

# De voor hypertensie behandelde populatie in de huisartspraktijk

## Hypertensie in het monitoringproject\*

DR. C. VAN WEEL\*\*

In dit onderzoek wordt getracht antwoord te geven op vier vragen: Welke groep patiënten wordt voor hypertensie behandeld? In hoeverre wordt de samenstelling van die groep beïnvloed door cardiovasculaire afwijkingen en risicofactoren? Hoe frequent wordt de bloeddruk gecontroleerd. Worden de hypertensiepatiënten gescreend op cardiovasculaire risicofactoren? De antwoorden op deze vragen zullen niet iedere huisarts vrolijk stemmen.

### Inleiding

De afgelopen tien jaar is onder huisartsen een grote belangstelling ontstaan voor hypertensie. Dit geldt met name voor de opsporing van hypertensie, hetzij door bevolkingsonderzoek<sup>1-4</sup>, hetzij door een meer in de dagelijkse praktijkvoering ingebouwde – anticiperende – opsporing.<sup>5,6</sup> Behalve over gegevens betreffende de opsporing, kunnen we beschikken over informatie over de resultaten van de behandeling van de opgespoorde hypertensiepatiënten; deze resultaten geven reden tot tevredenheid.<sup>1,5,7</sup> Er zijn echter aanwijsbare consequenties voor de praktijkvoering<sup>8</sup> en ook de non-compliance is een factor waarmee rekening dient te worden gehouden.<sup>6</sup>

Intussen is ook voldoende informatie beschikbaar om aan te nemen dat de populatie die door de huisarts wegens te hoge bloeddruk behandeld wordt, naar leeftijd en geslacht afwijkt van het „ideaalbeeld”: in plaats van „jonge” mannen behandelen huisartsen voornamelijk „oude” vrouwen, zoals Tudor Hart<sup>9</sup> het zo pregnant uitdrukt. Ook uit Nederlands morbiditeitsonderzoek<sup>8,10</sup>

blijkt dat bij de behandeling de nadruk ligt op vrouwen en ouderen.

In dit onderzoek wordt getracht een antwoord te geven op de volgende vragen:

- Welke groep (naar leeftijd en geslacht) wordt voor hypertensie behandeld?
- In hoeverre wordt de gevonden leeftijds- en geslachtsverdeling bepaald door bestaande cardiovasculaire afwijkingen of risicofactoren?
- Hoe frequent wordt de bloeddruk gecontroleerd?
- In hoeverre wordt de groep hypertensiepatiënten gescreend op cardiovasculaire risicofactoren en complicaties?

### Opzet

De gegevens voor het onderzoek zijn ontleend aan het eerste registratiejaar van het monitoringproject.<sup>11</sup> Zij hebben betrekking op de basispopulatie: alle patiënten die gedurende het gehele registratiejaar behoorden tot een van de acht deelnemende huisartspraktijken (met negen huisartsen); de populatie van drie – aanvankelijk zeer kleine – praktijken is dus buiten beschouwing gebleven.

Uit de basispopulatie zijn per praktijk alle bekende hypertensiepatiënten geselecteerd:

- „oude” hypertensiepatiënten, wier hypertensie gedurende het gehele jaar bekend was;
- „nieuwe” hypertensiepatiënten, bij wie de diagnose hypertensie tijdens het eerste registratiejaar gesteld werd.

Vervolgens is onderzocht hoeveel „oude” hypertensiepatiënten tijdens het eerste registratiejaar tevens onder behandeling waren c.q. kwamen voor een cardiovasculaire ziekte – myocardinfarct, angina pectoris, cor vitium, decompensatio cordis, TIA of cerebrovasculair accident – of een cardiovasculaire risicofactor – diabetes mellitus, adipositas of hyperlipemie.

