

Ten geleide

C. P. BRUINS, ARTS

In dit aan hypertensie gewijde nummer wordt ter inleiding een schets gegeven van de aanleiding een werkgroep „chronische patiënten” te formeren. Voorts wordt de werkwijze van de werkgroep toegelicht en wordt op een enkel onderwerp uit dit hypertensie-nummer summier ingegaan.

In 1973 is op initiatief van het Nederlands Huisartsen Instituut een werkgroep „chronische patiënten” ingesteld. Aanleiding hiertoe was dat huisartsen steeds meer te maken krijgen met chronisch ziekten, zowel door de verschuiving in het morbiditeitspatroon van acute naar chronische ziekten als door een verschuiving van taken van het tweede naar het eerste echelon. De gerichtheid van de medische opleiding op ziekte-episoden en het gemis aan methodisch werken doen zich juist ten aanzien van de begeleiding van chronische patiënten gevoelen.

De indruk bestaat dat er duidelijke verschillen zijn tussen zelfs gelijkgezinde huisartsen in de aard en omvang van de vragen om hulp en de (be)handelwijzen, die niet uit doelstelling op praktijkopbouw worden verklaard. Deze door Lamberts genoemde „interdokter”-variatie lijkt meer bepaald door de selectie van informatie over de patiënt en zijn situatie, en de reactie van de huisarts op het ziektegedrag dan door de ernst of de hinder van de problematiek (*Schouwstra*).

Tegen deze achtergronden zou een systematische bespreking van de behandelings- en begeleidingsaspecten bij chronische ziekten als een vorm van nascholing en als een toetsend element kunnen dienen. Het medisch handelen ten aanzien van chronisch zieken vergt zeer veel in termen van medisch-technische kennis en vaardigheden, methodisch werken, persoonlijk functioneren van de huisarts en samenwerken, en raakt belangrijke onderwerpen als continuïteit in de hulpverlening en de plaats en rol van huisarts en patiënt in de directe hulpverleningssituatie en in de maatschappij.

Activiteiten werkgroep

De werkgroep heeft zich beperkt tot de medisch-technische aspecten van de be-

handeling van patiënten met hypertensie, waarbij de overweging is: als de huisarts na zorgvuldige afweging heeft besloten een hypertensiepatiënt te gaan behandelen dan zal hij deze behandeling en follow-up zo goed mogelijk moeten doen. De werkgroep acht zich niet bevoegd uitspraken te doen over massale screening, psychosociale begeleiding en ethische en maatschappelijke implicaties van het hypertensieprobleem. Wel vindt zij dat een

Samenstelling van de werkgroep: Dr. L. M. van den Akker en Dr. A. J. M. Daniëls, leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G., C. P. Bruins, directeur van het N.H.I., coördinator van de werkgroep, mevrouw H. J. Haag, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, W. A. van Veen, Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, Th. B. J. W. Voorn, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en G. T. van der Werf, Gronings Universitair Huisartsen Instituut.

discussie hierover in brede kring onder de huisartsen op gang moet komen.

Niet alleen over de hoeveelheid arbeid die een massale screening met zich zou brengen, maar vooral over de ethische en psychosociale implicaties.

1. Deskundigen-adviesgroep

Het leek ons goed in navolging van Amerikaanse initiatieven, het Oostenrijks Huisartseninstituut en de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen richtlijnen van de behandeling van patiënten met hypertensie door deskundigen te laten stellen.

Daartoe werd een deskundigen-adviesgroep („expert committee”) ingesteld, een op landelijk niveau representatief forum van deskundigen met een spe-

cialie betrokkenheid tot het onderwerp. Om de nodige deskundigheid op praktisch en wetenschappelijk gebied te kunnen aanboren en om ex cathedra uitspraken te voorkomen, werd besloten tot een paritaire samenstelling uit huisartsen en specialisten.

