

Ziekten van hart en vaten in de huisartspraktijk

Van naïef positivisme naar kritisch realisme

H. LAMBERTS EN H. G. M. VAN DER VELDEN

Veel adviezen, protocollen of werkschema's op het gebied van cardiovasculaire aandoeningen zijn gebaseerd op de veronderstelling dat het mogelijk is het ontstaan en verloop van hart/vaatziekten in gunstige zin te beïnvloeden door het aanpakken van een aantal risicofactoren. Dit veelal impliciete optimisme is discutabel en vaak nauwelijks gerechtvaardigd. Er is ook gegronde twijfel ten aanzien van het feitelijke nut van sommige min of meer geaccepteerde geneeskundige interventies. Uit morbiditeitsstudies blijkt hoe onvolledig het klinische beeld in de algemene geneeskundige literatuur is. Daarnaast is het vrijwel onmogelijk om vanuit de kliniek te komen tot besliskundige strategieën die bruikbaar zijn voor de huisarts.

Cardiovasculaire pathologie blijkt kwantitatief vooral een probleem van oudere mensen, bij wie een meer dan marginale beïnvloeding van morbiditeit en mortaliteit door middel van medische interventies vaak niet mogelijk is. Huisartsgeneeskundig onderzoek kan meer inzicht opleveren in de werkzaamheid van interventies en een antwoord geven op de vraag wat het kost – niet alleen in geld, maar ook in tijd, vrijheid en ongemak – om het verloop van hart- en vaatziekten gunstig te beïnvloeden.

Inleiding

Hart- en vaatziekten spelen door hun veelvuldig voorkomen en hun klinische betekenis een belangrijke rol in de huisartspraktijk (tabel 1). De laatste twee decennia is er bovendien een explosieve toename van zowel de geneeskundige als de publieke belangstelling voor de etiologie, pathofysiologie, behandeling en preventie van ziekten van de tractus circulatorius.¹⁻⁵ De opsporing en begeleiding van patiënten met hart- en vaatziekten biedt stof voor veel publikaties en de medische literatuur op dit gebied omvat bijgevolg een overmaat aan onderzoeksverslagen, overzichtsartikelen, beschouwingen en redactionele commentaren. De ervaring leert overigens dat het gewicht van veel van die publikaties in de loop der jaren nogal afneemt.⁶

De Nederlandse bijdrage aan de

internationale literatuur is bescheiden en bijgevolg moeten wij ons in menig opzicht baseren op observaties die in andere landen zijn gedaan. Het gevaar bestaat dan dat men zich onvoldoende realiseert dat de geregistreerde sterfte aan hartziekten in landen als de Verenigde Staten en Finland waar men noodgedwongen veel aandacht aan dit onderwerp besteedt altijd veel groter is geweest dan in ons land (figuur 1, tabel 2). Ondanks een opzienbarende daling van de sterfte aan hart/vaatziekten in die landen in de afgelopen 20 jaar, zijn zelfs de gunstigste Amerikaanse cijfers voor mannen nog altijd beduidend slechter dan de ongunstigste cijfers die ooit in ons land zijn vastgesteld.⁷ Bovendien is nog steeds duister welke 'mix' van risicofactoren, maatschappelijke omstandigheden en geneeskundige interventies in ons land bepalend is voor het voorkomen en verloop van cardiovasculaire aandoeningen. Men kan

daarom bij het inschatten van de te verwachten werkzaamheid en doeltreffendheid van interventies niet zonder meer uitgaan van Amerikaanse of Finse gegevens.^{8,9}

In *Huisarts en Wetenschap* komt de taak van de huisarts op dit terrein regelmatig aan de orde, maar er is geleidelijk een verschuiving in de toonzetting. Aanvankelijk leek het mogelijk om op grond van de groeiende internationale literatuur heldere en praktisch bindende adviezen voor huisartsen op te stellen ten aanzien van de opsporing, behandeling en preventie van cardiovasculaire aandoeningen. De laatste jaren heeft deze positivistische instelling binnen de huisartsgeneeskunde echter moeten wijken voor een meer genuanceerde, af en toe zelfs sceptische benadering.¹⁰⁻¹³

Wanneer men een tien jaar oude jaargang van een gerenommeerd medisch tijdschrift nog eens openslaat, wordt de achtergrond daarvan duidelijker. Waar in de oncologische literatuur een zekere terughoudendheid overheerst, worden publikaties over hart- en vaatziekten vaak gekenmerkt door een grote stelligheid waarmee bevindingen worden vertaald in conclusies en adviezen aan de huisarts. Na verloop van tijd blijken veel van die aanbevelingen echter achterhaald, onvolledig, te globaal of soms zelfs zonder meer onjuist. In de kli-

Tabel 1 Gebruik gezondheidszorgvoorzieningen voor hart/vaatziekten in 1985. Aantallen per 1000 mannen/vrouwen.

	Mannen	Vrouwen
Gebruik medicatie afgelopen 14 dagen	67	88
Ontslag ziekenhuis voor:		
– acuut infarct	30	13
– overige ischemische hartziekten	40	18
– myocardsufficiëntie en disritmieën	26	23
– cerebrovasculaire aandoeningen	19	17
– bypass-operatie	8	2
– pacemaker	2	2

Bron CBS.^{2,4}

Tabel 2 Sterfte aan hart/vaatziekten in zeven landen, 1950-1978. Gestandaardiseerde cijfers per 1000 mannen van 45-64 jaar per jaar.

	1950-54	1965-69	1975-78
Nederland	2,6	4,0	3,8
Finland	6,2	8,0	7,8
Schotland	5,4	6,1	5,9
Engeland/Wales	4,4	5,3	5,2
Verenigde Staten	6,6	6,2	5,3
Frankrijk	2,8	2,6	2,2
Japan	1,8	1,4	1,2

Bron Thom et al.⁷

nisch-epidemiologische literatuur wordt dan ook veelvuldig geput uit met name de cardiovasculaire research voor het geven van voorbeelden van gebrek aan zelfkritiek, fouten in onderzoeksdesigns en ronduit onjuiste gevolgtrekkingen.^{8 14-16}

Alle mensen gaan dood

Alle mensen gaan dood, maar de vraag is wanneer, waaraan en hoe. De nog steeds voortdurende daling van het sterftecijfer komt voor een aanzienlijk deel op rekening van geneeskundige

successen, geboekt bij patiënten met coronaire ischemie en bij de secundaire preventie en behandeling van een aantal maligne aandoeningen. Er is echter geen duidelijk inzicht in de mate waarin verschuivingen in sterftecijfers worden beïnvloed door de concurrentie tussen carcinomen, coronaire ischemie en cerebrovasculaire aandoeningen.

Het zorgvuldig uitgevoerde onderzoek van Coope and Warrender in de huisartspraktijk illustreert dit probleem.¹³ Zij onderzochten in een gerandomiseerde studie over 3900 patiëntjaren het effect van de behandeling van hypertensie bij 884 patiënten van 60-70 jaar gedurende een periode van gemiddeld 4,4 jaren. Op het verloop van coronaire hartziekten was geen effect aantoonbaar, hetgeen niet verrast.^{17 18} Het aantal fatale cerebrovasculaire accidenten in de behandelde populatie daalde van 21 tot 12 per 1000 patiënten per jaar. De netto sterfte was in beide groepen echter gelijk – 33 per 1000 patiënten per jaar – doordat patiënten uit de voor hypertensie behandelde groep vaker aan een carcinoom overleden.

