

# Hypertensie

## Een kwestie van meten of afwegen?\*

CHRIS VAN WEEL, HUISARTS TE ROTTERDAM\*\*

Het internationale jaar van de vrouw heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat het maatschappelijk zo actuele vraagstuk van de vrouwenemancipatie onder de algemene aandacht is gekomen. Nu het jaar 1978 is uitgeroepen tot het internationale hypertensiejaar, krijgt een ander maatschappelijk actueel vraagstuk – dat van ziekte en gezondheid – volop gelegenheid zich te manifesteren.

Terwijl in het geval van vrouwenemancipatie (en evenzeer wanneer het gaat om andere aspecten van de mensenrechten) wetenschappelijke argumenten in feite irrelevant zijn, kent het vraagstuk hypertensie een aantal wetenschappelijke fundamentele aspecten.

De bedenkingen van de auteur tegen het „vieren” van een „hypertensiejaar” vinden haar oorzaak in de grote onduidelijkheid over een aantal fundamentele aspecten betreffende hypertensie. Toegespitst op de vraag of actieve opsporing van hypertensie op dit moment wenselijk is, worden deze onduidelijkheden nader toegelicht.

Hoe het is gesteld met de vermedicalisering van onze samenleving, kan nauwelijks duidelijker worden gedemonstreerd dan door de instelling van een hypertensiejaar. De aansporing – onder de slagzin „bloeddruk meten, zeker weten” – om even bij de huisdokter de bloeddruk te laten opmeten, is een aardig voorbeeld van wat Zola noemt „the expansion of what in medicine is deemed relevant to the good practice of life”, één van de vier wegen waarlangs naar zijn mening deze vermedicalisering zich concretiseert.

### Opsporing van hypertensie

Het asymptomatische karakter van hypertensie is algemeen bekend. Het is dan ook een voor de hand liggende zaak dat, uitgaande van de vóóronderstelling dat hypertensie behandeling verdient, opsporing van te hoge bloeddruk noodzakelijk is. De essentie van de discussie in huisartsenkring over hypertensie, richt zich dan ook op de opsporing van mensen met niet-bekende hypertensie. Nu van een aantal kanten is aangetoond dat deze opsporing door huisartsen zeer goed kan worden uitgevoerd – ik beperk mij ertoe in

dit verband te wijzen op de studies van *Van der Feen* en *Hart* die beiden nagenoeg het totale relevant geachte deel van hun praktijkpopulatie screenden – doet zich het volgende probleem voor. De gedachtenwisseling dreigt zich geheel toe te spitzen op de vraag hoe moet worden opgespoord, terwijl aan het meer fundamentele vraagstuk namelijk of het wel aangewezen is te speuren naar hypertensie, wordt voorbij gegaan. „By the very acceptance of a specific behavior as an illness and the definition of illness as an undesirable state, the issue becomes not *whether* to deal with a particular problem, but *how* and *when*”, zoals Zola de strategie van de vermedicalisering beschrijft.

Er is echter meer te zeggen over de opsporing van te hoge bloeddruk door huisartsen. Het is een duidelijke zaak dat de onderzoekers *Van der Feen* en *Hart* zeer gemotiveerd zijn om actief te speuren naar hypertensie in hun praktijken. In dit verband is het interessant te kijken hoe – wat dit betreft – anders geaarde huisartsen de bloeddrukmeter hanteren. Nagegaan is in hoeverre door de acht huisartsen van de groepspraktijk Ommoord gedurende één jaar anticiperend de bloeddruk is gemeten bij hun dertig- tot zestigjarige patiënten. De cijfers hiervan zijn weergegeven in de tabel.

Twee opmerkingen moeten worden ge-

*Harlekijn:*

*Zie hoe hij trappelt, snikt en gilt,*

*Hoe 't wilde leven in hem trilt*

*Maar hoe onstuimiger hij wordt,*

*Te nauwer wordt de strop gesjord.*

Martinus Nijhoff,

*Pierrot aan de lantaarn, 1916.*

maakt voor ik nader inga op deze cijfers. Ten eerste was er ten tijde van het onderzoek geen sprake van anticiperend speuren naar hoge bloeddruk als een groepsdoelstelling. De cijfers zijn derhalve de uiting van het spontaan hanteren van de bloeddrukmeter door ieder van de acht huisartsen. Ten tweede wil ik er op wijzen dat de cijfers een momentopname vormen en niet kunnen verwijzen naar een eindtoestand van een bepaalde screeningsstrategie. De getallen kunnen dan ook niet zonder meer naast die van *Hart* of *Van der Feen* worden gelegd.

