

Opvattingen van huisartsen over hypertensiebeleid

Verslag van een enquête

J. P. BEKKER*

De afgelopen dertig jaar hebben een stormachtige ontwikkeling op het gebied van de medicamenteuze behandeling van hypertensie te zien gegeven. In hoeverre de gewijzigde opvattingen en inzichten op dit gebied ook algemeen door de huisarts zijn geaccepteerd, is echter niet goed bekend. Een onderzoek naar de resultaten van de interventie door de huisarts bij mensen met een verhoogde bloeddruk, bood de mogelijkheid hieraan aandacht te besteden: hebben „hypertensiespecialisten” duidelijk andere opvattingen over het gewenste beleid bij hypertensie dan „de gemiddelde Nederlandse huisarts”, of is het verschil niet zo groot?

Inleiding

Het meten van de bloeddruk is een van de meest voorkomende handelingen in de huisartspraktijk en op grond daarvan neemt de huisarts dagelijks een aantal malen een beslissing: nog eens meten, na een jaar nog eens meten, verder onderzoek, instellen van een bepaalde medicatie of verwijzing. Voorts zijn onder meer van belang: de controlefrequentie, noodzakelijk geacht laboratoriumonderzoek en bepaalde aspecten van het arts-patiënt contact.

De laatste dertig jaar hebben een stormachtige ontwikkeling op het gebied van de medicamenteuze behandeling van hypertensie te zien gegeven. Verschillende onderzoeken bieden het perspectief dat de behandeling van diastolische bloeddruk hoger dan 90 mm Hg een vermindering van de cardiovasculaire mortaliteit tot gevolg heeft. Daarnaast is ook het inzicht in de compliantie van de patiënt belangrijk verbeterd.

De verspreiding van deze kennis verloopt via verschillende kanalen. Scholing van (huis)artsen op het gebied van hypertensie is van oudsher vooral een taak geweest van de afdelingen interne geneeskunde van de universiteiten. Momenteel wordt ook tijdens de beroepsopleiding tot huisarts aandacht geschonken aan het beleid bij hypertensie. Georganiseerde nascholing wordt deels ge-

boden door de universitaire centra, deels door groepen huisartsen, al dan niet in samenwerking met de farmaceutische industrie. In de Nederlandse literatuur wordt het onderwerp hypertensie regelmatig aan de orde gesteld. Tenslotte moeten hier genoemd worden de activiteiten van de Nederlandse Hartstichting en het Nederlands Huisartsen Instituut.

Is er een bepaald patroon te herkennen in de wijze waarop de huisarts patiënten met een verhoogde bloeddruk begeleidt? Het NHI heeft in 1978 duidelijke richtlijnen gegeven met betrekking tot de opsporing en behandeling van mensen met een verhoogde bloeddruk.¹ Er zijn adviezen gegeven over de inhoud van een laboratoriumscreeningspakket bij hypertensie² en ook in het *Kompas voor de Huisarts* staan aanwijzingen voor het te volgen beleid.³

Niet bekend is in hoeverre deze adviezen door de huisartsen zijn geaccepteerd en overgenomen, en of de scholing en voorlichting op het gebied van hypertensie effect heeft gehad. Of concreter: zijn de opvattingen van huisartsen over het hypertensiebeleid dezelfde als de algemeen aanvaarde opvattingen over hypertensie?

In het kader van een onderzoek naar het resultaat van de interventie door de huisarts bij mensen met een verhoogde bloeddruk⁴, kon onder meer aandacht worden besteed aan de mate waarin „hypertensiespecialisten” in opvatting verschilden van „de gemiddelde Neder-

landse huisarts” met betrekking tot het beleid bij hypertensie. In deze bijdrage wordt hierover bericht.

Methode

Vragenlijst. Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een gestructureerde vragenlijst met een aantal open vragen (*kader*). Het eerste deel van de vragen had betrekking op een casus, waarbij voorlichtingsaspecten aan de orde kwamen, alsmede het gebruik van laboratoriumonderzoek, controlefrequentie en voor een deel het starten en eventueel staken van medicamenteuze therapie; daarnaast werd aandacht besteed aan aspecten van de arts-patiënt relatie, zoals het vragen naar de hoogte van de bloeddruk en het informeren naar bestaande leefproblemen. De verwijsvragen zijn dezelfde als in een eerder Engels onderzoek naar opvattingen over het beleid bij hypertensie.⁵

Deelnemers. De deelnemers aan het onderzoek bestonden uit twee groepen:

- De hypertensiespecialisten (HS; n = 25): elf huisartsen en veertien specialisten die een meer dan gemiddelde belangstelling hadden voor het onderwerp hypertensie. Die belangstelling was gebleken uit publikaties en/of het lidmaatschap van de Gezondheidsraadcommissie inzake hypertensie.