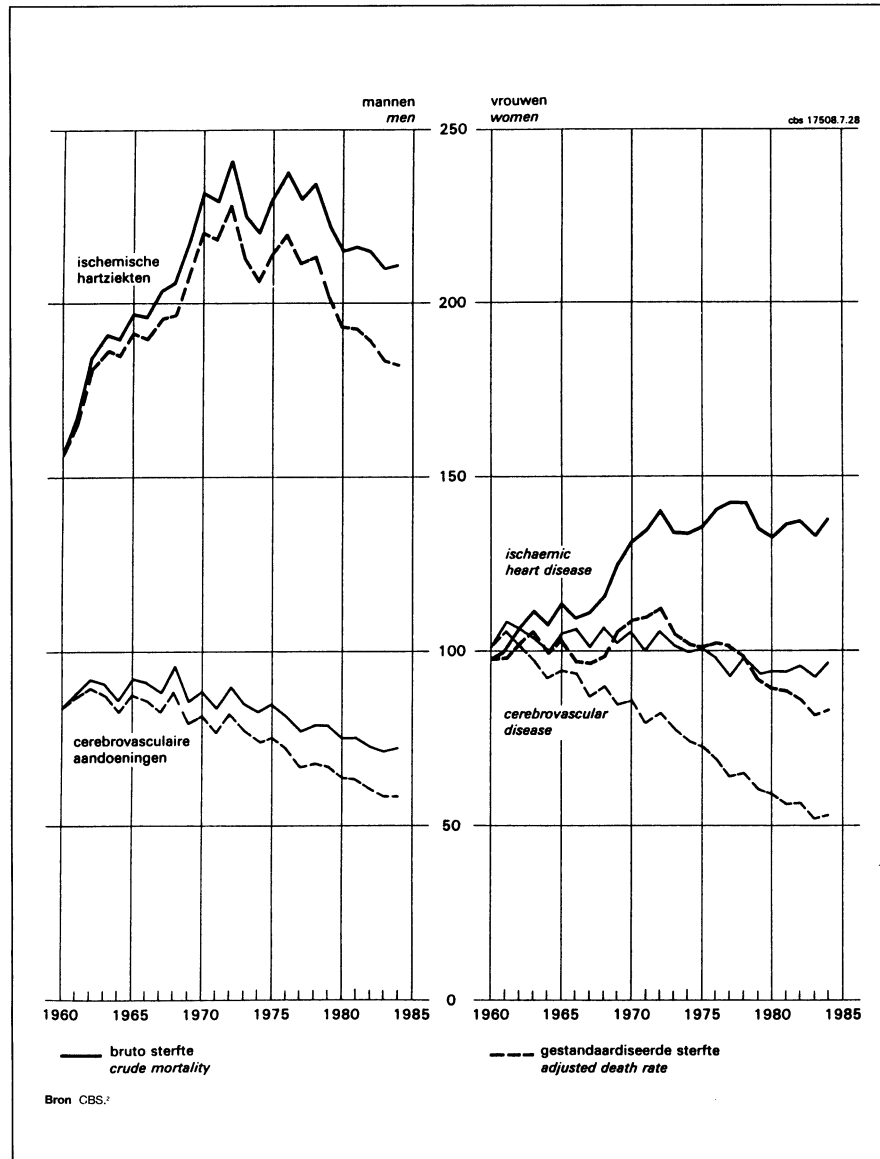
Deze bevinding dient gerelativeerd te worden, omdat het hier om ouderen gaat, terwijl de onderzochte groep bovendien niet erg groot is. Toch blijft het feit dat zoveel welgemeende huisarts-geneeskundige inspanning niet heeft geleid tot een aantoonbaar netto effect op de sterfte. Voor grotere aantallen patiënten kan wellicht epidemiologisch significante winst – in termen van vermeden vroegtijdige invaliditeit – worden aangetoond, maar de individuele huisarts met hooguit 400 bejaarde patiënten kan daaruit nauwelijks moed putten.¹⁹ En intussen kan hij niet uitsluiten, dat de kwaliteit van het leven van zijn patiënten door alle geneeskundige bemoeienissen wél direct en voor hem zichtbaar heeft geleden.²⁰⁻²³

Van kwaad tot erger?

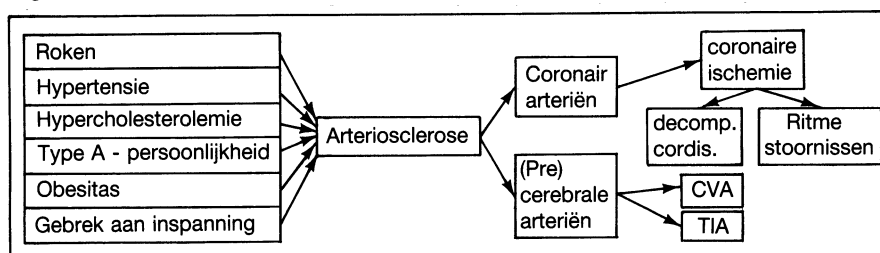
Men is jarenlang uitgegaan van het bestaan van een onwrikbare etiologische en pathofysiologische sequens van risicofactor tot hart/vaatziekte. In *figuur 2* wordt dat geïllustreerd: voor elk der pijlen is ooit onder bepaalde omstandigheden – leeftijd, geslacht, etnische en culturele achtergrond, andere risicofactoren of complicerende factoren – empirische steun gevonden.

Lang niet altijd is echter aangetoond dat *interventie* die sequens ook onderbreekt, terwijl generaliseren naar 'de populatie' bijna steeds ongerechtvaardigd is. Te gemakkelijk wordt mensen

Figuur 1 Sterfte in Nederland ten gevolge van ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen, 1960-1985. Aantallen per 100.000 mannen c.q. vrouwen.



Figuur 2 Van 'risicofactor' tot ziekte: een denkmodel.



het gevoel gegeven dat hun lot vastligt, tenzij de veronderstelde sequens door interventie wordt onderbroken. Ook het belang van allerlei 'risicofactoren' – overgewicht (Quetelet-index 25-30), matig alcoholgebruik, een fysiek weinig uitgesproken activiteitenpatroon en een bepaalde persoonlijkheidsstructuur – is in het verleden te veel benadrukt.²⁴ Een lekkere maaltijd met een flink stuk vis en een goed glas wijn staan de gezondheid niet in de weg.²⁵ Ook is er vanuit preventief oogpunt weinig noodzaak tot een uurtje hardlopen, terwijl de extroverte, dominante en gehaaste manager zich niet in het graf werkt, maar rookt.²⁶⁻²⁸

En juist deze laatste, keiharde risicofactor wordt in ons land praktisch ongemoeid gelaten (*tabellen 3a en b*).^{5, 29} Buitensporig veel Nederlandse artsen roken minstens evenveel als hun 'gemiddelde' patiënt, terwijl die op zijn beurt weer veel meer rookt dan in het buitenland gebeurt.³⁰ Juist ten aanzien van het roken kan de huisarts zich echter zonder veel terughoudendheid actief opstellen en expliciet anticiperen op het te verwachten onheil. Voor het overige heeft het in beginsel geen zin om rokers anticiperend tegemoet te treden, aangezien het praktische belang van andere risicofactoren dan roken – bijvoorbeeld hypertensie – van een volstrekt andere orde is. Daarnaast is hypercholesterolemie een belangrijke risicofactor: het geleidelijk dalen van de vetconsumptie gaat in een aantal studies duidelijk samen met een lagere sterfte aan hart/vaatziekten en een daling van de incidentie.³¹ Dieetadviezen aan Nederlandse patiënten met verhoogde cholesterolspiegels lijken gerechtvaardigd, wat voor een medicamenteuze benadering minder geldt. Terughoudendheid is hier opnieuw geboden, mede gezien de nog niet besliste discussie over de mogelijke rol van dieetmaatregelen bij het ontstaan van coloncarcinoom.^{32, 33}

De winst van interventie

De talrijke interventie-onderzoeken dragen bij tot het idee, dat de beschikbare farmacotherapeutische of invasieve interventies in principe ten goede komen aan de patiënt en daarom ook vrijwel altijd de voorkeur verdienen boven niets of minder doen. De prijs in geld en ongemak die er voor betaald moet worden, zou te rechtvaardigen zijn door de netto winst in de kwantiteit en kwaliteit van het leven. Dat zou ook de keuze voor een nieuw, verbeterd geneesmiddel rechtvaardigen.

Huisartsen zijn er echter inmiddels achter, dat de al bij voorbaat geringe verschillen in werkzaamheid van veel geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk vervagen tot onzichtbare verschillen in doeltreffendheid. Dat betekent uiteraard niet dat huisartsen voorbij kunnen gaan aan de ontwikkeling van nieuwe bèta-blokkers, calciumantagonisten en ACE-remmers. Het verloop van aandoeningen als angina pectoris, ritme stoornissen en decompensatio cordis wordt vaak draaglijk gemaakt door een goede farmacotherapie. Patiënten vertonen echter zelden het klassieke ziektebeeld en gedragen zich ook bijna nooit volgens het boekje. Het relatief gewicht van het therapeutisch regime bij bijvoorbeeld hypertensie of coronaire ischemie wordt dan ook beïnvloed door tal van lichamelijke, psychische en sociale problemen.³⁴⁻³⁷

Het snel modieus geworden begrip 'quality of life' verdient in operationele termen onze aandacht. Sociaal-economische veranderingen kunnen bijvoorbeeld onze patiënten zo sterk treffen, dat de geneeskundige mogelijkheden om 'qualy's' toe te voegen daarbij in het niet vallen. Anderzijds kan een in principe marginaal verschil nu net essentieel zijn voor iemand die zich met de grootste moeite staande houdt.