Niettemin is het opvallend hoe uiteenlopend de getallen zijn. Terwijl dokter 2 bij zo'n 4 procent van zijn totale populatie tussen dertig- tot zestigjarigen in één jaar de bloeddruk weet te meten, heeft dokter 6 dat van 40 procent gedaan. Bij het beschouwen van deze getallen kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat een handeling als bloeddrukmeting voor de ene huisarts een geheel andere betekenis heeft als voor de andere huisarts. Wanneer wij anticiperen op hypertensie tot een groepsdoel voor alle huisartsen uitroepen, zullen wij ons moeten realiseren dat zo'n doelstelling voor nogal wat huisartsen en voor de relatie huisarts-patiënt, in die gevallen geduchte consequenties kan hebben. Naar mijn mening op zichzelf geen reden om niet tot het formuleren van zo'n doelstelling over te gaan, al geloof ik dat het wezenlijk is voor de huisartsgeneeskunde – en voor de realiseerbaarheid van dergelijke doelstellingen – meer inzicht te krijgen in de betekenis van interdokter va-

*Tabel. Percentage patiënten van 30-59 jaar, niet bekend met hypertensie, bij wie in één jaar tijd de bloeddruk is gemeten.*

Huisarts	Percentage
1	30
2	4
3	31
4	26
5	12
6	40
7	10
8	11
Gemiddeld	22

\* Ontleend aan een voordracht gehouden tijdens het achtste WONCA-congres te Montreux, mei 1978.

\*\* Uit de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse G.G. en G.D.

riatie. Voor een uitvoeriger beschrijving van interdokter variatie wordt hier verwezen naar *Lamberts*. De vraag: wat gebeurt er met al die andere aspecten van het huisarts-patiënt contact wanneer de dokter zich gaat toeleggen op het opsporen van hoge bloeddruk, is meer dan een zuiver theoretische. Op dit moment kunnen wij er geen zinnig woord over zeggen.

## Hypertensie als risicofactor.

Het is vooral de Framingham-studie geweest, die onze aandacht heeft gericht op hypertensie als risicofactor. Cardiovasculaire ziekten bleken zich bij dit epidemiologische onderzoek dat zich over 20 jaar heeft uitgestrekt, in verhoogde mate voor te doen bij hen bij wie preëxistent een hoge bloeddruk was geconstateerd (*Kannel*). Onderzoekingen van levensverzekeringsmaatschappijen en anderen wijzen in dezelfde richting (*Singer*). De grote indruk die deze gegevens maken, laten onverlet dat er een aantal belangrijke onduidelijkheden blijkt te bestaan:

De incidentie van met name het cerebrovasculaire accident ligt in de Framingham regio duidelijk hoger dan in andere streken, met name Europa (*Jenkins*). Hierdoor wordt de vergelijkbaarheid natuurlijk beïnvloed.

De gevonden relatie tussen bloeddruk en mortaliteit/morbiditeit betekent nog niet dat verlaging van de bloeddruk ook leidt tot een afname van deze morbiditeit/mortaliteit. Noch de Framingham-studie noch de onderzoekingen vanuit de levensverzekeringen kunnen als interventie-studie gelden.

## Onderzoek naar interventie bij hoge bloeddruk

De Veterans Administration Cooperative Study vormt een interventie-onderzoek naar het effect van antihypertensieve therapie (*Veterans Administration Cooperative Study group on antihypertensive agents; 1967, 1970, 1972*). Het optreden van mortaliteit en morbiditeit is nader geanalyseerd bij een groep behandelde patiënten (N=186) in vergelijking met een controlegroep (N=194). De leeftijd varieerde van 24-75 jaar, met als mediaan 48,1 respectievelijk 49,2 jaar voor de behandelde en controlegroep. De aanvankelijke diastolische bloeddruk bedroeg bij deze groep 90-114 mm Hg.

