijd van 65 jaar.

Domus Medica stelt dat het cardiovasculair risico vanaf 40 jaar moeten worden ingeschat aan de hand van de SCORE-risicotabel. In kader van screening bij de gezonde patiënt wordt vanaf 50 jaar aangeraden dit aan te vullen met een bloedonderzoek, meer bepaald een cholesterolbepaling. Screening naar Diabetes Mellitus type II dient te gebeuren bij ieder gezond individu vanaf 65 jaar. Ook hier gelden deze leeftijden enkel voor het Kaukasische ras. Systematische screening naar leveraandoeningen bij patiënten zonder klachten of zonder specifieke risicofactoren wordt niet aangeraden omwille van een lage incidentie en prevalentie in de huisartsenpraktijk bij deze patiënten. Om die zelfde reden is screening naar chronische nierinsufficiëntie niet nuttig. Patiënten met schildklieraandoeningen zijn zelden asymptomatisch en de asymptomatische vormen vereisen geen behandeling. Ook hier wordt screening dus niet aanbevolen. Screening naar SOA's bij gezonde individuen kan dan weer wanneer de patiënt zelf ongerust zou zijn.

Aanbeveling thesis 'rationeel voorschrijven van klinische biologietesten in de huisartsenpraktijk'

In dit thesisonderzoek worden de verschillende richtlijnen nader bestudeerd en wordt een voorstel gedaan rekening houdend met de beschikbare richtlijnen.

De laboratoriumtesten die worden aangeraden zijn:

- Hemoglobine
- Bloedbezinking
- Nuchtere glucose
- Creatinine
- TSH (Thyroid stimulerend hormoon)
- ALT (Alaline aminotransferase)
- Totale cholesterol
- HDL
- LDL
- Triglyceriden

De keuze om deze 10 analyses op te nemen in een algemeen check-up labo is gebaseerd op de laboratoriumonderzoeken die naar voor komen in de verschillende richtlijnen. Het voorstel is om het check-up labo jaarlijks te herhalen zo de resultaten binnen de normale range vallen. (Bijlage 3)

Opmerkingen

De recent vernieuwde richtlijn betreffende diabetes mellitus type II raadt een screening bij asymptomatische patiënten af. Er wordt uitgegaan van een opportunistische screening nadat – op basis van de FINDRISC vragenlijst bij alle 40-plussers (vanaf 25 jaar voor personen van Turkse, Marokkaanse of Oost-Aziatische afkomst) – het risico op de aandoening is ingeschat. Alleen bij de hoogrisicogroep (FINDRISC ≥ 12) wordt een bloedafname aangeraden.(Bijlage 4) Bij een normale nuchtere glucosewaarde maar met een verhoogd risico is een jaarlijkse controle aangewezen. Zo er geen verhoogd risico op diabetes is, is een driejaarlijkse herhaling van het risico inschatten voldoende.(11)

In bovenstaande aanbevelingen betreft het telkens een aanbeveling omtrent de gezonde patiënt. Dit is een patiënt zonder klachten of risicofactoren. Aangezien dit niet steeds strookt met de patiënt in de praktijk die vraagt naar een algemene check-up, dient te worden vermeld dat de patiënt met de specifieke vraag naar een algemeen bloedonderzoek steeds holistisch benaderd moet worden zoals het in rekening brengen van de familiale voorgeschiedenis, persoonlijke voorgeschiedenis en de persoonlijke risicofactoren. Meer specifieke aanbevelingen bij patiënten met risicofactoren of klachten zijn terug te vinden in de vermelde richtlijnen.

Een gepast interval tussen 2 bloedafnames wordt in geen enkele richtlijn aangehaald met uitzondering van de aanbeveling van het RIZIV en Domus Medica. Zoals in het thesisonderzoek van Dr. Jasmine Naus wordt aangehaald lijkt een jaarlijkse herhaling de algemene tendens.(12)

2.3 Verwachtingen van de patiënt bij laboratoriumonderzoek.

Hoewel er ondertussen door educatie, het internet, media en het verdwijnen van ‘Mr. Doktoor’ zou kunnen verwacht worden dat er al heel wat veranderingen hebben plaatsgevonden in het landschap van verwachtingen van de patiënt, blijkt dit niet zo te zijn. Het aantal studies betreffende dit onderwerp zijn echter schaars, met een laatste gepubliceerde studie betreffende dit onderwerp in 2006. Onderzoeken rond de algemene verwachtingen van de patiënt aangaande hun huisarts zijn echter wel uitgevoerd.

Patiënten gaan naar hun huisarts met de verwachting een antwoord te krijgen op wat hun bezig houdt, zodanig dat ze hun problemen of bezorgdheden kunnen kaderen. Ze verwachten hierbij een vriendelijke en empathische arts die hen serieus neemt en voldoende de tijd neemt, inclusief een grondig klinisch onderzoek.(1) Ze verwachten zelf mee inspraak te hebben bij welke arts ze op consultatie kunnen gaan en in het beleid dat wordt opgesteld. In deze studies is er echter geen sprake van verwachtingen naar laboratoriumonderzoek.

In 1995 kon een studie aantonen dat patiënten geloven dat door een jaarlijks check-up onderzoek allerlei pathologieën vroegtijdig kunnen gedetecteerd en genezen worden en dat een normaal onderzoek wijst op een normale gezondheidsstatus.(8, 13) Onderzoek uit 2006 naar waarom patiënten hun bloed laten trekken en wat hun verwachtingen zijn toonde gelijkaardige resultaten. Uit deze kwalitatieve studie blijkt dat patiënten het nuttig vinden om op regelmatige basis hun bloed te laten trekken – klachten of geen klachten. Sommige patiënten stellen zelfs dat een bloedafname bij klachten altijd zou moeten worden uitgevoerd en zeker wanneer de arts geen oorzaak voor de klacht heeft en dus geen diagnose kan stellen. In de ogen van de patiënt biedt een bloedafname de mogelijkheid om aan te tonen dat iemand gezond is of dat een diagnose – al doen niet vroegtijdig – gesteld kan worden of uitgesloten kan worden. Er wordt dan ook verwacht dat er naar alle mogelijke pathologieën wordt gescreend.(8)

Patiënten beschouwen een laboratoriumonderzoek als een belangrijke meerwaarde en verwachten dat letterlijk alles kan aangetoond of uitgesloten worden in het bloed, wat in groot contrast staat met de werkelijke mogelijkheden van een bloedonderzoek.(8,14) Patiënten geloven dat laboratoriumonderzoek betrouwbaar is en dat vals negatieve of vals positieve resultaten eerder zeldzaam zijn. Enerzijds geloven ze dat 'foute' resultaten het gevolg zijn van een menselijke fout of omdat de ziekte nog in een beginstadium verkeerd. Anderzijds zijn ze er van overtuigd dat bij een afwijkende waarde die niet overeenstemt met de presentatie van de patiënt er altijd verder onderzoek noodzakelijk is. Een volledig normaal bloedonderzoek stelt de patiënt dan weer gerust en is een teken dat ze in goede gezondheid verkeren. Het geeft hen een veilig gevoel.(8)

Zoals reeds aangehaald hebben patiënten grote verwachtingen van de mogelijkheden van een laboratoriumonderzoek. Het is echter belangrijk dat om een goede communicatie met de patiënt te bekomen, de arts ook op de hoogste is van deze verwachtingen. Heel wat communicatie fouten hebben namelijk als basis dat de arts denkt te weten wat de patiënt verwacht.(8)

2.4 Onderzoeksvraag

Doordat patiënten steeds meer bezig zijn met hun gezondheid, wordt er opgemerkt dat er als maar meer jonge mensen – naast de 50-plussers – op consultatie komen om hun bloed te laten trekken voor een algemene check-up. Het laatste onderzoek naar wat de patiënt eigenlijk verwacht van een dergelijk labo-onderzoek dateert ondertussen uit 2006. Met de veranderingen in onze samenleving waarbij patiënten berichten opvangen uit de media, internet en omgeving lijkt het nuttig om na te gaan wat patiënten verwachten van zo'n dergelijk onderzoek. Is er verandering opgetreden t.o.v. 1995 en 2006 of zien patiënten een laboratoriumonderzoek nog altijd als een soort eyeopener waarbij alles kan opgespoord worden en waarbij een volledig geruststellend onderzoek gelijk staat aan de

afwezigheid van om het even welke pathologie en waarbij elke pathologie duidelijk in het bloed zichtbaar is?

Op basis van deze resultaten is het uiteindelijke doel van deze praktijkstudie om na te gaan hoe we met de patiënt beter kunnen communiceren wanneer ze op consultatie komen voor een check-up labo met de vraag om alles te bekijken. Hoe kan er nagegaan worden wat de patiënt nu exact verwacht? Ook na de consultatie blijft de communicatie belangrijk. Op welke manier wil de patiënt zijn resultaten ontvangen en hoe leg je afwijkende resultaten uit?

3. METHODOLOGIE

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent op 11 mei 2015.(Bijlage 6-7)

3.1 Subjects

Aan patiënten die tussen 1 september 2015 en 29 februari 2016 op consultatie kwamen in de praktijk met de vraag naar een algemeen check-up labo, werd gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Er werd hen uitgelegd wat het doel was van de studie en hoe ze konden deelnemen. De opgestelde vragenlijst werd hen meegegeven, samen met de informed consent en het informatieformulier. Aan de patiënten werd verteld dat deelnemen volledig vrijblijvend was en dat de verwerking van de vragenlijsten volledig anoniem zou verlopen.

Om te kunnen deelnemen aan het onderzoek werden er inclusiecriteria in acht genomen door de onderzoeker en de collega's van de praktijk. Deze inclusiecriteria zijn mannen en vrouwen van 40 jaar en ouder die vragen naar een bloedonderzoek zonder dat er bijkomende klachten zijn die een bloedonderzoek noodzakelijk maken of zonder dat het een bloedonderzoek betreft waarbij de follow-up van een diagnose of behandeling centraal staat. De exclusiecriteria zijn mannen en vrouwen jonger dan 40 jaar en bloedafnames die worden uitgevoerd in kader van follow-up of diagnostiek.

Hoeveel vragenlijsten er zijn uitgedeeld werd niet geregistreerd, waardoor er geen gegevens beschikbaar zijn over de response rate. Vragenlijsten bleven uitgedeeld worden gedurende de vooropgestelde periode van 6 maanden dataverzameling. Uiteindelijk werden er 52 ingevulde vragenlijsten terugbezorgd. Van deze vragenlijsten werden er 3 geëxcludeerd omwille van een leeftijd jonger dan 40 jaar. Er konden dus 49 vragenlijsten worden geïncludeerd.

3.2 Vragenlijst

Bij gebrek aan gevalideerde vragenlijsten omtrent de verwachtingen van de patiënt bij de vraag naar een check-up labo, werd er zelf een vragenlijst opgesteld. (bijlage 5) Deze vragenlijst bestaat uit 14 vragen, die naast leeftijd en geslacht peilt naar de frequentie van een check-up labo en hoe belangrijk patiënten zo'n labo vinden, naar de verwachtingen van de patiënt betreffende de mogelijkheden van een labo en of de resultaten hen kan geruststellen; naar wat de patiënt zelf wil dat er wordt nagekeken in het bloed en naar de manier waarop resultaten worden meegedeeld en of ze hierbij voldoende informatie krijgen.(bijlage 4)

De vragenlijst is opgesteld als een meerkeuze vragenlijst, waarbij op vraag 5: 'wat ze van een controle laboratoriumonderzoek willen te weten komen' en op vraag 9: 'wat ze verwachten dat er in het bloed

wordt nagekeken' meerdere antwoorden kunnen gegeven worden. Bij vraag 5, 8, 10, 11, 12 en 14 heeft de patiënt de mogelijkheid om zelf een (bijkomend) antwoord te formuleren.