De vraag blijft dan: hoe moeten wij de 'trade off' afwegen van het epidemiologisch significante doch maatschappelijk beperkte nut van bijvoorbeeld anticiperend zoeken naar hypertensie? Zolang we niet kunnen beschikken over een complete winst- en verliesrekening die voor alle betrokken gezondheidsp Problemen aangeeft hoe de kaarten liggen, kan men zich afvragen wat de zin is van een interventie die per 1000 pa-

tiëntjaren (bijvoorbeeld 1000 gedurende één jaar behandelde hypertensiepatiënten) minder dan 25-50 onmiskenbaar goede levensjaren oplevert. Binnen het geheel van de hulpverlening is terughoudendheid op zijn plaats ten aanzien van de soms virtuele en vaak marginale voordelen die met een nog beter uitgebalanceerde therapie te behalen zouden zijn.

Het zijn de individuele preferenties van de patiënten die tenslotte de doorslag geven.³⁸ Dat vereist een vorm van 'informed consent', waarbij de huisarts de beschikbare informatie eerlijk en goed gedoseerd aanbiedt, zodat recht kan worden gedaan aan deze voorkeur. Patiënten met hart/vaatziekten hebben in ieder geval recht op goede therapie, concrete verklaringen en hulp op het moment zelf, zonder dat al te veel nadruk wordt gelegd op de preventie van mogelijke narigheid in de toekomst.³⁹

Voorkomen van hart/vaatziekten in de huisartspraktijk

De laatste jaren is veel gekwantificeerde informatie vergaard over het vóórkomen en de behandeling van cardiovasculaire aandoeningen in de huisartspraktijk. De *tabellen 4-6* bevatten hierover gegevens, afkomstig uit respectievelijk het Monitoringproject, het Transitieproject en de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (CMR).⁴⁰⁻⁴³ De *tabellen 4 en 5* bevatten bovendien informatie over de bejaarde patiënten die tot de onderzoekspopulatie behoren van zowel het Transitieproject als het Autonomieproject.⁴⁴ De gebruikte classificatie is de International Classification of Primary Care (ICPC);⁴⁵ de desbetreffende rubrieken

Tabel 3a Sigarettengebruik per persoon per jaar in vier landen in 1970 en 1979.

	1970	1979
Nederland	2963	3508
Finland	2252	2200
Engeland	3244	3070
Frankrijk	2171	2288

Bron Davis.²⁹

Tabel 3b Sterfte in Nederland door roken in 1985.

	Absoluut aantal	Percentage door roken (schatting)
Longkanker	8.294	90
CARA/Copd	2.855	75
Coronaire hartziekten	25.704	37

Bron CBS.²

Tabel 4 Hart/ vaatziekten in de huisartspraktijk: reasons for encounter, diagnoses, maximum incidentie en prevalentie en onzekere prevalentie. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	RFE		Diagnosis		Maximum		Uncertain prevalence
	S	F	S	F	I	P	
Component 1. Symptoms and complaints							
K01 Pain-attributed to heart	16	17	2	1	1	1	—
K02 Pressure, tightness, heaviness att. to heart	10	5	3	1	2	3	1
K03 Pain-att. circulation	<1	1	<1	<1	—	—	—
K04 Palpitations (aware of heartbeat)	8	4	3	1	3	3	1
K05 Other abn./irreg.heartbeat/pulse	2	1	1	1	1	1	—
K06 Prominent veins	1	<1	<1	<1	—	—	—
K07 Swollen ankles/edema	9	7	6	8	6	9	3
K25 Fear of hypertension (excl. known)	6	3	3	2	4	4	—
K27 Fear of other disease circul. system	15	5	4	2	4	5	1
K28 Disability impairment	<1	<1	<1	—	—	—	—
K29 Oth.sympt./compl.heart/circ.system	1	1	<1	<1	—	1	—
Total	69	34	23	15	21	25	7
Component 7. Diagnoses/Diseases							
K70 Infectious dis.circ.system	—	—	—	1	<1	1	—
K71 Neoplasm circ.system	2	<1	3	2	2	3	1
K72 Injury to circulatory system	—	—	—	—	—	—	—
K73 Cong. anomalies heart/circ.syst.	—	—	—	1	<1	<1	—
K74 Acute rheumatic fever/chronic rheum.	—	—	—	2	—	<1	—
K75 Acute myocardial infarction	<1	1	7	8	6	7	2
K76 Chr.ischemic heart disease	<1	2	9	47	9	23	5
K77 Heart failure	—	1	4	27	5	10	2
K78 Atrial fibrillation or flutter	—	<1	3	21	3	9	1
K79 Paroxysmal tachycardia	—	<1	1	6	2	3	—
K80 Ectopic beats, all types	—	<1	2	8	2	4	1
K81 Heart murmur, NOS	<1	<1	2	2	2	2	—
K82 Pulmonary heart disease	—	—	—	1	<1	1	—
K83 Heart valve disease, NOS, non-rheumatic	—	<1	<1	3	<1	2	—
K84 Other disease of heart	—	—	1	3	1	2	1
K85 Elevated blood-pressure w/o hypertension	1	1	21	28	17	24	5
K86 Uncomplicated hypertension	2	18	7	294	11	80	2
K87 Hypert.with involv.targ.organs	—	—	—	10	<1	3	—
K88 Postural hypotension (low blood pressure)	—	<1	3	1	3	3	1
K89 Transient cerebral ischemia	<1	<1	3	5	4	5	2
K90 Other cerebrovascular disease	1	1	3	12	3	6	1
K91 Atherosclerosis (excl. heart/brain)	—	1	<1	3	<1	2	—
K92 Oth.arter. obstruct/periph.vasc.dis.	<1	1	3	5	2	4	1
K93 Pulmonary embolism/infarction	—	—	<1	1	<1	1	<1
K94 Phlebitis and thrombophlebitis	1	1	6	6	6	7	1
K95 Varicose veins of leg w/wo ulcer or ecz	2	3	6	9	5	10	1
K96 Hemorrhoids	4	3	9	8	8	11	1
K99 Other dis.circulatory system	<1	<1	3	2	2	3	1
Total	15	36	93	507	95	221	31
Components 2-6. Process							
							Process
K30 + K31: Medical examination, partial or complete	52	311					688
K34 Bloodtest	<1	<1					19
K41 Diagnostic radiology	—	—					6
K42 EKG	<1	1					30
K45 Observ/prev.educ/counseling	<1	4					135
Total Diagnostic	54	319					890
K50 Medication	4	103					372
K58 Therap. counseling/listening	—	—					2
Total Therapeutic	4	104					374
K60 + K61: results rests, letters	7	132					—
K64 Encounter initiated by provider	20	71					—
K66 Referral to other provider (excl.MD)	—	1					4
K67 Referral to MD/clinic/hospital..	1	<1					30
TOTAL	89	537					1301

RFE – Reason for encounter; S – Start of an episode; F – Follow-up of an episode; I – Incidence per 1000 patients per year; P – Prevalence per 1000 patients per year.

Contactredenen

In de eerste twee kolommen van *tabel 4* komt een vertrouwd beeld naar voren. Patiënten klagen over pijn op de borst, over hartkloppingen of over dikke enkels; vaak zullen zij bang zijn dat zij aan verhoogde bloeddruk of een aandoening van het hart lijden.

De patiënten gaan zelden een episode in met een diagnose in engere zin; voor zover dat gebeurt, gaat het om min of meer gebruikelijke termen als hypertensie, aambeien of spataderen. Ook tijdens het verdere beloop spreken patiënten zelden in diagnostische termen.

Bij het vervolg van de episode zijn de belangrijkste redenen om de huisarts te raadplegen, vooral te vinden in de procescomponenten: mensen vragen de huisarts hun bloeddruk te meten of nog eens naar hun hart te luisteren; zij zijn benieuwd naar een uitslag of zij verwachten een recept.

Opvallend is bij de vervolcontacten ook het aantal contactredenen dat op initiatief van de huisarts tot stand komt (K64 in de eerste kolom van *tabel 4*). Het gaat hier om patiënten die voor iets anders op het spreekuur komen en bij wie de huisarts het initiatief neemt om bijvoorbeeld de bloeddruk te controleren of om terug te komen op een ingestelde medicatie bij coronaire ischemie.

Eveneens opvallend is tenslotte dat patiënten relatief weinig naar het spreekuur komen met het verzoek om voor hun problemen te worden verwezen naar een specialist (K67).

Diagnosen

In de derde en vierde kolom van *tabel 4* staan de diagnostische interpretaties van de huisartsen. Bijna altijd stellen zij 'echte' diagnosen (component 7), uiteraard vooral hypertensie, coronaire ischemie, decompensatio cordis en ritmestoornissen. Het gaat hierbij dus om de diagnosen die de huisartsen tijdens de consulten als werkhypothesen hebben geformuleerd. Dat betekent uiteraard niet dat zich werkelijk zoveel gevallen van acuut myocardinfarct hebben voorgedaan als de cijfers van de tweede kolom vermelden. Ook geven deze cijfers geen goed beeld van het vóórkomen van bepaalde ziekten. Hypertensie vraagt veel contacten, acuut infarct zelden meer dan één.