- De controlehuisartsen (CH; n = 90), bestaande uit artsen met de volgende kenmerken:

- werkzaam als huisarts in een gemeente met een inwonertal tussen 20.000 en 50.000;

- afgestudeerd tussen 1946 en 1976.

Voor de samenstelling van deze groep is gebruik gemaakt van het Statistisch zakboek 1980⁶ en het Geneeskundig Adresboek 1980/1981.⁷ De groep kan beschouwd worden als een gewogen steekproef uit de Nederlandse huisartsenpopulatie.

Uitvoering en bewerking. De genummerde vragenlijsten werden met een begeleidend schrijven verzonden aan de geselecteerde personen. Wanneer de vragenlijst na enkele weken nog niet was geretourneerd, werd een herinnering gestuurd. Indien enkele weken later nog steeds geen bericht was ontvangen, werd de betrokkene opgebeld en werd hem verzocht de vragenlijst alsnog ingevuld terug te zenden. Zo nodig werd een duplicaat vragenlijst opgestuurd.

De ingevulde vragenlijsten werden verzameld, en de uitkomsten werden over-

* Huisarts te Oostkapelle, wetenschappelijk medewerker van het Rotterdams Universitair Huisartseninstituut (hoofd: Prof. Dr. H. J. Dokter).

genomen op zogenaamde randponskaarten en verwerkt.

Beperkingen van de vragenlijst. Het is verleidelijk het resultaat van deze enquête te beschouwen als een weergave van het werkelijke hypertensiebeleid van huisartsen. De schriftelijke enquête heeft echter een aantal beperkingen bij het zichtbaar maken van dit beleid. Dit is onder andere een gevolg van de stapsgewijze presentatie van de casus met expliciete vragen en keuzemogelijkheden.

Er bestaat een discrepantie tussen de werkelijkheid in de spreekkamer en de invulling van een vragenlijst.⁸ De werkelijkheid is een gesprek, waarbij het aan de gesprekspartners ligt of en wanneer er vragen gesteld worden c.q. zich keuzemogelijkheden voordoen. McGrady⁹ onderzocht met behulp van een vragenlijst in hoeverre de resultaten van therapeutische experimenten de beslispprocedure van de huisarts beïnvloeden. In zijn beschouwing wijst hij er op, dat het nog maar de vraag is of correcte antwoorden ook werkelijk berusten op

de uitkomsten van het experiment. Ook vraagt hij zich af, of in de vragenlijst aspecten aanwezig zijn die pleiten tegen het juiste antwoord; ondanks optimale zorgvuldigheid bij het opstellen van de vragenlijst dient men met deze mogelijkheid rekening te houden. Mutatis mutandis geldt hetzelfde als men met behulp van een vragenlijst wil nagaan welk effect de verschillende voorschriften en aanbevelingen voor het beleid hebben.

Een andere mogelijkheid om gedetailleerd geïnformeerd te worden over het

De (verkorte) vragenlijst

Patiënt A, 52 jaar en personeelchef van beroep, bleek bij een bevolkingsonderzoek een te hoge bloeddruk te hebben. Hij rookt twintig sigaretten per dag en is 15 kilo te zwaar. U meet zijn bloeddruk; deze bedraagt nu 165/110 mm Hg. U adviseert minder zout te gebruiken; u vraagt hem over een week terug te komen. Patiënt geeft te kennen dat hij dit zal doen.

1. Bent u van oordeel dat u hem moet informeren over zijn risico bij deze verhoogde bloeddruk?
2. Vindt u dat u hem, nu of op een later tijdstip, moet adviseren te vermageren?
3. Vindt u dat u hem, nu of op een later tijdstip, moet adviseren het roken te staken?

Patiënt A komt na een week terug. Bij het lichamelijk onderzoek vindt u deze keer een bloeddruk van 180/110 mm Hg en een polsfrequentie van 78 slagen per minuut; verder vindt u geen afwijkingen. In het ziekenhuis bij u in de buurt zijn er laboratorium- en röntgenfaciliteiten. Tevens kunt u een ECG laten maken en beoordelen.

