Verwachtingen en ideeën rond het preventief bloedonderzoek bij jongvolwassenen (20-45 jaar)

Delens Stéphanie, UGent

Promotor: Prof. Dr. Thierry Christiaens, UGent

Co-promotoren: Dr. Veerle Piessens, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Titel: Verwachtingen en ideeën rond het preventief bloedonderzoek bij jong-volwassenen (20-45 jaar).

Haio: Stéphanie DELENS

Universiteit: UGent

Promotor: Thierry CHRISTIAENS

Co-promotor: Veerle PIESSENS

Praktijkopleiders: Christina PAELINCK en Riet VAN DEN BOSCH

Context:
Preventie is een van de onderdelen van het diverse takenpakket van de huisarts. Via het GMD+ screenen huisartsen systematisch bij patiënten ouder dan 45 jaar naar verschillende aandoeningen en dit onder andere via bloedafnames. In de praktijk komen echter ook jonge mensen consulteren voor een bloedanalyse. Van waar komt die zorgvraag? Het is namelijk gekend dat de meeste patiënten bij elke zorgvraag bepaalde ideeën, bezorgdheden en verwachtingen hebben (ICE) en dat deze niet altijd identiek zijn aan deze van de arts. Wat is de agenda van een jongvolwassenen als hij komt voor een bloedafname zonder specifieke aanleiding en heeft een screeningsonderzoek bij jongvolwassenen enig nut?

Onderzoeksvraag:
Wat zijn de verwachtingen van onze jongvolwassen patiënten die komen met de vraag naar een algemene bloedafname? Wie zijn deze patiënten? Wat is de aanleiding tot deze zorgvraag en welke testen verwachten ze dan? En is er enige evidentie voor screening naar cardiovasculaire risicofactoren bij jongvolwassenen?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Allereerst werd een literatuuronderzoek uitgevoerd over de evidentie van cardiovasculaire screening bij jongvolwassenen en over de verwachtingen en ideeën van deze groep over een preventieve bloedafname.
Voor het praktijkproject werden patiënten, van 20 tot 45 jaar, die op consultatie kwamen met de vraag naar een bloedonderzoek zonder specifieke klacht, geïncludeerd. Na informed consent voerden we een kwalitatief onderzoek uit op basis van een vragenlijst over hun algemene gezondheid, levensstijl, voedingsgewoontes en verwachtingen rond bloedafnames. Ook een paar klinische parameters werden genoteerd. Deze vragenlijsten werden daarna verder geanalyseerd om zo de ideeën en verwachtingen van patiënten betreffende preventieve bloedafnames in kaart te brengen.

Resultaten:
Uit het literatuuronderzoek blijkt dat cardiovasculaire risicofactoren bij jongeren zeker aanwezig zijn en dat een langdurige aanwezigheid nefast is voor het latere cardiovasculaire risico. Anderzijds blijkt ook dat er nog geen enkele evidentie is voor medicamenteuze interventies bij deze groep. Heeft screening dan wel enig nut? Wanneer men voor het 2de luik van het praktijkproject naar de verwachtingen rond bloedafnames kijkt, ziet men dat patiënten heel veel verwachten van dit onderzoek. Goede resultaten worden beschouwd als een bewijs voor een goede gezondheid en sluiten ernstige aandoeningen voor de patiënt bijna uit. Ze komen dus bijna allen met hetzelfde doel: een geruststelling.

Conclusies:
Een goede communicatie tussen arts en patiënt is ontzettend belangrijk zodanig dat men de verwachtingen van de patiënt echt wel achterhaalt. Enkel op die manier kunnen de verwachtingen van arts en patiënt gelijklopen en kunnen we de discrepanties wegwerken tussen de beperkte diagnostische waarde van bloedtesten en de hoge verwachtingen van de patiënt. Goede communicatie telt ook voor een cardiovasculaire check-up. Er is namelijk nog geen evidentie voor screening naar cardiovasculaire risicofactoren omdat er naast levensstijladvies geen bewezen interventies zijn. Het is dus belangrijk dat we als huisarts onze educatieve en communicatieve vaardigheden gebruiken om patiënten aan te spreken over risicofactoren en zo op bevolkingsniveau te werken aan een gezonde levensstijl.

E-mail: stephanie.delens@gmail.com

ICPC-code: A98; preventie, laboratoriumonderzoek

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING EN VERANTWOORDING VAN HET ONDERWERP 4

INLEIDING 4

UITEINDELIJKE VRAAGSTELLING 6

METHODE 6

LITERATUURONDERZOEK 7

METHODE 7

DE VERWACHTINGEN ROND BLOEDAFNAMES 8

NUT VAN SCREENING NAAR CARDIOVASCULAIRE RISICOFACTOREN BIJ JONGVOLWASSENEN 13

ROKEN 17

Hypertensie 18

Buikomtrek 19

Diabetes 20

Dyslipidemie 21

Leverfunctietesten 22

BESLUIT LITERATUURSTUDIE 23

PRAKTIJKPROJECT 25

METHODE 25

KARAKTERISTIEKEN VAN DE DEELNEMERS 26

RESULTATEN 31

DISCUSSIE 34

BESLUIT 36

REFERENTIES 40

BIJLAGEN 44

BIJLAGE 1: INFORMATIEBLAD VOOR PATIËNT 44

BIJLAGE 2: TOESTEMMINGSFORMULIER 45

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST 46

BIJLAGE 4: KLINISCH ONDERZOEK 50

INLEIDING EN VERANTWOORDING VAN HET ONDERWERP

INLEIDING

Als huisarts hebben we de unieke kans om onze patiënt en zijn familie jarenlang op te volgen. Dit geeft ons dan ook de mogelijkheid om oog te hebben voor preventie en specifieke verwachtingen van patiënten op dat gebied.

In het kader van het 'globaal cardiovasculair risicobeheer' en het individueel preventieplan, screenen huisartsen hun patiënten van middelbare leeftijd, op zoek naar hoog risicopatiënten, nog voor er zich symptomen ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Door preventieve maatregelen en betere behandelingen kan men de vroegtijdige mortaliteit en morbiditeit van deze aandoeningen fors doen afnemen. De screening naar deze pathologieën gebeurt vanaf middelbare leeftijd aangezien er pas vanaf deze leeftijd enige klinische evidentie voor is. Ook in de Belgische richtlijnen respecteert men deze leeftijdsgrens. Zo ziet men dat het GMD+, het preventieluik van het globaal medisch dossier, dan ook zijn ingang vindt vanaf 45 jaar. Naast een vragenlijst en bespreking van preventiemogelijkheden en –acties voor vaccinaties en screening naar maligniteiten (borst- en baarmoederhalskanker en colorectale tumoren), gebeurt hierbij ook een bloedafname. Bij deze bloedafname bepaalt men o.a. het lipidenprofiel en de glycemie, met het oogpunt op een betere cardiovasculaire preventie.

In de praktijk komen echter niet alleen ouderen en volwassenen van middelbare leeftijd met de vraag naar een bloedafname. Ook jonge mensen consulteren om deze reden. Hierbij is er dan vaak vraag naar een volledige bloedanalyse. Aangezien een preventieve bloedafname bij deze leeftijdsgroep niet binnen de huidige richtlijnen past, dient men zich als huisarts toch wat vragen te stellen betreffende deze zorgvraag. Wat is de aanleiding voor deze vraag? Wat zijn hun verwachtingen rond de bloedafname? Welke testen hebben ze hierbij dan in gedachten? Gaat het hierbij enkel om cardiovasculaire risicofactoren (cholesterol, suiker), of denken ze hierbij aan andere zaken (kanker, HIV, vitaminen,…)? Welke testen verwachten ze dat de huisarts in ieder geval zal aanvragen? Wat denken ze dat we met deze bloedafname allemaal kunnen detecteren? En wat is het profiel van deze jonge mensen die om een bloedafname vragen: gaat het om risicopatiënten of komt de vraag meer van de worried-well?

Het is gekend dat de meeste patiënten bij elke zorgvraag bepaalde ideeën, bezorgdheden en verwachtingen hebben (ICE) en dat de arts zich niet altijd bewust is van deze ICE. Ook bij de vraag naar een bloedanalyse heeft de patiënt dus zijn eigen verwachtingen. De agenda van de

patiënt of zijn gedachtenwereld kennen, is in dit opzicht dan uitermate belangrijk om tot een gemeenschappelijk besluit te komen tussen arts en patiënt en voor een goede arts-patiëntrelatie. Voor zowel de informed consent als de shared decision is het belangrijk om de verwachtingen en ideeën van de patiënt te kennen over zowel therapie als over alle labotesten.

Omgekeerd kunnen we ons als huisarts ook de vraag stellen of een screeningsonderzoek bij jongvolwassenen van enig nut is? Aangezien het screeningsdomein heel breed is, is er beslist om in deze thesis enkel te focussen op de evidence rond cardiovasculaire screening bij jongvolwassenen.
De prevalentie van hart- en vaatziekten hangt samen met de leeftijd en de incidentie op jonge leeftijd is miniem. Anderzijds is de onderliggende pathologie van deze aandoeningen atherosclerose en deze ontwikkelt zich gedurende jaren geruisloos en is al in een vergevorderd stadium als de eerste symptomen zich voordoen. Wanneer men ziet dat de risicofactoren voor hart- en vaatziekten op steeds jongere leeftijd voorkomen en steeds meer doorwegen op populatieniveau, zo denken we bijvoorbeeld aan het stijgend aantal obesen en de stijging in ongezonde voeding en sedentarisme, begint men zich af te vragen of het van enig nut zou zijn om op jongere leeftijd naar deze factoren te beginnen screenen.

In deze Manama-proef zullen we het hebben over de verwachtingen van de patiënten (20-45 jaar) die komen voor een bloedafname zonder vermelding van een specifieke klacht. Wat denken ze dat er juist zal worden nagegaan? Van waar komt hun specifieke vraag en wat willen ze met deze vraag bereiken? Dit zal zowel in het literatuuronderzoek als in de praktijkstudie onderzocht worden.
Tijdens het literatuuronderzoek zal ook bekeken worden of we als huisarts redenen hebben om via bloedafname te screenen bij jongvolwassenen. Zoals eerder vermeld zal om praktische redenen enkel de screening naar cardiovasculaire risicofactoren besproken worden.

UITEINDELIJKE VRAAGSTELLING

a) Wat zijn de verwachtingen van onze jongvolwassen patiënten die komen met de vraag naar een algemene bloedafname? Wie zijn deze patiënten? Wat is de aanleiding tot deze zorgvraag en welke testen verwachten ze dan?
b) Wat is de evidence voor screening naar cardiovasculaire risicofactoren bij jongvolwassenen?

METHODE

a) Literatuuronderzoek:
    i. naar de evidence van cardiovasculaire screening bij jongvolwassenen
    ii. over de verwachtingen en ideeën van deze groep over een preventieve bloedafname

b) praktijkproject: Hiervoor wordt aan alle patiënten, van 20 tot 45 jaar, die op consultatie komen in de huisartsenpraktijk met de vraag naar een bloedonderzoek zonder specifieke klacht, gevraagd of ze willen deelnemen aan de studie. Hierbij benadrukken we dat de vraag naar bloedonderzoek uitdrukkelijk van de patiënt moet komen en dat de patiënt bij aanvang geen specifieke klacht of bezorgdheid uit die een aanleiding vormt voor dit bloedonderzoek (bv: geen vraag naar SOA-screening of ijzerbepaling omwille van vermoeidheid,…). Alle deelnemers dienen dan het toestemmingsformulier in te vullen. Patiënten die informed consent geven, vullen samen met de huisarts een vragenlijst in en een paar klinische parameters worden genoteerd. (zie bijlages)

LITERATUURONDERZOEK

In het literatuuronderzoek werden twee onderwerpen bestudeerd. Het eerste gaat specifiek over verwachtingen en ideeën van patiënten over bloedafnames en in het tweede luik bekijken we of het van enig nut is dat een arts bij jongvolwassenen zonder specifieke aanleiding bloed zou prikken voor screening naar cardiovasculaire risicofactoren.

METHODE

Opzoekvragen:

- Wat verwachten patiënten van bloedanalyses?
- Is er evidentie voor screening naar cardiovasculaire risicofactoren bij jongvolwassenen?

Deze literatuurstudie heeft zich dus toegelegd op de verwachtingen van patiënten over bloedafnames en de screening naar cardiovasculaire risicofactoren bij jongvolwassenen.

De informatie hierover werd bekomen met behulp van de zoekmachine PubMed. Verschillende combinaties van volgende zoektermen werden hiervoor gebruikt: ICE, patient expectations, laboratory tests, blood tests, check-up, prevention, metabolic syndrome, young adults.

Met de link “related articles” in PubMed werden nog andere studies geïdentificeerd die niet in de primaire zoektocht waren gevonden. Ook de referenties van de bekomen artikels werden overlopen en hieruit werden er nog een paar andere artikels geselecteerd.

Uiteindelijk werden voor het schrijven van de thesis 30 artikels gebruikt. Allen werden uitgegeven tussen 1997 en 2011. Twaalf artikels handelen over de verwachtingen van patiënten en 18 over de cardiovasculaire preventie bij jongvolwassenen.