Incidenties en prevalenties

In de vijfde en zesde kolom van *tabel 4* staan per 1000 ingeschreven patiënten schattingen van de incidenties en prevalenties (inclusief nog resterende onzekere diagnosen). Het gaat hier dus om het voorkomen van actieve problemen en niet om een cumulatieve prevalentie, zoals in *tabel 6*, of om alle herhalingscontacten, zoals in de tweede kolom van *tabel 4*.

De zevende kolom van *tabel 4* geeft het aantal diagnosen per 1000 patiënten per jaar, dat ook na de gegeven mogelijkheid

tot modificatie, onzeker is gebleven.

Verwijzingen

Uit de zesde kolom van *tabel 4* (K67) en de eerste twee kolommen van *tabel 5* is af te leiden hoe vaak huisartsen patiënten naar specialisten verwijzen voor bepaalde zekere of onzekere diagnosen. Het gaat hierbij om actieve verwijzingen in het begin of tijdens het verloop van een episode.

Van iedere 1000 ingeschreven patiënten blijken er 30 per jaar, al dan niet als een acute opname, naar een specialist te worden verwezen (K67 in de procescomponent). Patiënten die elders onwel zijn geworden en aansluitend in een ziekenhuis zijn opgenomen, komen in deze gegevens niet voor. Dat geldt eveneens voor patiënten die voor een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld een coronaire ischemie) zijn verwezen naar een specialist en door deze vervolgens ongevraagd worden behandeld voor een andere aandoening (bijvoorbeeld hypertensie of atriumfibrilleren). Niettemin wordt uit deze gegevens duidelijk dat slechts een beperkt en geselecteerd deel van de cardiovasculaire pathologie wordt verwezen naar de specialist. Dit geldt met name bij coronaire ischemie, decompensatio cordis, boezemfibrilleren en in het bijzonder hypertensie. Het overgrote deel van alle cardiovasculaire episoden wordt door de huisarts zelfstandig afgehandeld.

Wat doet de huisarts?

In het onderste deel van de zesde kolom van *tabel 4* is aangegeven, wat de huisarts zoal doet bij patiënten met cardiovasculaire problemen (componenten 2 t/m 6).

Huisartsen doen bij deze groep patiënten veel lichamelijk onderzoek. Er wordt opvallend weinig laboratoriumonderzoek – met name bloedonderzoek – verricht en het vervaardigen van ECG's heeft een zeer beperkte plaats. Dit stemt overeen met de opvattingen daarover: het gaat er vooral om de *afwezigheid* van een bepaalde ziekte betrouwbaar te voorspellen. Voor het *bevestigen* van een diagnose worden uiteraard andere eisen aan de diagnostische methoden gesteld.

Regelmatig worden adviezen gegeven of wordt een dieet voorgeschreven. De behandeling beperkt zich verder nagenoeg geheel tot de farmacotherapie.

Verwijzingen binnen de eerste lijn naar een diëtiste of fysiotherapeut spelen een ondergeschikte rol.

Leeftijd

In *tabel 5* treft men verder voor de standaard-leeftijdsgroepen de incidenties en prevalenties aan van zekere diagnosen die zijn gesteld gedurende één jaar. De incidenties omvatten alle nieuwe gevallen van bepaalde ziekten, die per 1000 ingeschreven patiënten per jaar met zekerheid zijn vastgesteld. De prevalenties representeren alle gevallen per 1000 ingeschreven pa-

tiënten die kortere of langere tijd (soms jarenlang) bestaan, en waaraan de huisarts tijdens diens contacten met de desbetreffende patiënten gedurende het registratiejaar actieve aandacht besteedde.

In *tabel 6* worden voor een aantal aandoeningen de prevalenties over een periode van vijf jaar vermeld, zoals deze in de Continue Morbiditeits Registratie zijn verzameld. Deze komen zeer goed overeen met de CMR-gegevens over eerdere jaren. Wat betreft een aantal aandoeningen blijken er veel meer patiënten aan de huisartsen bekend te zijn dan uit de cijfers van de *tabellen 4* en *5* naar voren komt. Dit geldt bijvoorbeeld in de leeftijd-klasse van 65-74 jaar voor patiënten met een acuut myocardinfarct of met varices.

Deze discrepanties tussen de prevalentiecijfers uit beide bronnen zijn goed verklaarbaar: in het Monitoring- en Transitieproject gaat het om actieve gevallen, in de CMR om bekende gevallen. Bovendien worden in het CMR infarcten ieder jaar als zodanig doorgecodeerd, voor zover zij onder de aandacht van de huisarts zijn. De data van *tabel 6* zijn namelijk gebaseerd op alle 'bekende gevallen' per 1 januari van enig registratiejaar. Een deel van de desbetreffende patiënten is ooit 'bekend' geworden met bijvoorbeeld een infarct, maar zal hiervoor de huisarts later niet meer consulteren ('passief probleem'). In andere gevallen zijn patiënten langere tijd onder specialistische controle zodat gedurende een vol registratiejaar de huisartsgeneeskundige inbreng ontbreekt. Patiënten kunnen tenslotte ook klachtenvrij blijven, waardoor alle contacten achterwege blijven. In het Monitoring- en het Transitieproject wordt alleen onder de rubriek 'chronische ischemie' gecodeerd als de patiënt echt gezien wordt. Indien de patiënt eerst met een acuut infarct werd gezien, krijgt hij er na de acute fase een nieuwe diagnose bij: chronische ischemie.

Voor hypertensie (K86, K87) zijn de verschillen tussen beide bronnen uiteraard veel kleiner, doordat huisartsen in het algemeen aandacht blijven besteden aan patiënten bij wie eenmaal een verhoogde bloeddruk is vastgesteld.

De overzichten in de *tabellen 5* en *6* zijn ook om andere redenen belangrijk. De incidenties en prevalenties van bijna alle aandoeningen blijken sterk met de leeftijd toe te nemen. Bij de bejaarden vertonen 75-plussers, zowel mannen als vrouwen, aanzienlijk meer cardiovasculaire pathologie dan de patiënten van 65-74 jaar. Dit relativeert het mogelijke nut dat aan het instellen of het voortzetten van verschillende therapieën kan worden toegekend, in het bijzonder bij hypertensie. Zo onttraadt *Van Weel* bij bejaarden een farmacotherapeutische behandeling bij een diastolische bloeddruk onder 115 mm Hg, tenzij er complicaties zijn die een dergelijke aanpak rechtvaardigen.⁴⁶

Tabel 5 Hart/ vaatziekten in de huisartspraktijk: verwijzingen naar de specialist en zekere diagnoses per leeftijdsgroep. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Referral specialist		Certain diagnoses													
			0 – 4		5 – 14		15 – 24		25 – 44		45 – 64		65 – 74		75+	
	S	F	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P
Component 7 – diagnosis/diseases																
K70 Infectious dis. circ. system	–	–										1		1		
K71 Neoplasm circ. system	–	–			2		1		3		4		5		4	
K72 Injury to circulatory system	–	–													1	
K73 Cong. anomalies heart/circ. syst.	–	–							1						1	
K74 Acute rheumatic fever/chronic rheum.	–	–			1						<1	1		2		1
K75 Acute myocardial infarction	3	1						1	1	5	9	10	20	23	36	
K76 Chr.ischemic heart disease	2	3						2	6	22	38	70	39	95		
K77 Heart failure	1	1								2	3	12	16	37	81	
K78 Atrial fibrillation or flutter	1	<1							1	2	3	7	20	18	54	
K79 Paroxysmal tachycardia	<1	<1					1	2	2	4	4	3	7	2	11	
K80 Ectopic beats, all types	<1	–					1	1	3	3	5	6	7	8	10	
K81 Heart murmur, nos	<1	–	4		7		1		1	2	2	4	1	2		
K82 Pulmonary heart disease	–	–									1	1	2	1	2	
K83 Heart valve disease, nos, non-rheumatic	–	–	1						1	1	2	1	4	2	5	
K84 Other disease of heart	–	–					1			1	3	2	5	4	11	
K85 Elevated blood-pressure w/o hypertension	–	–				2	4	8	17	15	33	14	41	19	47	
K86 Uncomplicated hypertension	–	–				2	5	20	16	145	33	213	49	196		
K87 Hypert. with involv. targ. organs	–	–						1	1	4	3	9	3	10		
K88 Postural hypotension (low blood pressure)	–	–	1		1		2	5	2	2	1	2	1	4	1	5
K89 Transient cerebral ischemia	<1	<1									1	1	8	10	17	23
K90 Other cerebrovascular disease	1	1									1	3	8	18	19	28
K91 Atherosclerosis (excl. heart/brain)	–	–									1	3	5	5	4	5
K92 Oth.arter. obstruct/periph. vasc.dis.	–	–			1			1	1	2	4	6	11	9	15	
K93 Pulmonary embolism/infarction	–	–									1	1	1	1	1	3
K94 Phlebitis and thrombophlebitis	–	<1						2	3	5	5	10	18	13	26	
K95 Varicose veins of leg w/wo ulcer or ecz	1	<1					1	1	6	6	12	14	17	22	6	47
K96 Hemorrhoids	<1	1				5	3	9	14	11	14	11	12	9	19	
K99 Other dis. circulatory system	<1	1					3		2	1	2	2	6	4	11	

S – Start of an episode; F – Follow-up of an episode; I – Incidence per 1000 patients per year; P – Prevalence per 1000 patients per year.