4. Vraagt u laboratoriumbepalingen aan?
Zo ja, welke laboratoriumbepalingen vraagt u dan aan?
5. Vraagt u een röntgenonderzoek aan?
Zo ja, welk röntgenonderzoek vraagt u dan aan?
6. Laat u een ECG maken en beoordelen?
Zo ja, wat is de vraagstelling bij deze aanvraag?

Patiënt A komt na tien dagen weer op uw spreekuur. Het door u aangevraagde onderzoek lag geheel binnen de norm. U meet zijn bloeddruk opnieuw; deze bedraagt nu 175/115 mm Hg.

7. Besluit u tot medicamenteuze therapie?
Zo ja, wat schrijft u voor?
8. Vertelt u er iets bij over eventueel te verwachten bijwerkingen van de medicatie?

Patiënt A komt na veertien dagen weer op uw spreekuur. Patiënt vertelt dat hij zich goed voelt. U meet de bloeddruk en deze blijkt 160/110 mm Hg te zijn.

9. Wilt u uw beleid ten opzichte van de vorige keer wijzigen?

Zo ja, welk(e) medicament(en) schrijft u voor?

Patiënt A komt na veertien dagen weer op uw spreekuur. Hij meldt spontaan dat hij zich moe voelt. U meet de bloeddruk en deze blijkt 140/85 mm Hg te zijn. U vertelt hem dat de vermoeidheidsgevoelens waarschijnlijk door de medicatie worden veroorzaakt; hopelijk zal dit na korte tijd verminderen. Patiënt is gerustgesteld en zegt in ieder geval deze medicatie nog een maand te willen proberen.

10. Vraagt u gericht naar de eventuele bijwerkingen van het preparaat (de preparaten) welke u hebt voorgeschreven?

Indien ja, naar welke bijwerkingen vraagt u dan bij dit/deze medicament(en)?

Patiënt A is nu een half jaar onder controle voor zijn bloeddruk. Deze blijkt met de door u voorgeschreven medicatie steeds fraai te zijn: omstreeks 140/85 mm Hg.

11. Bent u van oordeel dat het zinvol is de medicatie bij deze patiënt voor korte tijd te staken en na veertien dagen te bezien hoe de bloeddruk hierop reageert?
Welke argumenten hebt u voor uw standpunt?

Patiënt A is nu ruim een jaar onder controle voor zijn bloeddruk. Deze blijkt steeds fraai te zijn: omstreeks 140/85 mm Hg. Staken van de medicatie wordt bijna direct gevolgd door bloeddrukken op het niveau van voor de ontdekking van zijn verhoogde bloeddruk. *Wanneer wilt u hem terugzien voor de volgende controle?*

Patiënt is nu ruim een jaar onder controle voor zijn bloeddruk (zie vorige vraag).

12. Vraagt u laboratoriumonderzoek aan?
Zo ja, welke laboratoriumonderzoekingen vraagt u dan aan?
13. Vraagt u een röntgenonderzoek aan?
Zo ja, welk röntgenonderzoek vraagt u dan aan?
14. Laat u een ECG maken en beoordelen?
Zo ja, wat is de vraagstelling bij deze aanvraag?

Bij een van de volgende controles ziet u

patiënt A weer terug voor de controle van zijn bloeddruk. Deze blijkt nu 160/110 mm Hg te zijn. Hij klaagt er over dat hij slecht slaapt. Bij verder navragen blijken er in de werksfeer problemen te zijn: het bedrijf waar hij werkt, moet inkrimpen en hij moet morgen een aantal mensen ontslag aanzeggen. U legt hem uit dat onder deze stress veel mensen zouden reageren met een verhoging van de bloeddruk. U besluit hem voor korte tijd 's avonds een benzodiazepinepreparaat voor te schrijven.

Wanneer wilt u patiënt terugzien voor controle van zijn bloeddruk?

Patiënt B, 68 jaar en gepensioneerd hoofdonderwijzer, komt voor bloeddrukcontrole bij u op het spreekuur. U meet de bloeddruk: 210/110 mm Hg. Daarvoor was de bloeddruk steeds redelijk constant met 180/95 mm Hg. U regelt de therapie en spreekt de volgende controledatum af. Tenslotte vraagt hij u, hoe hoog de bloeddruk was.

Wat zegt u?