3.3 Analyses

Om de ingevulde vragenlijsten te kunnen analyseren, werden ze gecodeerd in SPSS. In eerste instantie werd de leeftijd onderverdeeld in categorieën. De gebruikte leeftijdscategorieën zijn: [40-49]; [50-59]; [60-69] en [≥70]. Ook de onderverdeling van sekse werd gecodeerd zodat verschillen tussen mannen en vrouwen kunnen bestudeerd worden. Gebruik makend van de Shapiro-Wilk normaliteitstest wordt nagegaan of de leeftijdscategorieën en het geslacht gelijk verdeeld zijn.

Voor vraag 5 en 9, waarbij verschillende antwoorden kunnen gegeven worden, werd elk antwoord als aparte parameter beschouwd. Zo kan elk antwoord gezien worden als zijnde aangeduid (= code 1) of niet aangeduid (code 0). Omdat verschillende deelnemende patiënten bij andere vragen ook meer antwoorden hadden aangeduid, werden ook voor die vragen de antwoorden uiteindelijk als aparte parameters beschouwd in plaats van ze als missing te coderen. Een niet ingevulde vraag daarentegen werd wel als missing beschouwd. Voor de vragen waar maar één antwoord moest gegeven worden werd antwoord 'a' gecodeerd als '1'; antwoord 'b' als '2' enzovoort.

De analyses die worden uitgevoerd in dit onderzoek betreffen voornamelijk een beschrijvende statistiek waarbij gekeken wordt naar hoe vaak patiënten hun bloed laten controleren en hoe belangrijk ze dit vinden; naar wat patiënten wensen te weten te komen door een bloedafname te laten uitvoeren of ze gerustgesteld zijn en wat ze verwachten dat er in hun bloed wordt nagekeken en tenslotte ook naar de manier waarop de patiënt zijn resultaten het liefst te horen krijgt en of ze hierbij ook voldoende informatie krijgen. Door middel van de Mann-Whitney U-test worden voor al deze bovenstaande vragen nagekeken of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Om na te gaan of verschillen bestaan tussen de verschillende leeftijdscategorieën wordt gebruik gemaakt van de Kruskal-Wallis test. Het significantieniveau dat gehanteerd wordt is $\alpha = 0.05$.

Met behulp van de bekomen resultaten wordt er vervolgens nagedacht en geflecteerd over hoe er als arts beter gecommuniceerd kan worden met de patiënt over de functie van een laboratoriumonderzoek en naar de mogelijkheden ervan. Welke informatie de patiënt op dit moment te kort komt, om goed te begrijpen wat de resultaten van een check-up labo nu echt betekenen.

4. RESULTATEN

4.1 Descriptieve parameters

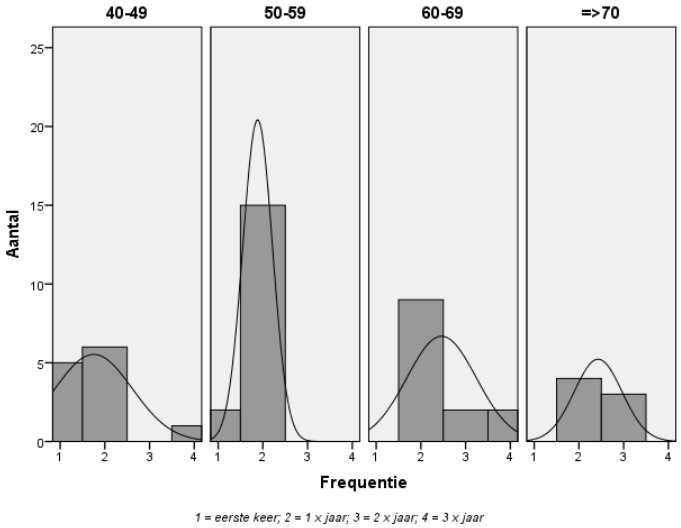
In deze studie zijn – na exclusie van 3 patiënten onder de 40 jaar – 49 patiënten betrokken met een leeftijd gelegen tussen 40 en 85 jaar. De gemiddelde leeftijd van deze patiëntengroep bedraagt 57.7 jaar (±1.58j). In totaal vulden 27 vrouwen (55.1%) en 22 mannen (44.9%) de vragenlijst in. De Shapiro-Wilk normaliteitstest werd uitgevoerd om na te gaan of mannen en vrouwen gelijk verdeeld zijn. Het significantieniveau bedraagt hier $p < 0.0001$. Dit betekent dat de nulhypothese – 'Er is een gelijke verdeling' – dient verworpen te worden. Er is dus geen gelijke verdeling betreffende mannen en vrouwen.

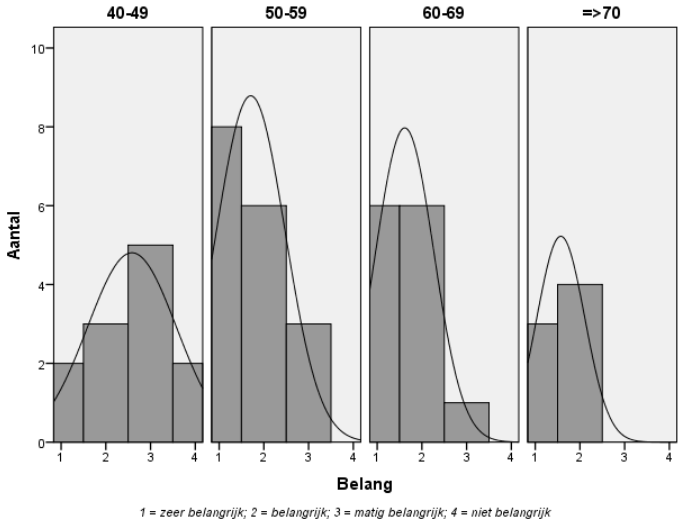
Opdeling volgens leeftijdscategorie geeft 12 patiënten (24.5%) in de leeftijdscategorie [40j - 49j], 17 patiënten (34.7%) in de leeftijdscategorie [50j - 59j], 13 patiënten (26.5%) in de leeftijdscategorie [60j – 69j] en 7 patiënten (14.3%) in de leeftijdscategorie [>70j]. Hoewel de leeftijd op zich gelijk verdeeld is ($p = 0.2$) is de verdeling volgens leeftijdscategorie niet gelijk verdeeld. Het significantieniveau bedraagt ook hier $p < 0.0001$, waardoor de nulhypothese dient verworpen te worden.

4.2 Belang voor de patiënt (vraag 3 -4)

Van alle patiënten die de vragenlijst hadden ingevuld, was dit voor 7 patiënten (14.3%) de eerste maal dat ze een check-up labo lieten uitvoeren. Een duidelijke meerderheid van 34 patiënten (69.4%) laat jaarlijks zijn bloed trekken. 5 patiënten (10.2%) geven aan 2 maal per jaar een algemeen bloedonderzoek te laten uitvoeren en 3 patiënten (6.1%) zouden dit zelfs 3 maal per jaar laten uitvoeren. Dat een check-up labo laten uitvoeren voor vele patiënten een noodzaak is blijkt uit hoe belangrijk ze dit vinden. 19 patiënten (38.8%) geeft aan dat ze een check-up labo belangrijk vinden en nog eens 19 patiënten (38.8%) geven aan dat dit een absolute noodzaak voor hun is. Daar tegenover staat dat slechts 9 patiënten (18.4%) melden dat als het er eens niet van komt, het niet erg is en dat er maar 2 (4.1%) aangeven een algemeen check-up labo niet belangrijk te vinden.

Zowel voor de frequentie als voor het belang kon er geen verschil worden aangetoond tussen mannen en vrouwen door middel van de Mann-Whitney U-test. Het significatieniveau bedraagt $\alpha = 0.805$ respectievelijk $\alpha = 0.379$. De nulhypothese – nl. dat er geen verschil tussen mannen en vrouwen kan worden aangetoond – blijft dus aangehouden. Tussen de verschillende leeftijdscategorieën kan er wel een significant verschil worden aangetoond door middel van de Kruskal-Wallis test, dit zowel voor hoe vaak patiënten een check-up labo laten uitvoeren als voor hoe belangrijk ze dit vinden. Het significantieniveau bedraagt $\alpha = 0.006$, respectievelijk $\alpha = 0.032$. De nulhypothese wordt verworpen.





4.3 Verwachtingen van de patiënt (vraag 5 en 9-11)

De reden dat de patiënt op regelmatige basis zijn bloed laat trekken lijkt veelal te zijn om na te gaan of hij al dan niet gezond is. 45 patiënten (91.8%) geven aan dat dit één van de redenen is waarom ze hun bloed laten trekken. 24.5% wil ook zijn bloed laten controleren om na te gaan of er al dan niet een chronische ziekte aanwezig is, 20.4% wil weten of hij een infectie heeft en 42.9% wil weten of hij kanker heeft. Slechts 8.2% wenst te weten of er extra vitaminen of medicatie noodzakelijk is en evenveel patiënten wensen te weten of ze een familiale aandoeningen hebben. Tenslotte wil 40.8% weten aan den hand van zijn bloedafname of dat hij iets moet veranderen aan zijn levensstijl. 1 patiënt gaf nog aan een bloedafname te willen om zijn alcoholpercentage in het bloed te meten.

In onderstaande tabel is een overzicht te zien van wat de patiënt verwacht dat er in het bloed wordt nagekeken bij een check-up labo. De analyses waarvan de patiënt het meest verwacht dat ze worden aangevraagd – en dus voor de patiënt het meest belangrijk zijn – zijn cholesterol en vetten (85.7%), glucose (71.4%), een PBO (63,3%), de leverfunctie (63.3%) en screening naar kanker (59.2%).

Analyse	Verwacht (n patiënten)	Niet verwacht (n patiënten)	Missing (n patiënten)
PBO	31 (63.3%)	16 (32.7%)	2 (4.1%)
Stolling	15 (30.6%)	32 (65.3%)	2 (4.1%)
Ontsteking	25 (53.2%)	22 (44.9%	2 (4.1%)
Nierfunctie	28 (57.1%)	19 (38.8%)	2 (4.1%)
Elektrolyten	4 (8.2%)	43 (87.8%)	2 (4.1%)
Vitaminen	5 (10.2%)	42 (85.7%)	2 (4.1%)
Mineralen	3 (6.1%)	44 (89.8%)	2 (4.1%)

Leverfunctie	31 (63.3%)	16 (32.7%)	2 (4.1%)
Schildklierfunctie	25 (51%)	22 (44.9%)	2 (4.1%)
Hartfunctie/enzymen	24 (49%)	23 (46.9%)	2 (4.1%)
Pancreas	7 (14.3%	40 (81.6%)	2 (4.1%)
Cholesterol en vetten	42 (85.7%)	5 (10.2%)	2 (4.1%)
Glucose	35 (71.4%	12 (24.5%)	2 (4.1%)
Hormonen	5 (10.2%)	42 (85.7%	2 (4.1%)
Kanker (tumormarkers)	29 (59.2%)	18 (36.7%)	2 (4.1%)
Infectie (virus/bacterie)	4 (8.2%)	43 (87.8%)	2 (4.1%)
SOA's	2 (4.1%)	45 (91.8%)	2 (4.1%)
AIZ	2 (4.1%)	45 (91.8%)	2 (4.1%)
Allergieën	7 (14.3%)	40 (81.6%)	2 (4.1%)

Tabel 1: Wat de patiënt verwacht dat in het bloed wordt nagekeken.