De werkwijze van de werkgroep was er in eerste instantie op gericht zelf een concept-schema op te stellen betreffende de behandeling en follow-up van patiënten met verhoogde bloeddruk. Vervolgens werd het concept voorgelegd aan een deskundigen-adviesgroep, die zou trachten tot overeenstemming te komen over de formulering van richtlijnen die verantwoord en haalbaar moesten zijn. Dat een adviesgroep met een zodanige representatie van verschillende medische faculteiten als de onderhavige (zie *schema verhoogde bloeddruk*), tot eensluidende adviezen is gekomen, is – dunkt ons – een novum in de Nederlandse gezondheidszorg.

De noodzakelijke structurele verbetering van de condities voor de dagelijkse praktijkuitoefening, zoals praktijkverkleining en ruimere mogelijkheden tot inschakeling van praktijkassistentes, om het haalbare dichter bij het wenselijke te brengen, hebben wij elders besproken (*Bruins en Van Veen*).

Wij beseffen terdege dat met de elders in dit nummer te presenteren richtlijnen niet het laatste woord is gezegd. Ook een landelijk gezelschap deskundigen heeft zijn beperkingen. Anderzijds zijn de richtlijnen de neerslag van een zeer intensieve uitwisseling van kennis, opvattingen en ervaring. De Commissie Hypertensie van de Gezondheidsraad heeft zich voorts positief uitgesproken over de strekking en de filosofie van het schema met de richtlijnen. Deze richtlijnen zijn uiteraard niet bedoeld als geboden van bovenaf. Iedere huisarts heeft en behoudt de vrijheid zelf zijn handelwijze te bepalen.

De richtlijnen zijn bedoeld als toetsingsmogelijkheid voor de eigen handelwijze. Afwijken van de richtlijnen heeft naar wij hopen tot gevolg dat op grond van argumenten de richtlijnen en/of de eigen handelwijze worden herzien.

2. Psychosociale aspecten chronisch ziek-zijn

De psychosociale aspecten, verbonden aan het tot patiënt verklaard worden van iemand met verhoogde bloeddruk verdienen de volle aandacht, te meer wanneer er geen klachten zijn. De beleving van het chronische ziek-zijn, de rol van de huisarts bij de begeleiding en de maatschappelijke implicaties van het medisch handelen ten

aanzien van chronische ziekten worden uitvoerig geschetst.

3. Praktische informatie

Een vrij uitgebreid literatuuronderzoek is verricht, op basis waarvan in een aantal bijdragen praktische informatie wordt verschaft over het gebruik van hulpmiddelen (bloeddrukmeter, oogspiegel), over de anamnese, de mogelijkheden tot delegatie van deeltaken aan praktijkassistenten, het compliancegedrag, en over verhoogde bloeddruk bij ouderen.

4. Hulpmateriaal

Ter ondersteuning van de begeleiding van patiënten met hypertensie is een folder met informatie voor hypertensiepatiënten samengesteld. Een nieuw ontworpen hypertensiekaart beoogt de registratie en follow-up te verbeteren.

5. Verdere plannen

De subgroep „verhoogde bloeddruk” (Van Veen, Bruins) heeft inmiddels de aanzet gegeven voor het opstellen van een nascholingsprogramma met een bezoek aan perifere nascholingsgroepen. Hierin wordt een instructieprogramma opgenomen voor praktijkassistenten. Voorts wordt gewerkt aan een follow-up systeem, gebruik makend van de ervaringen in andere landen, zoals een oproepsysteem van patiënten via een computer.

Binnenkort zullen aan de Nederlandse artsen en apothekers het schema verhoogde bloeddruk, de hypertensiekaart en een uittreksel van het schema op een geplastificeerd kaartje, worden toegezonden. Bij het N.H.I. kunnen (bij)besteld worden: het schema, hypertensiekaarten, voorlichtingsfolders voor patiënten, een folder over het ijken van bloeddrukmeters en een folder over bloeddrukmeters. Tenslotte is bij het N.H.I. een uitgebreid literatuurrapport verkrijgbaar over de opsporing, diagnostiek en behandeling van patiënten met verhoogde bloeddruk (zie bestelkaart).

Met deze activiteiten hoopt de werkgroep „chronische patiënten” nieuwe impulsen te geven aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, de opleiding, de nascholing en de toetsing.

Schouwstra, C. P. (1976) huisarts en wetenschap 19, 386.