Huisartsen kennen na jarenlange bloeddrukcontrole de betrokken patiënt meestal erg goed (en omgekeerd).

15. Vindt u het van belang te informeren naar problemen waarvan u weet dat ze in het leven van die patiënt een rol spelen?

Zo ja, hoe vaak spreekt u op uw initiatief over deze problemen?

Zoudt u onderstaande personen, bij een eerste bezoek aan de huisarts, naar de internist/cardioloog verwijzen of niet? Zo ja, met welke vraagstelling:

16. Vrouw van 70 jaar met een tensie van 240/100?

17. Vrouw van 40 jaar, tensie 230/140, retinopathie en familiale hypertensie?

18. Man van 50 jaar, tensie 220/120?

19. Man van 40 jaar, tensie 160/100?

20. Vrouw van 60 jaar, nu angina pectoris, tensie 160/110 (al langer bekend als hypertensief); bereidheid tot bloeddrukcontrole matig?

hypertensiebeleid van de huisarts, is een onderzoek in de kaartenbak. Hier doet zich echter het probleem voor, dat lang niet alles wat gezegd en gedaan is, ook eenduidig en leesbaar is genoteerd. De huisartsenregistratiekaart lijkt daarom ongeschikt als bron voor onderzoek.¹⁰ Als een vragenlijst te lang is, kan de betrouwbaarheid van de antwoorden nadelig beïnvloed worden door concentratiestoornissen van de respondenten. Daarom is het niet mogelijk, via een schriftelijke enquête een volledig en gedetailleerd overzicht te krijgen van de opvattingen van huisartsen over het gevoerde beleid bij hypertensie.

Respons. Het aantal ingevulde en geretourneerde vragenlijsten bedroeg voor de controlehuisartsen 81 (90 procent) en voor de hypertensiespecialisten 19 (76 procent). *Tabel 1* geeft een overzicht van de afstudeerjaren van de respondenten.

Resultaten

Volgen NHI-richtlijnen. De eerste casus had betrekking op een patiënt bij wie, na vaststelling van een verhoogde bloeddruk tijdens een bevolkingsonderzoek, binnen een maand drie maal een verhoogde bloeddruk werd vastgesteld op het spreekuur, met als laagste waarden systolisch 165 mm Hg en diastolisch 110 mm Hg. Volgens de door het NHI gegeven richtlijnen is bij mensen met een diastolische bloeddruk tussen 105 en 120 mm Hg, bij voorkeur in duplo gemeten en verkregen tijdens ten minste drie spreekuurcontacten, medicamenteuze behandeling zeer gewenst. Het is opmerkelijk dat de controlehuisartsen zich als groep beter aan deze richtlijn blijken te houden, althans op papier, dan de hypertensiespecialisten (vraag 7, *tabel 2*). Deze laatsten zouden, gezien hun belangstelling, het NHI-schema behoren te kennen en ook te volgen. Mogelijk zijn hypertensiespecialisten meer gemotiveerd de patiënt nog een keer zonder medicatie naar huis te sturen, maar wel met de instructie de bloeddruk nogmaals te laten meten en een beslissing over het al of niet geven van antihypertensieve therapie op te schorten. Opgemerkt moet worden dat na eventuele wijziging van het beleid bij deze patiënt geen significant verschil meer bestond tussen de controlehuisartsen en de hypertensiespecialisten met betrekking tot het medicamenteus behandelen (vraag 9). Tenslotte dient onderkend te worden, dat niet onderzocht is hoeveel

controlehuisartsen eerder met de medicamenteuze therapie zouden zijn gestart, wanneer die keuzemogelijkheid zou zijn geboden. Dit kan van belang zijn: uit ander onderzoek blijkt, dat 45 procent van een groep ondervraagde huisartsen aangaf al een antihypertensieve behandeling in te stellen na één of twee spreekuurconsulten.¹¹

Voorlichting. Uit de ingevulde vragenlijsten blijkt duidelijk dat praktisch alle respondenten van mening zijn, dat in het beschreven geval voorlichting dient te worden gegeven over de gevolgen van verhoogde bloeddruk, roken en overgewicht (vraag 1). Adequate voorlichting kan voor de patiënt aanleiding zijn bepaalde adviezen (vragen 2 en 3) op te volgen; hij kan dan afwegen of hij de kwaliteit van zijn leven vindt opwegen tegen het mogelijk verminderde risico als gevolg van de behandeling.¹²

Aanvullend onderzoek. Met aanvullend

onderzoek wordt bedoeld klinisch-chemisch onderzoek van urine en bloed (kortweg laboratoriumonderzoek genoemd), röntgenonderzoek en electrocardiografisch onderzoek.