Als gevolg van de behandeling trad een duidelijke afname op van de frequentie van decompensatio cordis, cerebrovasculair accident en nierbeschadiging. Geen effect kon worden aangetoond van de behandeling op de frequentie van plotselinge dood en myocardinfarct, waarvan in de

Framingham-studie de incidentie bleek te zijn gerelateerd aan de hoogte van de bloeddruk.

Een recent Zweeds onderzoek vertoonde een gering effect van bloeddrukbehandeling op het optreden van myocardinfarct (*Berglund en anderen*). Een behandelde groep van 635 mannen werd vergeleken met een uit 391 mannen bestaande controlegroep. De geringe daling van de incidentie van myocardinfarct en cardiovasculaire sterfte lijkt nog moeilijk op waarde te schatten, met name als gevolg van het gehanteerde criterium: diastolische bloeddruk  $\geq 115$  mm Hg of systolische  $\geq 175$  mm Hg, in de controlegroep op grond van één, in de behandelde groep na twee metingen.

Een probleem met de Veterans Study vloeit voort uit de aard van de onderzochte groepen. Een aanzienlijk deel van de behandelde groep (60 procent) en van de controlegroep (55 procent) vertoonde één of meer afwijkingen aan het cardiovasculaire systeem of aan de nieren, voorafgaand aan het dubbelblind onderzoek. Vooral bij degenen die tevoren reeds aan complicaties van deze systemen leden of afwijkingen ervan vertoonden, bleek behandeling van de bloeddruk het optreden van latere complicaties te verminderen. De aantoonbare trend van 50 procent effectiviteit van behandeling bij mensen zonder preëxistentie afwijkingen was statistisch niet significant. (*Veterans Administration Study, 1972*).

Het is dan ook niet juist de gegevens van dit onderzoek zonder meer van toepassing te verklaren op de algehele populatie. Het is niet duidelijk of de doelgroep – of risicogroep – waarop de anticiperende huisarts zich dient te richten, uitsluitend via leeftijdsgrenzen gedefinieerd moet worden, dan wel nadere omschrijving behoeft in de zin van preëxistente pathologie. Nadere interventie-studies zullen nodig zijn om dit vraagstuk op te lossen. Een aantal onderzoekingen is op dit moment nog in gang; de resultaten ervan zullen nog wel enige tijd op zich laten wachten. Een onderzoek waarover wij nu beschikken – the South East London Intervention Study – heeft geen effect aangevoeld van interventie bij risicofactoren, waaronder hypertensie (*The South East London Study Group*). Hoe consistent deze bevinding is, zal nog moeten worden gezien.

## Definitie Hypertensie

Er bestaat onmiskenbaar onduidelijkheid over het definiëren van hypertensie, over de scheidslijn tussen „normaal” en „te hoog”. Daar epidemiologische gegevens geen basis blijken te bieden voor het defi-

niëren van hypertensie – er is een continuüm tussen toegenomen mortaliteit/morbiditeit enerzijds en anderzijds de hoogte van de bloeddruk, zonder breekpunten – zullen empirische gegevens, resultaten van interventie-studies, deze problematiek moeten oplossen. Bij welke bloeddruk geeft behandeling nog wel en bij welke niet meer, een positief effect op de gezondheid?

Er bestaat op dit moment een duidelijk grensgebied tussen wat als „normale” diastolische bloeddruk wordt beschouwd ( $\leq 90$  mm Hg) en waar ondubbelzinnig van hypertensie wordt gesproken. Van der Feen bijvoorbeeld behandelt de bloeddruk zuiver om wille van de bloeddruk in feite pas vanaf 105 mm Hg. Tussen 90 – 105 mm Hg bevindt zich een gebied van twijfel. Wanneer wij daarbij *figuur 1* – ontleend aan *Pickering* – in beschouwing nemen dan valt op dat bij screening de groep die in het gebied der twijfel zal vallen groter is dan de groep die in het gebied hypertensie terecht komt. Het is voor de hand liggend dat deze twijfel-groep de stigmatiserende invloed van de screening zal ondergaan.