Tabel 6 Hart/ vaatziekten in de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie, 1982-1986 (vier huisartspraktijken – n ca. 12.000): prevalenties per leeftijdsgroep. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Diagnosis	MECS	ICPC	15–24		25–44		45–64		65–74		75–84		85+		Total	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ac. rheum. fever/chronic rheum.	209 + 210	K 74	1	–	1	1	1	3	–	–	–	–	–	–	<1	1
Ac. myoc. infarction	211	K 75	–	–	2	–	29	10	104	16	89	48	53	64	16	6
Chr. ischemic. heart dis.	212	K 76	–	–	2	–	27	14	82	60	90	118	154	136	15	14
Heart failure	213	{ K 77														
Atrial fibril. or flutter		{ K 78	<1	<1	<1	<1	11	8	81	29	153	132	213	251	13	13
Pulm. heart disease	214	{ K 82														
Paroxysmal tachycardia		{ K 79	–	–	<1	1	2	2	10	10	12	21	–	8	2	2
Ectopic beates		{ K 80														
Heart murmur, NOS	237	K 81	–	–	–	–	1	–	–	1	–	1	12	8	<1	<1
Heart valve dis, nos, non-rheum.	208	K 83	<1	–	1	1	3	5	6	7	11	5	12	5	2	2
Other disease of heart	217	K 84	–	<1	–	<1	1	1	9	3	6	3	18	8	1	1
Uncomplicated hypert.	218	{ K 86	–	1	11	14	100	156	172	257	116	342	77	226	39	70
Hypert. with involv. targ. org.		{ K 87														
Trans.cerebral isch.	155	{ K 89	<1	–	<1	<1	10	6	44	17	103	64	136	177	9	8
Other cerebrov. dis.		{ K 90														
Other arter. obstr./periph. vasc. dis.	223	{ K 92	<1	–	<1	<1	14	4	53	20	77	51	136	41	9	5
Pulm. embolism/infarction		{ K 93														
Phlebitis and thrombo phlebitis	226 + 229	K 94	–	–	–	–	–	<1	–	–	–	–	–	–	–	<1
Varicose veins of leg/w/wo ulcer or ecz	224 + 228	K 95	<1	2	5	28	28	120	69	227	109	230	89	282	15	64
Hemorrhoids	225	K 96	<1	–	2	1	6	6	5	2	6	9	18	21	2	2
Other dis. circ. system	227	K 99	<1	1	–	<1	–	1	1	<1	4	4	–	–	–	1

MECS – Modified E-list Classification System (CMR); ICPC – International Classification of Primary Care; M – Male; F – Female.

uit de ICHPPC-2 en de aangepaste E-list (tabel 6) zijn zoveel mogelijk toegesneden op de structuur van hoofdstuk K daaruit.

Tabel 6, ontleend aan de CMR, geeft voor een aantal aandoeningen de prevalenties over een periode van vijf jaar.

Op pagina 8 wordt uitvoerig ingegaan op de tabellen 4-6; hier beperken wij ons tot een vijftal conclusies:

- huisartsen hebben zowel diagnostisch als therapeutisch veel te maken met hart/ vaatziekten;
- het gaat vaak om langdurige episoden waarbij de contactreden van de patiënt verschuift van klachten naar een vraag om onderzoek of farmacotherapie;
- in veruit de meeste gevallen gaat het in dit hoofdstuk om oudere patiënten; de prevalenties zijn vaak veel hoger dan de incidenties, wat niet betekent dat alle problemen ook actief blijven (bijvoorbeeld gedurende vijf jaar);
- verwijzingen spelen een zeer ondergeschikte rol; vergeleken met de huisartspraktijk zien specialisten een sterk geselecteerde populatie;
- de cijfers van de verschillende registratiesystemen sluiten, ondanks fundamentele verschillen in opzet en classificatie, zeer goed op elkaar aan.

Huisartsgeneeskundig handelen bij pijn op de borst

Uit tabel 7 blijkt dat de klacht 'pijn in of op de borst' lang niet altijd op een hartaandoening wijst.

Wanneer de huisarts bij pijn op of in de borst aan de mogelijkheid van een coronaire ischemie denkt, doet zich vervolgens een lastig probleem voor. Figuur 3, gebaseerd op The Rotterdam Acute Coronary Event Study (TRACE), illustreert dit.⁴⁷ Het gaat hier om minder uitgesproken en minder acute gevallen, waarbij inschakeling van TRACE gerechtvaardigd was.

De sensitiviteit en de specificiteit van de diagnose 'hartinfarct' door huisartsen is gering bij deze 'afgeroomde' groep patiënten. Dat ligt ook voor de hand, want het gaat hier niet alleen om de gevallen van acuut myocardinfarct - waarvoor opname op een Coronary Care Unit nuttig is - maar ook om gevallen waarbij aan een dreigend infarct wordt gedacht en waarbij de opname is bedoeld om de potentiële schade te beperken.

In ruim de helft van de gevallen waarin huisartsen meenden dat er sprake zou kunnen zijn van een acuut infarct, bleek deze diagnose juist. Slechts bij één op de

acht patiënten bij wie een dreigend infarct werd vermoed, werd tenslotte een infarct vastgesteld. Bij de mensen bij wie geen infarct werd vermoed, blijkt de (negatief) voorspellende waarde hoog: 96 procent. Toch leidt dit alles er nog altijd toe, dat 30 patiënten - bijna de helft van alle patiënten in deze groep met een infarct - ten onrechte niet in de groep met een mogelijke coronaire ischemie werd opgenomen. Er zijn overigens ook geen aanwijzingen dat patiënten bij wie een infarct ten onrechte niet werd overwogen, daarvan tenslotte veel schade - inclusief mortaliteit - hebben onderhouden. Er zijn dus drie problemen:

- de meeste manifeste infarcten zijn al uit de populatie geselecteerd;
- de gegevens waarover huisartsen beschikken bij het schatten van de kans op ziekte bij de klacht 'pijn op of in de borst', zijn verre van volledig;
- niet iedere huisarts zal bij het presenteren van zijn minder acute patiënten dezelfde criteria hanteren.

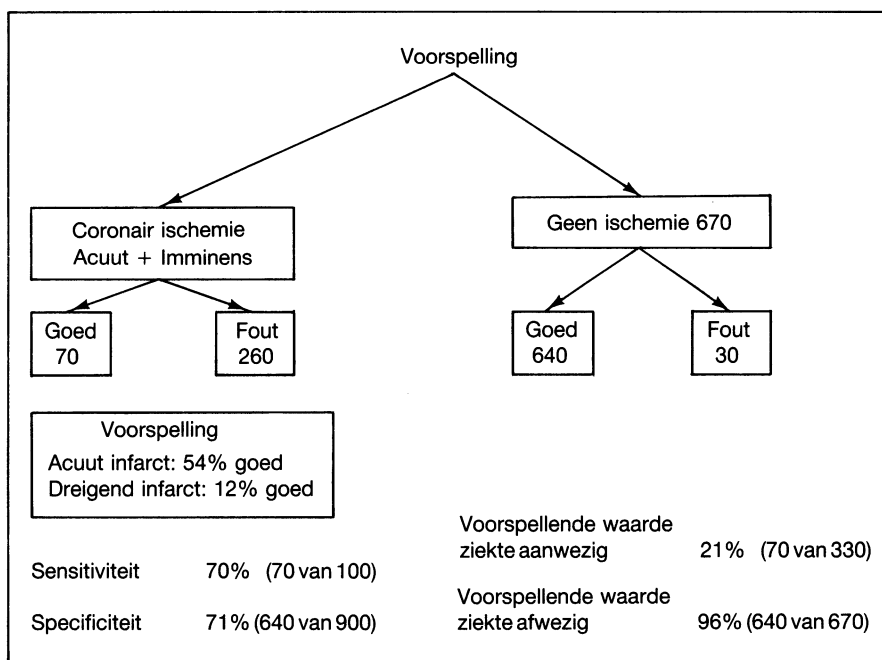
Ook als we uitgaan van de formule van Bayes (figuur 4), zien we dat essentiële elementen nog te zeer 'onbekenden' zijn. Hoe groot is de kans op bepaalde cardiale pathologie bij bepaalde niet specifieke doch in combinatie met andere wel degelijk belangrijke klachten of

Tabel 7 Incidentie van ziekten waarbij pijn op de borst de contactreden kan zijn. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Chapter K		Chapter P	
- angina	16	- hyperventilation	3
- infarction	6		
- rhythm disorders	15	Chapter D	
- heart failure	10	- hernia, esofagitis	5
		- peptic ulcer	4
Chapter R		- gallbladder	3
- bronchitis	60		
- pneumonia	3	Chapter N	
- other diseases	4	- herpes zoster	2
Chapter L			
- all musculoskeletal diagnoses	45	Total	176

Bron Transitieproject

Figuur 3 Voorspelling door de huisarts bij 1000 mensen met pijn op de borst.



