

Enkele aspecten van hypertensiebestrijding door de huisarts

A. PRINS*

Vanuit het gezondheidscentrum te Krimpen aan den IJssel werd van 1976 tot en met 1980 een bevolkingsonderzoek uitgevoerd om bij personen van 20-55 jaar verhoogde bloeddruk op te sporen. In een hieraan gekoppeld vervolgonderzoek werden gegevens verzameld over de mate van overeenstemming tussen de door screening gevonden verhoogde bloeddrukwaarden en de latere bevindingen van de huisarts, de bereikte compliantie bij de door de huisarts in behandeling genomen personen, en de mate waarin de gestelde streefwaarden werden bereikt.

Inleiding

In verschillende studies is aangetoond dat binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem de huisarts een gunstige positie inneemt voor de opsporing en behandeling van hypertensie.¹⁻³ Over de doeltreffendheid van de behandeling van verhoogde bloeddruk is in Nederland echter nog weinig onderzoek verricht.⁴ In een Engels onderzoek bleek, dat de resultaten van interventie bij verhoogde bloeddruk teleurstellend zijn, zowel in speciale hypertensiepoliklinieken als in de algemene praktijk. De doeltreffendheid van de hypertensiebehandeling is, behalve van de compliantie van de „patiënt”, afhankelijk van de zorg die aan personen met hypertensie wordt verleend. Deze zorg is, behalve van een aantal praktijkorganisatorische kenmerken, sterk afhankelijk van de attitude van de huisarts ten opzichte van het hypertensieprobleem.

Het is bekend dat er een grote discrepantie bestaat tussen het aanvaarden van geldige richtlijnen bij de behandeling van hypertensie en de praktische toepassing van deze richtlijnen in de praktijk. De compliantie bij de therapie van hypertensie wordt meer door de arts dan door de „patiënt” bepaald.⁶ De hypertensiecommissie van de Gezondheidsraad wijst op de behoefte aan onderzoek naar de coöperatie tussen arts

en patiënt bij de behandeling van hypertensie.⁷

Bevordering van de kwaliteit van de behandeling bij hypertensie heeft pas zin, wanneer we meer weten over de kwaliteit van de huidige zorg; en daarbij dient niet alleen gekeken te worden naar de bereikte bloeddrukdaling, maar ook naar de effecten op de kwaliteit van het leven, tengevolge van een eventuele stigmatisering van de patiënt en eventuele bijwerkingen van dieet of farmacotherapie.⁸

Vanuit het gezondheidscentrum te Krimpen aan den IJssel werd van 1976 tot en met 1980 een bevolkingsonderzoek uitgevoerd om bij personen van 20 tot en met 55 jaar verhoogde bloeddruk op te sporen. De opzet van dit onderzoek is eerder beschreven.⁹

In een hieraan gekoppeld vervolgonderzoek werden gegevens verzameld over de mate van overeenstemming tussen de door screening gevonden verhoogde bloeddrukwaarden en de bevestiging daarvan door de huisarts, de bereikte compliantie bij de door de huisarts in behandeling genomen mensen en de mate waarin de gestelde streefwaarden bereikt werden.

Opzet

In totaal werden 8854 mensen onderzocht. Bij 530 personen werd een systolische bloeddruk van 160 mm Hg of hoger en/of een diastolische druk van 95 mm Hg of hoger vastgesteld. Deze mensen werd vervolgens aangeraden het spreekuur van hun huisarts te bezoe-

ken. Vijfentwintig personen gaven daarop te kennen een arts (andere huisarts, bedrijfsarts, specialist) buiten het gezondheidscentrum te zullen raadplegen. Deze vijfentwintig personen vallen buiten de studie. De onderzochte groep (n = 505) omvatte zowel personen met reeds bekende hypertensie als nieuwe gevallen die bij het screeningsonderzoek opgespoord waren.

Van degenen die inderdaad hun huisarts bezochten, werden de bloeddrukwaarden bij het eerste consult en na één jaar bestudeerd met behulp van het kaartstelsel van de huisarts. Van voldoende compliantie wordt gesproken, indien bloeddrukcontrole plaatsvond binnen de volgende termijnen:

- eens per kwartaal bij medicamenteuze therapie;
- eens per halfjaar bij niet-medicamenteuze therapie.