Tenslotte is onderzocht hoe vaak de huisartsen:

– een ECG- en bloedonderzoek lieten verrichten, gekoppeld aan de diagnose hypertensie;

– bij de leden van de hypertensiepopulatie de morbiditeitscodes *screening, onderzoek* en *high risk screening* hebben gebruikt.

### Resultaten

**Kenmerken behandelde groep.** De eerste vraag luidde: welke groep (naar leeftijd en geslacht) wordt voor hypertensie behandeld?

In *tabel 1* zijn deze kenmerken vermeld voor de patiënten die gedurende het gehele onderzoeksjaar voor hypertensie onder behandeling waren. Per 1000 patiënten zijn er 67,3 oude hypertensiepatiënten; de prevalentie bedraagt 76,4. Per praktijk loopt het aantal „oude” hypertensiepatiënten uiteen van 54,8 tot 91,9 per 1000. Vrouwen vormen een meerderheid (61 procent) van de behandelde groep.

Tussen de huisartsen doen zich – zelfs heel markante – verschillen voor in dezen, variërend van 40 procent (huisarts V) tot 81 procent (huisarts G). Deze verschillen kunnen niet worden verklaard uit verschillen in praktijkopbouw: het aandeel van de vrouwen in de populaties van de diverse praktijken loopt uiteen van 48,4 procent tot 53,4 procent.

Van de hypertensiepatiënten is 36 procent 65 jaar of ouder. Ook in dit opzicht zijn er duidelijke verschillen tussen de acht praktijken.

De huisartsen V en A hebben de laagste percentages 65<sup>+</sup>-ers onder hun hypertensiepatiënten (respectievelijk 19 en 24 procent), maar in hun praktijken is deze leeftijdsgroep ook ondervetegenwoordigd met respectievelijk 8,2 en 9,3 procent van de totale praktijkpopulatie. Bij de huisartsen J en G is respectievelijk 63 en 58 procent van de hypertensiepatiënten 65 jaar of ouder. Weliswaar zijn hun praktijken ook ruimer bedeed met ouderen (18 procent), maar dat geldt ook voor de praktijken van de huisartsen P en R (respectievelijk 17 en 23,1

\* Het monitoringproject is een door het Praeventiefonds gesubsidieerd, geautomatiseerd informatiesysteem in de huisartspraktijk. De monitoringgroep bestaat uit de huisartsen S. Best, J. H. M. Breteler, H. J. Dokter, C. M. A. Grimbergen, J. Heeringa, W. J. L. Kitslaar, H. Lamberts, G. Th. van de Poel, A. T. van der Schoot-Van Venrooy, A. M. R. Seelen, E. Sloot, F. H. J. A. Vissers en C. van Weel. Het project functioneert met de administratieve hulp van mevrouw M. Trouw en met de organisatorische en technische hulp van H. F. Bezemer.

\*\* Huisarts, afdeling gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG & GD.

Tabel 1. Kenmerken van de reeds bekende hypertensiepopulatie, per huisarts.

Kenmerken	Huisartsen								
	A	C	G	H	J	P	R	V	Totaal
Absoluut aantal	100	116	118	143	112	188	158	285	1220
Prevalentie	54,8	58,7	66,0	68,7	61,4	91,9	71,2	71,5	67,3
Percentage vrouwen in de praktijk	48	51	53	53	53	53	53	50	52
Percentage vrouwen met hypertensie	55	63	81	57	68	70	73	40	61
Percentage 65+ in de praktijk	9	16	18	10	19	17	23	8	14
Percentage 65+ met hypertensie	24	28	58	32	63	44	41	19	36
Percentage vrouwen 65+ in de praktijk	5	9	12	7	12	9	14	5	9
Percentage vrouwen 65+ met hypertensie	16	22	51	22	45	30	32	12	27

These show that in 1968, among those under 65, 49 per cent more women than man were being treated for hypertension; and that half of all those treated were aged 65 or more. The pattern is remarkably stable, with only a small shift toward a pattern of diagnosis more congruent with the evidence of the distribution of reversible risk in the general population. Over ten years there has been a 73 per cent increase in prescriptions for hypertension, with hardly any change in this irrational distribution by age and sex. (Julian Tudor Hart)<sup>9</sup>.

procent), terwijl bij dezen slechts respectievelijk 44 en 41 procent van de hypertensiepatiënten tot de 65+-groep behoren.