• **Laboratoriumonderzoek** (vraag 4). Van de huisartsen vraagt 88 procent laboratoriumonderzoek aan. Een overzicht van de bepalingen die werden aangevraagd, staat in *tabel 3*. De vergelijking is gemaakt op basis van de in het screeningspakket voor hypertensie voorkomende laboratoriumbepalingen.²

In het *Schema verhoogde bloeddruk* van het NHI¹ ontbreken bij het aanbevolen laboratoriumonderzoek de bepaling van het urinezuurgehalte en van het glucosegehalte in het serum. Daarentegen wordt wel het hemoglobinegehalte vermeld. Bij het afwegen van deze aanbevelingen zijn wel bezwaren in te brengen tegen het schema van het NHI. Recent is gewezen op de prognostische betekenis van een verhoogd urinezuur-

Tabel 1. De afstudeerjaren van de respondenten.

	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80
Hypertensiespecialisten	2	4	3	2	4	4	–
Controlehuisartsen	6	11	14	12	12	23	3

Tabel 2. De opvattingen over het beleid bij hypertensie van hypertensiespecialisten (HS) en controlehuisartsen (CH). Percentages.

Onderwerpen	Positief antwoord	
	HS	CH
1 Informatie risico hypertensie	84	94
2 Advies vermageren	100	99
3 Advies stoppen met roken	95	96
4 Primair laboratoriumonderzoek	89	88
5 Primair röntgenonderzoek	37	32
6 Primair ECG	74	51
7 Instellen medicamenteuze therapie	68	98
8 Voorlichting bijwerkingen medicijnen	92 ^a	71 ^b
9 Wijziging therapeutisch beleid	50 ^c	69 ^d
10 Vragen bijwerkingen	44 ^c	49 ^d
11 Proef met staken medicijnen	22 ^c	36
12 Secundair laboratoriumonderzoek	72 ^c	72
13 Secundair röntgenonderzoek	11 ^c	16
14 Secundair ECG	28 ^c	15
15 Informeren naar problemen	100 ^c	98
16 Verwijzen vrouw 70 jaar, tensie 240/100 mm Hg	–	2
17 Verwijzen vrouw 40 jaar, tensie 230/140 mm Hg, retinopathie en familiale hypertensie	84	99
18 Verwijzen man 50 jaar, tensie 220/120 mm Hg	26	33
19 Verwijzen man 40 jaar, tensie 160/100 mm Hg	–	4
20 Verwijzen vrouw 60 jaar, tensie 160/110 mm Hg, recent angina pectoris, matige compliantie	47	56

N.B. HS: n = 19, tenzij anders aangegeven; CH: n = 81, tenzij anders aangegeven. ^a n = 13; ^b n = 79; ^c n = 18; ^d n = 80.
Vet gedrukt: significant verschil (p < 0,05).

gehalte voor cardiovasculaire ziekten.¹³ Een serumglucosebepaling (bij voorkeur twee uur na een maaltijd) kan meer inzicht geven in het bestaan van een latente diabetes mellitus en de direct daarmee verbonden risico's voor het hartvaatstelsel, dan een kwalitatieve glucosebepaling in de urine. Gelet op deze argumenten lijkt het meer zinvol te kiezen voor een urinezuurgehalte en een glucosebepaling in het serum dan voor een bepaling van het hemoglobinegehalte.

Uit tabel 3 blijkt dat de betekenis van het urinezuurgehalte onvoldoende bekend is.

• **Röntgenonderzoek en elektrocardiografie.** Ongeveer een derde van de huisartsen zou er behoefte aan hebben röntgenonderzoek te laten verrichten (vraag 5). In vierentwintig gevallen werd een thoraxfoto aangevraagd met als meest voorkomende vraagstelling: „Bestaat er hypertrofie van de linker ventrikel?” Een intraveneus pyelogram werd in negen gevallen aangevraagd.