Bij gebrek aan algemeen aanvaarde normen kan men overigens van mening verschillen over deze termijnen; het spreekt vanzelf dat zeker in de beginperiode van de interventie een frequente controle wenselijk is.

De streefwaarde van de systolische bloeddruk was 160 mm Hg of lager, en van de diastolische bloeddruk 95 mm Hg of lager. Ook op deze streefwaarden is kritiek mogelijk: over het algemeen worden thans in de jongere leeftijdsklassen lagere streefwaarden geadviseerd.

Resultaten

Van de 505 personen die het advies kregen hun huisarts te consulteren, namen er 444 (88 procent) inderdaad contact op met hun huisarts (tabel 1). De redenen waarom de overige 61 personen dat niet deden, zijn niet onderzocht. Over verschillen per praktijk kunnen in dit opzicht dus geen conclusies worden getrokken.

In 145 gevallen (29 procent) was het bestaan van een verhoogde bloeddruk bekend bij de huisarts. Ondanks deze kennis was de bloeddruk bij het bevolkingsonderzoek dus nog niet genormaliseerd. Tabel 2 bevat gegevens over de 444 personen die contact opnamen met hun huisarts. In praktijk 5 kon de verhoogde bloeddruk die bij het bevolkingsonderzoek werd vastgesteld, vaker worden bevestigd dan in de overige praktijken.

In totaal konden de huisartsen 279 personen met een bevestigde hypertensie gedurende één jaar vervolgen (tabel 3). Bij 197 (71 procent) was de compliantie voldoende, en bij 115 personen (41 pro-

* Huisarts te Krimpen aan den IJssel; tevens wetenschappelijk medewerker aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (hoofd: Prof. Dr. H. J. Dokter).

cent) was de bloeddruk na één jaar gelijk aan c.q. lager dan de streefwaarden; de verschillen tussen de betreffende percentages zijn niet significant. Bij 167 van de zojuist genoemde 279 personen was de bevestigde hypertensie tevoren bij de huisarts niet bekend. Van honderd personen uit deze groep (60 procent) was de compliantie voldoende, terwijl de streefwaarden na één jaar door negenenzestig personen (41 procent) bereikt waren. (tabel 4).

Beschouwing

Uit de tabellen blijkt dat 88 procent van de personen bij wie tijdens een bevolkingsonderzoek een verhoogde bloeddruk werd vastgesteld, hierover contact opnam met de huisarts. Van degenen die het spreekuur van de huisarts bezochten, was 29 procent reeds bekend als hypertensief. Tussen de per praktijk berekende percentages personen met een reeds tevoren bekende hoge bloeddruk bestond nauwelijks verschil. Daarentegen bleek in praktijk 5 bloeddrukverhoging vaker te kunnen worden bevestigd dan in de andere praktijken. Vooral tussen de praktijken 4 en 5 bestond een sterk verschil. Over de mogelijke oorzaken van dit verschil wordt nog nader onderzoek gedaan. Wat de

compliantie betreft, waren er weinig verschillen tussen de praktijken; 197 van de 279 personen (71 procent) vertoonden een compliantie die voldeed aan de gestelde normen. Van de niet als hypertensief bij de huisarts bekende groep (n = 167) hield 60 procent (n = 100) zich aan de normen. Deze bevindingen geven aanleiding tot nader onderzoek naar de mogelijkheden om de compliantie te verbeteren. Eerder kwam Van der Feen in zijn solopraktijk tot een veel hoger percentage (90 procent)¹, terwijl het percentage van Van Weel min of meer overeenstemt met onze cijfers: 22 procent van de hypertensiepatiënten kwam te laat terug voor controle, en 6 procent onttrok zich geheel aan de behandeling.² Overigens werden in deze twee studies andere criteria voor voldoende c.q. onvoldoende compliantie gehanteerd. Buitenlands onderzoek over compliantie is wel beschikbaar, maar deze gegevens hebben meestal betrekking op geselecteerde populaties; bovendien is er dan vaak ook sprake van een geheel andere organisatie van de gezondheidszorg.