Een en ander betekent dat een kwart van de hypertensiepatiënten behoort tot de groep die volgens de beschikbare gegevens het minst te verwachten heeft van een behandeling van de verhoogde bloeddruk, namelijk vrouwen van boven de 65 jaar. De verschillen tussen de praktijken kunnen slechts zeer ten dele begrepen worden uit de verschillen in praktijksamenstelling.

De „nieuwe” hypertensiepatiënten vertonen een vergelijkbaar patroon (tabel 2). Twee derde behoort tot het vrouwelijke geslacht, 38,5 procent is 65 jaar of ouder, en een kwart van deze groep wordt gevormd door vrouwen van 65 jaar of ouder. Ook voor de afzonderlijk-

ke praktijken wordt globaal hetzelfde beeld gevonden als bij de reeds bekende hypertensiepatiënten (waarbij de (zeer) kleine aantallen nieuwe gevallen per praktijk – uiteenlopend van 3 tot 35 – voor enige vertekening zorgen).

Er zijn dus geen aanwijzingen dat bij de opsporing van nieuwe hypertensiepatiënten een verandering in de opbouw van het patiëntenbestand naar leeftijd en geslacht, wordt bewerkt.

**Rol bestaande afwijkingen of risicofactoren.** De tweede vraag luidde: in hoeverre wordt de gevonden leeftijds- en geslachtsverdeling bepaald door bestaande cardiovasculaire afwijkingen of risicofactoren?

Uit tabel 3 blijkt dat 18 procent van de behandelde mannen en 13 procent van de behandelde vrouwen bij de huisarts bekend is als lijdend aan (c.q. behandeld wordt voor) een cardiovasculaire ziekte.\* De nadruk ligt daarbij duidelijk op de oudere patiënten (tabel 4): 29 procent van de 65-plussers valt in deze groep, tegenover 14 procent van de jongere leeftijdsklassen. Dit geldt zowel voor de mannen als voor de vrouwen, waarbij echter opvalt dat een groot deel van de mannen met hypertensie tevens een cardiovasculaire ziekte heeft (40 procent).

De risicofactoren diabetes, adipositas en hyperlipemie komen eveneens frequenter voor bij mannen dan bij vrouwen (respectievelijk 35 en 21 procent). Dit is echter een uitvloeisel van het grote aantal van deze afwijkingen dat in de

\* Deze cijfers zijn niet geheel correct, doordat het niet mogelijk is na te gaan, in hoeverre bij sommige patiënten meer dan één cardiovasculaire ziekte voorkomt. Terwille van de overzichtelijkheid is hier het aantal cardiovasculaire ziekten gelijkgesteld aan het aantal patiënten met zo'n ziekte. Hetzelfde geldt m.m. ten aanzien van de cardiovasculaire risicofactoren.

Tabel 2. Kenmerken van de nieuw ontdekte hypertensiepopulatie, per huisarts.

Kenmerken	Huisartsen								
	A	C	G	H	J	P	R	V	Totaal
Absoluut aantal	3	20	15	12	15	35	28	21	149
Percentage vrouwen	33	75	80	58	72	73	75	52	67
Percentage 65+	66	33	47	33	60	37	39	19	39
Percentage vrouwen 65+	33	30	40	8	47	20	32	-	25

Tabel 3. De aanwezigheid van cardiovasculaire ziekten<sup>a</sup> en cardiovasculaire risicofactoren<sup>b</sup> in de hypertensiepopulatie, per huisarts. Percentages per sekse.