In de loop der jaren is de communicatie in de huisartsenpraktijk sterk geëvolueerd. Waar men vroeger een paternalistische houding had naar de patiënt toe, probeert men nu meer en meer de patiënt te betrekken tijdens het consult. Artsen herkennen de nood van patiënten om deel te nemen in beslissingen rond hun gezondheid en voelen dat ze rekening moeten houden met de prioriteiten en de waarden van de patiënt. Men evolueert dus eigenlijk van een pathologie-gerichte zorg naar een patiëntgerichte zorg. *(Peck B.M., et al., 2004)*

Patiëntgerichte zorg in de huisartsgeneeskunde betekent concreet dat de patiënten inspraak hebben tijdens het consult, dat men tracht te weten wat hun zorgen en verwachtingen zijn, dat de patiënten goed geïnformeerd worden over mogelijke therapeutische en diagnostische interventies en risico's, en dat huisartsen hun patiënten aanmoedigen en de ruimte geven om mee te beslissen over het behandelplan. Dit gemeenschappelijk beslissen is beter gekend onder de term 'shared decision making'. Dit houdt dus in dat de patiënt wordt betrokken in beslissingen rond zijn zorg. Hiervoor is het uitermate belangrijk dat men weet wat de patiënt juist verwacht van de zorg en het consult. *(Stewart R. and Thistlethwaite J., 2010)*

De verwachtingen van de patiënt kan men te weten komen door een goede communicatie. Een handige communicatietechniek is het acroniem ICE. Hierbij staat de I voor 'ideas' en dit is dus elke opinie van de patiënt over een mogelijke diagnose, behandeling of prognose. De C staat voor 'concerns' of angst/bekommernissen van de patiënt over een mogelijke diagnose of behandeling. En als laatste hebben we de E van 'expectations' die verwijst naar de verwachtingen van de patiënt rond diagnose, therapie, …

Het ICE acroniem is een goede basis voor een patiëntgerichte aanpak waarbij men verwacht dat kennis over de ICE van de patiënt ons toelaat de patiënt beter te begrijpen, dat men hiermee beter zijn verwachtingen kan inlossen en dat men hierbij aan betere gezondheidszorg doet. Goede communicatie staat dus centraal in een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Dit idee wordt ondersteund door de vele reviews die aantonen dat het verbeteren van de interactie tussen arts en patiënt positieve effecten heeft op gezondheidsgerelateerde outcomes. *(Matthys J., et al., 2009)* Het begrijpen en het uitvoeren van de noden en voorkeuren van de patiënt is dus een doel van onze huidige medische praktijkvoering.

Het aantal studies over de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van patiënten in de huisartsgeneeskunde is de laatste jaren sterk toegenomen maar deze studies zijn nog steeds schaars en vertonen verschillende beperkingen. Allereerst is er het feit dat er een grote diversiteit bestaat in verwachtingen en ideeën en dat er tussen de verschillende patiënten ook een grote variabiliteit is (leeftijd, geslacht, vroegere ervaringen, kennis, cultuur,…). Het is dus niet evident om met deze gegevens goede kwalitatieve studies te maken met een voldoende grote studiepopulatie. *(Ruiz-Moral R., et al., 2007)*

Een andere beperking is dat de meeste studies over verwachtingen in het algemeen gaan. De studie van Peck B.M. et al., leert ons bijvoorbeeld dat 65% van de patiënten die bij de huisarts gaat, minstens 1 verwachting heeft rond een test, verwijzing of nieuwe medicatie. Hiervan heeft 31% maar één concrete verwachting en heeft 25% 2 of meer verwachtingen. Men kon ook besluiten dat de verwachtingen voor onderzoeken rond de 37% lagen, voor verwijzing 30% en voor nieuwe medicatie 33%. Mensen hebben dus op zich wel veel verwachtingen rond een bepaald onderzoek of therapie maar er is weinig gekend over de specifieke inhoud van die verwachtingen. Dit blijkt ook te gelden voor verwachtingen rond bloedafnames. Er zijn wel studies die peilen naar het aantal patiënten dat een bloedafname verwacht, maar schaars zijn de studies met gegevens over welke specifieke bepalingen de patiënt in gedachten heeft of over wat de patiënt precies hoopt te bereiken met dit labo. Het lijkt echter wel van belangrijke waarde om deze verwachtingen te kennen, zowel voor een betere patiëntenzorg, een grotere patiënten-tevredenheid (van belang voor de arts-patiëntrelatie, therapietrouw, gezondheidszorggebruik,…), als voor betere preventie- en educatieprogramma's. *(Peck B.M., et al., 2004)*

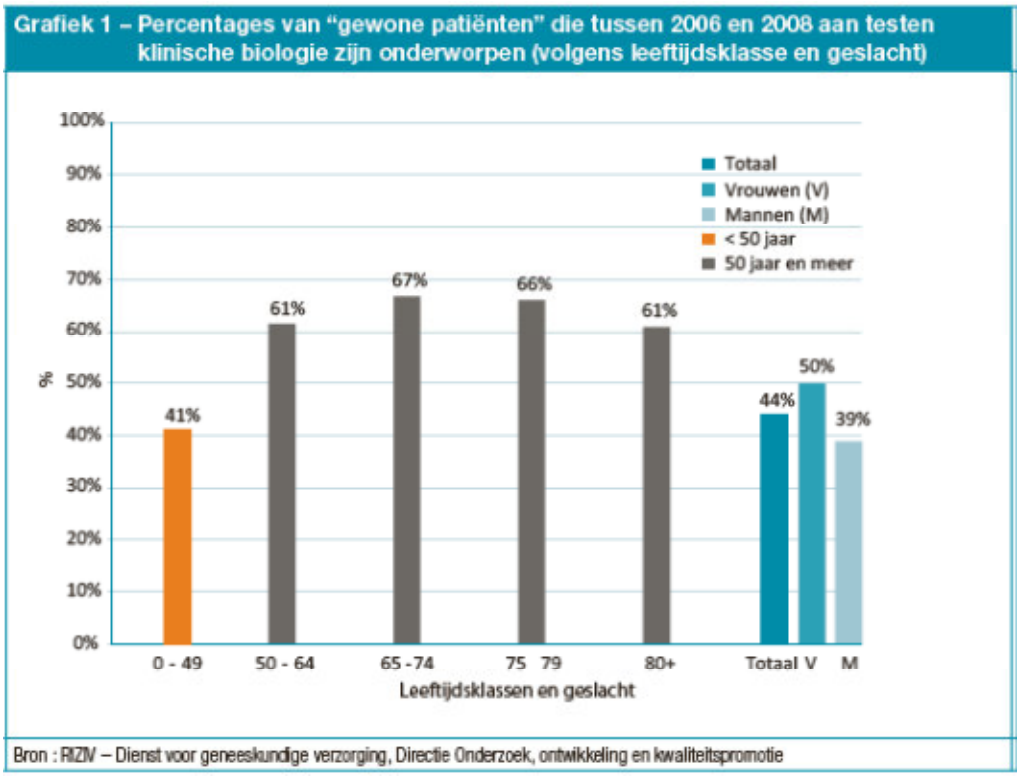
Als men die specifieke verwachtingen tracht na te gaan, zien we in het algemeen dat patiënten het nut van een bepaald onderzoek of behandeling (veel) hoger schatten dan de arts. *(Weston W.W., 2001)* In aansluiting hiermee vindt men in de literatuur eveneens dat de verwachtingen van patiënten rond bloedafnames ook veel hoger zijn dan wat evidence based is en ze zijn dan ook veel hoger dan de verwachtingen van de arts hieromtrent. Goede resultaten worden beschouwd als een bewijs van goede gezondheid. Zo heeft een onderzoek in 1995 uitgewezen dat het grootste deel van de Nederlanders denkt dat een jaarlijks medisch onderzoek evidentie geeft over hun medische toestand en dat bijna alle aandoeningen te genezen zijn als ze vroeg worden ontdekt. De meeste deelnemers denken dat bloedresultaten een groot aandeel aan

informatie bevatten en dat deze de meeste ziekten kunnen uitsluiten of detecteren in vroeg stadium. Ze geloven ook sterk in de resultaten en trekken deze laatste dus zelden in twijfel. Men besluit dat men met een bloedanalyse een betere doorlichting heeft van het lichaam aangezien een arts en een klinisch onderzoek niet in het lichaam kunnen kijken. Het doel blijkt dus duidelijk te zijn: zekerheid hebben over een goede gezondheid en exclusie of vroege detectie van ernstige ziekten. Kortom patiënten zien bloedafnames een beetje als een kristallen bol. *(van Bokhoven M.A., et al., 2006)*

Uit onderzoek is tevens gebleken dat het geloof in een jaarlijks preventief onderzoek ook bij de huisartsen groot is. In het onderzoek van Prochazka et al. denkt de meerderheid van de huisartsen (94%) dat een jaarlijkse check-up de relatie tussen arts en patiënt verbetert en dat dit de mogelijkheid geeft om over preventieve zaken te praten. Achtentachtig procent geeft toe deze jaarlijkse controle uit te voeren bij een groot deel van zijn patiënten en 78% denkt dat dit jaarlijks onderzoek ook verwacht wordt door de patiënt. Daarnaast gelooft 74% dat dit onderzoek de detectie van subklinische aandoeningen effectief verbetert.

Wanneer men vraagt naar de inhoud van de jaarlijkse preventieve check-up dan zien we dat bijna alle artsen (>95%) het gewicht, de lengte en de bloeddruk meten. Bij 60% van de huisartsen wordt bij de vrouwen ook een uitstrijkje uitgevoerd of aangevraagd en 44% vraagt een mammografie aan. Wanneer men naar de bloedanalyses kijkt, ziet men dat de volgende testen aangevraagd worden: 48% lipidenbilan, 39% perifeer bloedonderzoek, 46% glucose, 32% nierfunctie-, 28% leverfunctie- en 21% schildkliertesten.*(Prochazka A.V., et al., 2005)*

Ook in België tracht men na te gaan welke testen van klinische biologie de artsen aanvragen en vooral bij wie. Zo leren we uit de cijfers van het RIZIV dat vier op de tien personen jonger dan 50 jaar wordt onderworpen aan een opportunistische screening hoewel dat misschien niet nodig is.



Grafiek over de percentages patiënten die zonder gegronde klacht of co-morbiditeit een bloedanalyse hebben gehad over een periode van 2 jaar. De testen die voor de grafiek in aanmerking kwamen zijn de schildkliertesten, het lipidenbilan, het diabetesonderzoek, het leverbilan, het nierbilan en het bilan van seksueel overdraagbare aandoeningen.

Uit verdere cijfers blijkt dat Belgische artsen bij jongvolwassenen vaak een lipidenbilan aanvragen (40% bij de 30 – 44 jarigen) maar ook diabetesscreening en andere testen worden te vaak aangevraagd. *(RIZIV, 2011)*

Kortom zowel publiek als huisartsen blijken hoge verwachtingen te hebben voor preventieve labotesten. Wanneer we echter de richtlijnen bekijken, vinden we weinig aanmoediging om veralgemeende preventieve bloedonderzoeken te doen. Het is duidelijk dat ondanks dat een jaarlijkse check-up niet wordt aanbevolen en het ontbreken van enig gekend voordeel over routine-labo's bij asymptomatische individuen dat het publiek deze toch wil en dat de meeste huisartsen dit blijven doen. De huisartsen en hun patiënten geloven in onderzoeken en testen die nog niet bewezen zijn. Een betere educatie van de patiënten en huisartsen over deze testen en over hun effectiviteit is nodig. *(Prochazka A.V., et al., 2005)*

Het aanvragen van bloedtesten zonder goede medische argumenten heeft namelijk ook nadelen: de lage voorkans van ernstige aandoeningen in de huisartsenpraktijk brengt een hoog risico op vals positieve testresultaten met zich mee. Als we bijvoorbeeld bij gezonde

individuen 8 bloedtesten aanvragen, dan gaan we gemiddeld bij 20,6% van deze patiënten een afwijkend resultaat hebben. Deze abnormale resultaten zijn moeilijk te interpreteren en leiden soms tot onnodige angst en onrust en tot onnodige bijkomende onderzoeken. Anderzijds blijkt uit onderzoek dat als er een lage voorkans is of als de test aangevraagd wordt op vraag van de patiënt of om de patiënt gerust te stellen, een arts er sneller in geneigd is om abnormale resultaten als normaal te interpreteren en geen verdere acties te ondernemen. Meestal is dit waarschijnlijk de correcte beslissing aangezien vele labo-abnormaliteiten klinisch niet relevant zijn als de voorkans klein is, maar dit kan ook een valkuil zijn. *(Houben P.H., et al., 2010)*

Het blijft een dilemma: als we de principes van evidence-based medicine volgen dan verwachten we dat de huisarts zijn kennis en ervaring gebruikt om een balans te maken tussen de klinische status van de patiënt en zijn persoonlijke omstandigheden, de wetenschappelijke evidentie en de voorkeuren van de patiënt. Terwijl de klinische status vaak minder diagnostische bloedtesten zou toelaten en wetenschappelijk onderzoek aantoont dat onnodige diagnostische testen ongunstige consequenties hebben, willen veel patiënten dat hun bloed getest wordt. Patiënten hebben immers niet de nodige medische kennis om een weloverwogen keuze te maken.*(van Bokhoven M.A., et al., 2006)* . Het is dan ook de taak van de huisarts om deze verwachtingen te kennen en de dan tegenstrijdige verwachtingen van arts en patiënt via een correcte communicatie te laten uitmonden in een ‘shared decision’ waarbij de klinische en wetenschappelijke expertise van de arts gerespecteerd wordt zonder de arts-patiëntrelatie te compromitteren. *(Poelman T., 2011)*

Volgens de literatuur hebben patiënten die naar de huisarts gaan immers voornamelijk verwachtingen over het krijgen van goede informatie en een luisterend oor. De verwachtingen rond behandeling zijn vaak secundair. Patiënten zouden blijkbaar liever een goede uitleg en veel informatie krijgen dan zomaar een behandeling of onderzoek. *(Ruiz-Moral R., et al., 2007)*

Maar voor we een goede uitleg kunnen geven over de voor- en nadelen van een bloedanalyse en over de beperkingen hiervan is het nodig dat we als huisarts de eigenlijke en specifieke verwachtingen kennen van de patiënt die voor ons zit met zijn vraag voor een bloedafname.