Bron Van der Does e.a.⁴⁷

symptomen? Wat zijn de prior en vooral de posterior kansen op het bestaan van pathologie bij de desbetreffende klachten en symptomen en hun combinaties in alle verschillende populaties: bevolking, praktijk, alle mensen met pijn op de borst, EHBO, eerste harthulp, CCU, cardiologische polikliniek? Zonder deze kennis is de toepassing van iedere beslissboom arbitrair.

Figuur 3 illustreert ook hoe lastig de besliskundige problemen bij deze groep patiënten zijn. Het is daarbij ook van belang te weten hoe het de patiënten uit de verschillende groepen uiteindelijk is vergaan.⁴⁸ Acute opname op een hartbewakingsafdeling blijkt niet voor alle patiënten met een infarct zinvol. Wanneer de klachten 24 uur of langer bestaan en het om oudere mensen in een goede toestand gaat, kan verzorging thuis worden overwogen.

Kortom, in het verloop van episoden van een infarct beïnvloeden zoveel factoren de toestand van de patiënt, diens voorkeuren en diens prognose, dat ruimte dient te worden gemaakt voor zeer veel knopen in een beslissboom. De getalsmatige fundering daarvan en ook de inschatting van de doeltreffendheid van bepaalde interventies dienen in de eerste plaats in de huisartspraktijk plaats te vinden.⁴⁷⁻⁴⁹⁻⁵¹

Functionele klachten

Figuur 5 illustreert een probleem in de relatie tussen lichaam en geest, waarmee huisartsen ook bij cardiovasculaire aandoeningen worden geconfronteerd.

Wij zijn vertrouwd met ziekten met een onmiskenbaar pathologisch substraat; het oordeel van de patholoog-anatoom kan daarbij dienen als een 'gouden standaard'. In de kliniek richt de aandacht zich echter vaak vooral op de pathofysiologie, met als gevolg dat juist bij cardiovasculaire aandoeningen nogal eens een discrepantie blijkt te bestaan tussen hetgeen in de kliniek werd vastgesteld en hetgeen later door de patholoog-anatoom werd aangetroffen.⁸ Patiënten met decompensatio cordis, ventrikelfibrilleren en coronaire ischemie kunnen in dezen als voorbeelden gelden. Soms blijkt bij de obductie van een plotseling aan een infarct overleden patiënt, dat de coronaire arteriën gaaf zijn, zodat de hartdood aan een spasme moet worden toegeschreven. Veel vaker echter wordt omvangrijke pathologie gevonden, die 'symptoomloos' moet zijn verlopen. De betrouwbaarheid van de doodsoorzakenstatistiek lijdt er ook onder, dat de diagnose 'acuut infarct' nogal eens ten onrechte wordt gesteld of juist wordt gemist.

Anderzijds is essentiële hypertensie een pathofysiologische entiteit, waarvan het mechanisme een aantal goed omschreven farmacotherapeutische aangrijpingspunten biedt, doch waarbij een patholoog-anatomisch substraat praktisch steeds ontbreekt.

Huisartsen kennen de pathologie en de pathofysiologische begrippen, maar zij gaan ervan uit dat hun patiënten ook psychische en sociale problemen kunnen hebben, die een duidelijke relatie onderhouden met ziekten en met lichamelijke klachten. Huisartsen en patiënten aanvaarden dat het lichaam op emoties kan reageren met uiteenlopende en soms misplaatste functies, zoals blozen, hoofdpijn, hartkloppingen, diarree en maagkramp. Er is echter pas sprake van een 'functionele klacht' als deze ook aan de (huis)arts wordt aangeboden, als er 'geklaagd' wordt en als er dus ziektegedrag is.

Geneeskundig relevant is de vraag hoe functionele klachten zich verhouden tot enerzijds de (patho)fysiologie en anderzijds de emoties. Ten aanzien van cardiovasculaire problemen doet deze vraag zich bijvoorbeeld voor bij paroxysmale tachycardie en bij hypertensie. Van beide is echter duidelijk, dat er geen sprake is van een 'psychosomatische' ziekte.* Toch impliceren 'ziektebegrippen' als hartkloppingen, angst voor een infarct, borstwandpijn en hyperventilatie het bestaan van psychosociale factoren en vragen zij dus om een tweesporen benadering. Dergelijke gezondheidsproblemen worden niet alleen beïnvloed door het bestaan van problemen en emoties, maar het oplossen ervan vraagt zekere expliciete aandacht voor het feit dat de klachten functioneel zijn.

In dit kader is ook de gepostuleerde relatie tussen 'type A gedrag' en het krijgen van een hartinfarct van belang.⁵²⁻⁵⁷ Waarschijnlijk komt het in uitzonderlijke gevallen voor dat patiënten zonder pathologie van de coronaire arteriën worden getroffen door een acute hartdood als gevolg van sterke emoties.

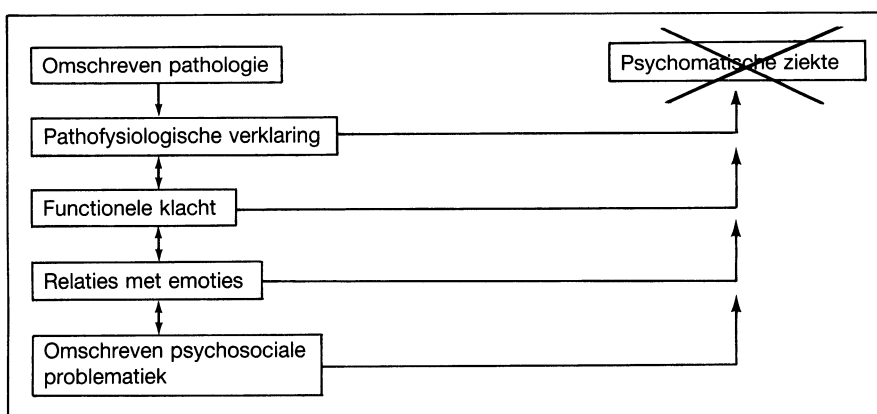
Figuur 4 De formule van Bayes.

$$P(Z/K) = \frac{P(K/Z) \times P(Z)}{P(K)}$$

In woorden:

De kans (P) op een bepaalde ziekte (Z) bij patiënten met een bepaald kenmerk (K) is gelijk aan het produkt van de kans (P) op dat kenmerk (K) bij patiënten met die ziekte en de kans (P) op die ziekte in de populatie, gedeeld door de kans (P) op dat kenmerk (K) in die populatie.

Figuur 5 Relatie tussen een aantal begrippen: de plaats van de functionele klacht.



* De historische betekenis van het begrip 'psychosomatische ziekte' is groot. In geneeskundig opzicht is het echter niet geoperationaliseerd en in de huisartsgeneeskunde leidt het tot verwarring. Er zijn geen omschreven ziekten bekend die tot stand komen door het bestaan van psychische problematiek of door psychische reacties. Ziekten als ulcus duodeni, asthma bronchiale, migraine, colitis ulcerosa en hypertensie zijn in die zin geen psychosomatische aandoeningen. Het begrip 'psychosomatische ziekte' kan daarom beter niet meer worden gehanteerd. Dat laat onverlet dat emoties belangrijk zijn en het verloop en de ernst van ziekten sterk kunnen beïnvloeden.

Van geheel andere aard is echter de vraag wat het vertonen van 'type A gedrag' in geneeskundige termen betekent voor het ontstaan en het verloop van coronaire ischemie. In feite is deze destijds zo belangrijk geachte relatie in de overvloedige literatuur op dit gebied in praktische termen niet overeind gebleven. Pogingen tot 'interventie' hebben tot niets geleid en de relatie tussen gedrag en ziekte is er mistig door geworden, omdat het vooral lijkt te gaan om een 'confounding' variabele, die letterlijk verwarring sticht en bijdraagt aan een onterechte medicalisering.