	Huisartsen								
	A	C	G	H	J	P	R	V	Totaal
<b>Ziekten</b>									
Mannen	31	7	27	29	23	14	17	11	18
Vrouwen	20	17	20	26	13	6	23	11	13
<b>Risicofactoren</b>									
Mannen	38	28	14	16	23	4	19	64	35
Vrouwen	36	26	23	29	25	10	27	14	21

<sup>a</sup> ICHPPC-nummers 109-12, 123-4. <sup>b</sup> ICHPPC-nummers 050, 055-6.

praktijk van V bij de mannelijke hypertensiepatiënten is vastgesteld (64 procent); de overige huisartsen stellen deze afwijking minstens zo vaak vast bij hun vrouwelijke hypertensiepatiënten.

Uit tabel 5 blijkt dat ook hier de leeftijd een rol speelt. Bij de mannelijke hypertensiepatiënten zijn het vooral de jongere leeftijdsgroepen bij wie cardiovasculaire risicofactoren bekend zijn. Dit geldt in het bijzonder voor de praktijk van V. Bij de vrouwelijke patiënten zijn het daarentegen juist de oudere vrouwen bij wie de huisarts een of meer risicofactoren heeft vastgesteld. In dit geval is het beeld echter aanzienlijk minder eenduidig. We kunnen concluderen dat de verdeling van cardiovasculaire ziekten en risicofactoren naar leeftijd en geslacht geen verklaring vormt voor de leeftijds- en geslachtsofbouw van de groep hypertensiepatiënten. De huisartsen die veelvuldig vrouwelijke patiënten ouder dan 65 jaar wegens hypertensie behandelen, hebben geen overeenkomstig hoge frequentie van cardiovasculaire ziekten en/of risicofactoren vastgesteld.

**Aantal contacten.** In het voorafgaande is de samenstelling van de hypertensiepopulatie vastgesteld en is onderzocht in hoeverre deze samenstelling wordt gerechtvaardigd door de medische voorgeschiedenis van de behandelde patiënten. Daarnaast is ook de hoeveelheid tijd die aan de behandeling besteed wordt, van belang. Daarom wordt ook gekeken naar de verdeling van het aantal hypertensiecontacten over de behandelde populatie. Liggt de nadruk hierbij op de jongere patiënten?

De negen huisartsen zien hun hypertensiepatiënten gemiddeld vier maal per jaar voor de behandeling van die hypertensie (tabel 6). Per praktijk varieert de controlefrequentie van 3,0 tot 5,5 contacten. Vrouwen komen vaker naar het spreekuur dan mannen, met name in de praktijk van V, waarin de mannelijke hypertensiepatiënten juist zo'n grote groep vormen. Uitzonderingen op dit patroon zijn de praktijken van A, C en G. Het aantal contacten met oudere hypertensiepatiënten is relatief groot in de praktijken van C, G, P en vooral V; voor de praktijken van A, H, J en R geldt echter het omgekeerde.

Ook wanneer we de controlefrequentie als invalshoek nemen, blijkt de nadruk te liggen op de oudere en de vrouwelijke hypertensiepatiënten; dit fenomeen geldt echter niet voor alle onderzochte praktijken.

**Onderzoek op risicofactoren.** De laatste vraag luidde: in hoeverre wordt de groep hypertensiepatiënten gescreend op cardiovasculaire risicofactoren en complicaties.

Hiervoor kunnen we beschikken over twee bronnen in de gevoerde registratie:

– diagnostische verwijzingen naar het laboratorium voor bloedonderzoek en ECG, gekoppeld aan de diagnose hypertensie;

– de diagnoses *screening*, *onderzoek* en *high risk screening*.