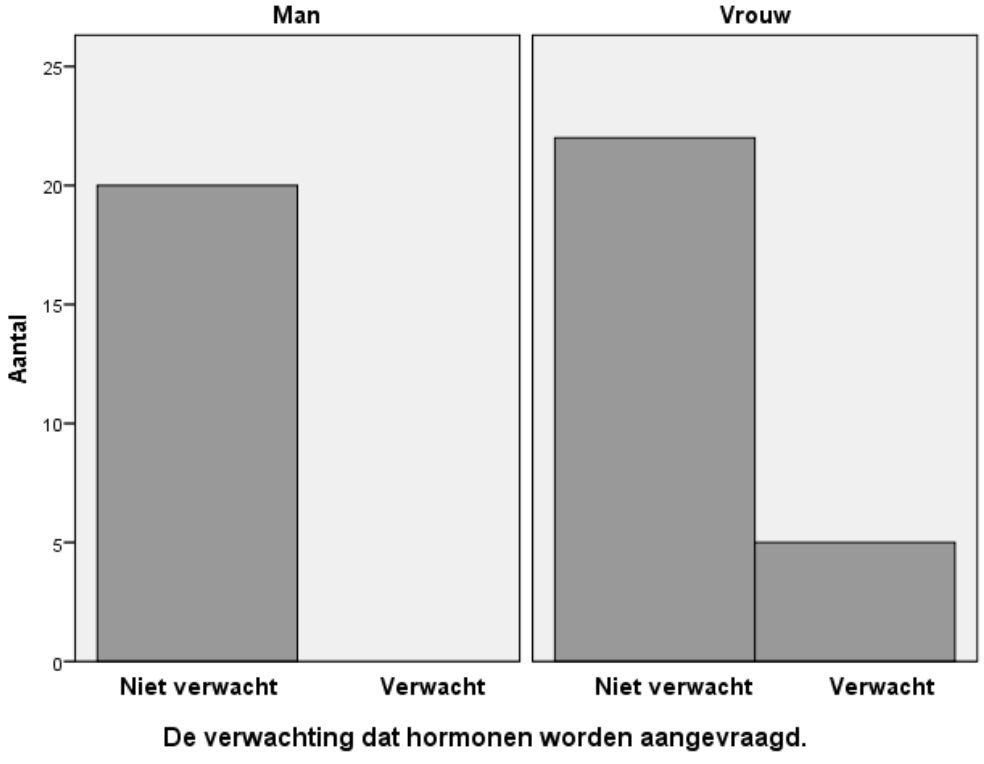
11 patiënten geven aan dat ze zelf aan de arts hebben gevraagd om bepaalde testen in het bloed te controleren, maar dat de arts er niet op in ging. Hoewel voorzien op de vragenlijst, werd hierbij niet ingevuld wat deze patiënten wouden dat in het bloed werd aangevraagd. 10 van deze patiënten geven aan dat ze akkoord gingen met de arts en dat ze hierbij voldoende uitleg kregen over de beweegrede van de arts om de test niet aan te vragen. 1 patiënt geeft aan de beweegrede van de arts wel te begrijpen, maar toch aangedrongen te hebben op het aanvragen van de gewenste test. Geen van deze patiënten had gewild dat de arts het op een andere manier had aangepakt.

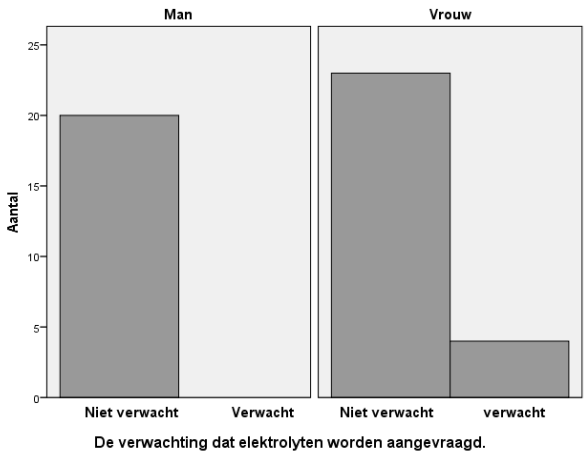
Tussen mannen en vrouwen is er geen significant verschil betreffende de reden waarom ze een bloedonderzoek laten uitvoeren. Ook tussen de verschillende leeftijdscategorieën kan er geen significant verschil worden aangetoond. Onderstaande tabel toont het significantieniveau voor de verschillende antwoorden op vraag 5, nl de reden waarom ze een bloedonderzoek laten uitvoeren.

Reden	Significantieniveau geslacht (α)	Significantieniveau leeftijdscategorie (α)
Gezond zijn	0.409	0.601
Chronische ziekte	0.359	0.881
Infectie	0.293	0.732
Kanker	0.743	0.192
Vit of medicatie	0.832	0.367
Familiale aandoening	0.409	0.250
Dieet/Levensstijl	0.243	0.385
Andere	0.367	0.379

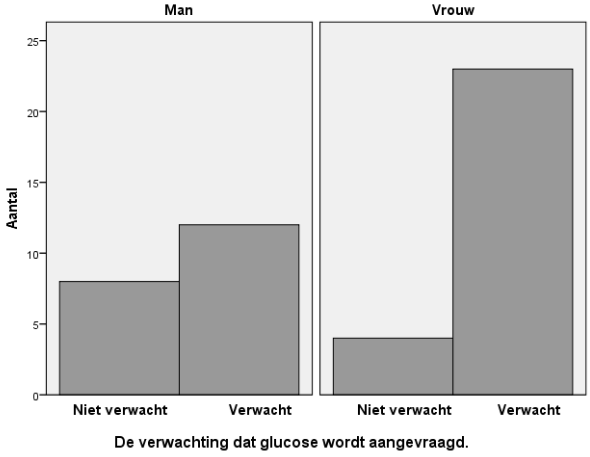
Tabel 2: significantieniveau antwoorden 'vraag 5'

Betreffende wat de patiënt verwacht dat er in het bloed wordt aangevraagd is er wel een significant verschil tussen man en vrouw waar te nemen. Dit geldt voor de verwachting dat hormonen in het bloed worden bepaald. Geen enkele man verwacht dat dit wordt aangevraagd t.o.v. 5 vrouwen (18.5% van de vrouwen). Het significantieniveau bedraagt $\alpha = 0.044$. Voor de bepaling van suiker is het verschil tussen mannen en vrouwen net niet significant ($\alpha = 0.053$), ook voor de bepaling van de elektrolyten is het verschil tussen mannen en vrouwen net niet groot genoeg om als significant te worden beschouwd ($\alpha = 0.075$). In totaal verwachten 23 vrouwen (85.2%) dat het suiker wordt bepaald t.o.v. 12 mannen (54.5%) en verwachten 4 vrouwen (14.8%) dat de elektrolyten worden nagekeken t.o.v. geen enkele man. Voor het PBO, de stolling, ontsteking, de nierfunctie, vitaminen, mineralen, de leverfunctie, de schildklierfunctie, de hartfunctie, de pancreas, de cholesterol en vetten, kanker, infecties, SOA's, AIZ en allergieën kunnen geen significante verschillen worden aangetoond tussen de verwachtingen van mannen en vrouwen.



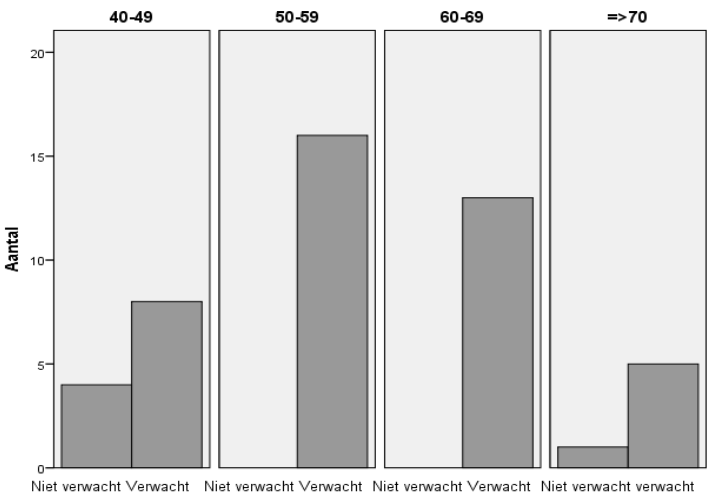


De verwachting dat elektrolyten worden aangevraagd.

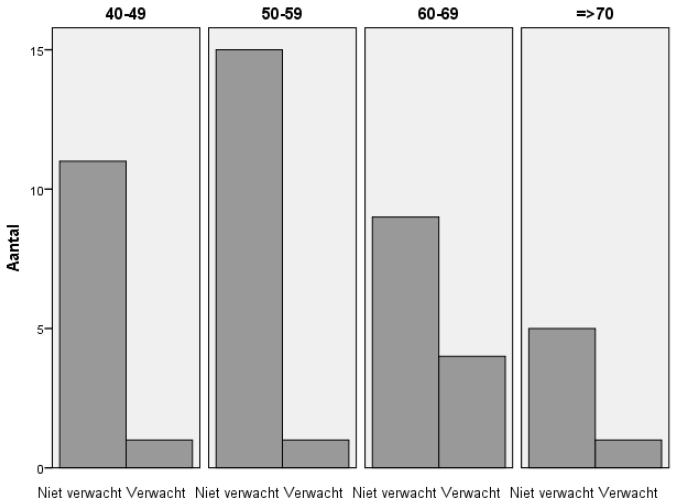


De verwachting dat glucose wordt aangevraagd.

Ook tussen de verschillende leeftijdscategorieën is er een significant verschil aantoonbaar. Dit verschil is te zien bij de verwachting dat de cholesterol en vetten worden aangevraagd. α= 0.019. In de leeftijdscategorie [40-49] wenst 66.6% (8 patiënten) dat de cholesterol bepaald wordt, voor de leeftijdscategorie [50-59] en [60-69] is dit 100% (16 patiënten, 1 missing, respectievelijk 17 patiënten) en voor [≥ 70] is dit 71.4% (5 patiënten) Wat de verwachtingen naar pancreastesten betreft is er net geen significant verschil aantoonbaar tussen de verschillende leeftijdscategorieën. α = 0.063. Voor de verschillende leeftijdscategorieën geldt – in oplopende volgorde – dat 1 patiënt (8.3%), 1 patiënt (5.9%), 4 patiënten (30.8%) en 1 patiënt (14.3%) verwacht dat de pancreastesten worden aangevraagd. Voor het PBO, de stolling, ontsteking, de nierfunctie, de elektrolyten, vitaminen, mineralen, de leverfunctie, de schildklierfunctie, de hartfunctie, glucose, hormonen, kanker, infecties, SOA's, AIZ en allergieën kunnen geen significante verschillen worden aangetoond voor de verwachtingen binnen de verschillende leeftijdscategorieën.