Bij patiënten van middelbare leeftijd en ouder (45+) screenen huisartsen zoals eerder vermeld naar cardiovasculaire risicofactoren, nog voor er zich symptomen ontwikkelen van hart- en vaatziekten.
Naast een oorzaak van vroegtijdige sterfte zijn deze ook verantwoordelijk voor een verminderde levenskwaliteit en invaliditeit. Door preventieve maatregelen en betere behandelingen kan men deze vroegtijdige mortaliteit en morbiditeit fors doen afnemen. Aandacht voor cardiovasculaire risicofactoren is dus uitermate belangrijk.

De prevalentie van hart- en vaatziekten hangt samen met de leeftijd. Vandaar dat men meestal begint te screenen op 40-50 jarige leeftijd en dat bijvoorbeeld het algoritme van Domus Medica opgemaakt is voor volwassenen vanaf 40 jaar. *(Domus Medica, 2011)* Patiënten die jonger zijn, worden niet opgenomen in deze screeningsrichtlijnen maar af en toe komen ook zij met de vraag naar een bloedafname. Is deze vraag terecht of niet? Wanneer men ziet dat de risicofactoren voor hart- en vaatziekten op steeds jongere leeftijd voorkomen en steeds meer doorwegen op populatieniveau, zou men zich als arts kunnen afvragen of het van enig nut zou zijn om op jongere leeftijd te beginnen screenen. Zo denken we bijvoorbeeld aan de stijging in ongezonde voeding en sedentarisme. Ook overgewicht en obesitas bij jonge mensen worden wereldwijd een probleem van volksgezondheid met belangrijke gevolgen voor de gezondheid. Deze resulteren namelijk in verschillende klinische condities zoals atherosclerose, dyslipidemie, hypertensie en type 2 diabetes. Dit zijn allemaal risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Is het nu zo dat hoe vroeger deze risicofactoren verschijnen en hoe langer de blootstellingstijd, hoe groter het risico op ontwikkeling van coronaire ziekten met ernstigere eindpunten is? Deze conclusie wordt onder andere vermeld in de review van Halpern et al. Als de verschillende studies die in de review besproken worden, echter worden bestudeerd, dan zien we dat verschillende artikels een correlatie bespreken tussen de vroegtijdige aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren en de ontwikkeling van atherosclerotische plaques bij jongvolwassenen. *(Halpern A., et al., 2010)* Is de ontwikkeling van plaques echter geassocieerd aan een hogere morbiditeit en mortaliteit? Langetermijn-observaties van sterfte door hart- en vaataandoeningen bij jongvolwassenen zijn beperkt. Majeure cardiovasculaire events komen immers zelden voor voor 50-jarige leeftijd bij mannen en 60 jaar bij vrouwen. Studies over risicofactoren gemeten rond de 30 jaar eisen dus een lange follow-up en grote

studiepopulaties om genoeg events te kunnen observeren. Het weinig aantal studies die echter bestaan zijn case-control studies bij studenten en analyses van verzekeringsgegevens *(Miura K., et al., 2001)*, alsook gegevens van autopsierapporten. Deze tonen eveneens aan dat coronaire risicofactoren gecorreleerd zijn aan vroege atherosclerotische laesies bij jongvolwassenen, waarbij de uitgebreidheid van de atherosclerose markant stijgt met multipele risicofactoren. *(Paul T.K., et al., 2010)*

Ook deze auteurs besluiten dus dat er wel meer plaquevorming is bij cardiovasculair belastte jongvolwassenen maar er zijn geen gekende studies over de associatie met een hogere sterfte.

Het associëren van plaques met morbiditeit en mortaliteit lijkt dus een voorbarige conclusie.

Met deze uitgangsprincipes is het dus zeker nog niet evident dat elke factor zo vroeg mogelijk moet geïdentificeerd worden om latere laesies te vermijden. Indien het wel zo zou zijn, kunnen de huidige screeningsprogramma's dan zomaar worden doorgetrokken naar jongere leeftijdscategorieën en welke cut-offs moeten dan worden gebruikt?

Bij de 50-plussers wordt het cardiovasculaire risicoprofiel vaak berekend volgens de Framingham Risk Score (FRS) of het European SCORE-systeem (Systematic COronary Risk Evaluation). Hiermee voorspelt men het risico op coronaire hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen. Maar kan men deze risicobepalingen zomaar projecteren op jongvolwassenen?

Wanneer men de literatuur doorneemt over cardiovasculaire risicofactoren bij jonge mensen dan botst men vaak op het concept metabool syndroom

Wat is nu het metabool syndroom? Meestal spreekt men over het metabool syndroom als 3 van de 5 volgende kenmerken aanwezig zijn: buikomtrek man>102cm/vrouw> 88cm, BD≥ 130/85 mmHg, glucose≥ 100 mg/dl nuchter of 200 at random, TG≥ 150mg/dl of 1.7 mmol/l en HDL≤ 40mg/dl man/ 50mg/dl bij vrouwen.

Het is evident dat deze factoren niet allemaal tegelijk voorkomen bij eenzelfde patiënt. Zowel bij mannen als bij vrouwen is de meest frequente combinatie een verhoogde buikomtrek (waist circumference WC), bloeddruk (BD) en glucose (28%). Wanneer men nagaat in de literatuur komt elke combinatie met verhoogd glucose meer voor bij ouderen en combinaties met dyslipidemie komen meer voor bij jongvolwassenen. Zo vermeldt de studie van Moebus et al. dat de combinatie WC-TG-BD het meest frequent is bij jonge mannen (18-30jr: 38%, 31-46jr 22%, 46-60jr: 17%, 61-75jr: 10%, > 76jr: 8%.). Bij jonge vrouwen is de meest frequente combinatie volgens hen WC-HDL-BD (respectievelijk 40, 28, 10, 4, 4%). Glucose

wint dus aan belang bij het verouderen en HDL verliest aan belang. De relevantie van de verschillende combinaties van het metabool syndroom verandert dus met de leeftijd en tussen geslachten wat ons dus doet neigen tot een verschillende aanpak tussen een oude en een jonge populatie. Deze gegevens zouden een eerst aanknopingspunt kunnen zijn voor een effectievere screening en om diagnostische procedures wat te laten afhangen van leeftijd en geslacht van de patiënt. *(Moebus S., et al., 2010)*

Tot nu toe wordt in de dagelijkse praktijk echter weinig gebruik gemaakt van het metabool syndroom als screeningsinstrument. Waarom is het toch niet zo bruikbaar?

Het syndroom wordt geassocieerd met een significant verhoogd risico op ontwikkeling van DM2 en CVD (cardiovascular diseases) maar als het wordt vergeleken met de FRS dan besluiten vele studies dat de FRS een betere voorspeller is voor CVD en CVA's dan het metabool syndroom maar dit laatste is daarentegen een betere predictor voor DM 2. *(Wannamethee S.G., et al., 2005)*

Dit is niet verrassend aangezien het metabool syndroom in haar definitie welgekende kenmerken van diabetes bevat, meerbepaald de abdominale obesitas en de hoge bloedglucose. Critici van het syndroom stellen dus dat het concept metabool syndroom eigenlijk DM 2 niet voorspelt, het includeert het meer. In dit opzicht is het dan zelfs onduidelijk waarom iemand een combinatie van testen zou doen om het toekomstige risico op diabetes te voorspellen als één enkele test, nl de glucosetolerantie, even effectief is in het diagnosticeren van DM 2 en wanneer gecombineerd met BMI zelfs nog meer predictief voor DM 2. *(Jarrett R.J., 2005)* Exclusie van de kenmerken obesitas en hoge glucose levels van het syndroom reduceren de sensitiviteit ervan voor DM2 met zelfs ongeveer 32,1%. *(Tenenbaum A., et al.,2011)*

Ook het feit dat er verschillende definities van het metabool syndroom naast elkaar leven maakt deze term moeilijk in gebruik te nemen. Allen bestaan wel uit dezelfde hoofdcriteria (centrale obesitas, hyperglycemie, dyslipidemie en hypertensie), maar er zijn verschillende cut-off waarden, verschillende additionele factoren (vb micro-albuminurie) en ze zijn ook wisselend in een eventuele verplichte aanwezigheid van kenmerken. *(Tikhonoff V. and Casiglia E., 2007)*

Deze verschillende definities geven het gevoel dat het metabool syndroom meer een container van kenmerken is. Het maakt het eerst en vooral moeilijker om verschillende gepubliceerde data/studies met elkaar te vergelijken en langs de andere kant doet het ons nadenken over het feit of eens een patiënt gediagnosticeerd is met diabetes, hypertensie of dyslipidemie, het van enige toegevoegde waarde is om te weten dat hij dan het metabool syndroom heeft? Men

verwacht namelijk al dat hij gescreend wordt voor de andere condities en dat therapie opgestart wordt indien nodig. Dus als het hoofddoel van het metabool syndroom screening naar cardiovasculair risico is, waarom niet de boodschap naar de patiënt toe vereenvoudigen en gewoon centrale adipositas en glucosestoornissen toevoegen aan de huidige cardiovasculaire risicofactoren. Deze twee factoren zijn namelijk de 2 enigste facetten van het metabool syndroom die niet opgenomen zijn in de huidige risicostratificaties voor cardiovasculaire ziekten. *(Jarrett R.J., 2005)*

Kortom het metabool syndroom wordt wereldwijd gepromoot als een manier om jongvolwassenen te identificeren voor levenstijlverandering zodanig dat het aantal risicofactoren daalt alsook de incidentie van ziekte, en voornamelijk dan van CVD. *(Wannamethee S.G., et al., 2005)*
Maar hebben we wel een syndroom nodig om levensstijlaanpassingen aan te bevelen aan onze patiënten? Moeten we risicopersonen kunnen aanduiden om preventieve maatregelen uit te voeren voor diabetes en cardiovasculaire aandoeningen, wetende dat de aanpak zich voornamelijk focust op levensstijlaanpassingen? Men mag de public health niet uit het oog verliezen. Het beïnvloeden van de levensstijl op bevolkingsniveau zal in de toekomst veel meer incidenten voorkomen en zal ook kosten-effectiever zijn. *(Jarrett R.J., 2005)*
Ten tweede is er eigenlijk wel enige evidentie dat screenen op jonge leeftijd weldegelijk leidt tot gedragswijziging? Leidt screening wel tot een vermindering in aantal risicofactoren en tot een verminderd aantal cardiovasculaire aandoeningen? Tijdens het literatuuronderzoek werd hier geen antwoord op gevonden.

Omdat het metabool syndroom bijgevolg geen grote meerwaarde lijkt te brengen, is ervoor gekozen om in deze literatuurstudie het cardiovasculair risicoprofiel bij jongvolwassenen te bespreken aan de hand van de individuele factoren.

Bij een belangrijk deel van de Belgische bevolking zijn risicofactoren aanwezig die sterk verbonden zijn met het ontwikkelen van een cardiovasculaire ziekte. In de leeftijdsgroep van 25-65 jarigen heeft 43,7% van de Belgische mannen en 30,7% van de Belgische vrouwen een systolische bloeddruk >140 mmHg. In de leeftijdsgroep van 45-65 jarigen heeft 86,7% van de mannen en 85,8% van de vrouwen een totaal cholesterol hoger dan 190 mg/dl. Vier à vijf percent van de Belgische bevolking heeft diabetes en men verwacht in de toekomst een

aanzienlijke stijging van deze groep patiënten. De enige risicofactor die zich met de jaren heeft gestabiliseerd is het roken. Momenteel ligt de prevalentie van rokers in België tussen de 25 – 30%. *(Domus Medica, 2011)* Hoogstwaarschijnlijk zijn deze risicofactoren ook in onze huisartsenpraktijk aanwezig bij een aantal jongvolwassenen, maar wat is de impact ervan? Zoals eerder vermeld is het gedocumenteerd dat de aanwezigheid van hypercholesterolemie, roken en hypertensie gedurende 6 à 30 jaar, geassocieerd is aan het verschijnen van atherosclerotische plaques later in het leven en het aantal aan cardiovasculaire risicofactoren is direct gerelateerd aan de ernst van deze laesies. *(Feliciano-Alfonso J.E., et al., 2010)* Atherosclerotische plaques zijn echter geen gezondheidsproblemen maar anatomo-pathologische afwijkingen. Dit bewijst zeker nog niet het nut van screening bij jongvolwassenen aangezien screening pas nut heeft als de uitkomst hiervan samen met de nodige interventie op de mortaliteit en morbiditeit beter is dan niet screenen. Laten we dus even de verschillende risicofactoren individueel bespreken om het nut van screening te bestuderen. De factoren worden allemaal apart besproken maar het dient vermeld te worden dat deze individuele risicofactoren uiteindelijk wel allemaal samenhangen. Obesitas is bijvoorbeeld sterk geassocieerd aan de insulineresistentie wat op zijn beurt wordt aanschouwd als de eerste abnormaliteit in het ontstaan van diabetes. De hyperinsulinemie bij insulineresistentie zal eveneens zorgen voor een verhoogde natriumabsorptie ter hoogte van de nieren en een verhoogde sympathische activiteit wat hypertensie in de hand werkt,… *(Halpern A., et al, 2010)*

ROKEN

De meest prevalente cardiovasculaire risicofactor bij jongvolwassenen is ongetwijfeld de nicotine-abusus. *(Feliciano-Alfonso J.E., et al., 2010)* Er bestaat geen twijfel over het feit dat roken in belangrijke mate het risico op coronaire hartziekten, CVA, abdominale aneurysma en perifeer arterieel vaatlijden verhoogt op oudere leeftijd. *(Domus Medica, 2011)* Of dit ook het geval is bij jongvolwassenen is nergens gedocumenteerd. Anderzijds zal screening naar de roksterstatus leiden tot een gedragswijziging? Bij verslavingsproblematiek is het immers al aangetoond dat een eigen motivatie tot stoppen noodzakelijk is, vooraleer men zich als hulpverlener echt kan focussen op rookstopbegeleiding.