Compliantie

Compliantie is een ruimer begrip dan therapietrouw. Het gaat niet alleen om het daadwerkelijk volgen van recepten; de patiënt kan ook adviezen om bepaalde dingen te doen of te laten, naast zich neerleggen.⁵⁸⁻⁶¹

Figuur 6 illustreert schematisch hoe het bij een bevolkingsonderzoek op hypertensie kan toegaan. In ons voorbeeld gaat het dan nog veel beter dan in de bekende 'regel der helften': de helft van alle hypertensiepatiënten is bekend, de helft daarvan wordt behandeld, slechts de helft daarvan (dus 1/8) heeft vervolgens een goed gecontroleerde bloeddruk.

Ook bij andere cardiovasculaire ziekten kan het volgen van een farmacotherapeutisch regime zich in het algemeen niet verheugen in een overweldigende medewerking van de patiënt.⁶² Ophouden met roken is vaak een onoverkomelijk probleem. Afvallen, ook in die gevallen waar het echt nodig is, stuit zeker op langere termijn op bijna onoplosbare problemen. Dat alles wordt geweten aan non-compliantie, zonder dat daarmee veel inzicht in de feitelijke problematiek wordt verkregen.

In *figuur 7* is ter illustratie een aantal elementen samengevat, die kunnen bijdragen tot een beter begrip voor het gegeven dat sommige patiënten juist wel en andere juist niet geneigd zijn om de voor hun gezondheid zo heilzaam geachte stappen te zetten. De figuur is niet uitputtend en de volgorde in het schema is arbitrair. De gehanteerde begrippen zijn plausibel, maar goeddeels onvoldoende gevalideerd of operationeel. Het is ook lastig om vast te stellen hoe sterk (welke meeteenheid?) de bereidheid van de patiënt is om hulp te ontvangen, daarmee iets te doen en hoe hoog (in vergelijking met wat?) hij het effect van enige therapie inschat.⁶³

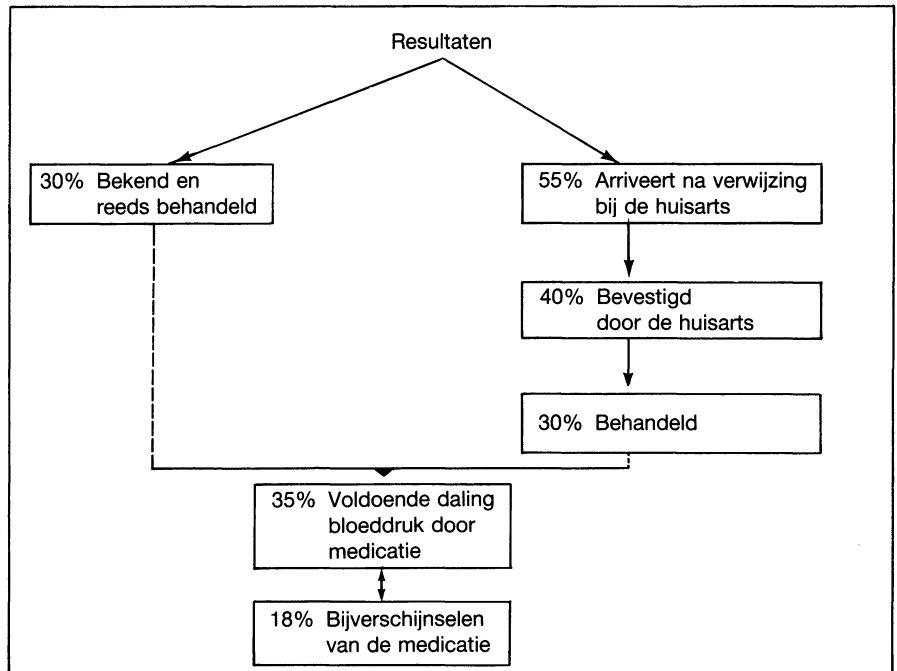
Het belang van de figuur is erin gele-

gen, dat men zich realiseert hoeveel patiëntgebonden onderzoek nog in de huisartspraktijk moet worden verricht, voordat we kunnen weten in hoeverre er in individuele gevallen mogelijkheden tot compliantie zijn, welke normen en waarden in het geding zijn en welke professionele legitimering de arts heeft om een en ander in de door hem gewenste richting te sturen.

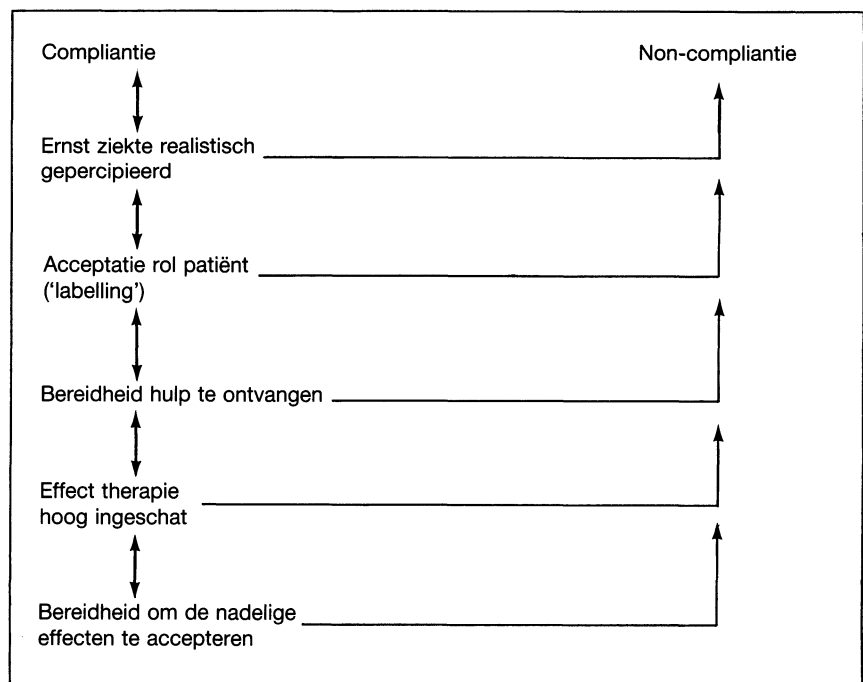
Gezin en hart- en vaatziekte

De huisarts ondervindt aan den lijve dat gezinsleden een rol spelen bij het al dan niet vragen van hulp bij klachten, bij het omgaan met de gezondheidbedreigende factoren en bij de feitelijke gang van zaken in de hulpverlening.^{64 65} De huisarts vraagt zich dan ook af, of zijn benadering bij patiënten met hart/vaat-

Figuur 6 Te verwachten resultaten van een bevolkingsonderzoek op hypertensie met als opbrengst 100 hypertensiepatiënten.



Figuur 7 De relatie tussen compliantie en non-compliantie.



ziekten of een grote kans daarop, meer succes heeft wanneer hij zich minder op het individu en meer op het gezin richt.

Belangrijke gebeurtenissen hebben uiteenlopende gevolgen voor verschillende leden van het gezin en soms werpen zij ook hun schaduw vooruit.⁶⁶⁻⁶⁸ Dat geldt niet alleen bij acute sterfgevallen, maar ook bij het bestaan van ingrijpende ziekten en de stijl van ziekzijn en probleemgedrag in het algemeen.

Hoe plausibel het ook is dat een verstoord evenwicht zijn tol eist van de patiënt en zijn naasten, daarmee is nog niet duidelijk in welke mate en bij welke patiënten en gezinnen de huisarts doeltreffend als gezinsarts kan werken. Wetmatigheden op het terrein van de gezinsgeneeskunde, waardoor voorspellingen met betrekking tot het handelen mogelijk worden, ontbreken in feite.⁶⁹ De betekenis van de relatie tussen gezinnen en huisartsen beperkt zich dan ook tot de huisartsgeneeskundige context – gezien door de ogen van huisartsen, maar dat is belangrijk genoeg.

Of het feitelijk zin heeft om bij de preventie van hart/ vaatziekten en bij de begeleiding van patiënten te proberen het gezin te betrekken, is onduidelijk. Kennis over associaties van gezinskenmerken met gezondheidsstoornissen en over reciproke invloeden tussen de patiënt en de gezinsleden is daarvoor van groot belang. Het is alleen al een winstpunt dat wij juist door gezinsgeneeskundig onderzoek iedere verwachting van het bestaan van causale samenhangen op dit terrein hebben leren wantrouwen.

Wanneer men besluit te interveniëren, dan gaat het vrijwel steeds om het nalaten van riskante leefgewoonten, die mede door en in het gezin bepaald zijn.