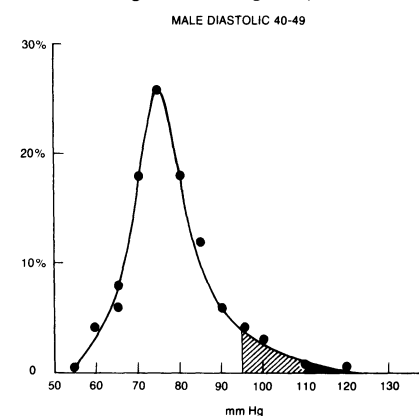
## Ervaringen met hypertensiebehandeling

Er is op dit moment een vrij grote ervaring met het behandelen van hypertensie. Ik meen dat wij ook deze ervaring zullen moeten gebruiken bij de beantwoording van de vraag naar de wenselijkheid van opsporing van niet-bekende hypertensie. Momenteel heeft de diagnose hypertensie – op grond van welke criteria dan ook – reeds voor een aanzienlijk aantal mensen betekenis. In de acht praktijken van de groepspraktijk Ommoord bijvoorbeeld voor 6,8 procent van de 30-60-jarigen, is deze diagnose van toepassing.

## Compliance

Het is een bekend gegeven dat een belangrijk deel van bekende hypertensiepatiënten inadequaat wordt behandeld. In

*Figuur 1. Ontleend aan Pickering (met toestemming van de uitgever). Zie tekst.*

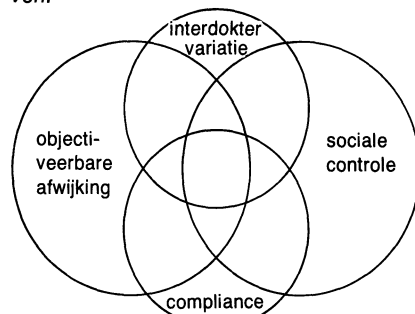


die situatie kan het effect van de diagnose uitsluitend een negatieve zijn: het mogelijk gunstige effect van de therapie wordt immers teniet gedaan doordat die behandeling te kort schiet. Op hetzelfde vlak ligt het vermaarde probleem van de compliance. Ook hiervan is bekend dat er in geval van hypertensiebehandeling nogal wat problemen mee bestaan. In de literatuur zijn daarover verschillende getallen in omloop die afhankelijk zijn van de gehanteerde definitie en criteria. *Haynes* geeft daarvan een systematische opsomming. Bij een oriënterend onderzoek naar de kwantitatieve betekenis van compliance onder de met hypertensie bekende patiënten van de groepspraktijk Ommoord hanteerden wij als criterium voor compliance: het nakomen van controle-afspraken. Hierbij bleef het niet-innemen van voorgeschreven medicatie of het niet-naleven van dieet buiten beschouwing. Onder dit criterium bleek 25 procent van de hypertensiepatiënten non-compliant te zijn, hetgeen zeer goed overeenstemt met door *Haynes* genoemde getallen, bij andere onderzoeken gebaseerd op het nakomen van controle-afspraken.

De achtergronden van compliance en non-compliance zijn weinig begrepen. Het nagenoeg uitsluitend Angelsaksische onderzoek op dit gebied heeft zich gericht op een groot aantal relaties tussen enerzijds compliance en anderzijds psychische, sociale en economische achtergronden, ernst en andere kenmerken van de ziekte en de aard van de therapie. De resultaten hiervan zijn uiterst tegenstrijdig. Alleen het vooral door *Becker* uitgewerkte „Health Belief Model” biedt eigenlijk een basis waarop aan compliance een duidelijker betekenis kan worden toegekend. Een aantal onderling samenhangende variabelen blijkt een duidelijke relatie te onderhouden met compliance. Het zou de moeite waard zijn in Nederland aan dit model meer aandacht te besteden. Tot nog toe heeft het onderzoek zich naar mijn mening te zeer gericht op compliance, terwijl non-compliance als gedragsmogelijkheid te weinig in het centrum van de belangstelling heeft gestaan. In mijn ogen is non-compliance een massaal verzet tegen behandeling. Een verzet dat niet moet worden verketterd in een moraliserende benadering – iets waarmee de geneeskunde toch al zo sterk is belast — maar dat onze volledige onbevooroordeelde aandacht verdient.