Bij ouderen en patiënten van middelbare leeftijd is meermaals aangetoond dat hypertensie een significante risicofactor is voor CVD. *(Miura K., et al., 2001)* Hoe zit het nu op jongere leeftijd?

Allereerst ziet men in de literatuur dat een hoge bloeddruk gemeten bij jongvolwassen mannen weldegelijk positief geassocieerd is met een verhoogde cardiovasculaire sterfte op latere leeftijd. Een cohortestudie van Miura et al. bij jongvolwassen mannen (gemiddeld 30 jaar) toonde aan dat een optimale of normale bloeddruk (<130/85 mmHg) in hun leeftijdscategorie maar voorkwam bij 28,8% en de bloeddruk was hoognormaal (130-139/ <90 of <140/85-89 mmHg) of licht hypertensief (140-159/<100 of <160/90-99 mmHg) bij respectievelijk 25,5% en 36,4%. De langetermijn-risico's bij follow-up van deze groep (van 30 jaar tot 55-jarige leeftijd) waren hoger voor de jonge mannen met een verhoogde bloeddruk. Deze laatste groep was zelfs verantwoordelijk voor 59,4% van alle overlijdens door een bovennormale bloeddruk. *(Miura K., et al., 2001)*
Dit betekent dus dat het risico op cardiovasculaire ziekte vroeg in het leven aanvangt en aangezien de bloeddruk bij jongvolwassenen gerelateerd is aan de bloeddruk op oudere leeftijd kunnen we verwachten dat een verhoogde bloeddruk gemeten op jongere leeftijd positief geassocieerd moet zijn aan cardiovasculaire mortaliteit in later leven. *(Mc Carron P., et al., 2000)*

Hypertensie bij jonge mannen is dus significant gerelateerd is aan een verhoogde langetermijnsmortaliteit aan cardiovasculaire aandoeningen *(Miura K., et al., 2001),* maar voorlopig beschikken we niet over bewijs dat op jonge leeftijd screenen en behandelen minder morbiditeit en mortaliteit zou geven in vergelijking met de huidige situatie waarbij hypertensie pas op latere leeftijd wordt vastgesteld en behandeld.

Volgens verschillende auteurs moeten inspanningen gemaakt worden op populatieniveau om hypertensie vroeg te detecteren bij jongvolwassenen zodanig dat inspanningen om de levensstijl te verbeteren vroeg kunnen geleverd worden. Deze omvatten onder andere het vermijden van zoutinname, alcoholmisbruik, overgewicht, sedentarisme,… *(Miura K., et al., 2001)* Moet er echter voor inspanningen op populatieniveau gescreend worden naar hypertensie? Gelden deze regels van een gezonde levensstijl niet voor iedereen, ongeacht de bloeddruk op jonge leeftijd?

Studies tonen dus de relatie tussen verhoogde bloeddruk bij jongvolwassenen en de cardiovasculaire aandoeningen maar deze studies zijn observationeel en niet interventioneel. We weten dus met andere woorden weinig over het effect van screening en interventie op jonge leeftijd.

Buikomtrek

De body mass-index wordt wereldwijd aanvaard als een merker van obesitas en dus als cardiovasculaire risicofactor.
Uit onderzoek is echter gebleken dat obese mannen en vrouwen met een grotere proportie abdominaal vet meer kans hadden op insulineresistentie, glucose-intolerantie en dyslipidemieën dan zij met een grotere proportie vet op de onderbenen (appels versus peren). Daarom is de vetdistributie een belangrijk gegeven en is een verhoogde buikomtrek een belangrijke risicofactor. *(Gupta A., and Gupta V., 2010)* De insulineresistentie die zal resulteren uit het verhoogd vetgehalte wordt aanzien als de drijvende kracht achter de ontwikkeling van CVD bij obese individuen. *(Khan U.I., et al., 2011)*

Dat obesitas bij jongvolwassenen zeker vroeg dient aangepakt te worden, haalt men vooral uit het gegeven dat obesitas meestal persisteert op latere leeftijd. Zo ziet men dat 77% van de kinderen met overgewicht obese volwassenen zullen worden. *(Lavrador MS., et al., 2010).)*

Gezien het persisterende karakter en aangezien het feit dat een verhoogde buikomtrek zeker een belangrijke cardiovasculaire risicofactor is op lange termijn en aangezien obesitas bij jongvolwassenen meestal persisteert, kan men verwachten dat een verhoogde buikomtrek bij jongvolwassenen op langere termijn een risico kan zijn voor CVD. Net zoals bij hypertensie kan men zich hier echter de vraag stellen of een mogelijke aanpak niet op populatieniveau dient te gebeuren en dan lijkt screening weinig nut te hebben. Voor de public health is het immers aangewezen om gezonde voeding en lichaamsbeweging algemeen te promoten en niet enkel bij risicopersonen.

Bij volwassen diabetici zal een groot deel van hen overlijden aan een cardiovasculaire ziekte. Alhoewel diabetes nu meer en meer op jongere leeftijd voorkomt, is er weinig geweten over de vroege ontwikkeling van CVD en atherosclerotische processen bij jongvolwassenen. *(Shah A.S., et al., 2009)*

Volgens sommige bronnen is het van belang om diabetes al op jonge leeftijd op te sporen aangezien het verantwoordelijk is voor vele co-morbiditeiten (zowel micro- als macrovasculair), en dat het erop lijkt dat hoe vroeger DM 2 wordt ontdekt, hoe groter de kans op het vermijden van deze complicaties. *(Halpern A., et al., 2010)* Dit werd eveneens aangetoond door de studie van Shah et al, die de intima media dikte (IMT) van de carotis ging meten om vroegtijdig atherosclerose op te zoeken. Deze studie toonde aan dat de IMT stijgt met een verhoogd HbA1c en een langdurige aanwezigheid van diabetes. Elke 1% stijging in HbA1c of elk jaar extra aanwezigheid van type 2 diabetes mellitus is geassocieerd met ongeveer een verhoging van 30% kans op een dikkere intima media van de carotis. *(Shah A.S., et al., 2009)*
Maar weer kan men hier dezelfde kritiek op geven: gaat screening deze anatomopathologische veranderingen tegenhouden? Er is immers geen literatuur te vinden over het effect van screening en therapie van diabetes bij jongvolwassenen ten opzichte van geen screening.

Volgens de studie van Kahn et al. reduceert screening de tijd waarin men ongediagnosticeerd en nog symptoomvrij diabetes heeft. Screening gestart op jonge leeftijd en herhaald om de 3 à 5 jaar geeft volgens deze studie een grote risicoreductie en leidt bovendien tot een significant hoger aantal QALY's (Quality-adjusted life year) door minder infarcten en minder microvasculaire complicaties, in vergelijking met geen screening; dit in de veronderstelling dat er geen verlies in levenskwaliteit is door te leven met een gediagnosticeerde DM 2. *(Kahn R., et al., 2010)* Deze laatste veronderstelling doet echter toch wat vragen rijzen daar therapie sowieso de levenskwaliteit zal verminderen.

Wanneer men bij jonge mensen een dyslipidemie vaststelt, ziet met in de literatuur dat het meestal gaat om hypertriglyceridemie en lage HDL-concentraties. LDL-concentraties zijn meestal binnen de normen. Dit met uitzondering van de familiale dyslipidemie waarbij er LDL levels voorkomen tot over 400mg/dl. Dyslipidemie op jonge leeftijd kan dus een genetische component hebben met of zonder omgevingscomponenten, zoals een slecht dieet, alcohol, sedentarisme,…

Een abnormaal lipidenprofiel op oudere leeftijd is een veel voorkomende maar beinvloedbare risicofactor voor CVD. Ook bij jongvolwassenen worden abnormale lipidenniveau's gelinkt aan een verhoogd risico op CVD in latere leven. Screenen van die groep kan dan ook die individuen identificeren die winst zouden hebben van bepaalde interventies zoals dieetaanpassingen (minder verzadigde vetzuren,…), gewichtscontrole en fysieke activiteit. Medicamenteuze therapie blijkt maar heel zelden nodig te zijn. Volgens de US Preventive Services Task Forse (USPSTF) in minder dan 1% van de gevallen. Heeft het dan wel nut om die hoogrisico-patiënten op te sporen? Is een gezonde levensstijl niet voor de hele bevolking aan te bevelen? In 2007 bepaalde de USPSTF dan ook dat de evidentie over screening bij jongvolwassenen insufficiënt was. Ondanks het feit dat er soms medicatie nodig is om de hoge niveau's van LDL te behandelen, zijn levensstijl-aanpassingen namelijk meestal genoeg om dyslipidemiëen aan te pakken bij jongvolwassenen. *(US Preventive Services Task Force, 2010)*

Dit komt overeen met wat de Cochrane collaboration in 2011 bepaalde. Dit onderzoek ging over het gebruik van statines in de primaire preventie. We kunnen er wel van uitgaan dat het bij jongvolwassenen ook om primaire preventie gaat. De resultaten tonen een geringe, zij het statistisch significante daling van de morbiditeit en totale mortaliteit (NNT 1000 mensen gedurende 1 jaar) door het statine. De onderzoekers besluiten dat er onvoldoende evidentie is om statines systematisch aan te bevelen in primaire preventie, zeker bij patiënten met een laag cardiovasculair risico. Dit is niet alleen gebaseerd op economische argumenten maar ook op onzekerheden over de ongewenste effecten, zeker bij gebruik van statines gedurende vele jaren in een vrij gezonde populatie. *(Taylor F., et al., 2011)*

Als laatste puntje bespreken we kort de leverfunctietesten. Zoals eerder vermeld speelt vetaccumulatie in de lever namelijk een grote rol in de ontregeling van het glucose- en lipidenmetabolisme. Het leek dan ook de moeite waard om de impact van verstoorde leverwaarden nader te bekijken en dit in de literatuurstudie te incorporeren.

Non alcoholic fatty liver disease (NAFLD) varieert tussen een vette lever, een benigne aandoening gekarakteriseerd door opstapeling van TG in de hepatocyten, tot non alcoholic steatohepatitis (NASH) een conditie dat naast TG accumulatie ook necro-inflammatie en fibrose tot end stage leverziekte en leverkanker includeert.
Insulineresistentie speelt een centrale rol in de pathogenese van deze NALFD. Insulineresistentie resulteert immers in hyperinsulinemie en hoge concentraties van plasma vrije vetzuren die binnengaan in de hepatocyten en daar TG vormen. De TG accumulatie in de levercellen resulteert op zijn beurt dan in hepatische steatose.

Een associatie tussen NAFLD en CVD is recent gesuggereerd. Bij NAFLD produceert de lever veel meer factoren die de bloeddruk verhogen alsook atherogene factoren (zoals inflammatoire cytokines, glucose, lipoproteïnen en coagulatiefactoren) zodat er meer subklinische atherosclerose is. Verder is het aangetoond dat verhoogde ALT concentraties onafhankelijk geassocieerd zijn aan meer CVD en diabetesgerelateerde mortaliteit.

Tot besluit kan men stellen dat patiënten met NAFLD gewoonlijk viscerale obesitas hebben en een verhoogd risico op CVD. Deze patiënten hebben dus een multifactoriële behandeling nodig met als doel het verhoogd lichaamsgewicht, hyperlipidemie en hypertensie aan te pakken om zo de cardiovasculaire risicofactoren te reduceren en mogelijks de hepatische histologie verbeteren. *(Filippatos T.D. and Elisaf M.S., 2010)*

Uit de literatuur kan men besluiten dat patiënten een bloedafname beschouwen als een goed instrument om te screenen naar ernstige aandoeningen en om deze uit te sluiten. Ze worden in dit geloof gesterkt door mensen in hun sociale omgeving en door de media. Sommige patiënten worden immers door de omgeving aangespoord om langs te gaan bij de huisarts voor een bloedanalyse, anderen kennen mensen in de omgeving die ernstig ziek zijn en zij willen dan uitsluitsel voor zichzelf. Ook de media speelt hierin een rol: sommigen zagen op tv of hoorden of lazen over jonge mensen met ernstige ziekten (vb.: kanker) en dus willen ze zeker zijn dat zij dit niet hebben. Ook komen ze in de media in contact met cardiovasculaire risicofactoren (vb.: cholesterol via de verschillende dieetproducten waarbij de acteurs in de reclamespotjes vaak nog jong zijn,…).

Een bloedonderzoek lijkt dus voor de patiënten een uitsluitende tool naar ernstige aandoeningen. Uit onderzoek is echter gebleken dat het geloof in een jaarlijks preventief onderzoek ook bij de huisartsen groot is. Alhoewel dit in de richtlijnen niet wordt aanbevolen en dat er geen enkel gekend voordeel is, prikken huisartsen blijkbaar veel frequenter bloed bij jongvolwassenen dan nodig. Een betere educatie van huisarts en patiënt is dus nodig evenals een goede communicatie tussen beiden zodanig dat ze elkaars verwachtingen kennen rond de bloedafname en dat eventuele tegenstrijdigheden kunnen besproken worden.

In het 2de luik van de literatuurstudie werd het nut van screening naar de verschillende cardiovasculaire risicofactoren besproken. Hierover kunnen we besluiten dat deze risicofactoren in de verschillende studies gecorreleerd worden aan een vroegtijdige ontwikkeling van atherosclerotische plaques bij jongvolwassenen. Maar is de vroegtijdige aanwezigheid van deze plaques wel geassocieerd aan een vroegtijdige morbiditeit en mortaliteit? Er zijn hierover weinig langetermijnresultaten. Om dit te onderzoeken is er namelijk nood aan een hoog patiënten-aantal en een lange follow-up.
Een tweede vraag dat zich stelt is of preventie wel een invloed heeft op deze anatomopathologische afwijkingen? Door te screenen kunnen wel risicopatiënten worden aangeduid maar leidt screening tot gedragswijzigingen? En is er een goede therapie voorhanden? Screening heeft namelijk pas zin als men weet dat er daarna een nuttige

interventie kan gebeuren zodanig dat het screenen en de aangepaste therapie betere resultaten geven ten opzichte van niet screenen. Dit is echter voor geen enkele cardiovasculaire risicofactor het geval, met uitzondering van de rookstop. Enkel levensstijlaanpassingen hebben voordeel aangetoond maar moeten we screenen om levensstijlaanpassingen door te voeren die eigenlijk op bevolkingsniveau moeten gebeuren?