Beide bronnen geven uitsluitend globale informatie. Een ECG laat weinig ruimte voor interpretatieverschillen, maar wat het bloedonderzoek betreft, is niet duidelijk, waarop dit onderzoek gericht is (nierfuncties, lipiden, glucose). Ook de uitspraken *screening*, *onderzoek* en *high risk screening* geven geen nadere informatie over de aard van het geëntameerde onderzoek. Het is zelfs niet duidelijk of deze morbiditeitscode is opgevoerd in verband met de hypertensie – uitsluitend dat deze is opgevoerd bij een patiënt met hypertensie.

Bloedonderzoek, in wat voor vorm dan ook, is gedurende het onderzoeksjaar bij 7 procent van de hypertensiepa-

tiënten verricht; 3 procent werd verwezen voor het vervaardigen van een ECG en (high risk) screening vond plaats bij 14 procent van de mannen, en 9 procent van de vrouwen met hypertensie (tabel 7).

Bij het beschouwen van de huisartsen apart, zien we opnieuw een onmiskenbare interdokter-variantie. Vooral huisarts C valt hier op door een grotere activiteit dan de andere huisartsen: bij 27 procent van de hypertensiepatiënten bloedonderzoek, en (high risk) screening bij ruim de helft respectievelijk meer dan een kwart van de mannelijke c.q. vrouwelijke hypertensiepatiënten. Wat deze laatste activiteit betreft, blijkt dat deze door H in het geheel niet, en door P slechts zeer mondjesmaat wordt bedreven.

De – beperkte – informatie over het screenen op risicofactoren bij hypertensiepatiënten wijst in het algemeen op een bescheiden activiteit van de huisartsen in dezen.

Onverklaard blijft overigens hoe nu exact de in tabel 3 vermelde frequenties van cardiovasculaire risicofactoren aan het licht zijn gekomen! Met name de grote frequentie hiervan in de praktijk van V kan niet worden verklaard uit een

Tabel 4. Cardiovasculaire aandoeningen en leeftijd. Percentages van de (vrouwelijke, mannelijke, totale) hypertensiepopulatie, per huisarts.

	Huisartsen								Totaal
	A	C	G	H	J	P	R	V	
<i>Vrouwen</i>									
≤ 65 jaar	18	18	14	14	0	0	9	8	16
> 65 jaar	25	24	23	42	20	14	36	17	25
<i>Mannen</i>									
≤ 65 jaar	22	6	14	13	14	0	15	8	11
> 65 jaar	75	14	50	86	29	31	20	47	40
<i>Totaal</i>									
≤ 65 jaar	19	10	14	13	5	0	10	8	14
> 65 jaar	42	22	26	56	23	19	32	28	29

Tabel 5. Cardiovasculaire risicofactoren en leeftijd. Percentages van de (vrouwelijke, mannelijke, totale) hypertensiepopulatie, per huisarts.

	Huisartsen								Totaal
	A	C	G	H	J	P	R	V	
<i>Vrouwen</i>									
≤ 65 jaar	33	25	19	56	15	12	17	16	14
> 65 jaar	54	28	25	16	30	5	26	9	22
<i>Mannen</i>									
≤ 65 jaar	43	33	13	8	43	0	19	71	40
> 65 jaar	12	0	13	14	9	8	20	5	9
<i>Totaal</i>									
≤ 65 jaar	38	29	18	22	24	10	17	48	25
> 65 jaar	33	22	24	22	24	6	25	8	19

grote screeningsactiviteit tijdens de onderzoeksperiode.

## Bespreking

De vragen die aan dit onderzoek ten grondslag lagen, hadden betrekking op de groep patiënten die door de huisarts worden behandeld voor hypertensie.