In het advies van het NHI staat vermeld dat het maken van een thoraxfoto ter bepaling van de hartgrootte een nuttige aanvulling zou kunnen zijn op de documentatie. Het laten vervaardigen van een intraveneus pyelogram als onderdeel van de screening op oorzaken van hypertensie is niet aangewezen. Wanneer er reden is om een intraveneus pyelogram te laten vervaardigen, staat die reden los van een eventuele hypertensie, óf de aanvraag gebeurt op een indicatie die op zichzelf al aanleiding zou moeten zijn de betrokkene te verwijzen.

De helft van de huisartsen zou een elektrocardiogram willen laten maken en beoordelen (vraag 6). De vraagstelling zou dan zijn: „Is er hypertrofie van de linker ventrikel?” (achtentwintig maal),

Tabel 3. Aanvragen primair laboratoriumonderzoek door hypertensiespecialisten (HS) en controlehuisartsen (CH). Percentages.

Bepalingen volgens het screeningspakket ^a	HS (n = 17)	CH (n = 71)
Glucose (urine)	82	82
Eiwit (urine)	100	97
Sediment (urine)	71	55
Glucose	41	52
Creatinine	100	93
Natrium	53	51
Kalium	77	59
Cholesterol	59	85
Urinezuur	35	25

„Zijn er tekenen van ischemie?” (veertien maal), „Zijn er ritmestoornissen?” (drie maal) en nog zeven niet nader in te delen vraagstellingen. De linker ventrikelhypertrofie blijkt door de huisarts zowel door middel van een röntgenfoto van de thorax als door elektrocardiografisch onderzoek te worden opgespoord. Hierbij verdient elektrocardiografisch onderzoek de voorkeur, omdat de hypertrofie met een elektrocardiogram in een vroeger stadium vastgesteld kan worden dan met behulp van een thoraxfoto.¹⁴

Nadat de patiënt uit de eerste casus één jaar onder controle was, blijkt er noch voor röntgenonderzoek noch voor elektrocardiografie veel belangstelling meer te bestaan (16 respectievelijk 15 procent – vragen 13 en 14).

In het reeds genoemde onderzoek van Fulton et al bij een man van 45 jaar met symptoomloze, ongecompliceerde hypertensie en een bloeddruk van 160/110 mm Hg blijkt, dat 60 procent van de huisartsen een thoraxfoto zou aanvragen, terwijl 40 procent een intraveneus pyelogram zou laten vervaardigen. Elektrocardiografisch onderzoek werd door 50 procent van de huisartsen noodzakelijk gevonden.⁵

Dit laatste komt overeen met de bevindingen van dit onderzoek.

Medicamenteuze therapie. In het voorafgaande is reeds gememoreerd, dat de controlehuisartsen over het algemeen eerder geneigd zijn met medicamenteuze therapie te beginnen dan de hypertensiespecialisten.

In vijfenvestig gevallen werd een diureticum voorgeschreven, in tweeëntwintig gevallen een bèta-blokker en in acht gevallen een combinatie van deze geneesmiddelen. In vier gevallen werden medicamenten voorgeschreven die niet in deze categorieën waren onder te brengen (onder andere combinaties met reserpine en homeopathische druppels).

Na de eventuele wijziging van het therapeutisch beleid (vraag 9) werd in alle gevallen waarin gestart was met een diureticum, een bèta-blokker toegevoegd. Dosisverhoging van het diureticum kwam niet voor. Wanneer in eerste instantie een bèta-blokker was voorgeschreven en het beleid werd gewijzigd, dan werd in tien gevallen een diureticum toegevoegd en in vijf gevallen werd de dosering van de bèta-blokker verhoogd.

De NHI-richtlijn noemt zowel de bèta-blokkers (propranolol) als een van de saluretica (chloorthalidon) als middelen

voor een eerste keuze. Bij onvoldoende effect wordt allereerst een combinatie van saluretica en bèta-blokkers aanbevolen. Uit het bovenstaande is af te leiden, dat de huisartsen overwegend deze richtlijn volgen.

Staken therapie. De argumenten voor het kort staken van de therapie berusten grotendeels op het oordeel dat de medicatie zoveel mogelijk beperkt dient te worden. Verder werd frequent de kans op een spontaan herstel van het bloeddrukniveau als argument naar voren gebracht.