METHODE

Gedurende 6 maanden worden alle patiënten tussen de 20 en 45 jaar die op consultatie komen met de vraag naar een bloedonderzoek zonder specifieke klacht, in de studie geïncorporeerd. Hierbij benadrukken we dat de vraag naar bloedonderzoek uitdrukkelijk van de patiënt moet komen en dat de patiënt geen specifieke klacht of bezorgdheid heeft die een aanleiding vormt voor dit bloedonderzoek (bv: geen vraag naar SOA-screening of ijzerbepaling omwille van vermoeidheid,…). Het protocol van de studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit Gent en alle deelnemers worden goed geïnformeerd (mondeling en schriftelijk (bijlage 1)). Daarna dienen ze het toestemmingsformulier (bijlage 2) in te vullen. Patiënten die informed consent geven worden gepland voor het invullen van een vragenlijst (bijlage 3) en een klinisch onderzoek (bijlage 4). Het gaat dus om een kwalitatieve studie in een randstedelijk gelegen groepspraktijk waarin 3 huisartsen werken en een HAIO.

VRAGENLIJST

De verwerking van de vragenlijst is anoniem zodanig dat de privacy van de patiënt wordt verzekerd. Via de vragenlijst worden de patiëntenkarakteristieken verzameld maar worden ook de ICE-componenten aan het licht gebracht, dit spontaan of via expliciete bevraging.

KLINISCH ONDERZOEK

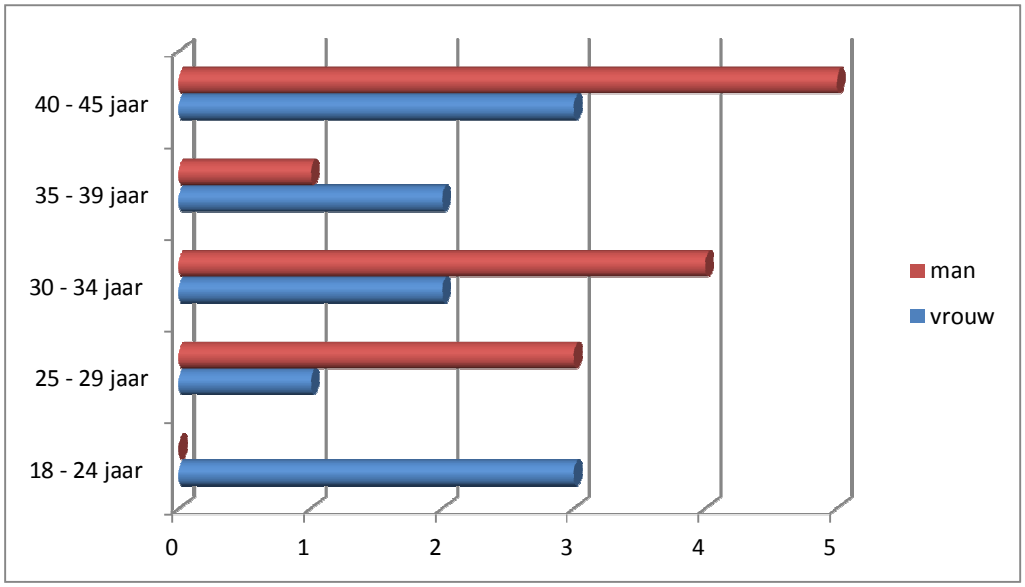
Tijdens het klinisch onderzoek worden volgende parameters genoteerd:

- Lengte: aan de hand van een meetlat in cm
- Gewicht: aan de hand van een weegschaal in kg, zonder schoenen en zware kledij
- BMI: aan de hand van bovenvermelde resultaten
- Buikomtrek: aan de hand van een lintmeter ter hoogte van het middelpunt tussen de laatste rib en SIAS bij een rechtstaande patiënt
- Bloeddruk: wordt gemeten met een juiste manchet bij een zittende patiënt na 5 minuten rust; hij wordt 2x gemeten met ongeveer een tussentijd van 3 minuten en hiervan wordt de gemiddelde waarde genoteerd. Indien de 2 metingen verschillen met meer dan 10 mmHg dan wordt een derde meting uitgevoerd en noteert men het gemiddelde van de 3 waarden.

In dit praktijkproject wou men zeker de verschillende karakteristieken van de deelnemende patiënten onder de loep nemen. Dit omdat men in de literatuur vaak besluit dat er een grotere participatie leeft bij jongere patiënten, meer bij vrouwen dan bij mannen en tenslotte meer bij hoger geschoolden dan laaggeschoolden. Via deze kwalitatieve studie wou men dus ook onderzoeken welke jongvolwassenen bij de huisarts daadwerkelijk vragen om een preventieve bloedanalyse. Gaat het om doorsneepatiënten van de praktijk of gaat het om de worried-well?

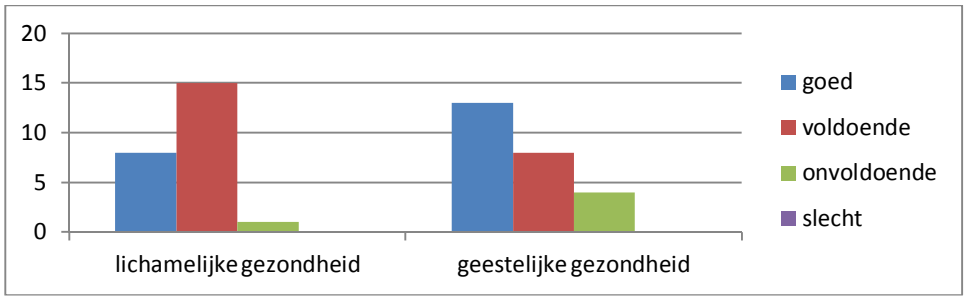
Tijdens de studie-opzet werd er geschat dat 100 patiënten in de studie gingen worden geïncorporeerd. Deze 100 vooropgestelde patiënten werden echter niet bereikt. Op 6 maanden tijd presenteerden er zich 24 patiënten (22 bij 1 arts) met de vraag naar een bloedafname zonder een specifieke reden. Dit is dus ongeveer 1 patiënt per week die zich bij een arts aanmeldt met de vraag naar een preventieve bloedafname en dit zonder enige reden te vernoemen. In de praktijk komen er echter ook patiënten met een specifieke vraag zoals “zou je mijn bloed eens kunnen prikken want ik ben de laatste tijd zo moe” of “ik had graag mijn bloed laten controleren ter controle op SOA’s” of nog “ik kom voor mijn jaarlijkse controle want er is cholesterol in de familie”,… Al deze patiënten mochten dus niet deelnemen aan de praktijkstudie. Enkel patiënten die geen expliciete reden zeiden, werden geïncludeerd. Dit lagere aantal patiënten heeft tot gevolg dat er niet echt conclusies kunnen getrokken worden uit de volgende patiëntenkarakteristieken maar misschien is het wel al een goede schets.

Als we naar geslacht en leeftijd kijken van onze deelnemende patiënten, zien we dat in het algemeen alle leeftijdsgroepen consulteren met deze vraag. Bij deze patiëntenpopulatie valt het niet echt op dat het voornamelijk vrouwen zouden zijn maar qua opleidingsniveau blijkt het wel om een hoogopgeleide groep te gaan. In deze praktijkstudie namen 6 universitairen deel, 7 patiënten die een diploma hoger onderwijs hebben en 13 met een diploma middelbaar onderwijs als hoogste opleidingsniveau.



Grafiek: indeling van de deelnemende patiënten naar geslacht en leeftijd

Nu we weten wie de deelnemende patiënten zijn en voor we gaan kijken naar hun gezondheidsindicatoren, is het niet onbelangrijk te ontdekken hoe deze mensen hun eigen gezondheid percipiëren. Na bevraging zien we dat deze patiënten hun lichamelijke gezondheid gemiddeld als voldoende inschatten en hun psychische gezondheid als goed.



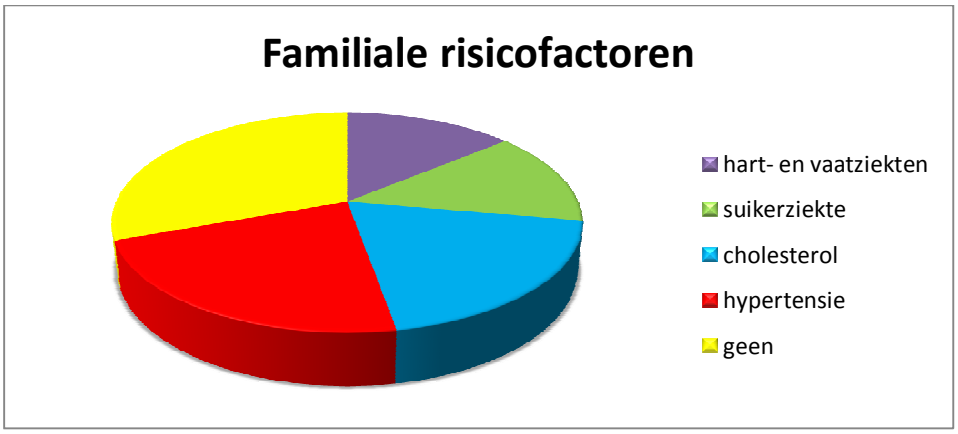
De mannen scoorden zich zowel lichamelijk als geestelijk gemiddeld iets lager dan de vrouwen.

Hebben deze patiënten een medische voorgeschiedenis? Dit is niet onbelangrijk daar de aanwezigheid van comorbiditeiten de vraag naar een preventieve bloedafname misschien kan verklaren. Drie van onze patiënten zijn gekend met hoge bloeddrukken en deze worden alle drie voor deze hypertensie behandeld. Hiernaast nam 1 patiënt met astma deel en vinkten 3

patiënten de maag- darmaandoeningen aan in de enquête (1 maagulcera en 2 IBD). Zeven patiënten hebben dus een positieve voorgeschiedenis.

Ook familiaal hebben sommigen van de deelnemende patiënten risicofactoren: zo noteren we bij de hart- en vaatziekten toch 5 patiënten die een eerstegraads familielid hebben met een voorgeschiedenis van CVA of hartinfarct op jonge leeftijd (< 60 jaar).

Vijf patiënten hebben ook een familielid met diabetes, 7 met hypercholesterolemie, 8 met hypertensie en maar 11 deelnemers hebben geen familiale risicofactoren. Dit impliceert dat 13 patiënten samen 25 risicofactoren hebben. Er zijn dus patiënten die op hun jonge leeftijd duidelijk meer belast zijn dan de andere.



Grafiek: aanwezige familiale risicofactoren bij de studiepopulatie

Als we de medicatie-inname bekijken van deze studiepopulatie dan moeten we subjectief besluiten dat deze redelijk hoog ligt in vergelijking met de meeste jonge mensen uit onze praktijk.

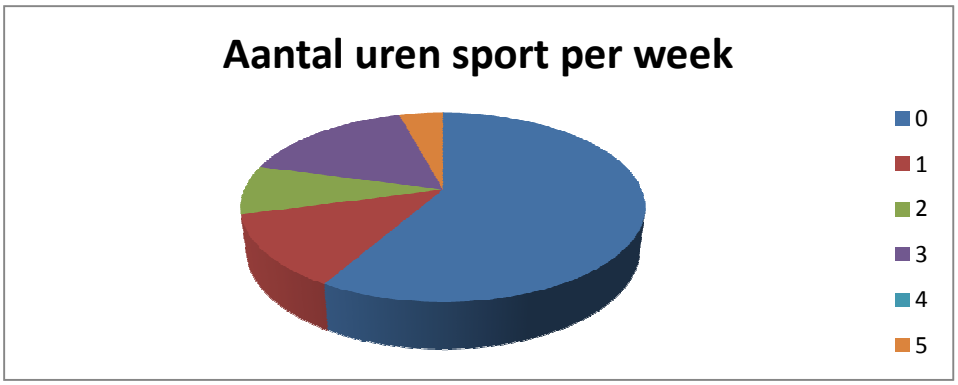
Zo noteren we naast de anticonceptiepil de volgende medicatie: bisoprolol 5mg, Enterol, Nobiten, citalopram, simvastatine, alprazolam, Nexiam, Seretide, Cymbalta en Coveram 10/10. Het gaat om 9 patiënten. Dit komt dus op iets meer dan 1/3 patiënten neer die (anticonceptie niet meegerekend) medicatie innemen.

De usus van de deelnemende patiënten werd ook onder de loep genomen. Zes van de 24 patiënten zijn rokers. Het betreft allemaal mannen die gemiddeld 14,3 sigaretten roken per dag (5 – 25). Ook qua alcohol is er een groot verschil tussen beide geslachten. De mannen drinken gemiddeld meer dan de vrouwen. Van de 13 mannen: zijn er 3 die geen alcohol

drinken en de rest drinkt gemiddeld 12.5 eenheden per week (2-20) Bij de vrouwen zijn er 2 die niet drinken en de rest nuttigt gemiddeld 4 eenheden per week (1-6).

Hoe is het gesteld met de beweging en de voedingsgewoonten van onze studiepopulatie?

Als we de dagelijkse beweging bekijken dan zeggen 15 patiënten dat ze dagelijks wel een 30 tal minuten matige beweging hebben en 5 soms. Als we echter naar het sporten peilen, geven 14 patiënten aan dat ze niet aan sport doen.