In een eerder deel van dit artikel heb ik duidelijk gemaakt dat ook de dokter een heel wisselend gedragspatroon ten aanzien van de bloeddruk vertoont. Wanneer het zo is dat het omgaan met de bloeddrukmeter en het meten van de

*Figuur II. Compliance en interdokter variatie spelen zich af in de sfeer van dat directe individueel getinte contact tussen hulpvrager en hulpverlener. Terwijl hun invloed kleinschalig is, doen de aanwezigheid van een objectieveerbare belangrijke ziekte en sociale controle zich grootschalig gelden. Schematisch weergegeven.*



bloeddruk voor de ene (huis)arts een geheel andere functie vervult dan voor een andere, dan ligt het voor de hand dat compliance – op zijn inhoud bezien, dus als kwalitatief gegeven – in de ene (huis)arts-patiënt relatie een geheel ander betekenis heeft dan in de relatie tussen een andere huisarts en zijn patiënt. Deze verhouding compliance – interdokter variatie is in *figuur II* in schema gezet. Tot nu toe heb ik mij beziggehouden met argumenten die thuishoren in de linker en in de twee middelste cirkels van *figuur II*. Voor het laatste deel wil ik mij bezighouden met zaken die in de rechter cirkel thuishoren.

## Iatrogene schade

De controlerende functie van de gezondheidszorg in onze samenleving heb ik in een vorig artikel reeds besproken (*Van Weel*). *Zola* wijst erop dat gezondheid en ziekte sociaal steeds belangrijker begrippen worden. De gezondheidszorg heeft in zijn ogen de controlerende en beheersende functie overgenomen van de religie en het recht. „Bezien tegen deze achtergrond van deze vermedicalisering van de samenleving is de anticiperende werkwijze niet anders dan een nieuwe methode tot het uitoefenen van nog meer macht, een perfectioneren van het systeem om macht te verwerven”, schreef ik in een eerder artikel. Voor anticiperen kan zonder probleem iedere andere actieve opsporingsvariant worden ingevuld.

Ook in een aantal definities van gezondheid klinkt de sociaal controlerende functie door: „Health is the state of optimum capacity of an individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialised” (*Parsons, geciteerd door Kelman*). Terwijl in de bekende WHO-definitie „Gezondheid is een toestand van totaal lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de

afwezigheid van ziekte of gebrek” gezondheid in feite ophoudt een deel van het leven te zijn: het is het totale leven.

Wie als ziek wordt bestempeld en op zodanige wijze ook wordt behandeld, zal daardoor beperking ondervinden in het inrichten van zijn leven en dientengevolge schade ondervinden. Dit zal des te sterker zijn indien degene die aldus wordt tegemoet getreden, zichzelf niet ziek voelt, ja zichzelf als gezond ervaart.

Een van de weinige onderzoeken op dit gebied is gehouden onder arbeiders in de staalindustrie in Canada (*Holland*) en geeft steun aan deze opvatting. Normaal functionerende arbeiders vertoonden een duidelijke stijging in ziekteverzuim op het moment dat zij werden geconfronteerd met het feit dat zij hypertensie hadden. Reeds met hypertensie bekende arbeiders vertoonden geen toename in ziekteverzuim.

Suggestief voor de opvatting dat ook de opsporing op zich veel onrust opwekt, is de constatering dat onder de patiënten van de groepspraktijk Ommoord 50 procent van de deelnemende vrouwen aan het Rotterdamse bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom reeds recent tevoren hierop was onderzocht (*Van Weel*). Dit getal blijkt constant te zijn nu ook een grotere groep vrouwen inmiddels is opgeroepen.

Naast het iatrogene effect van het stigma hypertensie, loopt de patiënt met hoge bloeddruk de kans schade te ondervinden als gevolg van de bijwerking van anti-hypertensieve therapie. Algemene malaise, duizeligheid, impotentie, depressie met mogelijke suïcide, worden in de praktijk weinig onderkend. Vaak meent de patiënt dat het erbij hoort; hij is toch ziek?