Een eerste opmerking moet worden gemaakt over de omvang van deze groep. De prevalentie van hypertensie bedraagt 76,4 in de onderzoeksperiode (1979-1980). Vergeleken met andere onderzoeken is dit (aanzienlijk) hoger: Oliemans (1968) vond een prevalentie van 23, Lamberts (1975) een prevalentie van 29.<sup>10 12</sup> Met name dit laatste cijfer, ontleend aan een onderzoek in ten dele dezelfde omgeving als het huidige, toont aan hoezeer de belangstelling voor hypertensie de laatste tijd is toegenomen. Verschillen in prevalentie tussen de praktijken zijn onmiskenbaar aanwezig, doch lijken niet buitengewoon groot. Uit de Continue Morbiditeits Registratie wordt een variatie in prevalentie van 25-75 opgegeven.<sup>8</sup>

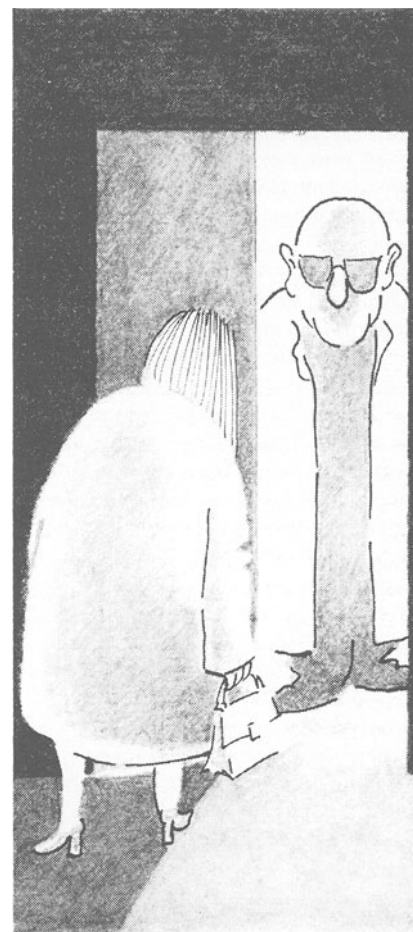
Wat de aan het hier beschreven onderzoek deelnemende huisartsen betreft: een aantal van hen heeft zich in de afgelopen jaren beziggehouden met het actief opsporen van hypertensie. In de praktijk van V werd onder de mannelijke patiënten een bevolkingsonderzoek op cardiovasculaire risicofactoren, waaronder hypertensie, gehouden.<sup>4</sup> Voorts waren de huisartsen A, C en J, samen met de voorgangers van G en H, betrokken bij de anticiperende opsporing van hypertensie onder de 30-60 jari-

ge mannelijke en vrouwelijke patiënten.<sup>6</sup> De verschillen in prevalentie lijken daarmee echter niet te verklaren: de twee huisartsen P en R, die niet aan „gestructureerde” opsporing hebben gedaan, kennen juist een hoge prevalentie van hypertensie.

Er is wel enige grond voor het vermoeden, dat speciaal op de mannelijke populatie gerichte screening in de praktijk van V eraan heeft meegewerkt dat vooral mannelijke hypertensiepatiënten voor behandeling werden geselecteerd. In de overige praktijken ligt de nadruk in de groep hypertensiepatiënten op vrouwen en „ouderen” (65<sup>+</sup>-ers). De praktijksamenstelling is geen verklarende factor voor dit overschot aan vrouwen en ouderen.

Het bestaan van andere cardiovasculaire afwijkingen of risicofactoren geeft op zich – dat wil zeggen los van leeftijd en geslacht van de patiënt – een argument tot behandeling van hypertensie. Cardiovasculaire afwijkingen (myocardinfarct, angina pectoris, cor vitium, decompensatio cordis, TIA en CVA) komen inderdaad vooral voor bij ouderen en beïnvloeden dus de samenstelling van de patiëntengroep. Maar het zijn vooral oudere mannen bij wie deze afwijkingen bekend zijn, zodat hierdoor de nadruk op de behandeling van oudere vrouwen niet goed valt te verklaren. Ook de cardiovasculaire risicofactoren diabetes mellitus, adipositas en hyperlipemie komen vooral voor bij de mannelijke hypertensiepatiënten en verklaren derhalve niet de gekenschetste patiëntopbouw.