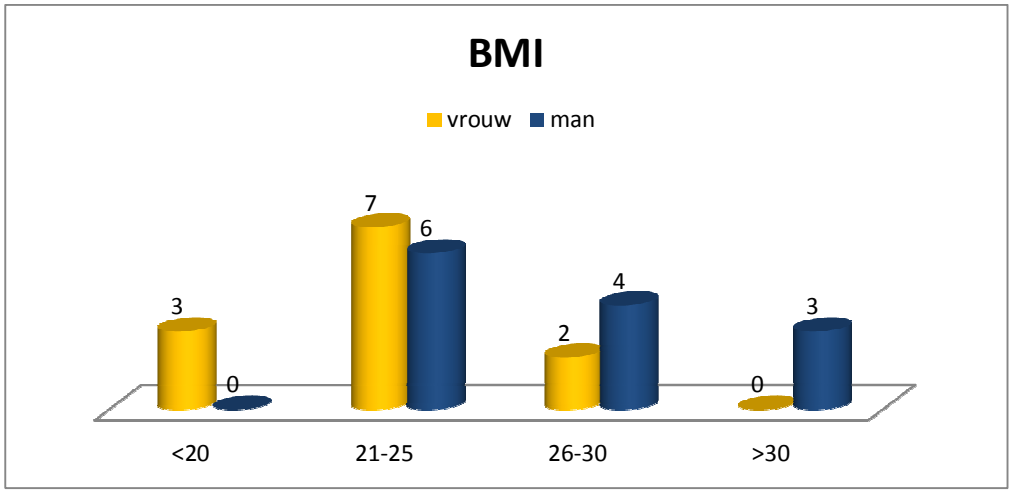
Het sedentaire leven neemt dan anderzijds toch ook een groot deel van de dag in omdat we zien dat mensen na de werkuren nog eens gemiddeld 10 uur per week voor TV, internet of games spenderen (0 – 25). Hierbij zien we geen verschil tussen beide geslachten of in de verschillende leeftijdsgroepen.

Qua eetgewoontes consumeren de meesten 3 maaltijden per dag (namelijk 17 van de 24 patiënten en ook een dagelijks ontbijt zien we bij 18 van onze patiënten. Als het over bewuste voeding gaat, zien we dat 8 deelnemers daar dagelijks bewust voor kiezen en 11 soms.

De inname van fruit en groenten scoort ook redelijk waarbij we zien dat er meer groenten worden gegeten: 17 patiënten eten dagelijks groenten ten opzichte van 10 deelnemers die dagelijks fruit eten.

Maar 1 patiënt was vegetariër en maar 4 patiënten eten dagelijks vlees. De overige patiënten zijn dus wel vleeseters maar wisselen dit af met vis of vegetarische schotels.

Als laatste puntje: hoe staat het met het gewicht van onze deelnemers? Negen patiënten hebben sowieso al overgewicht in de familie en 8 onder hen heeft een gezinslid op dieet. Zelf vinden 15 onder hen dat ze een normaal gewicht hebben, 4 noemen zichzelf zwaarlijvig, 1 zou ondergewicht hebben en 4 patiënten zouden niet men hun gewicht bezig zijn. Wat patiënten zelf denken is één ding maar klopt dit men hun werkelijke gewicht? Als we de eigenlijke BMI cijfers vergelijken met deze subjectieve kenmerken zien we dat patiënten zichzelf meestal goed inschatten. Wel zien we dat de 4 patiënten die zogezegd niet met hun gewicht bezig zijn een BMI tussen de 26 en 30 hebben.



Grafiek: BMI van de deelnemende patiënten

Als we de buikomtrek bekijken van onze patiënten dan zien we dat 4 mannen een buikomtrek van meer dan 102 cm hebben en 5 vrouwen hebben een omtrek van meer dan 88 cm. Dit betekent dat de BMI grotendeels wel overeenkomt met de buikomtrek maar dat we met de buikomtrek meer vrouwen tot de groep overgewicht moet rekenen ten opzichte van de BMI.

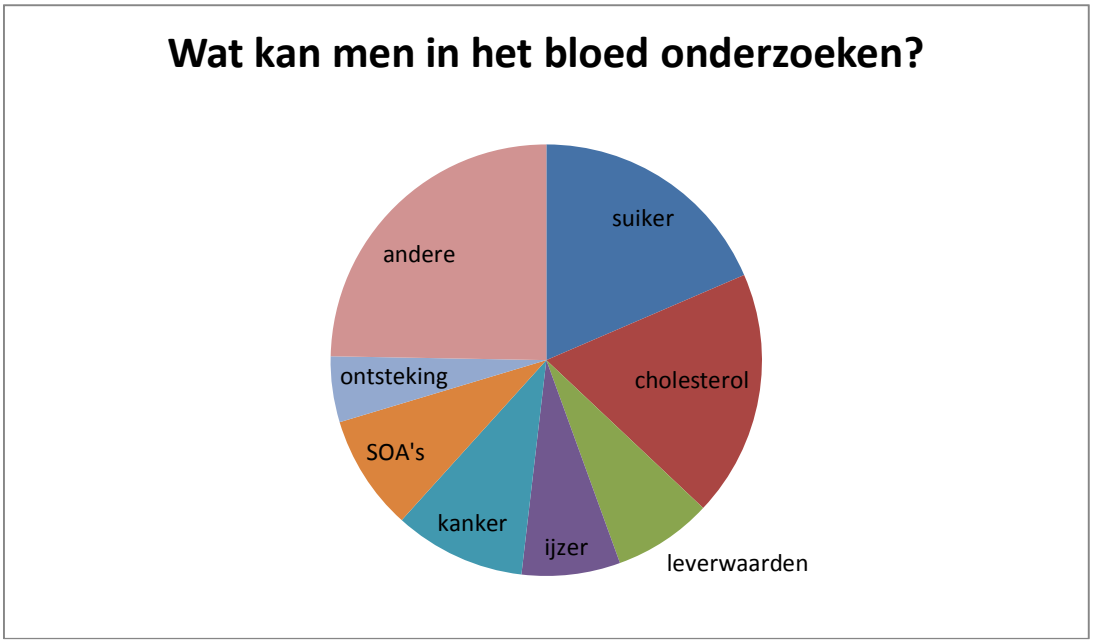
Bij het meten van de bloeddruk vertoonde maar 1 patiënt een verhoogde bloeddruk. Hierbij moet men wel in het achterhoofd houden dat 3 andere patiënten bij de bloeddrukcontrole een goede bloeddruk hadden maar dit met antihypertensiva.

Het doel van deze praktijkstudie was te weten wat de ICE van jongvolwassenen is als ze de huisarts om een bloedafname vragen zonder specifieke reden te vernoemen. Wat is de aanleiding van hun vraag? Wat hopen ze dat de huisarts bij hen onderzoekt en wat hopen ze hiermee te bereiken? Als additionele vraag was er ook interesse in wat deze groep in het algemeen weet over bloedafnames: wat kan men hiermee allemaal onderzoeken?

Deze vragen werden tijdens het consult aan de deelnemers gesteld en de antwoorden werden door de huisarts genoteerd.

Als men dieper ingaat op de aanleiding van de vraag naar een bloedafname dan valt het sterk op dat de meerderheid van de deelnemers dit jaarlijks laat doen. Er is dus zeker een aspect 'gewoonte'. Vijftien van deze jongvolwassenen komen gewoon ter jaarlijkse check-up en hebben om deze reden niets speciaal te melden als ze vragen naar een bloedafname. De anderen hebben echter wel een verborgen agenda. Deze is heel uiteenlopend: het gaat van onderliggende klachten waarvoor ze een verklaring willen (vermoeidheid (7), klieren (1), diarree (1), gewichtstoename (1)), over een persoon in de omgeving met een bepaalde aandoening die ze dan voor zichzelf willen uitsluiten (een vriendin met chlamydia (1), vader met cholesterol (1) of grootmoeder met bloedarmoede (1)) tot controle van hun eigen gezondheid (gewoon snel ongerust over alles (2) , heeft mijn vroeger druggebruik invloed gehad op mijn lichaam(1)?,...)

Wanneer een patiënt om een bloedafname vraagt (met of zonder specifieke reden) weten we meestal niet wat de patiënt hieromtrent eigenlijk weet. Wat denkt de algemene populatie dat we hiermee kunnen testen? Deze vraag werd in de praktijkstudie aan de deelnemende patiënten gesteld en hieruit kwamen heel uiteenlopende resultaten.

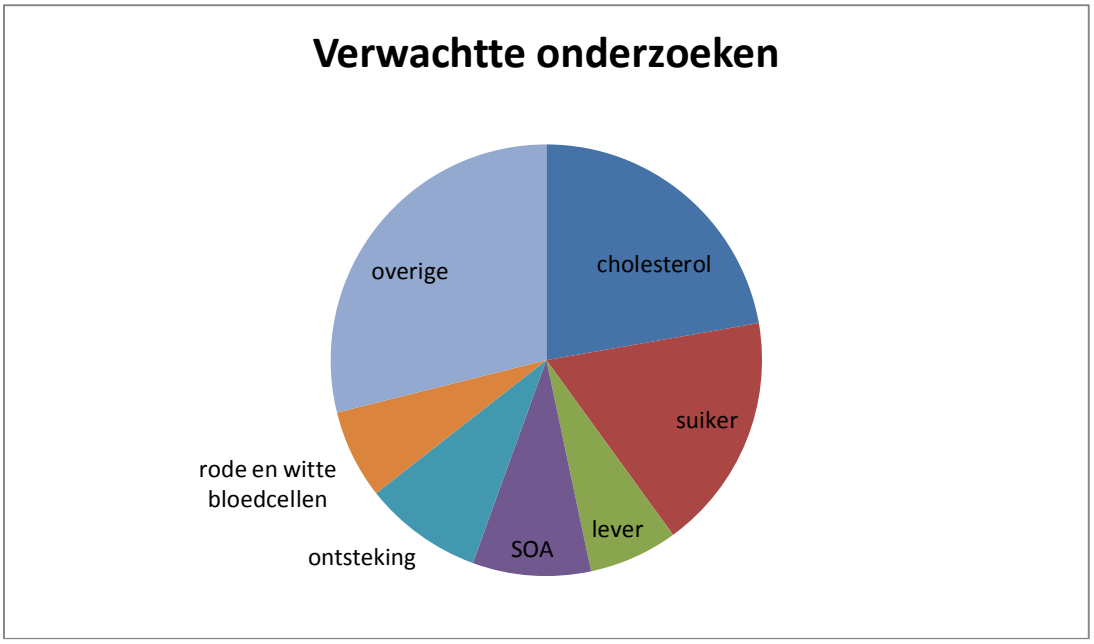


Grafiek: Meest voorkomende antwoorden als men de patiënt bevraagt over wat een arts in hun bloed kan detecteren.

Heel veel patiënten weten blijkbaar dat men suiker (15), cholesterol (15), leverwaarden (6), ijzer (6), en SOA's (7) kan bepalen. Anderen weten ook dat men ontsteking (4), infecties (3) rode en witte bloedcellen (3), nierproblemen (1), zouten (1), vetten (1), zwangerschap (1), bloedgroep (1), de prostaat (1) en allergie (1) kan onderzoeken.

Andere antwoorden waren meer verrassend: kanker (8), klierkoorts (2), hartafbraakstoffen (2), vitaminetekort (2), vermoeidheidsvormen (1).

Iets anders krijgen we als we vragen wat ze graag hadden dat de arts vandaag bij hen onderzocht.



Grafiek: Welke testen verwachten deze patiënten dat de arts specifiek voor hen laat uitvoeren?

Cholesterol (10) en suiker (8) blijven aan de top gevolgd door de de SOA's (4), levertesten (3), ontstekingsparameters (4) en de rode en witte bloedcellen (3). In tegenstelling tot de vele patiënten die denken dat de huisarts kanker kan opsporen via hun bloed, verwacht er maar 1 patiënt dat dit effectief geprikt wordt tijdens het desbetreffend consult. Andere testen die verwacht worden zijn klierkoorts (2), testen in verband met vermoeidheid (2), prostaat (1), ijzer (2), vitaminen (1), virussen (1) en 1 patiënt heeft er geen idee van wat hij zou willen dat de arts prikt " ik kom gewoon met de veronderstelling dat mijn dokter wel weet wat er voor mij nodig is".

De uiteindelijke vraag is wat de patiënten met deze bloedafname hopen te bereiken, wat verwachten ze ervan? Zoals men kon verwachten hoopt het merendeel gewoon op een geruststelling (15) of anders, ze willen weten of ze gewoon kunnen verder doen zoals ze bezig zijn (4) . Anderen hebben een meer specifieke verwachting zoals weten of ze net zoals een familielid iets moeten doen aan hun cholesterol (1), weten of een jaar intensief sporten hen betere resultaten oplevert (1), weten van waar een specifieke klacht komt (vermoeidheid (3), rugpijn (1)) of als laatste weten of hun lever nog in orde is (2).

DISCUSSIE

Zoals elke studie heeft ook dit praktijkproject een paar beperkingen. Allereerst gaan we er in de patiënten-bevraging vanuit dat alle patiënten 100% eerlijk antwoorden.
Verder is de grootste beperking van deze studie dat het over een klein aantal patiënten gaat. Het is echter een kwalitatieve studie. Het doel was dus niet om iets te veralgemenen maar om vragen, percepties en ervaringen te exploreren.
Een andere beperking is van socio-economisch oogpunt: aangezien de deelnemende patiënten allen van dezelfde praktijk zijn, heeft men weinig diversiteit. Zo viel het in deze studie zeker niet op dat de deelnemende patiënten een worried-well groep zouden zijn. Ze waren zeker een weerspiegeling van de doorsnee patiënt van de studiepraktijk maar zijn ze een doorsnee patiënt van de algemene Belgische populatie? De praktijk is namelijk randstedelijk gelegen en telt relatief weinig patiënten met een lage socio-economische status, vreemdelingen en laaggeschoolden. Om dus te besluiten dat het wel of niet om de worried well gaat, zou men een studie op poten moeten zetten waarbij men verschillende praktijken vergelijkt.