## Natuur en cultuur

• Time is too slow for those who wait  
and time is too swift for those who fear  
and time is too long for those who grieve  
and time is too short for those who love  
David Laflamme

De zo gebruikelijke scheiding van lichaam en geest ziet zich weerspiegeld in een naast elkaar staan van onderzoeken gericht op de biologisch-somatische verklaring en die welke zich richt op de sociaal-psychologische oorzaken van hypertensie. Voor een goed begrip van het hypertensieprobleem is het echter een noodzaak tot een integratie te komen. *Eyer* bespreekt een grote hoeveelheid literatuur uit de diverse invalshoeken. Naar

zijn mening dient essentiële hypertensie te worden begrepen als een uiting van chronische stress die via nor-adrenaline-secretie tot vasoconstrictie leidt. Op den duur krijgt deze vasoconstrictie een irreversibel karakter.

De ontwikkeling tot een „moderne” samenleving vormt een belangrijke bron van stress: het wegvallen van gezinsfunctie, werkloosheid, migratie, het niet meer kunnen volgen van technische ontwikkelingen op het werk of thuis, werken onder druk, gaan alle gepaard met een verhoging van de bloeddruk. Deze opsomming van sociale „stressors” is verre van volledig. De rol van toegenomen zoutretentie is naar zijn mening ondergeschikt aan de stress: onder invloed van chronische stress stijgt de aldosteronspiegel, hetgeen resulteert in een toegenomen zoutretentie.

Ook Appels wijst op de noodzaak van integratie van de verschillende optieken ten aanzien van de hart vaatziekten-research. Hij ontwikkelde een „tijdhypothese” over het epidemiologisch voorkomen van hart vaatziekten. In de ontwikkelingsgang van onze samenleving neemt de betekenis van het begrip „tijd” steeds meer toe. Vervolgens bespreekt hij drie onderzoeken die steun verlenen aan de opvatting dat degenen voor wie tijd een belangrijke rol speelt, een verhoogde kans lopen op het krijgen van hart vaatziekten. De psychosomatische visie op de hypertensielijder („een gekooide tijger”, altijd klaar om te springen maar nooit komt het tot een sprong), lijkt zich hier nauw bij aan te sluiten (Bastiaans).

Tegen deze achtergrond bezien is hypertensie slechts een deelaspect van een – gecompliceerd – geheel. Het uitsluitend beperken tot het opsporen en behandelen van dit deelaspect hypertensie, is je reinste symptomatische therapie. Het is zeker niet mijn opvatting dat de medische invalshoek als eerst aangewezen zich moet inlaten met het ontwarren van het totaal van deze sociaal- psychologisch-biologische- knoop. (Iets wat overigens wel opgesloten ligt in de lijn van het vermedicaliseren van onze maatschappij). Ik meen echter dat wij bijzonder terughoudend moeten zijn met het bedrijven van louter symptomatische therapie. Daarnaast zijn er sterke aanwijzingen dat compliance en iatrogenese belangwekkende problemen vormen. Het is naar mijn mening bij uitstek eigen aan de huisartsgeneeskunde om zich bezig te houden met nader onderzoek op deze gebieden. De continue relatie met een patiënt bij wie de zorg zich richt op situaties waarin sprake is van zowel ziek zijn als gezond zijn – waarbij het niet lopen van een bepaald

riscio evenzeer en evenveel betekenis heeft als het wel lopen van dat risico – maakt dit onderzoek mijns inziens essentieel.

De resultaten van onderzoek op dit gebied zullen afgezet dienen te worden tegen de uitkomsten van de thans in gang zijnde interventie-studies naar het effect van hypertensiebehandeling. Samen met de eerder genoemde overwegingen vormen zij de gewichten, waarmee wij vóór of tegen actieve opsporing, tegen elkaar zullen moeten afwegen. Op dit moment ontbreken er naar mijn mening te veel essentiële gewichten om een gefundeerde uitspraak te kunnen doen over de richting waarin de weegschaal doorslaat.