Wel vertoont de leeftijds- en geslachts-



AH, MEVROUW STAMPERIUS,  
ALS DAT GEEN HYPER-  
TENSIE IS...

Tabel 6. Gemiddelde aantallen contacten per patiënt (vrouwelijk, mannelijk, 65<sup>+</sup>, totaal) wegens hypertensie, per huisarts.

	Huisartsen								
	A	C	G	H	J	P	R	V	Totaal
Vrouwen	3,1	2,8	4,0	4,5	4,3	5,5	5,6	3,6	4,3
Mannen	3,3	3,2	4,6	4,2	3,6	4,8	5,0	2,1	3,4
> 65 jaar	3,1	3,3	4,3	4,0	3,9	6,0	5,2	6,3	4,4
Totaal	3,2	3,0	4,1	4,3	4,1	5,1	5,5	2,7	4,0

Tabel 7. Nader onderzoek bij de hypertensiepopulatie, per huisarts.

	Huisartsen								
	A	C	G	H	J	P	R	V	Totaal
Totale populatie (n)	100	116	118	143	112	188	158	285	1220
Bloedonderzoek (%)	2	27	10	3	7	4	4	5	7
ECG (%)	1	6	7	1	5	4	2	1	3
Screening vrouwen (%)	14	27	11	–	7	1	7	13	9
Screening mannen (%)	9	56	18	–	14	2	17	12	14

opbouw van de groep reeds gediagnosticeerde hypertensiepatiënten grote overeenkomst met die van de groep nieuw ontdekte hypertensiepatiënten. Blijkbaar stellen de huisartsen „automatisch” vooral bij ouderen en bij vrouwen de diagnose hypertensie. Er zijn in ieder geval geen aanwijzingen, dat de huisartsen systematisch door gericht opsporen een meer rationele patiëntengroep weten te selecteren.

Ook uit de cijfers over de controlefrequentie blijkt een sterke aandacht voor de vrouwelijke en oudere patiënten. Voor de verschillende praktijken loopt dit echter nog al uiteen.

Tenslotte zijn er aanwijzingen dat er in beperkte mate onder de hypertensiepatiënten actief door de huisarts gespeurd wordt naar cardiovasculaire risicofactoren of afwijkingen. Hier blijkt nog eens de betekenis van het bevolkingsonderzoek op cardiovasculaire afwijkingen en

risicofactoren in de praktijk van V. In de dagelijkse praktijkvoering tonen de twee huisartsen uit deze associatiepraktijk weinig tekenen van grote screeningsdrift. Het hoge percentage risicofactoren onder de mannelijke hypertensiepatiënten is waarschijnlijk bij het bevolkingsonderzoek aan het licht gekomen.

Afsluitend geeft dit onderzoek aanleiding tot de volgende opmerkingen:

Het gaat in deze bijdrage om een deelaspect van de behandeling van hypertensie door de huisarts: de groep patiënten die onder behandeling is. Slechts hierover zijn conclusies mogelijk, niet over uiterst belangwekkende zaken als de efficiëntie van de behandeling.

Bij het nastreven van een rationele benadering van hypertensie heeft de huisarts te maken met een aantal met elkaar tegenstrijdige „feiten”:

- de behandeling van hypertensie is vooral van belang voor jonge mannen;
- het spreekuur wordt vooral bezocht door ouderen en door vrouwen;
- de bloeddruk stijgt met de leeftijd en wordt bij vrouwen nog al eens als hoger gemeten dan bij mannen.

Intussen kan de huisarts de diagnose hypertensie alleen stellen ná het meten van de bloeddruk en daarvoor is het weer nodig dat de patiënten eerst bij hem langskomen.