Om de patiënten-karakteristieken te vergelijken had men misschien een controlegroep moeten hebben maar wie zouden dit dan zijn? ‘Patiënten die hun bloed niet willen laten prikken‘ is namelijk wat moeilijk definieerbaar of moet men het misschien nog ruimer zien en kijken of jongvolwassenen die niet naar de dokter komen zich bijvoorbeeld lichamelijk en geestelijk beter voelen?

Wanneer we de patiënten-karakteristieken bestuderen, valt op dat 5 van de 24 patiënten een eerstegraads familielid hebben met een cardiovasculair event in de voorgeschiedenis. Dit is dus meer dan 1 op 5. Dit lijkt meer dan in de doorsneepopulatie. Misschien is dit wel een aanleiding voor deze jongvolwassenen om al op jonge leeftijd de arts te consulteren voor een preventief bloedonderzoek. Ook andere familiale risicofactoren lijken subjectief bij deze groep meer aanwezig dan gemiddeld het geval is en als we kijken naar hun persoonlijke voorgeschiedenis dan zien we dat 7 van de 24 patiënten toch een co-morbiditeit hebben (hypertensie, pulmonaal, gastro-intestinaal). Deze laatste patiënten consulteren hierdoor meer dan een gemiddelde jongvolwassene.

Verder neemt iets meer dan een derde van de patiënten ook iets van medicatie in (anticonceptie niet meegerekend). Is de groep die zijn bloed laat prikken gemiddeld minder gezond, heerst er bij die groep meer medicalisering of zijn ze gewoon alerter voor hun gezondheid?

Qua voedingsgewoontes lijkt het een redelijk gezonde groep. Men kan dus zeker niet besluiten dat het 'slechte eters' zijn die preventief hun bloed willen laten prikken ter controle van vitaminen en eventuele tekorten. Ook hun gewicht schatten de meesten goed in. Als we de BMI's bekijken dan beantwoorden 9 patiënten aan de criteria van overgewicht. Dit is hetzelfde aantal als bij de buikomtrek, maar hier zien we dat er wel een verschil is tussen beide geslachten. Door overgewicht te definiëren volgens BMI hebben we 7 mannen en 2 vrouwen met een BMI>25. Als we naar de buikomtrek kijken dan hebben 5 vrouwen en 4 mannen overgewicht.

Wanneer we kijken naar de resultaten van het 2de luik van het praktijkproject, namelijk de ICE van de patiënten, dan zien we dat de meerderheid van de deelnemende patiënten jaarlijks zijn bloed laat controleren. Vijftien van de 24 komen jaarlijks voor een algemene check up. Voor deze patiënten lijkt deze bloedafname echt wel een gewoonte.

Welk doel hebben deze patiënten dan uiteindelijk voor ogen? De verborgen agenda van deze patiënten is heel uiteenlopend en wordt voornamelijk bepaald door eigen vage klachten met aan de top vermoeidheid en door omgevingsfactoren.

Patiënten verwachten ook veel van het resultaat. Ze weten dat een paar 'klassiekers' bepaald worden zoals cholesterol, suiker, leverwaarden, ijzer, SOA's, rode en witte bloedcellen, nierfunctie,… maar sommigen hebben toch andere verwachtingen. De koploper is hierbij kanker, een derde van de patiënten gelooft dat de arts zijn bloed zal laten contoleren op verschillende kankers. Sommigen denken ook aan hartafbraakstoffen, vitaminentekort, vermoeidheidstesten,…

De antwoorden zijn dus heel divers, maar het merendeel heeft wel hetzelfde doel, met name geruststelling. Weten dat ze gezond zijn, dat ze goed bezig zijn.

BESLUIT

In een wereld waar communicatie uitermate belangrijk is, moeten ook artsen in dit bootje meestappen. Communicatie zorgt namelijk deels voor een betere arts-patiëntrelatie. Hiervoor moeten we echter luisteren naar onze patiënten. We moeten proberen te begrijpen wat de patiënt denkt, wilt en voelt. De cruciale vraag hierbij is “waarom komt deze patiënt nu met deze vraag bij mij”? Wat zijn de verwachtingen van deze patiënt over dit consult?

Ook als onze patiënten komen voor een bloedafname zonder dat ze hiervoor een specifieke reden vermelden moeten we via een goede communicatie te weten komen wat hun aanleiding hiervoor is. Niemand komt namelijk zomaar bij de dokter om eens voor zijn plezier zijn bloed te laten prikken. Achter deze vraag schuilt er een specifieke zorgvraag en zonder hierop in te gaan, komen we die niet altijd te weten. Alleen door de ICE van de patiënt te kennen, kunnen we zijn verwachtingen inlossen.

Als we de literatuur afschuimen op zoek naar studies over de verwachtingen van patiënten rond bloedafnames dan vinden we weinig terug. Als er al iets te vinden is, gaat het meestal over het feit of een patiënt al dan niet een bloedafname verwacht maar het gaat zelden over de specifieke inhoud van die verwachtingen. Schaars zijn de studies met gegevens over welke specifieke bepalingen de patiënt in gedachten heeft of over wat de patiënt precies hoopt te bereiken met dit bloedonderzoek.

Als men naar de ICE- invullingen van de studiepatiënten kijkt, zien we dat deze heel divers zijn. Voor zowel de informed consent als de shared decision making is het heel belangrijk om de exacte verwachtingen van de patiënt te kennen bij zo een algemene check-up vraag. Als een patiënt immers komt voor een bloedonderzoek omdat hij graag een algemene controle wil, zal een arts zelden een SOA screening doen, of nog minder EBV nagaan of een zwangerschapstest. Zelf zou ik bij een routine-onderzoek bijvoorbeeld alleen een PBO, lever- en nierfunctie en CRP prikken.

De weinige studies die terugvonden werden, hebben wel allemaal een gemeenschappelijke bevinding en dat is dat bloedafnames bijna een magisch instrument lijken. Goede resultaten worden beschouwd als een merker van een goede gezondheid en patiënten geloven meestal in het feit dat een bloedanalyse een diagnostische tool is voor ernstige aandoeningen. Dit bleek

ook uit het praktijkproject. Het is dan ook de taak van de huisarts om deze verwachtingen te kennen en de dan tegenstrijdige verwachtingen van arts en patiënt bloot te leggen.

De verwachtingen van de patiënt zijn namelijk duidelijk niet dezelfde als die van de arts. Er is een discrepantie tussen de vaak beperkte diagnostische waarde van bloedtesten in de huisartsenpraktijk en de grote appreciatie voor bloedtesten bij patiënten. Mensen verwachten er veel meer van. Een goed bloedresultaat is voor hen een teken dat ze goed gezond zijn. De discussies met de patiënten hierover zijn volgens mij heel belangrijk in de arts-patiënt relatie en zijn van grote waarde voor een goede patiënten-educatie.

Langs de andere kant stellen critici soms ook de vraag of het wel noodzakelijk is om deze misvattingen te herstellen. Als mensen deze beperkingen weten kan men bloedtesten ook niet meer als magisch instrument gebruiken om patiënten gerust te stellen. Huisartsen moeten echter soms de balans opmaken tussen het geruststellen van de patiënt met een bloedafname (en dus soms nutteloze testen) ten opzichte van het voordeel van het vermijden van onnodige testen (kosteneffectiviteit). Nadat we de verwachtingen van onze patiënt over een bloedafname kennen, moeten we misschien wat van de magie rond de bloedcontrole wegnemen en meer uitleg geven aan de patiënt over de eigenlijke waarde van een bloedafname en de beperkingen ervan.

Als ouderen of patiënten van middelbare leeftijd hun bloed willen laten prikken zonder specifieke redenen te vermelden dan kunnen we als arts terugvallen op bepaalde richtlijnen en evidenties rond bloedafnames bij deze leeftijdscategorieën om onze patiënt te instrueren. Deze studie gaat echter over jongvolwassen. Hoe moeten we deze groep informeren over het nut van bloedafnames als we geen basis hebben om op te steunen?
Een bloedafname kan een heel ruim onderzoek zijn met heel veel verschillende testen en kadert veelal in een preventieve setting. Om niet te veel af te dwalen werd in deze studie enkel het nut van screening naar cardiovasculaire risicofactoren bij jongvolwassen onderzocht. Dit omdat deze risicofactoren zowel klinische parameters als testen van klinische biologie omvatten en deze laatsten in de praktijk bijna routinematig worden bepaald als een patiënt komt voor een bloedafname.

Risicofactoren voor hart en vaatziekten komen meer en meer voor bij de jongere populatie (obesitas, sedentarisme, nicotine-abusus,...) en uit verschillende studies blijkt dat hoe vroeger

deze factoren aanwezig zijn, hoe groter het risico op cardiovasculaire aandoeningen. Met dit gegeven lijkt het nuttig om al op jonge leeftijd aan deze risicofactoren te werken of op zijn minst de patiënten te sensibiliseren, maar er bestaan voor deze groepen geen richtlijnen noch screeningsprogramma's.
De redenen hiervoor zijn divers. Ten eerste kan men niet zomaar de bestaande richtlijnen doortrekken naar jongvolwassen. Dit lijkt geen optimale keuze aangezien de ene factor met de leeftijd aan belang kan winnen of verliezen. Glucose lijkt bijvoorbeeld belangrijker om te bepalen bij oudere patiënten terwijl een HDL-bepaling bij jongeren meer zegt dan bij ouderen. Het belang van de verschillende risicofactoren verandert dus met de leeftijd en tussen geslachten wat ons doet neigen tot een verschillende aanpak tussen een oude en een jonge populatie. Met deze gegevens zou men screening en diagnostische procedures wat kunnen laten afhangen van leeftijd en geslacht van de patiënt. Verder onderzoek is hiervoor nog nodig.

Een tweede reden dat we geen screeningsprogramma's hebben voor jongvolwassen is het feit dat er ook nog geen bewijs is dat screening nuttig is. Verschillende risicofactoren leiden volgens de literatuurstudie wel tot een vroegtijdige ontwikkeling van atherosclerotische plaques maar er is geen evidentie dat deze laatsten tot vroegtijdige morbiditeit en mortaliteit leiden. Een bewezen interventie is ook nog niet aan de grootorde. Als men immers wil screenen dan moet er tenminste een bewezen behandeling zijn voor de hoog risicopatiënten. Medicamenteuze interventies hebben nog geen statistische relevante verbetering gegeven. Enkel levensstijlaanpassingen blijken van enig nut te zijn maar dit zou bij iedere patiënt moeten gebeuren. Hiervoor moet men niet screenen. Het is voor de public health immers belangrijk dat we aan de gezondheid van de algemene bevolking werken en niet enkel naar hoog risicopatiënten zoeken.
Zo is het belangrijk om bij elke patiënt de roker status na te gaan en de eventuele motivatie tot rookstop. Ook de bloeddruk en de buikomtrek moeten bij iedere patiënt in de gaten gehouden worden.

Dezelfde conclusie blijft zich dus herhalen: preventie is echt wel belangrijk want jongere mensen hebben een langere levensverwachting en dus hebben gezondheidsbedreigende factoren de gelegenheid om lang in te werken en de cardiovasculaire schade fors op te drijven. Preventie is voor de hele populatie wel belangrijk zodanig dat screenen naar risicopersonen niet echt veel nut bewezen heeft. Als men echter gaat screenen bij jonge mensen is het van heel groot belang de verschillende risicofactoren tegelijkertijd te bekijken en aan te pakken aangezien al de factoren met elkaar verbonden zijn. Er is hierover echter nog niet veel gekend in de literatuur maar het is dus duidelijk dat het opzetten van studies op zeer lange termijn onontbeerlijk wordt en dat men in de beslisvoering om al dan niet een labo te doen rekening moet houden met de anamnese en de klinische parameters.

Als we dus even stilstaan bij de patiënt en bij de vraag van de patiënt, kunnen we onze hulp veel beter afstemmen op die specifieke vraag. Het optimisme van de patiënt over de meerwaarde van een specifieke test staat dikwijls tegenover de onderbouwde twijfel van de arts. Het is dan ook onze taak om deze verwachtingen te kennen en de dan tegenstrijdige verwachtingen van arts en patiënt via een correcte communicatie te laten uitmonden in een 'shared decision' waarbij de klinische en wetenschappelijke expertise van de arts gerespecteerd wordt zonder de arts-patiëntrelatie te compromitteren.

Hiervoor moet echter tijd en ruimte gemaakt worden maar uiteindelijk als je samen een keuze en beslissing kunt nemen, zal je tijd en tevredenheid winnen. Immers als je de ICE van iemand kent, kan je er mee omgaan en sommige zorgen ontkrachten, sommige verwachtingen reëler maken of bezorgdheden delen.

Het doordacht aanvragen van testen van klinische biologie kan dus zeker bijdragen tot een betere (meer kwaliteitsvolle) patiëntenzorg en kan een positieve invloed hebben op de kosten, voor de individuele patiënt en voor de globale verzekering voor geneeskundige verzorging.

REFERENTIES

PECK B.M., UBEL P.A., ROTER D.L., GOOLD S.D., ASCH D.A., JEFFREYS A.S., GRAMBOW S.C., TULSKY J.A.: Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction? J Gen Intern Med. 2004 Nov;19(11):1080-7.

STEWART R., THISTLETHWAITE J.: Pap tests--what do women expect? Aust Fam Physician. 2010 Oct;39(10):775-8.

MATTHYS J., ELWYN G., VAN NULAND M., VAN MAELE G., DE SUTTER A., DE MEYERE M., DEVEUGELE M.: Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract. 2009 Jan;59(558):29-36.