De verwachting dat cholesterol en vetten worden bepaald



De verwachting dat pancreastesten worden bepaald

4.4 Geruststelling en resultaten (vraag 6-8 en 12-14)

Tenslotte werd aan de patiënt ook gevraagd hoe hij zijn resultaten het liefst krijgt, of hierbij voldoende informatie wordt gegeven en of de patiënt is gerustgesteld – ook als er afwijkende resultaten zijn waarbij de arts aangeeft dat dit geen probleem is.

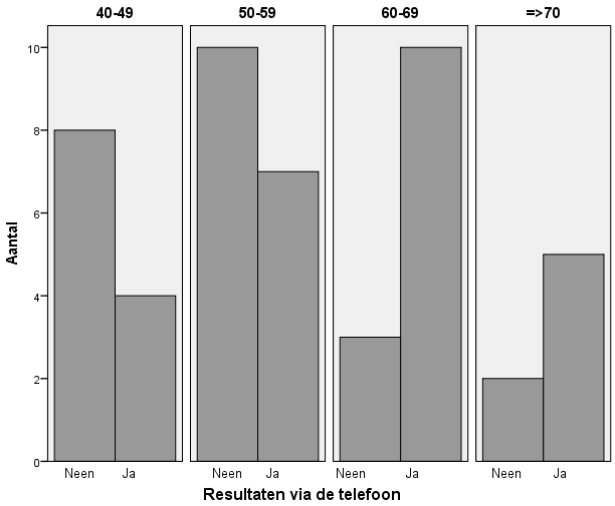
Voor meerdere patiënten zijn er verschillende opties om hun resultaten meegedeeld te krijgen. Zo geven 26 patiënten (53, 1%) aan dat ze hun resultaten graag telefonisch te horen krijgen, 9 patiënten (18.4%) krijgen ze graag in de brievenbus en voor 8 patiënten (16.3%) is e-mail ook een optie. 5 patiënten (10.2%) komen het liefst op consultatie om hun resultaten te bespreken ongeacht het resultaat. 7 patiënten (14.3%) zouden het liefst op consultatie komen indien er afwijkende resultaten in het check-up labo aanwezig zijn en 8 patiënten (16.3%) zouden hun resultaten het liefst vernemen op consultatie indien er verontrustende afwijkende resultaten worden teruggevonden.

Na het verkrijgen van de resultaten vinden 44 patiënten (89.8%) dat ze voldoende informatie hebben gekregen betreffende hun check-up labo. 4 patiënten (8.2%) geven aan dat ze wat hen betreft maar min of meer voldoende informatie hebben gekregen. 1 patiënt (2%) vulde de vraag niet in. Geen enkele patiënt vond dat hij onvoldoende informatie had gekregen. De reden waarom de 4 patiënten vonden dat ze maar min of meer voldoende informatie hadden gekregen is ongekend.

Wanneer een laboratoriumonderzoek geen afwijkende resultaten kan vaststellen, zijn 46 patiënten (93.9%) gerustgesteld. 2 patiënten (4.1%) geven aan op dat moment niet te weten of ze gerustgesteld zijn. Indien er echter wel afwijkende resultaten te zien zijn in het check-up labo – ondanks dat de arts zich geen zorgen maakt en het als normaal beschouwd – zijn maar 36 patiënten (73.5%) meer gerustgesteld. 10 patiënten (20.4%) geven aan dat ze dan niet weten of ze gerust kunnen zijn en 2 (4.1%) patiënten zeggen op zo'n moment niet gerustgesteld te zijn. Bij de vraag wat ze als patiënt zouden doen indien ze niet of onvoldoende gerustgesteld zijn, geeft 1 patiënt (2%) aan niets te doen en de arts ook niet te laten weten dat hij ongerust is. 12 patiënten (24.5%) zouden bij een volgende consultatie hun ongerustheid uiten en het nog eens navragen. 15 patiënten (30.6%) hopen dat de arts de patiënt uitnodigt op consultatie ten opzichte van 7 patiënten (14.3%) die zelf actief een afspraak zouden maken bij de arts voor bijkomende uitleg. Tenslotte geven 8 patiënten (16.3%) aan dat ze op het internet zouden zoeken naar meer informatie en 1 patiënt maakte zelf de opmerking om een tweede advies te gaan vragen bij een specialist.

Met behulp van de Mann-Whitney U-test kan er geen verschil worden aangetoond tussen mannen en vrouwen voor de manier waarop de patiënten hun resultaten wensen meegedeeld te krijgen. Ook tussen de verschillende leeftijdscategorieën kan met behulp van de Kruskal-Wallis test geen verschil worden aangetoond, hoewel de nulhypothese – dat de verdeling tussen de verschillende

leeftijdscategorieën gelijk is – voor het verkrijgen van de informatie via de telefoon maar net niet verworpen kan worden. α = 0,085. In de leeftijdscategorie [40-49] zeggen 4 patiënten (33.3%) hun resultaten via de telefoon te willen vernemen. In de leeftijdscategorie [50-59] zijn dit 7 patiënten (41.2%), voor [60-69] zijn dat 10 patiënten (76.9%) en voor [≥70] zijn dat 5 patiënten (71.4%).



Voor beide onderverdelingen is geen verschil aantoonbaar op de vraag of ze voldoende informatie hebben gekregen. Onderstaande tabel geeft de significantieniveaus weer voor vraag 12 en vraag 13 van de vragenlijst.

Informatie	Significantieniveau geslacht (α)	Significantieniveau leeftijdscategorie (α)
Telefoon	0.128	0.085
De post	0.481	0.520
E-mail	0.754	0.134
Consultatie	0.478	0.465
Consultatie – afwijkend resultaat	0.131	0.538
Consulatie – afwijkend resultaat – arts ongerust	0.754	0.278
Andere	1.000	1.000
Voldoende informatie	0.226	0.310

Tabel 3: significantieniveau antwoorden 'vragen 12 -13'

Tenslotte kan er ook geen significant verschil worden aangetoond tussen enerzijds mannen en vrouwen en anderzijds de verschillende leeftijdscategorieën wat betreft of patiënten gerustgesteld zijn bij normale resultaten of bij afwijkende – maar voor de arts geruststellende – resultaten. Het significantieniveau betreft α = 0.857 respectievelijk α = 0.978 voor het verschil tussen mannen en

vrouwen en α = 0.293 respectievelijk α = 0.100 voor het verschil tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Hoewel niet significant bevinden de patiënten die aangeven niet te weten of ze gerustgesteld kunnen zijn indien er afwijkende resultaten zijn, zich voornamelijk in de leeftijdscategorie [40-49] en [50-59]. 5 patiënten op 12 in de eerste leeftijdscategorie en 4 patiënten op 17 in de tweede leeftijdscategorie.

Als laatste werd nagegaan of de reactie van de patiënt op een afwijkend resultaat verschilt tussen mannen en vrouwen of tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Voor beide kon geen significant of bijna significant resultaat worden aangetoond. Onderstaande tabel toont de significantieniveaus op de verschillende antwoorden betreffende de vraag wat de patiënt zou doen, moest hij niet gerustgesteld zijn.

Reactie bij ongerustheid	Significantieniveau geslacht (α)	Significantieniveau leeftijdscategorie (α)
Niets	0.799	0.392
Hopen op uitnodiging arts	0.799	0.954
Volgend consult navragen	0.289	0.362
Zelf consultatie maken	0.799	0.560
Zoeken op internet	0.602	0.357
Andere	0.799	0.644

Tabel 4: significantieniveau antwoorden 'vraag 8'

5. DISCUSSIE

Eén van de doelen van dit praktijkonderzoek was om na te gaan wat de patiënten van de praktijk verwachten wanneer ze op consultatie komen met de vraag naar een standaard check-up labo. Voorgaande onderzoeken betreffende dit onderwerp zijn schaars en het laatste is reeds een decennium geleden.

Uit de analyse van de vragenlijsten blijkt dat patiënten die op consultatie komen enkel en alleen voor een check-up labo, dat zij hier veel belang aan hechten. De overgrote meerderheid geeft aan dat een jaarlijkse bloedafname voor hen belangrijk tot zeer belangrijk is. Zeker patiënten met een leeftijd tussen 50 en 70 jaar vinden het zeer belangrijk om één maal per jaar een check-up labo te laten uitvoeren, tussen mannen en vrouwen is er geen verschil. De reden waarom patiënten een dergelijke bloedafname laten uitvoeren is veelal omdat ze willen weten of ze gezond zijn. Ongeveer een kleine helft van de patiënten wil niet alleen weten of ze gezond zijn, maar wensen ook te weten of ze aanpassingen moeten doorvoeren in hun levensstijl en of er medicatie nodig zou zijn. Verder blijkt dat patiënten grote verwachtingen hebben van een laboratoriumonderzoek om kanker om te sporen. Bijna de helft van de patiënten geeft namelijk ook aan een laboratoriumonderzoek te laten uitvoeren om deze ziekte op te sporen. Kankertesten aanvragen staat dan ook tussen de vijf meest voorkomende testen die de patiënt verwacht dat de arts aanvraagt. Er kan hier geen verschil gevonden worden tussen mannen en vrouwen of tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Deze resultaten komen overeen met wat de literatuur reeds aangeeft. Onderzoek uit 1995 en 2006 wees reeds uit dat patiënten vermoeden dat door een jaarlijks bloedonderzoek de gezondheidstoestand kan worden opgevolgd en dat ernstige pathologie in een vroegtijdig stadium kan gedetecteerd worden. Een check-up labo zonder afwijkende resultaten komt voor de patiënt overeen met een status van ‘ik ben gezond, ik heb geen ziekten’.(8,12)

Dat gevoel van geruststelling bij normale resultaten komt ook uit de analyses van de vragenlijsten aan bod, waarbij met uitzondering van 2 patiënten iedereen aangeeft gerustgesteld te zijn bij een normaal labo. In geval van afwijkende resultaten – ondanks dat de arts aangeeft gerust te zijn – neemt de geruststelling bij de patiënten reeds af. Hoewel slechts een zeer kleine minderheid aangeeft ongerust te zijn, is er toch een belangrijk deel dat niet goed weet in welke mate hij de arts moet vertrouwen op zijn oordeel. Uit het kwalitatief onderzoek van Van Bokhoven et al. blijkt dat patiënten het grootste vertrouwen hebben in laboratoriumonderzoeken, meer dan in hun arts. Fouten in resultaten zijn veelal een fout op niveau van het laboratorium dan dat een afwijkend resultaat als normaal zou kunnen worden beschouwd rekening houdend met het 95% betrouwbaarheidsinterval. Vals positieve en vals negatieve resultaten zijn voor de patiënt eerder een uitzondering op de regel, waardoor verwacht

wordt dat er verder onderzoeken worden ondernomen bij afwijkende resultaten.(8) Dit werd in dit onderzoek niet exact nagevraagd. Er werd wel gevraagd welke stappen de patiënt zou ondernemen bij afwijkende resultaten die gepaard gaan met ongerustheid. Hieruit blijkt dat patiënten niet altijd assertief zijn. Slechts een minderheid gaat actief een afspraak met de arts maken en verduidelijking vragen, een ander deel gaat zelf zijn informatie zoeken op het internet. Bijna een kwart wacht af tot een volgende consultatie zich opdringt en zou dan pas zijn ongerustheid uiten. Echter hoopt bijna een derde van de patiënten dat de arts hen actief gaat uitnodigen, wat in de praktijk zeker niet gebeurt als de arts zich geen zorgen maakt.