*Samenvatting. Dit artikel gaat in op de vraag of op dit moment actief opsporen van hoge bloeddruk en dan speciaal door huisartsen, is aangewezen.*

*In een aantal onderzoeken is aangetoond dat huisartsen zeer goed in staat kunnen zijn om hun praktijkpopulatie op hypertensie te onderzoeken. Tegenover deze resultaten worden hier de gegevens gesteld van een onderzoek naar het hanteren van de bloeddrukmeter door acht huisartsen. De grote variëteit waarmee dit gebeurt maakt het waarschijnlijk dat het uitroepen van opsporing van hypertensie tot een doelstelling voor alle huisartsen consequenties zal hebben voor het huisarts-patiënt contact.*

*Vervolgens wordt ingegaan op de betekenis van hoge bloeddruk voor de gezondheid. Daarbij blijkt het op dit moment te ontbreken aan resultaten van interventie-onderzoek, hetgeen aannemelijk maakt dat behandeling van asymptomatische hypertensie leidt tot een afname aan morbiditeit en mortaliteit.*

*Daarna wordt aandacht gevraagd voor de ervaring die op dit moment al bestaat met behandelen en opsporen van verhoogde bloeddruk. Het blijkt dat in de acht onderzochte praktijken 6,8 procent van de 30-59 jarige patiënten met de diagnose hypertensie bekend is. Hiervan is 25 procent non-compliant. De betekenis van compliance en non-compliance is weinig duidelijk. Eveneens is dit het geval met de schadelijke – iatrogene – gevolgen van het stigma hypertensie en meer algemeen van screeningonderzoek. Onderzoekingen die aanwijzingen in deze richting geven, worden besproken.*

*Tenslotte komen sociaal-economische en psychologische achtergronden van hypertensie aan de orde. In dit licht bezien is de verhoogde bloeddruk het topje van de ijsberg. Behandeling van uitsluitend de bloeddruk is louter symptomatische therapie.*

*Geconcludeerd wordt dat er op dit moment onvoldoende gegevens voorradig zijn om vóór en tegen behandeling – en dientengevolge noodzakelijke actieve opsporing – tegen elkaar af te wegen.*

*Summary. Hypertension. A matter of measuring or weighing? This article discusses the question whether active detection of hypertension, particularly by general practitioners, is indicated at this time. It has been demonstrated in several studies that general practitioners are quite capable of screening their practice population for hypertension. These results are discussed in relation to the findings of a study of the use of the sphygmomanometer by eight general practitioners. In view of the variability of this use, it seems likely that introduction of hypertension screening as routine procedure in all general practices will have its consequences for the doctor-patient relationship.*

*The significance of hypertension for general health is then discussed. At this time there are no results of intervention research indicating that treatment of asymptomatic hypertension leads to a decrease in morbidity and mortality.*

*Attention is then focused on the experience so far gained in the detection and treatment of hypertension. In the eight practices studied, 6.8 percent of all patients in age group 30-59 are known hypertensives. Of these, 25 percent are non-compliant. The significance of compliance and non-compliance is somewhat uncertain. The same applies to the detrimental (iatrogenic) consequences of the hypertension stigma and, more generally, to screening. Studies which provide indication in that direction, are discussed. Finally, the socio-economic and psychological implications of hypertension are outlined. In this context hypertension is regarded as the tip of the iceberg. Treatment confined to hypertension is purely symptomatic treatment.*

*It is concluded that, at this time, insufficient data are available for a proper evaluation of the pros and cons of treatment (and consequently necessary active detection).*

Appels, A. In: A.C.Arntzenius en anderen: Hart en vaten, zwakteschakels in een systeem. Cahiers biowetenschappen en maatschappij. Van Lochem Slaterus, Deventer, 1977.

Bastiaans, J. Psychosomatiek: Hypertensie. Collegestencil no. 67. Jellergersmakliniek, Leiden, 1971.

Berglund, G. en anderen (1978) Lancet I, 1.

Becker, M. H. In: J. L. Sackett en R. B. Haynes: Compliance with therapeutic regimes. John Hopkins University Press, Baltimore/London, 1976.

Eyer, J. (1975) Int. J. Hlth. Serv. 5, 539.

Feen, J. A. E. van der. Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts. Bronder Offset b.v., Rotterdam, 1977.

Hart, J. T. (1971) Update, 963.

Holland, W. W. Lezing tijdens Symposium Bevolkingsonderzoek en Beleid. Rotterdam, 1977. →