Op min of meer apodictische wijze werd gesteld, dat de bloeddruk minstens een jaar normaal dient te zijn alvorens dosisvermindering kan worden overwogen. Waarom dit een jaar moet zijn en niet bijvoorbeeld een half jaar, werd niet duidelijk gemaakt. Tenslotte werd het kort staken van de therapie door een aantal huisartsen zinvol genoemd, omdat de compliantie van de patiënt zou verbeteren, als de huisarts ook de mogelijkheid van niet slikken bekijkt. Anderen zijn juist van mening, dat door het kort staken van de therapie de onjuiste mening bij de patiënt zou kunnen postvatten, dat „hypertensie te genezen zou zijn”, en dat het naar eigen inzicht staken van de therapie, indien betrokkene zich niet goed voelt, zou toenemen.

Het is opvallend dat de compliantie een tegenstrijdige rol lijkt te spelen bij het voor en tegen van het kort staken van de therapie. Deze tegenstrijdigheid berust op het feit dat het staken van de therapie zonder meer negatieve effecten kan hebben; is de huisarts daarentegen bereid en in staat de patiënt op adequate wijze voor te lichten, daarbij inspeland op de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de betrokkene, dan zijn er van het kort staken van de therapie zeker positieve invloeden op de compliantie te verwachten. Zo kan een staakpoging die niet tot blijvend staken leidt, voor de patiënt een extra motief zijn: „Zie je wel, het is geprobeerd, maar ik heb de medicijnen nodig.”

Daarnaast werd als argument tegen het staken het zogenaamde *rebound*-fenomeen genoemd. Blijkens een recent overzichtsartikel over onthoudingsverschijnselen na onderbreking van de therapie met cardiovasculaire farmaca, is echter bij de gebruikte medicatie (bèta-blokkers en diuretica) geen gevaar te duchten van rebound-verschijnselen.¹⁵

Controlefrequentie. Uit de beantwoording bleek dat de patiënt, nadat de bloeddruk eenmaal goed gereguleerd

was, door 38 procent van de huisartsen zou worden uitgenodigd binnen twee maanden weer op het spreekuur te komen. Het overgrote deel van de huisartsen (91 procent) zou de patiënt binnen drie maanden willen laten terugkomen.

De NHI-richtlijn geeft, bij een bevredigend effect, als controlefrequentie een termijn van zes à acht weken. Op dit punt wijkt de praktijk dus sterk af van de NHI-richtlijn. Andere adviezen geven echter een termijn van drie maanden en het is de vraag of de frequentie van het NHI-schema niet te hoog is.

Wanneer een bloeddrukverhoging werd vastgesteld, waarbij tevens sprake zou zijn van psychosociale moeilijkheden, zou 75 procent van de huisartsen patiënt A binnen veertien dagen terug willen zien. Dit percentage loopt op tot 95 procent, als die termijn verlengd wordt tot een maand.

Het zal duidelijk zijn, dat er geen richtlijnen gegeven kunnen worden voor dit soort situaties. De conclusie is wel, dat het merendeel van de huisartsen de behoefte voelt, in de beschreven situatie de betrokkene eerder te laten terugkomen.

Onderwerpen van gesprek. De vraag hoe hoog de bloeddruk is, wordt frequent gesteld door de patiënt.

Van de huisartsen zou 80 procent de gemeten waarde precies geven, terwijl 3 procent een lagere waarde zou noemen; 17 procent zou zich meer op de vlakke houden door te zeggen dat de bloeddruk te hoog is.

Bij een eerder observatieonderzoek onder huisartsen werd gevonden dat de huisarts in een kwart van de gevallen waarbij hypertensie aan de orde was, uit zichzelf totaal geen informatie gaf over de hoogte van de bloeddruk; in ruim de helft van de gevallen noemde hij geen waarden.⁸ Deze uitkomsten zijn volstrekt in tegenspraak met de resultaten van het onderhavige onderzoek. Mogelijk is dit een uitvloeisel van de zeer verschillende onderzoeksmethoden die in beide studies gehanteerd werden.

Praktisch alle huisartsen vinden het van belang te informeren naar problemen waarvan bekend is dat ze in het leven van de betrokken patiënt een rol spelen (vraag 15). Op initiatief van de huisarts werd hierover negen maal „sporadisch” gesproken en drie maal „elke keer”. De alternatieven „meestal” en „regelmatig” werden respectievelijk eenentwintig en zesentwintig maal aangegeven. Vergelijkbare cijfers uit andere studies ontbreken.

Verwijzing. De overeenstemming met betrekking tot de eerste drie verwijsvragen (vragen 16-18) is groot. Bij vraag 17 wordt in de specificatie vooral het uitsluiten van een organische oorzaak van de verhoogde bloeddruk genoemd, terwijl slechts weinig respondenten spoed geboden achtten. Slechts een enkele huisarts noemde een consult van de oogarts.