Bruins, C. P. en W. A. van Veen (1977) Medisch Contact 32, 569.

Schema verhoogde bloeddruk

Aanbevelingen voor de begeleiding van patiënten met verhoogde bloeddruk in de huisartspraktijk

W. A. VAN VEEN, HUISARTS TE AMSTERDAM

De in de Inleiding genoemde deskundigen-adviesgroep, waarvan de samenstelling elders in dit artikel is afgedrukt, geeft in een twaalfal punten aanbevelingen voor de begeleiding van hypertensiepatiënten in de huisartspraktijk.

1. Algemeen

Verhoogde bloeddruk is een belangrijke, zo niet de belangrijkste, risico-indicator voor hart- en vaataandoeningen.

Prognostisch blijkt de systolische bloeddruk minstens zo belangrijk te zijn als de diastolische druk.

De prognose bij een bepaald bloeddrukniveau is mede afhankelijk van het niveau van andere risico-indicatoren. Daarom zal een multifactoriële benadering de behandeling meer inhoud kunnen geven.

Een hoog percentage van de mensen met verhoogde bloeddruk is onontdekt, wordt niet (meer) behandeld of wordt inadequaat behandeld.

Effectieve verlaging van matig of ernstig verhoogde bloeddruk kan in principe de morbiditeit en mortaliteit aanzienlijk verminderen.

Het besluit tot behandeling of controle over te gaan berust mede op een zorgvuldige afweging met de betrokkene van de verwachte voor- en nadelen van medische interventie.

Bij de begeleiding van hypertensiepatiënten dreigt enerzijds vrijblijvend en anderzijds oneigenlijk gebruik van medische macht.

De inspanningen zijn te veel gericht op het ontdekken van organische oorzaken van hypertensie en te weinig op het opsporen en blijven behandelen van essentiële hypertensie.

Epidemiologisch blijkt ook een eenmalig geconstateerde bloeddrukverhoging van prognostische betekenis te zijn: men zij alert in verband met een verhoogd risico van de groep.

Op arbitraire gronden worden waarden lager dan 140/90 mm Hg als „normaal” beschouwd.

De in het hierna volgende aanbevelingen betreffen cliënten uit de leeftijdsgroep tot 60 jaar.

2. Bloeddrukmeting

Het verdient aanbeveling de bloeddrukmeting na goede instructie te delegeren aan de praktijkassistente.

De beslissing tot verdere controle of behandeling over te gaan is bij voorkeur niet gebaseerd op een eenmalige bloeddrukmeting, maar op de meetwaarden, bij voorkeur in duplo, verkregen tijdens minstens drie spreekuurcontacten. Als einduitkomst geldt het gemiddelde der waarden van de laatste twee zittingen.

Op arbitraire gronden wordt de voorkeur gegeven aan de vijfde fase van de korotoff-tonen als criterium voor de diastolische bloeddruk.

Een kleefmanchet met een luchtkamer van 14 x 40 cm geniet de voorkeur boven de gebruikelijke, te korte luchtkamer van 12 x 23 cm.

3. Anamnese

Spontane klachten.

Algemene anamnese: vragen richten op eventuele oorzaken en complicaties van hypertensie; verder vragen naar gebruik van orale anticonceptiva, drop en excessief gebruik van zout, rookgewoonten.

Psychosociale anamnese: stress?

Vroegere anamnese: keuringsresultaten, al eerder verhoogde bloeddruk vastgesteld, nieraandoeningen, urineweginfecties?

Vroegere obstetrische anamnese.

Familie-anamnese.

4. Aanvullend onderzoek

a. *Fysisch-diagnostisch*

lengte en gewicht;

inspectie: syndroom van Cushing, acromegalie, virilisatie?

hartfunctie: decompensatio cordis; percussie en auscultatie;

auscultatie: aa carotides, rug, hoog in epigastrio, aa femorales.

palpatie van de nieren, aa radiales en aa femorales (faseverschil?), aa tibiales posteriores, aa dorsales pedis.

b. *Laboratoriumonderzoek*

urine: eiwit, glucose, sediment.

bloed: hemoglobinegehalte, K, Na, creati-