Het gestelde therapeutische resultaat werd volgens de huisartsen bereikt bij 115 (41 procent) van de 279 onderzochte

personen met een – later bevestigde – hypertensie bij de screening. Boot vond na één jaar bij ongeveer de helft van de medicamenteus behandelde personen een bloeddruk $\geq 160/95$ mm Hg.¹⁰ Tussen de praktijken kwamen verschillen voor in de mate waarin de streefwaarden bereikt werden. Bekker, die bij een deel van de onderzochte populatie na één jaar een heronderzoek deed, vond significante verschillen in de mate waarin de bloeddruk naar het oordeel van screensters beneden de norm was gezakt: de gemiddelde bloeddrukdaling in praktijk 5 was groter dan in de overige praktijken, een verschijnsel dat uit ons onderzoek niet blijkt. Bekker onderzocht echter de gemiddelde bloeddrukdaling per praktijk, terwijl wij onderzochten of de streefwaarden al dan niet bereikt werden. Het lijkt wenselijk bij de beoordeling van de therapeutische resultaten niet alleen af te gaan op de gegevens van de huisarts, maar ook onderzoek door anderen te laten verrichten. Hoewel de kennis van de gevaren van hoge bloeddruk de laatste tien jaar sterk is toegenomen, lijken opsporing en behandeling nog lang niet optimaal te verlopen. Het gezondheidszorgsysteem inzake de bestrijding van hypertensie kan een dankbaar toetsingsproject worden.

Tabel 1. Bezoek aan de huisarts van de bij screeningsonderzoek opgespoorde personen met een bloeddruk $\geq 160/95$ mm Hg. Aantallen, tussen haakjes percentages.

Praktijk	Aantal personen met bloeddruk $\geq 160/95$ mm Hg	Contact opgenomen met huisarts	Eerder bij huisarts bekend als hypertensief
1	49	44 (90%)	13 (27%)
2	100	85 (85%)	22 (22%)
3	82	70 (85%)	22 (27%)
4	109	91 (83%)	30 (33%)
5	165	154 (97%)	58 (36%)
Totaal c.q. gemiddeld	505	444 (88%)	145 (29%)

Tabel 3. Compliantie en bereiken streefwaarden na één jaar bij 279 personen bij wie de hypertensie bevestigd werd. Aantallen, tussen haakjes percentages.

Praktijk	Aantal	Compliantie voldoende	Bloeddruk na één jaar $< 160/95$ mm Hg
1	21	14 (67%)	6 (29%)
2	53	34 (64%)	24 (45%)
3	42	31 (74%)	17 (40%)
4	42	27 (64%)	21 (50%)
5	121	91 (75%)	47 (39%)
Totaal c.q. gemiddeld	279	197 (71%)	115 (41%)

Tabel 2. Bevestiging door de huisarts van de eerder vastgestelde bloeddruk $\geq 160/95$ mm Hg. Aantallen, tussen haakjes percentages.

Praktijk	Contact opgenomen met huisarts	Hypertensie bevestigd
1	44	23 (52%)
2	85	55 (65%)
3	70	43 (61%)
4	91	44 (48%)
5	154	125 (81%)
Totaal c.q. gemiddeld	444	290 (65%)

Tabel 4. Compliantie en bereiken streefwaarden na één jaar bij 167 personen bij wie de bevestigde hypertensie tevoren niet bekend was. Aantallen, tussen haakjes percentages.

Praktijk	Aantal	Compliantie voldoende	Bloeddruk na één jaar $< 160/95$ mm Hg
1	12	6 (50%)	1 (8%)
2	37	24 (65%)	19 (51%)
3	25	17 (68%)	12 (48%)
4	21	8 (38%)	7 (33%)
5	72	45 (63%)	30 (42%)
Totaal c.q. gemiddeld	167	100 (60%)	69 (41%)