Uit de analyse van de vragenlijst kan afgeleid worden wat de patiënt het meest belangrijk vindt – en wat hij dus van de arts verwacht dat wordt aangevraagd – bij een standaard laboratoriumonderzoek. In de eerste plaats vinden patiënten het ongelooflijk belangrijk dat de cholesterol wordt nagekeken. Nazicht van glucose, de bloedcellen, de leverfunctie en kanker vervolledigen de top 5. Alleen voor de verwachtingen dat de hormonen in het bloed worden nagekeken kan er een significant verschil worden teruggevonden tussen mannen en vrouwen. Niet geheel toevallig zijn de vrouwen die wensen dat de hormonen worden nagekeken, vrouwen die zich in de leeftijdsklassen 40-49 bevinden. Echter moet hier wel rekening gehouden worden met het lage aantal patiënten absoluut gezien die verwachten dat de hormonen worden nagekeken. Een vergelijking van de verschillende leeftijdscategorieën toont een significant verschil in de verwachting van de patiënt betreffende de cholesterolbepaling. Alle patiënten tussen [50-69j] wensen dat de cholesterol wordt nagekeken. Dat voor de patiënt cholesterol- en suikercontrole zo belangrijk zijn, heeft vermoedelijk deels te maken met de media en reclame, waarin de patiënt er meermaals per dag aan herinnert wordt dat slechte cholesterol en hoge suikers slecht zijn voor de gezondheid. Hetzelfde geldt voor de verwachting dat kanker wordt nagekeken in het bloed. Iedereen heeft wel een goede vriend, familie of een kennis waarbij al dan niet op vroege leeftijd kanker werd vastgesteld. Wetende dat 25-33% van de bevolking in zijn leven de diagnose van kanker krijgt voor de leeftijd van 75 jaar, is het niet verwonderlijk dat de angst aanwezig is bij de patiënt.

5.1 Limitaties

Aan deze studie zijn heel wat limitaties verbonden. De vragenlijst werd meegegeven aan alle patiënten die op consultatie kwamen voor een check-up labo, echter is de respons rate niet gekend. Uit de verdeling van mannen en vrouwen blijkt dat deze niet normaal verdeeld is, er kan niet achterhaald worden of er meer vrouwen een check-up labo laten uitvoeren of dat dit een toeval is van de steekproef. De leeftijd daarentegen is wel gelijk verdeeld. Na opsplitsing volgens leeftijdscategorieën, zijn de aantallen per categorie niet gelijk verdeeld. Een grotere steekproef om af te leiden of meer vrouwen en meer patiënten van de leeftijd 50-69j een check-up labo laten uitvoeren is hiervoor

noodzakelijk. Echter door de beperking in aantallen van patiënten die om deze specifieke reden op consultatie komen en de relatief korte duur van de studie, was een groter aantal niet haalbaar.

Doordat deze vragenlijst peilt naar meningen van een patiënt volgens een systeem van meerkeuze, kan de mening nooit genuanceerd worden. De achtergrond liggende reden van waarom een bepaald antwoord wordt geven kan hier niet worden achterhaald. In tegenstelling tot het onderzoek van Van Bokhoven et al. waarbij een kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd en de patiënten werden geïnterviewd. Hoe groot het vertrouwen in een laboratoriumonderzoek is, werd niet expliciet nagevraagd in deze vragenlijstenstudie. Aan de hand van de antwoorden in combinatie met de gekende literatuur werd slechts getracht af te leiden hoe groot het vertrouwen van de patiënt is in het technische onderzoek.

Vermoedelijk waren er voor de patiënt onduidelijkheden omtrent de vragenlijst. Zo zijn het aantal missings op vraag 8: 'Indien u niet bent gerustgesteld, wat verwacht u van uw arts of wat doet u?' opvallend hoog. Het zijn telkens patiënten die gerustgesteld waren met hun labo, die de vraag niet invulden. Waarschijnlijk dachten deze dat vraag 8 voor hen niet van toepassing was. De laatste vraag op de vragenlijst moest alleen worden ingevuld indien op de voorgaande vraag met 'neen' werd geantwoord. Hoewel niemand vond dat hij helemaal onvoldoende informatie had gekregen, waren er wel enkele patiënten die vonden dat ze maar min of meer voldoende informatie hadden gekregen. Het zou interessant geweest zijn om te weten wat ze meer hadden willen weten.

5.2 Implementatie naar de praktijk

Zoals hiervoor reeds beschreven stellen patiënten een groot vertrouwen in het laboratoriumonderzoek, waarbij een jaarlijks bloedonderzoek als belangrijk tot zeer belangrijk wordt ervaren om de gezondheid op te volgen. Velen verwachten dat de arts alles gaat bepalen in het bloed en dat er actief pathologieën worden opgespoord. Wanneer er zich plots een ernstige pathologie voordoet, hoor je de patiënt geregeld zeggen 'hoe kan dit, mijn bloedonderzoek van vorige maand was perfect normaal. Het besef bij de patiënten dat bloedonderzoek veel, maar eigenlijk ook heel weinig zegt, is er niet. Het is dan ook de taak van de huisarts om bij de vraag naar een algemeen bloedonderzoek na te gaan wat de patiënt expliciet verwacht van het onderzoek, wat de patiënt wenst dat de arts navraagt en dat de arts de mogelijkheden van het laboratoriumonderzoek nuanceert.

Naar aanleiding van de gevonden resultaten worden enkele tips opgesteld die kunnen toegepast worden in de praktijk om de patiënt meer informatie te kunnen bieden. Hoewel vele van deze tips als vanzelfsprekend lijken, worden ze toch snel over het hoofd gezien.

- Vraag na wat de patiënt juist bedoeld met ‘alles’ of met een check-up. Welke testen hij graag wilt dat worden aangevraagd. Wanneer de patiënt hier niet goed op kan antwoorden en aangeeft ‘gewoon alles’, is het van groot belang dat je als arts zegt wat dit voor jou betekent. Met andere woorden laat je de patiënt weten welke testen je als arts gaat aanvragen. Door te vragen of dit voor de patiënt in orde is, weet je of je op de zelfde golflengte staat. Op zo’n momenten komt er toch nog uit dat de patiënt graag wil dat je kanker opspoort of hormonen bepaalt. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten meer onderzoeken verwachten dan dat de literatuur aanraadt voor een standaard check-up labo. Dit alleen wijst al op hoe belangrijk het is dat je de patiënt aangeeft wat je bepaald. Zeg ook wat je niet bepaald.
- Indien de patiënten graag wil dat je testen bepaald die voor de arts niet beschouwd worden als standaard labo, is het noodzakelijk om voldoende informatie aan te bieden waarom je dit als arts in principe niet doet. Het is hier enerzijds belangrijk om als arts je grenzen te bewaken, maar anderzijds is het ook belangrijk de ongerustheid van de patiënt na te gaan. Zo wordt bijvoorbeeld een PSA bepaling niet standaard aangeraden. Het is dus de taak van de arts om de informatie betreffende de mogelijke nadelige gevolgen van de bepaling mee te geven. Met voldoende informatie is de patiënt zeker in staat zijn keuze achteraf te maken of hij al dan wel of niet de test nog steeds wil laten bepalen. Een ander voorbeeld hier zijn de andere tumormarkers. Deze willekeurige bepaling bij afwezigheid van klachten wordt sterk ontraden. Het is namelijk een parameter voor opvolging en niet voor screening. Geef dit ook mee aan je patiënt. Er hoeft niet op elke vraag ingegaan te worden. Informatie verschaffen is de belangrijkste taak.
- Vraag aan de patiënt waarom hij jaarlijks of 2-jaarlijks een bloedonderzoek laat uitvoeren. Wat zijn zijn motieven? Op die manier spoor je ook meteen onderliggende angsten op voor bijvoorbeeld diabetes mellitus, nierziekten, kanker. Indien er bepaalde angsten naar boven komen, vraag hen ook waarom ze hieraan denken. Hier komt mogelijks een familiale anamnese aan bod. Indien de patiënt meer dan eens per jaar een check-up labo laat uitvoeren, leg dan als arts ook uit dat 1x per jaar op zich voldoende is als screeningsinstrument. Als er bepaalde angsten zijn, leg de alarmsymptomen uit zodat de patiënt weet wanneer hij moet terugkomen.
- Als arts is het algemeen geweten dat normale resultaten van een test gelegen zijn binnen bepaalde referentiewaarden die zijn gebaseerd op bepalingen bij gezonde mensen. Deze grenzen zijn vastgelegd op de 2.5^{e} en 97^{e} percentiel. Bij 5% van de gezonde personen kan er dus een afwijkend resultaat worden gevonden. Waarden op de grens van deze referentiewaarden zijn dus voor de arts geruststellend. Patiënten weten dit echter niet. Een

rood of blauw cijfer op hun labo is afwijkend en kan dus gepaard gaan met ongerustheid. Weet je dat de patiënt zijn labo voor zich heeft liggen, neem dan de tijd om dit kort toe te lichten. Dit voorkomt verwarring voor de patiënt.

- Het belangrijkste resultaat voor de patiënt is zijn cholesterolwaarde. Deze waarde is het eerste wat de patiënt vraagt als hij naar zijn resultaten vraagt. Een hoge cholesterol is schrikwekkend, doch vraagt volgens de richtlijnen van het cardiovasculair risicobeheer zeker niet altijd een behandeling. Dit aan de telefoon uitleggen, is onbegonnen werk. Nodig de patiënt uit op consultatie voor het preventieconsult van cardiovasculaire risicobeheer. Patiënten die een check-up labo laten uitvoeren, vinden preventie zeker belangrijk. Dit is het moment om aan uitgebreide preventie te doen en levensstijl gewoonten aan te kaarten.
- Bij het meedelen van de resultaten – wat vaak via de telefoon gebeurt – moet je op korte tijd de patiënt kunnen geruststellen met eigenlijk weinig uitleg. Vraag op het einde van het gesprek of de patiënt nood heeft aan meer uitleg en vraag actief of hij graag een opvolgconsult wilt voor het bespreken van de resultaten. Patiënten geven zeker niet altijd aan of ze gerustgesteld zijn en zijn zeker niet altijd assertief genoeg om meer uitleg te vragen of de arts 'lastig te vallen' op consultatie. Wat voor de arts geruststellend is, is dat niet altijd voor de patiënt.
- Algemeen kunnen voor bepaalde aandoeningen bepaalde resultaten pathognomonisch zijn, normale waarden echter sluiten deze pathologie daarom niet uit. Een algemeen check-up labo is eigenlijk slechts een soort van screeningsinstrument. Geef de patiënten mee dat een check-up labo een screening is en geen uitsluiting geeft. Zorg hierbij dat de patiënt niet de boodschap overgebracht krijgt, dat hij evengoed niet kon gekomen zijn. Ondanks het feit dat een labo zijn zwaktes heeft, heeft het voor de arts ook zijn sterktes. Zo kan de arts een laboratoriumonderzoek inzetten als geruststellend instrument, zonder invasief te moeten zijn.(8) De patiënt de beperkingen van een labo-onderzoek meegeven is dus een evenwichtsoefeningen tussen enerzijds de patiënt de juist informatie geven en anderzijds de patiënt wat in de waan laten dat het een labo-onderzoek te allen tijde nuttig kan zijn.