RUIZ-MORAL R., PERULA DE TORRES L.A., JARAMILLO-MARTIN I.: The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. J Gen Intern Med. 2007 Jan;22(1):86-91.

WESTON W.W.: Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. CMAJ. 2001 Aug 21;165(4):438-9.

VAN BOKHOVEN M.A., PLEUNIS-VAN EMPEL M.C., KOCH H., GROL R.P., DINANT G.J., VAN DER WEIJDEN T.: Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice.BMC Fam Pract. 2006 Dec 13;7:75.

PROCHAZKA A.V., LUNDAHL K., PEARSON W., OBOLER S.K., ANDERSON R.J.: Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. Arch Intern Med. 2005 Jun 27;165(12):1347-52.

RIZIV: Aanbeveling klinische biologie: rationeel voorschrijven van testen. Sensibiliseringscampagne voor de voorschrijvers. Juni 2011.

HOUBEN P.H., VAN DE WEIJDEN T., WINKENS B., WINKENS R.A., GROL R.P.: Pretest expectations strongly influence interpretation of abnormal laboratory results and further management. BMC Fam Pract. 2010 Feb 16;11:13.

POELMAN T.: Wanneer patiënt en arts tegenstrijdige verwachtingen hebben.... Minerva 2011 10(5); 53-53.

BARRY C.A., BRADLEY C.P., BRITTEN N., STEVENSON F.A., BARBER N.: Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ. 2000 May 6;320(7244):1246-50. Erratum in: BMJ 2000 Jul 1;321(7252):44.

DOMUS MEDICA.: Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanvraag voor laboratoriumtesten door huisartsen. Maart 2011.

HALPERN A., MANCINI M.C., MAGALHAES M.E., FISBERG M., RADOMINSKI R., BERTOLAMI M.C., BERTOLAMI A., DE MELO M.E., ZANELLA M.T., QUEIROZ M.S., NERY M.: Metabolic syndrome, dyslipidemia, hypertension and type 2 diabetes in youth: from diagnosis to treatment. Diabetol Metab Syndr. 2010 Aug 18;2:55.

MIURA K., DAVIGLUS M.L., DYER A.R., LIU K., GARSIDE D.B., STAMLER J., GREENLAND P.: Relationship of blood pressure to 25-year mortality due to coronary heart disease, cardiovascular diseases, and all causes in young adult men: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry. Arch Intern Med. 2001 Jun 25;161(12):1501-8.

PAUL T.K., CHEN W., SRINIVASAN S.R., RICE J., TOPRAK A., HE J., BERENSON G.S.: Framingham risk score is associated with femoral artery intima-media thickness in asymptomatic young adults (the Bogalusa heart study). Atherosclerosis. 2010 Dec;213(2):627-31. Epub 2010 Oct 20

MOEBUS S., BALIJEPALLI C., LOSCH C., GORES L., VON STRITZKY B., BRAMLAGE P., WASSEM J., JOCKEL K.H.: Age- and sex-specific prevalence and ten-year risk for cardiovascular disease of all 16 risk factor combinations of the metabolic syndrome - A cross-sectional study. Cardiovasc Diabetol. 2010 Aug 9;9:34.

WANNAMETHEE S.G., SHAPER A.G., LENNON L., MORRIS R.W.: Metabolic syndrome vs Framingham Risk Score for prediction of coronary heart disease, stroke, and type 2 diabetes mellitus.Arch Intern Med. 2005 Dec 12-26;165(22):2644-50.

TENENBAUM A., FISMAN E.Z.: "The metabolic syndrome... is dead": these reports are an exaggeration. Cardiovasc Diabetol. 2011 Jan 27;10(1):11.

TIKHONOFF V., CASIGLIA E.: Metabolic-syndrome: nothing more than a constellation? Eur Heart J. 2007 Apr;28(7):780-1. Epub 2007 Mar 30

JARRETT R.J.: The metabolic syndrome. Lancet. 2005 Dec 3;366(9501):1922; author reply 1923-4.

FELICIANO-ALFONSO J.E., MENDIVIL C.O., ARIZA I.D., PEREZ C.E.: Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in a population of young students from the National University of Colombia. Rev Assoc Med Bras. 2010 May-Jun;56(3):293-8.

MC CARRON P., SMITH G.D., OKASHA M., MC EWEN J.: Blood pressure in young adulthood and mortality from cardiovascular disease. Lancet. 2000 Apr 22;355(9213):1430-1

GUPTA A., GUPTA V.: Metabolic syndrome: what are the risks of humans? Biosci Trends, 2010 Oct;4(5):204-12. Review

KHAN U.I., WANG D., THURSTON R.C., SOWERS M., SUTTON-TYRRELL K., MATTHEWS K.A., BARINAS-MITCHELL E., WILDMAN R.P.: Burden of subclinical cardiovascular disease in “metabolically benign” and “at-risk” overweight and obese women: the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). Atherosclerosis. 2011 Jul;217(1):179-86. Epub 2011 Jan 21

LAVRADOR MS., ABBES P.T., ESCRIVAO M.A., TADDEI J.A.: Cardiovascular risks in adolescents with different degrees of obesity. Arq Bras Cardiol. 2011 Mar;96(3):205-11. Epub 2010 Dec 22. English, Portuguese, Spanish

KAHN R., ALPERIN P., EDDY D., BORCH-JOHNSEN K., BUSE J., FEIGELMAN J., GREGG E., HOLMAN R.R., KIRKMAN M.S., STERN M., TUOMILEHTO J., WAREHAM N.J.: Age at initiation and frequency of screening to detect type 2 diabetes: a cost-effectiveness analysis.Lancet. 2010 Apr 17;375(9723):1365-74. Epub 2010 Mar 29. Erratum in: Lancet. 2010 Apr 17;375(9723):1346.

SHAH A.S., DOLAN L.M., KIMBALL T.R., GAO Z., KHOURY P.R., DANIELS S.R., URBINA E.M.: Influence of duration of diabetes, glycemic control, and traditional cardiovascular risk factors on early atherosclerotic vascular changes in adolescents and young adults with type 2 diabetes mellitus. J Clin Endocrinol Metab. 2009 October; 94(10): 3740–3745.

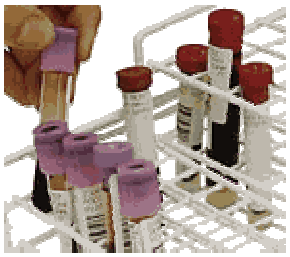
US Preventive Services Task Force. Screening for obesity in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics 2010;126:361--7

TAYLOR F., WARD K., MOORE T.H., BURKE M., SMITH D., CASAS J.P., EBRAHIM S.: Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;(1):CD004816. Review

FILIPPATOS T.D., ELISAF M.S.: Combination drug treatment in patients with non-alcoholic fatty liver disease. World J Hepatol. 2010 Apr 27;2(4):139-42.

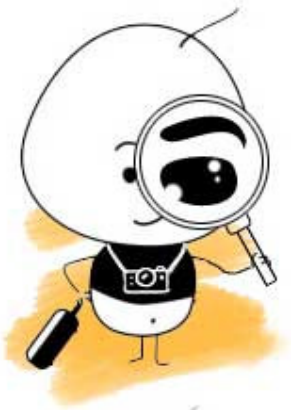
BIJLAGE 1: INFORMATIEBLAD VOOR PATIËNT

Geachte patiënt,



U stelt ons vandaag de vraag om een bloedafname te doen om preventieve redenen. Deze vraag krijgen we af en toe van onze patiënten. Wanneer de vraag voor een bloedafname gesteld wordt, weten we als arts vaak niet van waar die vraag komt. Wat is de aanleiding hiervoor? Is er hier een aanleiding voor?
Om bewuster en specifieker op uw vraag in te gaan is dit voor ons belangrijke informatie. Ook wat u juist verwacht van dit onderzoek en wat u graag hiermee zou weten is belangrijk om dit onderzoek effectiever te laten gebeuren.

Dr Stéphanie Delens doet een project om inzicht te krijgen in de vraag naar bloedafnames bij gezonde jongvolwassenen tussen 20 en 45 jaar. Het onderzoek bestaat uit het invullen van een vragenlijst en een kort medisch onderzoek (meten, wegen, bloeddrukmeting).



Indien u graag deelneemt aan dit project gelieve dit te bespreken met Dr. Delens of een andere dokter van de praktijk.

Uiteraard kunt u voor bijkomende inlichtingen steeds met

Dr. Delens contact opnemen. (09/356.05.55).

De Dokters

Toestemmingsformulier

Ondergetekende:……..
geeft hierbij toestemming om de gegevens van de vragenlijst alsook de gegevens van het klinisch onderzoek te gebruiken in het kader van de masterproef van Dr. Stéphanie Delens. Het doel van dit project is om meer inzicht te verwerven in de aanleiding tot een preventieve bloedafname en de verwachtingen hieromtrent.
Deze gegevens zullen vertrouwelijk blijven en persoonlijke gegevens zullen enkel gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Alle gegevens zullen ook anoniem verwerkt worden.

Ik kreeg voldoende informatie en ik verbind mij ertoe om deel te nemen aan dit praktijkproject en de vragenlijst correct in te vullen.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum: …../……/…… Handtekening:……

Vragenlijst:

Leeftijd: ……...
Geslacht: (M of V): …….
Opleidingsniveau (lager onderwijs/middelbaar/hoger onderwijs/universitair):
……..
Beroep: ……

DEEL I: in te vullen door de patiënt

Gelieve de vragen zorgvuldig in te vullen. Indien u de vraag niet begrijpt, plaats dan een vraagteken (?).
Alvast bedankt voor uw medewerking!

Algemene gezondheid

1. Hoe zou u zelf uw lichamelijke gezondheid inschatten?
   □ slecht □ onvoldoende □ voldoende □ goed

2. Hoe zou u zelf uw psychische gezondheid inschatten?
   □ slecht □ onvoldoende □ voldoende □ goed

3. Lijdt u aan een van volgende ziekten?

hartziekte?	□ neen	□ ja
hoge bloeddruk?	□ neen	□ ja
longziekte?	□ neen	□ ja
maag- of darmziekte?	□ neen	□ ja
spier- of gewrichtsziekte?	□ neen	□ ja
suikerziekte?	□ neen	□ ja
schildklierziekte?	□ neen	□ ja

andere: ……..

4. Heeft u een aandoening waardoor u beperkt bent in het leveren van lichamelijk activiteit?
   □ neen □ ja

5. Komen er hart- en vaatziekten (hartinfarct, herseninfarct, ….) voor bij vader/moeder/broer of zus onder de 60 jaar?
   □ neen □ ja → welke aandoening: ……...
   welke familieleden:……..

6. Komt er suikerziekte voor bij vader/moeder/broer of zus?
   □ neen □ ja □ ongekend

7. Wordt uw vader/moeder/broer of zus behandeld voor een verhoogd cholesterol?
   □ neen □ ja □ ongekend

8. Wordt uw vader/moeder/broer of zus behandeld voor een verhoogde bloeddruk?
   □ neen □ ja □ ongekend

9. Nam u de laatste week iets van medicatie ?
   □ neen □ ja → indien ja: welke?……
   en hoeveel? ……..

Levensstijl

10. Rookt u? □ neen
    □ ja → zo ja, hoeveel per dag: …… sigaretten …… sigaren …… pijpen

11. Drinkt u soms alcohol ? □ neen
    □ ja → zo ja, hoeveel glazen per week: …….

12. Gebruikt u drugs? □ neen
    □ ja → zo ja, soort(en) en hoe frequent: ……

13. Doet u dagelijks 30 minuten matig intensieve beweging (wandelen, fietsen,…)?
    □ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

14. Hoeveel dagen per week doet u aan sport?
    □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7

15. Hoeveel uur per week is dat dan in totaal? ……

16. Spendeert u regelmatig tijd voor TV, internet of games?
    □ neen □ zelden □ ja → aantal uur/week: …

Voeding en gewicht

17. Hoe vaak eet u gemiddeld per dag? (maaltijden en tussendoortjes samengeteld)
□ 1x □ 2 x □ 3x □ 4x □ 5x □ 6x □ > 6x per dag

18. Ontbijt u dagelijks?
    □ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

19. Kiest u bewust voor gezonde voeding?
□ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

20. Eet u dagelijks fruit?
□ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

21. Eet u dagelijks groenten?
□ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

22. Zijn er dagen dat u geen vlees eet?
□ neen □ soms □ ja → aantal keren per week: …

23. Eet u wekelijks vlees?
□ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

24. Drinkt u regelmatig dranken moet toegevoegde suikers (frisdrank, koffie of thee met suiker…)
□ neen □ soms □ ja, gewoonlijk wel

25. Zijn er in uw nauwe familie personen met overgewicht?
□ neen □ ja

26. Volgt iemand van uw gezin momenteel een dieet om af slanken?
□ neen □ ja □ onbekend

27. U vindt van uzelf dat u
□ een normaal gewicht heeft
□ zwaarlijvig bent
□ onder het normale gewicht zit
□ geen idee, ik maak me daar geen zorgen om

DEEL II: door de huisarts in te vullen samen met de patiënt

28. Wat is de aanleiding tot uw vraag naar een bloedonderzoek?

……..
……..
……..
……..
……..

29. Wat kan men volgens u, in het algemeen, allemaal zien in een bloedonderzoek?

……..
……..
……..
……..
……..

30. Welke testen verwacht U dat de arts vandaag, in het kader van uw vraag naar een bloedonderzoek, zal aanvragen?

……..
……..
……..
……..
……..

31. Wat verwacht U precies van dit bloedonderzoek?

……..
……..
……..
……..
……..

Met dank voor de medewerking!

Klinisch onderzoek

Lengte: ……

Gewicht: …….

BMI: ……

Buikomtrek: …….

Bloeddruk: 1e meting: ……..
2e meting: …….. → gemiddelde: …….
evt 3e meting: ……