Samenvatting. Bij een elders beschreven bevolkingsonderzoek werden 505 personen met een bloeddruk $\geq 160/95$ mm Hg opgespoord en vervolgens naar hun huisarts verwezen. In totaal 444 personen (88 procent) volgden dit advies op. Van de 505 personen waren er 145 (29 procent) bij de huisarts bekend als hypertensief. Bij 290 van de 444 personen die het spreekuur van de huisarts bezochten (65 procent) werd opnieuw een bloeddruk $\geq 160/95$ mm Hg vastgesteld. De mate waarin de bij de screening vastgestelde hypertensie werd bevestigd, verschilde aanzienlijk per praktijk. De controlebereidheid was voldoende bij 71 procent van de 290 personen die ook bij de huisarts een verhoogde bloeddruk hadden. De controlebereidheid vertoonde weinig verschillen per praktijk. Het gestelde therapeutische doel werd bij 41 procent van de hypertensieven bereikt.

Summary. Some aspects of hypertension control by the general practitioner. In a population survey described elsewhere 505 persons with a blood pressure $\geq 160/95$ mm Hg were detected and referred to their general practitioner; 444 of them (88 per cent) acted in accordance with this advice. Of the 505 persons, 145 (29 per cent) were known as hypertensives to the general practitioner. In 290 of the 444 persons who presented in office encounters (65 per cent), the family doctor again measured a blood pressure $\geq 160/95$ mm Hg. The rate of confirmation of the hypertension found in the screening differed substantially per practice. Compliance was sufficient in 71 per cent of the 290 persons found to be hypertensive by the general practitioner; in this respect there were few inter-practice differences. The therapeutic goal was achieved in 41 per cent of the hypertensives.

- ¹ Feen JAE van der. Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.
- ² Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.
- ³ Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
- ⁴ Bekker JP, Prins A. Bloeddrukdaling na interventie door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 177-82.
- ⁵ The DHSS Hypertension Care Computing Project. A comparison of blood pressure control in hypertensive patients treated in hospital clinics and in general practice. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 98-102.

- ⁶ Moser M, Wood D. Management of hypertension. JAMA 1976; 235: 2297-9.
- ⁷ Gezondheidsraad. Interim advies inzake hypertensie. 's-Gravenhage: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1978.
- ⁸ Jachuck SJ, Brierley H, Jachuck S, Willcox PM. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 103-5.
- ⁹ Prins A. Mensen met verhoogde bloeddruk en hun bereidheid deze te laten controleren; een bevolkingsonderzoek in Krimpen aan de IJssel, uitgaande van het gezondheidscentrum aldaar. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 723-6.
- ¹⁰ Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1979.

Vervolg literatuur p. 92.

- ⁸ Imants J. Huisarts en hypertensie. Een observatieonderzoek [Brochure]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
- ⁹ McGrady GA. The controlled clinical trial and decision making in family practice. J Fam Pract 1982; 14: 739-44.
- ¹⁰ Rosacm Abbing EW. Retrospectief onderzoek met behulp van medische archieven, speciaal het huisarts-kaartsysteem. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 327-31.
- ¹¹ Kooij S van der. De huisarts als hulpverlener bij lichamelijke aandoeningen. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 454-8.
- ¹² Does E van der. Huisarts en epidemioloog. In: Holland naar de horizon. Huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
- ¹³ Fessel WJ. High uric acid as an indicator of cardiovascular disease. Am J Med 1980; 68: 401-4.
- ¹⁴ Hutchison JC. Hypertension. Bern etc.: Hans Huber, 1975.
- ¹⁵ Zwieten PA van. Thoolen MJMC, Timmermans PBMWM. Onthoudingsverschijnselen na onderbreking van therapie met cardiovasculaire farmaca. Hart Bull 1981; 12: 35-41.
- ¹⁶ Melker RA de. Een proefonderzoek naar de verwijsgewoonten van een groep huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 289-94.
- ¹⁷ Posthuma BH, Zee J van der. Tussen 1e en 2e echelon. Twee delen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977, 1978.

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

- Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.
- Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.
- Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.
- Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.
- Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.
- The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.
- Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.
- The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.
- The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.
- Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.
- New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.
- Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.
- Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.
- Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Filippijnen.
- Le Médecin du Québec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Québec. H3G 1R8 Canada.
- Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.
- Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.
- Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.
- American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.