5.3 Besluit

Zoals voorgaand onderzoek reeds kon uitwijzen vinden patiënten het belangrijk om op frequente basis een check-up labo te laten uitvoeren. Hierbij zien ze een normaal labo-onderzoek als een teken van een algemene goede gezondheidstoestand en als teken van de afwezigheid van pathologie. Bovendien lijkt het erop dat patiënten een groot geloof hebben in de mogelijkheden van het labo waarbij naast nagaan of ze gezond zijn, nagaan of er mogelijks kanker aanwezig is een belangrijke beweegrede is om het onderzoek te laten uitvoeren. De verwachtingen van de patiënt betreffende het check-up labo – wat ze verwachten dat er allemaal wordt aangevraagd – liggen hoger dan wat in de richtlijnen wordt

aangeraden. Naast het nagaan van de verwachtingen van de patiënt bij een check-up labo werden op basis van de resultaten communicatietips ontwikkeld die van pas kunnen komen voor iedere arts die te maken krijgt met een dergelijk consult om zowel arts als patiënt op dezelfde golflengte te krijgen. Welke invloed deze tips kunnen hebben op het consult werd in dit praktijkonderzoek niet onderzocht en zou naar de toekomst toe interessant kunnen zijn om na te gaan. Verder onderzoek naar de verwachting van de patiënt bij een algemeen labo-onderzoek door middel van kwalitatief onderzoek zou ook nog een meerwaarde zijn voor de literatuur betreffende dit onderwerp.

6. LITERATUUR

1. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. Scand J Prim Health Care. 2015;33(3):206-11.

2. Cadogan SL, Browne JP, Bradley CP, Cahill MR. The effectiveness of interventions to improve laboratory requesting patterns among primary care physicians: a systematic review. Implement Sci. 2015 Dec 5;10:167

3. Busby J, Schroeder K, Woltersdorf W, Sterne JA, Ben-Shlomo Y, Hay A, Hollingworth W. Temporal growth and geographic variation in the use of laboratory tests by NHS general practices: using routine data to identify research priorities. Br J Gen Pract. 2013 Apr;63(609):e256-66

4. De Sutter A, Van den Bruel A, Devriese S, Mambourg F, Van Gaever V, Verstraete A, Huybrechts M. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE reports 59A. (D/200610.273/24). Beschikbaar via: *https://**kce**.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20071027324.pdf. Geraadpleegd op 28/02/2016*

5. Labots-Vogelesang SM, Ten Boekel E , Rutten WPF, Weel JFL, Guldemond FI, Hens JJH, Klein Ikkink A, Souverijn JHM, Van Balen JAM, Van der Laan JR, Van Duijnhoven JLP, Walma EP, WoutersenKoch H. NHG: Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. 2012. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/downloads/lesa-rationeel-aanvragen-van-laboratoriumdiagnostiek-pdf. Geraadpleegd op 28/02/2016.

6. RIZIV. Klinische biologie: rationeel voorschrijven van testen. Sensibiliseringscampagne voor de voorschrijvers. 2011. Beschikbaar via: https://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion.../clinical_biology.pdf. Geraadpleegd op 28/02/2016

7. Avonts M, Cloetens H, Leyns C, Delvaux N, Dekker N, Demulder A, De Sutter A, Et al. Domus medica. Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen: Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. 2011. Beschikbaar via:

http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/laboratoriumtests/3622-aanvraag-van-laboratoriumtests-door-huisartsen-deel-1.html. Geraadpleegd op 28/02/2016. Geraadpleegd op 28/02/2016

8. 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.

9. Banga JD et al. Nederlands Huisartsen Genootschap. Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement. Geraadpleegd op 28/02/2016.

10. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, Holleman F, Burgers JS, Wiersma Tj, Janssen PGH. NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (Derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(10):512-525. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2. Geraadpleegd op 28/02/2016.

11. Koeck P, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P, Van Crombrugge P, Van Pottelbergh I, van Leeuwen E, Verhaegen A, Nobels F. Diabetes Mellitus type 2 – Domus Medica. 2015. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/diabetes-type-2-horizontaalmenu-378.html. Geraadpleegd op 28/02/2016.

12. Naus J. Rationeel voorschrijven van klinische biologische testen in de huisartsenpraktijk. 2013. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7Bbe6ff9fd-5d64-a184-7d71-21f0377ceceb%7D_Naus-Jasmine.pdf. Geraadpleegd op 28/02/2016.

13. Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. Huisarts Wet 1995. 38(8): 351-354.

14. O'Malley PG, Greenland P. The annual physical. Are physicians and patients telling us something. Arch Intern Med 2005. 165: 1333-1334.
15. CMA labogids. 2012. Beschikbaar via: *https://**cma**.be/sites/default/files/myguide_**cma**.pdf. Geraadpleegd op 28/02/2016.*

16. Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Zilverentand WGJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie (Eerste herziening) Huisarts Wet 2014;57(10):528-36. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anemie. Geraadpleegd op 28/02/2016.

17. Van Pottelbergh G, Avonts M, Cloetens H, Goossens M, Maes S, Van Heden L, Van Royen P. Chronische nierinsufficiëntie – Domus Medica. 2012. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/chronische-nierinsufficientie.html. Geraadpleegd op 28/02/2016.

18. Farmaka. Chronische nierinsufficientie. 2015. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/chronische-nierinsufficientie.html. Geraadpleegd op 28/02/2016.

19. Benoît Boland, Thierry Christiaens, Geert Goderis, Frans Govaerts, Hilde Philips, Frank Smeets, Nathalie Van de Vyver, Dirk Van Duppen. Globaal Cardiovasculair risicobeheer. 2007. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/cardiovasculair-horizontaalmenu-381.html. Geraadpleegd op 28/02/2016.

7. BIJLAGEN

Bijlage 1: Kosten laboratoriumonderzoek

De totale kosten van een labo-onderzoek worden berekend aan de hand van enerzijds een forfaitair honorarium en van anderzijds een bedrag per prestatie die gebaseerd is op de B-waarde.

De B-coëfficiënt is een waarde die jaarlijks door het RIZIV wordt vastgelegd. Voor 2016 is deze vastgelegd op 0.032613. Elke specifieke test heeft een bepaald nomenclatuurnummer dat onderworpen is aan een specifieke B-waarde. Deze B-waarde komt overeen met de werkelijke kost van de uit te voeren analyse. Per analyse mag er een kost aangerekend worden die 25% van de werkelijke kost bedraagt. M.a.w. is het bedrag per prestatie gelijk aan de opgelegde B-waarde x de B-coëfficiënt x 0.25. Zo bedraagt glucose 50B. Het bedrag per prestatie 'glucose' komt zo op 50 x 0.032613 x 0.25 = 0.41 euro, welke geheel door de ziekenkas gedragen wordt. (7,12)

Het forfaitair honorarium wordt ook bepaald op basis van de B-waarde die één laboratoriumaanvraag bevat. De B-waarden van de verschillende aangevraagde analyses worden opgeteld en zo onderverdeeld in 4 categorieën van forfaits.

B-waarde	Forfait	Remgeld WIGW	Remgeld Niet WIGW
< 700	€ 20.31	€ 0	€ 0
700 - 1749	€ 32.87	€ 3.72	€ 8.70
1750 - 3499	€ 37.22	€ 3.72	€ 12.96
>3500	€ 39.40	€ 3.72	€ 15.67

Dit forfaitair honorarium dekt 75% van het totale honorarium.

Bijlage 2: Inadequaat aanvraaggedrag

Zoals reeds aangehaald speelt de onzekerheid bij de arts hier een belangrijke factor. Ze zijn enerzijds bang om een belangrijke aandoening te missen. Anderzijds speelt het ruime aanbod aan testen ook een rol waarbij de arts niet altijd kennis heeft van de juiste indicatie van de test.(2,4-8) Veelal blijkt dat maar al te vaak laboratoriumtesten worden aangevraagd die niet correleren met de wetenschappelijke achtergrond.(7) Onderzoek naar het beter gebruik van laboratoriumtesten heeft uitgewezen dat door middel van interventies - zoals probleem-georiënteerd aanvragen of betrokken zijn bij het opstellen van richtlijnen - het aanvraaggedrag kan worden beïnvloed. Deze studies tonen zowel resultaat op het aantal aangevraagde testen alsook op het gebruik van de juiste indicatie van de test en bijgevolg ook

op de algemene kosten van een labo onderzoek.(4-6) Om dit mogelijk te maken is het belang van richtlijnen en de kennis er van een noodzaak.(4) Echter is het opstellen van algemene expliciete criteria niet eenvoudig. Dit omwille van de grote variabiliteit van mogelijke betekenissen van een positieve of negatieve test en omwille van de grote variabiliteit van de prevalentie van aandoeningen met verschillen in de huisartsenpraktijk versus ziekenhuis. Algemeen kan gesteld worden dat een adequate laboratoriumtest een test is waarbij voor een specifieke situatie er bewijs is dat de test de juiste kenmerken heeft die overeenkomen met het doel van de test.(3)

Bijlage 3: Achtergrondinformatie bij de aan te vragen testen.

Door het bijeenleggen van de verschillende richtlijnen kan zoals in het thesisonderzoek van Jasmine Naus is gedaan een zeker standaard laboratoriumonderzoek worden vastgelegd voor de huisartsenpraktijk. Belangrijk voor de huisarts is om te beseffen waar er juist naar gescreend wordt met dergelijke laboratoriumtesten.

Bezinkingssnelheid

De bezinkingssnelheid (BSE) is een test die de snelheid waarmee erythrocyten zich geldrolvormig gaan schikken in de tijd bepaald en die word aangevraagd om infectieuze aandoeningen en maligniteiten uit te sluiten. De bezinkingssnelheid wordt sterk beïnvloed door acute fase eiwitten. Vandaar dat bij heel wat pathologieën – die gepaard gaan met een verhoging van eiwitconcentraties (vnl. fibrinogeen) – het BSE gaat verhogen. Enkele voorbeelden hiervan zijn infectieziekten (IgM heeft een sterke invloed op de BSE), myocardinfarcten, maligniteiten, nierinsufficiëntie, RA en andere AIZ en mono- en polygammapathieën. (4,15)

Bij de interpretatie van de bezinkingssnelheid dient er rekening gehouden te worden met het hemoglobine. Voor elke mmol Hb-daling ontstaat er een verandering van de bezinkingssnelheid met enkele mm. Verder dient er ook rekening gehouden te worden met het feit dat bij een beginnende pathologie het enige tijd duurt voor de eiwitconcentratie voldoende gestegen is om een BSE-waarde te bekomen die hoger is dan de referentiewaarden van de BSE. Omwille van de lange halfwaardetijd vraagt het ook een zekere tijd voor de BSE terug normaliseert.(4) Ook belangrijk om te weten is dat de BSE kan gestegen zijn bij vrouwen door inname van OAC.(15)

Neonaat		0 – 2 mm/uur
Kind	< 10 jaar	3 – 13 mm/uur
Vrouw	≤ 50 jaar	< 20 mm/uur
Vrouw	> 50 jaar	< 30 mm/uur
Zwangere	1^{e} en 2^{e} trimester	< 20 mm/uur

	3e trimester	< 30 mm/uur
Man	≤ 50 jaar	< 15 mm/uur
Man	> 50 jaar	< 20 mm/uur

De sensitiviteit en de specificiteit van een verhoogde BSE waarde voor een infectieuze aandoening/maligniteit bij een BSE-waarde van 12 mm/uur of meer voor mannen bedraagt 73% respectievelijk 84%. De sensitiviteit en de specificiteit van een verhoogde BSE waarde voor een infectieuze aandoening/maligniteit bij een BSE-waarde van 28 mm/uur of meer voor vrouwen bedraagt 55% respectievelijk 95%.(5)