Veroudering van de hypertensiepopulatie speelt zeker een rol, maar lijkt – gezien de leeftijdsopbouw van de nieuwe patiëntengroep – van geringe betekenis. Weliswaar is het aantal voor hypertensie onder behandeling gekomen patiënten de laatste jaren sterk toegenomen, maar deze toename doet zich niet alleen onder mannelijke, maar ook onder vrouwelijke patiënten voor, zowel bij „ouderen” als bij „jongeren”. De kritische woorden van Tudor Hart bij het begin van dit artikel moeten worden bevestigd: het gaat (nog steeds) om een groep die geen rationele afspiegeling vormt van de patiënten die voor hypertensiebehandeling in aanmerking komen.

Een veel bewuster en gericht selectie

zal nodig zijn om deze rationalisering te bereiken – niet alleen bij het opsporen, maar vooral ook bij het beginnen van een behandeling wegens hypertensie.

*Samenvatting. Uit gegevens over het eerste registratiejaar van het monitoringproject blijkt dat de prevalentie van hypertensie in de acht deelnemende praktijken met 76,4 promille aanzienlijk hoger ligt dan men op grond van eerder morbiditeitsonderzoek zou verwachten. In de groep reeds bekende hypertensiepatiënten zijn vrouwen en ouderen (65+) oververtegenwoordigd. Hetzelfde geldt voor de groep hypertensiepatiënten die in de loop van het registratiejaar werden opgespoord. Bovendien blijkt ook het aantal contacten wegens de behandeling van hypertensie bij vrouwen en ouderen het hoogst.*

*Tussen de acht praktijken bestaan duidelijke verschillen, die niet zijn terug te voeren op verschillen in leeftijds- en geslachtsverdeling. Onafhankelijk van leeftijd en geslacht geeft het bestaan van cardiovasculaire ziekten en risicofactoren aanleiding tot het instellen van een hypertensiebehandeling. Het feit dat dergelijke ziekten en risicofactoren meer voorkomen bij ouderen, kan onvoldoende verklaren dat bij de behandeling de nadruk vooral op (oudere) vrouwen ligt. De auteur pleit voor een meer gerichte en bewuste selectie van de patiënten die wegens hypertensie behandeld worden.*

*Summary. The population under treatment for hypertension in general practice.*

*Data from the first year of registration of the monitoring project show that the prevalence of hypertension in the eight participating practices (76.4 per mill) is substantially higher than might be expected on the basis of previous morbidity studies. The group of known hypertensives shows overrepresentation of women and aged persons (over 65 years old). The same applies to the group of hypertensives identified in the course of the year of registration. Moreover, the encounter rate for treatment of hyperten-*

*sion is highest in women and aged persons.*

*There are marked inter-practice differences not caused by differences in age and sex distribution. Independent of age and sex, the presence of cardiovascular disease and risk factors prompts institution of antihypertensive therapy. The fact that such diseases and risk factors are more common among the aged does not adequately explain that therapy mostly concerns (elderly) women. The author advocates more specific, deliberate selection of patients for antihypertensive therapy.*

<sup>1</sup> Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1979.

<sup>2</sup> Prins A. Mensen met verhoogde bloeddruk en hun bereidheid deze te laten controleren. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 723-6.

<sup>3</sup> Ree JW van. Het Nijmeegs interventieproject [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

<sup>4</sup> Seelen AMR, Diederiks JPM, Zutphen W van. Identification of cardiovascular risk-factors in a general practice. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 325-31.

<sup>5</sup> Feen JAE van der. Hypertensie, een uitdaging voor de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.

<sup>6</sup> Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

<sup>7</sup> Bekker JP, Prins A. Bloeddrukdaling na interventie door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 177-82.

<sup>8</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>9</sup> Tudor Hart JT. Hypertension. Edinburgh etc.: Churchill Livingstone, 1980.

<sup>10</sup> Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord (II). Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 7-39.

<sup>11</sup> Lamberts H. Primary health care monitoring project. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 293-305.

<sup>12</sup> Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.