Over de andere twee verwijsvragen (vragen 19 en 20) bestond een aanzienlijk verschil van opvatting.

Bij de man van 50 jaar met een bloeddruk van 220/120 mm Hg is een derde van de huisartsen van mening, dat betrokkene verwezen dient te worden, voornamelijk om organische oorzaken uit te sluiten. Kennelijk vertrouwt de ene huisarts meer op de eigen mogelijkheden dan de andere. Het lijkt toch wel mogelijk om met behulp van een goede anamnese, lichamelijk onderzoek – eventueel aangevuld met laboratoriumbepalingen – en electrocardiografisch onderzoek, een organische oorzaak aannemelijk te maken, dan wel uit te sluiten. Een aantal verwijzingen vindt zeker plaats door te weinig gebruik te maken van aanvullend onderzoek.¹⁶ Slechts een enkeling vraagt in de verwijfsbrief expliciet om overleg c.q. terugverwijzen van de patiënt, indien geen organische oorzaak van de hypertensie vastgesteld kan worden. Dit lijkt wel nodig: Veel specialisten hechten er aan verdere behandeling en controle van verwezen patiënten op zich te nemen.¹⁷

In het geval van de 60-jarige vrouw met een bloeddruk van 160/110 mm Hg, een matige compliantie en recent ontstane angina pectoris, doet zich eveneens een scheiding der geesten voor: ongeveer één derde van de huisartsen vraagt bij de verwijzing de aandacht voor de angina pectoris, dan wel verzoekt haar te behandelen als een dreigend infarct; tweederde van de huisartsen doet dit dus (nu) niet. De verzoeken om de specialist te vragen de compliantie te (laten) verbeteren, spelen qua aantal slechts een ondergeschikte rol.

Samenvatting. In dit onderzoek werden de opvattingen over hypertensiebeleid van twee groepen (huis)artsen met elkaar vergeleken. De ene groep bestond uit negentig huisartsen, gerecruiteerd uit gemeenten met 20.000-50.000 inwoners, en afgestudeerd tussen 1946 en 1976. De andere groep bestond uit vierentwintig huisartsen en specialisten van wie bekend was dat zij een bijzondere belangstelling voor hypertensie hebben.

Het onderzoek vond plaats met behulp van een vragenlijst. De respons bedroeg respectievelijk 90 en 76 procent. Het enige opvallende verschil bestond hierin, dat de huisartsen significant eerder geneigd waren medicamenteuze therapie te starten, overigens in overeenstemming met de richtlijn in deze van het Nederlands Huisartsen Instituut. Voor het overige komen de opvattingen over een adequaat hypertensiebeleid in beide groepen goed met elkaar overeen.

Summary. Views of general practitioners on hypertension management. Report of an enquiry.

In this enquiry the views on hypertension strategy of two groups of (general) practitioners were compared. One group consisted of ninety general practitioners recruited from municipalities with a population of 20,000-50,000. The other group consisted of twenty-four general practitioners and specialists known to take a special interest in hypertension.

The enquiry made use of a questionnaire. The response of the two groups was 90 percent and 76 percent, respectively. The only striking difference was that the general practitioners showed a significantly stronger inclination to institute therapy by medication (otherwise in accordance with the pertinent guideline given by the Netherlands Institute of General Practitioners). Otherwise the views on an adequate hypertension management in the two groups were in good agreement.

¹ Veen WA van. Schema verhoogde bloeddruk. Aanbevelingen voor de begeleiding van patiënten met verhoogde bloeddruk in de huisartspraktijk. Huisarts & Praktijk 1978; 1: 8-10. Als brochure nr. 31 uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht.

² Koperberg IPL, red. Laboratoriumboek voor de huisarts. 4e herz. dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1976.

³ Boelaert R. De patiënt met abnormale bloeddruk. In: Kompas voor de huisarts. Utrecht: Oosthoek, 1973.

⁴ Bekker JP, Prins A. Bloeddrukdaling na interventie door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 177-82.

⁵ Fulton M, Kellett RJ, Maclean DW, et al. The management of hypertension. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 583-7.

⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek 1980. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.

⁷ Geneeskundig adresboek voor Nederland 1980-1981. Rotterdam: Blok, 1981.

Vervolg literatuur op p. 95.