Hemoglobine

Het hemoglobine (Hb) dient aangevraagd te worden om een eventuele anemie uit te sluiten. Van anemie wordt gesproken indien het Hb lager is dan 12,9g/dl voor mannen en lager is dan 11,8g/dl voor vrouwen. Pas bij een afwijkende waarde worden er verdere laboratoriumtesten aangevraagd. Bloedarmoede op zich is geen diagnose maar meestal een symptoom van een onderliggende pathologie. Afhankelijk van het MCV (Mean corpuscular volume) kan er sprake zijn van een microcytaire anemie (MCV < 80 fl) die gezien wordt bij Fe-deficiëntie, normocytaire (MCV 80 – 100 fl) of macrocytaire anemie (> 100 fl). De sensitiviteit en specificiteit van Hb en MCV voor anemie en zijn onderverdeling ligt voor beide op 100%. Daarmee is echter geen oorzaak van de anemie gekend en verder onderzoek steeds aangewezen. (5,15,16)

Glucose

Een nuchtere glucosebepaling op veneus bloed wordt aangevraagd om Diabetes Mellitus, in het bijzonder type II, uit te sluiten. Van een nuchtere glucosebepaling kan gesproken worden indien de patiënt gedurende 8u geen calorieën heeft ingenomen. Een niet-nuchtere glycemie wordt afgeraden. Indien de patiënt niet nuchter is, is een HbA1c een geschikt alternatief, maar zeker niet de eerste keuze. Hoewel zeer specifiek heeft een HbA1c waarde een lagere sensitiviteit dan de nuchtere glucosewaarde en is de kostprijs hoger. Er kan gesproken worden van diabetes mellitus indien twee nuchtere glycemiebepalingen of twee HbA1c bepalingen op twee verschillende dagen een waarde van ≥126 mg/dl respectievelijk ≥6,5%(48 mmol/mol) bedragen. Wanneer de gemeten nuchtere glycemie of HbA1c tussen 110 mg/dl en 125mg/dl respectievelijk tussen 6% en 6,4% bedraagt wordt er gesproken van een gestoorde nuchtere glycemie of prediabetes. Dit gaat gepaard met een duidelijk verhoogd cardiovasculair risico en een verhoogd risico om eerder vroeg dan laat diabetes te ontwikkelen. Bij prediabetes is een gestoorde HbA1c een betere voorspellende parameter voor het risico op de ontwikkeling van diabetes dan de nuchtere glycemie.(11)

Creatinine

Het creatinine is een afbraakproduct van de in onze spieren aanwezige creatinefosfaat dat hoofdzakelijk passief door de nieren wordt gefiltreerd. Doordat er een constante productie van creatinine is, wordt er een evenwicht bekomen in het bloed die een zekere maat is voor de glomerulaire filtratierate (GFR). Bepaling van het serumcreatinine bij screening kan zo een eventuele (chronische) nierinsufficiëntie (CNI) aan het licht brengen. Meer nog, door middel van het serumcreatinine kan een schatting gemaakt worden van GFR, waardoor een nog betere inschatting kan gemaakt worden van de nierfunctie. Creatinine alleen heeft een te lage sensibiliteit om nierinsufficiëntie aan te tonen. Bepaling van deze GFR kan aan de hand van de MDRD-formule of de CKD-EPI formule. Deze laatste is preciezer dan de MDRD formule wanneer de GFR > 60ml/min, maar minder precies wanneer de GFR < 60ml/min. Beide formules zijn onvoldoende gevalideerd bij de oudere populatie. (5,7,17,18)

Hoewel niet opgenomen in de richtlijnen van een algemeen bloedonderzoek kan nierinsufficiëntie zich ook uiten door afwijkingen in het urinesediment (erythrocyten/celcilinders) of door proteïnurie. Deze zijn parameters voor nierschade. (5,7,17)

Tabel: Stadia van CNI volgens de Amerikaanse K/DOQI-richtlijnen. (5,17,18)

Stadium	**eGFR**	**Omschrijving**
Stadium 1	≥ 90 ml/min/1,73 m²	Normale of gestegen eGFR met tekenen van nierschade (proteïnurie of structurele nierschade)
Stadium 2	60 tot 89 ml/min/1,73 m²	Lichte daling van de eGFR en tekenen van nierschade
Stadium 3a	45 tot 59 ml/min/1,73 m²	Matige daling van de eGFR met of zonder tekenen van nierschade
Stadium 3b	30 tot 44 ml/min/1,73 m²	Matige daling van de eGFR met of zonder tekenen van nierschade
Stadium 4	15 tot 29 ml/min/1,73 m²	Ernstige daling van de eGFR met of zonder tekenen van nierschade
Stadium 5	< 15 ml/min/1,73 m²	Terminaal nierfalen

TSH

Het thyreoïdstimulerend hormoon (TSH) wordt bepaald om een stoornis van de schildklier uit te sluiten. Met de huidige technieken bedraagt de sensitiviteit en de specificiteit van de TSH bepaling 92% respectievelijk 100% voor euthyreoïdie, 100% respectievelijk 93% voor hypothyreoïdie (>3.5mU/L) en

100% respectievelijk 99% voor hyperthyreoïdie (<0.15mU/L). Dit betekent dat de bepaling van TSH gepaard gaat met weinig vals negatieve resultaten indien de waarde binnen de normale range valt. Bij een afwijkende test dient het vrij T4 te worden bepaald. Cut off waarden zijn afhankelijk van de leeftijd en van labo tot labo afhankelijk van welke techniek er wordt gebruikt. Voor hypothyreoïdie is de sensitiviteit van het vrij T4 100%, de specificiteit 91.2-100%. Voor hyperthyreoïdie zijn deze waarden 100% en 97.9-100%.

Zwangerschap, gebruik van bepaalde anti-epileptica, behandeling met IV heparine, hemodialyse, kunnen gepaard gaan met afwijkende waarden, voornamelijk onbetrouwbare vrij T4 waarden. Lithium- en jodium bevattende medicatie en amiodarone kunnen schildklierstoornissen veroorzaken.

Bij een afwijkende TSH waarde in kader van een algemeen check-up labo hoeft het vrij T4 echter niet altijd bepaald te worden. Hierbij kan de arts zich laten lijden op basis van de anamnese en de kliniek.(5,7)

Tabel: interpretatie schildkliertesten(7)

TSH	Vrij T4	Diagnose
Normaal		Euthyreoïdie
Gestegen	Gedaald	Hypothyreoïdie
Gestegen	Normaal	Subklinische hypothyreoïdie
Gestegen	Gestegen	Zeldzaam, TSH-producerend adenoom van de hypofyse of perifere resistentie schildklierhormoon
Gedaald	Gestegen	Hyperthyreoïdie
Gedaald	Normaal	Subklinische hypothyreoïdie
Gedaald	Gedaald	Zeldzaam, secundaire of centrale hypothyreoïdie

ALT

Bepalen van het ALT bij een check-up labo kan een leverstoornis aan het licht brengen. Omdat leveraandoeningen in de beginfase vaak asymptomatisch verlopen kan screening nuttig zijn. Van de verschillende op het laboformulier beschikbare leveranalyses is het ALT het meest geschikt om een leveraandoening aan te tonen. ALT is vrij leverspecifiek en komt verhoogd in het bloed voor wanneer beschadiging van de levercellen optreedt door infecties en intoxicaties. De sensitiviteit voor acute leverschade met een ALT >300 U/L is 96%, de specificiteit bedraagt dan 94%. Gamma-GT, AST en alkalisch fosfatase zijn minder specifiek en zijn daarom niet aanbevolen voor screening. (5,7)

Een verhoging van ALT tot maximaal 1.5 keer de bovengrens (= 45 U/L) is in het algemeen niet significant bij afwezigheid van klachten. Een afwachtende houding kan dan worden aangenomen. Bij een verhoging van het ALT die 1.5 tot 5 keer de bovengrens van het normale overschrijdt, maar waarbij de virusserologie negatief is, moet gedacht worden aan niet-alcoholische leversteatose, niet-alcoholische steatohepatitis, leverschade door alcoholmisbruik of medicatie. In meer zeldzame gevallen kan dit ook wijzen op auto-immuun hepatitis, hemochromatose of de Z.v. Wilson. Blijven de ALT-waarden gestoord na 4 weken dienen verdere onderzoeken te gebeuren.(5)

Cholesterol

De bepaling van het cholesterol bij een algemeen check-up labo heeft zijn nut bij het inschatten van het risico op hart- en vaatziekten (HVZ). Een hoog totaal cholesterol (> 190 mg/dl), voornamelijk het LDL cholesterol (> 115 mg/dl) is een risicofactor voor het ontwikkelen van HVZ, terwijl een hoog HDL-cholesterol dat risico verlaagt. Lage HDL-cholesterol waarden < 40mg/dl voor mannen en < 50mg/dl voor vrouwen zijn een gekende risicofactor van HVZ en van het metabool syndroom. Observationele studies hebben aangetoond dat de ratio van het totale cholesterol op de HDL-cholesterol het meest aangewezen is om het risico op HVZ te voorspellen bij patiënten zonder voorgeschiedenis van HVZ. Dit omdat met één parameter de effecten van LDL – en HDL-cholesterol op het ontstaan van HVZ worden uitgedrukt. LDL risicoverhogend, HDL risicoverlagend. De ratio is sensitiever dan het totale cholesterol bij het inschatten van HVZ. De specificiteit blijft hetzelfde. De patiënt hoeft voor de ratio-bepaling niet nuchter ter zijn. (9,19)

De bepaling van LDL-cholesterol betreft meestal een berekende waarde omwille van het feit dat een nauwkeurige bepaling technisch moeilijk is. De formule van Friedewald: LDL-cholesterol = totaal cholesterol - HDL-cholesterol - 0.45 x triglyceriden geeft een goede schatting. Omwille van de belangrijke invloed van voeding op de triglyceridenconcentratie, dient de patiënt gedurende 12u nuchter te zijn.

Triglyceriden

Hoewel de triglyceridenconcentratie niet is opgenomen als risicofactor in de cardiovasculaire risicobepaling, zouden hoge triglyceriden (TG) wel een bijkomende factor zijn waar rekening dient mee gehouden te worden. Zo zou het 10-jaars risico op het ontwikkelen van HVZ met de dood als gevolg hoger zijn dan aangegeven op de SCORE-tabellen bij hoge TG. Echter is er nog onvoldoende bewijs om TG mee op te nemen bij de SCORE-tabellen.(9,19) Verhoogde TG-waarden > 150 mg/dl worden wel in rekening gebracht bij het metabool syndroom.

Bijlage 4: FINDRISC vragenlijst

FINDRISC-scoretabel: Bevraging van risicofactoren voor diabetes mellitus type 2.[26]

Finnish Diabetes Association

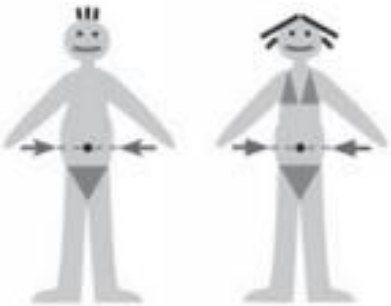
Type 2 diabetes risk assessment form

1. Age
- ☐ Under 45 years (0 p.)
- ☐ 45–54 years (2 p.)
- ☐ 55–64 years (3 p.)
- ☐ Over 64 years (4 p.)

2. Body-mass index
(See reverse of form)
- ☐ Lower than 25 kg/m² (0 p.)
- ☐ 25–30 kg/m² (1 p.)
- ☐ Higher than 30 kg/m² (3 p.)

3. Waist circumference measured below the ribs (usually at the level of the navel)

MEN	WOMEN	
☐ Less than 94 cm	☐ Less than 80 cm	(0 p.)
☐ 94–102 cm	☐ 80–88 cm	(3 p.)
☐ More than 102 cm	☐ More than 88 cm	(4 p.)



4. Do you usually have daily at least 30 minutes of physical activity at work and/or during leisure time (including normal daily activity)?
- ☐ Yes (0 p.)
- ☐ No (2 p.)

5. How often do you eat vegetables, fruit or berries?
- ☐ Every day (0 p.)
- ☐ Not every day (1 p.)

6. Have you ever taken medication for high blood pressure on regular basis?
- ☐ No (0 p.)
- ☐ Yes (2 p.)

7. Have you ever been found to have high blood glucose (eg in a health examination, during an illness, during pregnancy)?
- ☐ No (0 p.)
- ☐ Yes (5 p.)

8. Have any of the members of your immediate family or other relatives been diagnosed with diabetes (type 1 or type 2)?
- ☐ No (0 p.)
- ☐ Yes: grandparent, aunt, uncle or first cousin (but no own parent, brother, sister or child) (3 p.)
- ☐ Yes: parent, brother, sister or own child (5 p.)

Total Risk Score

☐ **The risk of developing type 2 diabetes within 10 years is**

Lower than 7	**Low:** estimated 1 in 100 will develope disease
7–11	**Slightly elevated:** estimated 1 in 25 will develope disease
12–14	**Moderate:** estimated 1 in 6 will develope disease
15–20	**High:** estimated 1 in 3 will develope disease
Higher than 20	**Very high:** estimated 1 in 2 will develope disease

Bijlage 5: Vragenlijst

1. Leeftijd

2. Geslacht

3. Hoe frequent laat u uw bloed prikken in de huisartsenpraktijk als check-up. Dit houdt in dat u voor een bloedafname op consultatie komt niet in kader van klachten of niet ter controle van het bloed voor een chronische aandoening (zoals suikerziekte, schildklierlijden…)

    a. Dit is de eerste keer
    b. 1 keer per jaar
    c. 2 keer per jaar
    d. 3 keer per jaar

4. Minimaal 1 keer per jaar mijn bloed laten testen vind ik

    a. Een absolute noodzaak
    b. Belangrijk
    c. Matig belangrijk: als het er eens niet van komt, is dat niet erg
    d. Niet belangrijk

5. Van een controle bloedonderzoek wil ik weten of (meerdere antwoorden mogelijk)

    a. Ik gezond ben
    b. Ik mogelijks een chronische ziekte heb
    c. Ik mogelijks een infectie heb
    d. Ik mogelijks kanker heb
    e. Ik beter extra vitaminen of andere medicatie zou innemen
    f. Ik dezelfde aandoening heb als anderen in de familie
    g. Ik meer op mijn dieet/levensstijl moet letten
    h. Andere……..

6. Indien de resultaten van het bloedonderzoek allemaal binnen de grenzen van het normale vallen, bent u dan gerustgesteld?

    a. Ja
    b. Neen
    c. Ik weet het niet

7. Indien er (beperkte) afwijkende resultaten worden gedetecteerd, maar uw arts vertelt u dat uw bloeduitslag goed is en dat het geen kwaad kan, bent u dan gerustgesteld?

    a. Ja
    b. Neen
    c. Ik weet het niet

8. Indien u niet bent gerustgesteld, wat verwacht u van uw arts of wat doet u?

    a. Niets, ik laat de arts ook niet weten dat ik ongerust ben.
    b. Ik hoop dat de arts mij uitnodigt op consultatie voor meer uitleg
    c. De volgende keer dat ik op consultatie moet vraag ik het nog eens na
    d. Ik maak zelf een afspraak bij de arts en vraag meer uitleg
    e. Ik zoek op internet wat dit kan betekenen
    f. Andere:

9. Wat verwacht u dat er wordt nagekeken? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    a. Of ik een normaal aantal witte en rode bloedcellen en bloedplaatjes heb
    b. Of ik een normale stolling van het bloed heb
    c. Of er een ontsteking te zien is in mijn bloed
    d. Of mijn nierfunctie normaal is
    e. Of ik een tekort of teveel aan zouten heb
    f. Of ik een tekort aan vitaminen heb
    g. Of ik een tekort aan mineralen heb
    h. Of mijn leverfunctie normaal is
    i. Of mijn schildklier normaal functioneert
    j. Of er problemen zijn met mijn hart
    k. Of er problemen zijn met mijn alvleesklier
    l. Of ik teveel cholesterol/vetten heb
    m. Of ik een teveel aan suiker heb in mijn bloed
    n. Of er een afwijkende balans is in mijn hormoonspiegels
    o. Of ik mogelijks kanker heb (zoals prostaatkanker, borstkanker, darmkanker …)
    p. Of ik een virale/bacteriële infecties heb
    q. Of ik een seksueel overdraagbare aandoening heb
    r. Of ik een auto-immuunziekte heb
    s. Of ik aan iets allergisch ben

10. Ik vroeg zelf aan de arts om bepaalde parameters in het bloed te bepalen, waarop de arts niet wou ingaan.
    Nl. ……..
    a. Ik ben akkoord gegaan, maar had eigenlijk toch liever gehad dat de parameter werd bepaald.
    b. Ik ben akkoord gegaan en kreeg voldoende uitleg waarom de arts er niet op was ingegaan.
    c. Ik ben akkoord gegaan, maar kreeg onvoldoende uitleg over het waarom.
    d. Ik begreep de beweegreden van de arts, maar stond er toch op dat het werd gevraagd.
    e. Ik begreep de beweegreden van de arts niet en stond er op dat de test werd aangevraagd.

11. Indien vraag 11 voor u van toepassing was: wat had u graag gehad dat u arts anders deed?

    a. Niets
    b. ……

12. Ik krijg mijn bloedresultaten het liefst

    a. Via de telefoon
    b. Via de post
    c. Via e-mail
    d. Tijdens een consult
    e. Tijdens een consult als er afwijkende waarden zijn
    f. Tijdens een consult als er afwijkende waarden zijn, waarbij de arts zich zorgen maakt.
    g. Andere: …….

13. Ik kreeg voldoende informatie over mijn resultaten?
    a. Ja
    b. Neen
    c. Min of meer

14. Indien 'neen' op vraag 13 Wat had je graag meer willen weten?

……

Bijlage 6: Goedgekeurd Protocol

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

INLEIDING

Maar al te vaak komen patiënten op consultatie met de vraag naar een algemeen bloedonderzoek. Op de vraag waarom ze dit wensen is het antwoord dikwijls 'omdat het een jaar geleden is' of 'ik wil weten hoe het met mijn gezondheid' staat. Deze vraag naar een check-up gaat gepaard met bepaalde verwachtingen die hoogstwaarschijnlijk verschillen van wat de arts denkt dat de verwachtingen van die patiënt zijn. Als arts hebben we de achterliggende kennis bij de testen die kunnen aangevraagd worden wat ons aanvraaggedrag beïnvloedt. Patiënten daarentegen hebben volgens het onderzoek van Van Bokhoven et al. een totaal verkeerd beeld van de mogelijkheden en de diagnostische waarde van een labo-onderzoek. Normale resultaten geven hen het valse gevoel dat er met hun gezondheid niets mis is. Bovendien laten ze zich leiden door wat er in de media speelt. De vraag naar kankerscreening, bepalen van vitaminen … is courant, maar niet opportuun.

ONDERZOEKSVRAAG

Om de hoeveel tijd vinden patiënten het belangrijk om hun bloed te laten testen? Wat willen ze dat er wordt nagekeken en wat verwachten ze er van? Wat denkt de patiënt dat de arts ook effectief aanvraagt en wat zijn de discrepanties hierbij tussen patiënt en arts? Dit in de veronderstelling dat de arts een standaardlabo aanvraagt volgens de richtlijnen.

Wat met afwijkende resultaten? Hoe willen ze dat de arts er mee omgaat. Welke informatie verwachten ze van de arts? Waar schiet de arts tekort en hoe kan de arts hier anders mee omgaan?

Hechten patiënten belang aan de manier waarop de resultaten worden meegedeeld? Indien er significante afwijkende resultaten zijn, die de arts ook zorgen baart, worden de patiënten uitgenodigd op consultatie. Maar is dit wel voldoende voor de patiënt. Zit deze laatste niet met heel veel vragen bij elk afwijkend resultaat. Ook wanneer de arts zegt dat alles in orde is.

METHODE

Aan mannen en vrouwen van 40 jaar en ouder die vragen naar een check-up labo, dat geen verband houdt met een chronische aandoeningen, een follow-up of met klachten die een labo vereisen, zal

gevraagd worden of zij willen deelnemen aan het thesisonderzoek. Dit houdt in dat hen gevraagd zal worden een vragenlijst (zie protocol) in te vullen die peilt naar de verwachtingen van de patiënt omtrent een standaard check-up labo. Deze vragenlijst wordt volledig anoniem ingevuld en nadat ook de resultaten aan de patiënt zijn meegedeeld kan de patiënt de vragenlijst in een voorziene box posten. Omwille van het feit dat de vragenlijst peilt naar verwachtingen van een labo en meningen omtrent het meedelen van resultaten en er geen medische informatie wordt bekomen van de deelnemende patiënten zou er – Indien het ethisch comité akkoord gaat – alleen gewerkt worden met een mondelinge toestemming.

Binnen een periode van 6 maanden is het de bedoeling om minstens 50 ingevulde vragenlijsten te bekomen, zodat uit elke leeftijdscategorie er een voldoende grote steekproef kan worden bekomen. Gedurende deze periode zal ook een registratie gebeuren van alle check-up labo's die worden aangevraagd.

Na het verwerven van de gegevens zullen de vragenlijsten gecodeerd worden in SPSS en vervolgens geanalyseerd worden.

TE VERWACHTEN RESULTATEN/DOEL

Op basis van de discrepanties tussen de verwachtingen van de patiënt en wat de arts denkt dat de patiënt verwacht betreffende de testen die worden aangevraagd en de manier waarop de resultaten worden meegedeeld, moet het mogelijk zijn om na te gaan waar de arts te kort komt in zijn/haar communicatie. Door beter inzicht te krijgen in de gedachtegang van de patiënt, is het doel om communicatief betere vaardigheden te ontwikkelen, zodat er aan de noden van de patiënt kan tegemoet gekomen worden.

Bijlage 7: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

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**
	2015/0425	13-mei-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Wat zijn de verwachtingen van de patient bij de vraag naar een 'check-up' labo
(Manama Liesbeth Cuyckens)

Belgisch Registratienummer: B670201524559

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 31/03/2015 - (volledig ontvangen dd. 13/04/2015)
* Informatieformulier (versie 1 dd. maart 2015)
* Protocol incl. vragenlijst thesis (versie 1 dd. maart 2015)
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 08/05/2015 (ontv. dd. 11/05/2015) op opmerkingen EC dd. 14/04/2015
* Toestemmingsformulier (versie 2 dd. mei 2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 11/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/05/2016, 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 11/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/05/2016, 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 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

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

Sandra De Paepe
09/332 26 86
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

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**
	2015/0426	13-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0426

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekomstoont 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. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

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