Bij geen enkele ziekte is zoveel onderzoek gedaan naar psychosociale factoren als bij coronaire hartziekte. Desondanks blijft de rol van het gezinssysteem in dezen goeddeels in nevelen gehuld.⁷⁰ Medalie vond in een prospectieve cohortstudie over vijf jaar bij 10000 mannen een sterke associatie tussen het bestaan van gezinsproblemen en het ervaren van angina pectoris – een relatief subjectieve klacht – maar geen verband met het optreden van een myocardinfarct, een goeddeels objectieveerbare ziekte.⁷¹⁻⁷³ Wel zijn er aanwijzingen voor een wederzijdse invloed op het ziekte- en probleemgedrag binnen het gezin wanneer een hartziekte eenmaal bestaat. Een gezin met een patiënt met een hart/ vaatziekte is een 'risicogezin', op basis van de ervaringsregel dat ellen-

de in een gezin kan leiden tot meer ellende en ook tot meer hulpvragen aan de huisarts.

De vraag in hoeverre een gezinsgeneeskundige opstelling, al was het alleen maar ten aanzien van de compliance, werkzaam en doeltreffend kan zijn, is nog onbeantwoord. Jachuck *et al.* signaleerden dat partners in 96 procent van de gevallen bijwerkingen van het gebruik van bètablokkers rapporteerden, tegen slechts 19 procent van hun slikkende wederhelften.²¹ Men kan zich afvragen of gezinsleden inderdaad beter observeren dan de patiënt zelf, of dat er sprake is van vertekening doordat de huisarts nogal eens informatie via gezinsleden verkrijgt.⁷⁴ Gezinsleden zouden weleens te veel klachten van de patiënt aan het gebruik van de medicatie kunnen toeschrijven.

De gezinsbenadering lijkt daarom vooral veelbelovend, als zij vanuit de huisartsgeneeskundige context is gericht op een aantal aspecten van de kwaliteit van het leven, waarbij de aandacht voor indicaties en contraïndicaties voor medische interventies verlegd wordt naar de betekenis van de ziekte voor de patiënt en zijn gezinsleden.⁷⁵

Zorgen, verdriet, ongenoegen en maatschappelijke consequenties behoren tot de context van het contact tussen de huisarts en zijn patiënt en zijn daarmee belangrijke opties voor het gezinsgeneeskundig handelen. Interventieonderzoek met betrekking tot in het gezin optredende risicofactoren kan leren welke andersgeaarde meerwaarde een gezinsbenadering kan opleveren.

Dit is een bij uitstek huisartsgeneeskundig probleem, waarbij de huisarts vanuit zijn eigen optiek de belangrijkste begrippen en criteria moet definiëren en vooral moet operationaliseren. Voorlopig is daarvan nog geen sprake, zodat ook in dat opzicht de huisarts een kritisch realisme past.

¹ Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Het hart van de toekomst. De toekomst van het hart. Scenario's over hart-vaatziekten 1985-2010. Utrecht: Bohn Scheltema & Holkema, 1986.

² Centraal Bureau voor de Statistiek. Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1986. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.

³ Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidsenquête. Medicijnen op recept, 1981-1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1987; 6: 5-15.

⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek. Mor-

biditeit. Diagnose-statistiek ziekenhuizen, 1984-1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1987; 6: 15-28.

⁵ Centraal Bureau voor de Statistiek. Mortaliteit. Sterfte naar doodsoorzaak, leeftijd, geslacht en provincie in 1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1987; 6: 29-39.

⁶ Garfield E. 100 Citation classics from the Journal of the American Medical Association. JAMA 1987; 257: 52-9.

⁷ Thom ThJ, Epstein FH, Feldman J, Leaverton PE. Trends in total mortality and mortality from heart disease in 26 countries from 1950 to 1978. Int J Epidemiology 1985; 14: 510-20.

⁸ Stehbens WE. An appraisal of the epidemic rise of coronary heart disease and its decline. Lancet 1987; i: 606-10.

⁹ Gomez-Marin O, Folsom AR, Kottke Th, et al. Improvement in long-term survival among patients hospitalized with acute myocardial infarction, 1970 to 1980. The Minnesota Heart Survey. N Engl J Med 1987; 316: 1353-9.

¹⁰ Stern D. Management of hypertension in twelve Oxfordshire general practices. J R Coll Gen Pract 1986; 36: 549-51.

¹¹ Van Loo JML, Drenthen AJM, Peer PGM, Thien ThA. Prevalentie, opsporing en behandeling van hypertensie in Lelystad (1982-1984); is 'de regel van de helften' nog steeds van toepassing? Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 624-7.

¹² Rastam L, Eckerlund I, Ryden L. Hypertension case-finding in primary health care. Scand J Prim Health Care 1987; 5: 9-12.

¹³ Coope J, Warrender TS. Randomised trial of treatment of hypertension in elderly patients in primary care. Br Med J 1986; 293: 1145-51.

¹⁴ Sackett DL. Screening in family practice: prevention, levels of evidence, and the pitfalls of common sense. J Fam Pract 1987; 24: 233-4.

¹⁵ Anonymous. Mass intervention vs screening and selective intervention for the prevention of coronary heart disease [Commentary]. JAMA 1986; 255: 2204-7.

¹⁶ Marmot MG. Epidemiology and the art of the soluble. Lancet 1986; i: 897-901.

¹⁷ Anonymous. Treating mild hypertension [Editorial]. Br Med J 1986; 291: 89-90.

¹⁸ Bonita R, Beaglehole R. Does treatment of hypertension explain the decline in mortality from stroke? Br Med J 1986; 292: 191-2.

¹⁹ Garraway MW, Whisnant JP. The changing pattern of hypertension and the declining incidence of stroke. JAMA 1987; 258: 215-7.

²⁰ Croog SH, Levine S, Testa MA, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314: 1657-64.

²¹ Jachuck SJ, Brierly H, Jachuck S, Willcox PM. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 103-5.

²² Anonymous. Risks of antihypertensive therapy [Editorial]. Lancet 1986; ii: 1075-6.

- ²³ Miettinen TA, Huttunen JK, Naukkarinen V, et al. Primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen bij mannen van middelbare leeftijd. *JAMA (NI)* 1986; 1: 20-5.
- ²⁴ Lamberts H. Adipositas en de stand der wetenschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 243-4.
- ²⁵ Kromhout D. Het belang van vis in de voeding. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2493-5.
- ²⁶ Rice D, Hodgson ThA, Sinsheimer P, et al. The economic costs of the health effects of smoking 1984. *Milbank Quarterly* 1986; 64: 489-547.
- ²⁷ Geerling J. Gaat hypertensiebehandeling in rook op? *Mod Med* 1987; ii: 462.
- ²⁸ Cook DG, Shaper AG, Pocock SJ, Kussick SJ. Giving up smoking and the risk of heart attacks. *Lancet* 1986; ii: 1376-9.
- ²⁹ Davis K. Health surveillance in Europe: an indicator-based reporting system. In: Schwefel D, ed. *Indicators and trends in health and health care*. Berlin, etc.: Springer, 1987.
- ³⁰ Adriaanse H, Van Reek J, Van Zutphen WM. Roekgewoonten van artsen wereldwijd; een overzicht van 100 onderzoekingen naar tabaksgebruik onder artsen in 31 landen in de periode 1951-1985. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2224-7.
- ³¹ Katan MB. Is er een kwantitatieve relatie tussen verlaging van het serumcholesterolgehalte en afname van uitingen van atherosclerose? In: *Cholesterol Consensus-bijeenkomst*, 19-23. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Nederlandse Hartstichting, 1987.
- ³² Van Dis SG. Hebben voedingsadviezen nadelige gevolgen voor wat betreft het risico op kanker? In: *Cholesterol Consensus-bijeenkomst*, 85-8. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Nederlandse Hartstichting, 1987.
- ³³ Schatzkin A, Taylor PhR, Carter ChL, et al. Serum cholesterol and Cancer in the Nhanes I Epidemiologic Follow up Study. *Lancet* 1987; i: 298-302.
- ³⁴ Dunning AJ. Dalende sterfte aan ischaemische hartziekten in Nederland; minder patiënten of meer dokters? *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2815-7.
- ³⁵ Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med* 1978; 299: 741-4.
- ³⁶ Geerling J. Hypertensie bij bejaarden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2340-1.
- ³⁷ Conroy RM, Cahill S, Malcahy R, et al. The relation of social class to risk factors, rehabilitation, compliance and mortality in survivors of acute coronary heart disease. *Scand J Soc Med* 1986; 14: 51-6.
- ³⁸ Lamberts H. Huisarts, patiënt en check-up: een onaantrekkelijke trias. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2349-53.
- ³⁹ Anonymous. How far to lower blood pressure? [Editorial]. *Lancet* 1987; i: 251-2.
- ⁴⁰ Lamberts H. Morbidity in general practice. *Utrecht: Huisartsenpers*, 1984.
- ⁴¹ Van Weel C, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Smits AJA. Development of respiratory illness in childhood – a longitudinal study in general practice. *J R Coll Gen Pract*; 1987; 37: 404-8.
- ⁴² Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het Transitie-model in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 3-11.
- ⁴³ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practices. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ⁴⁴ Meyboom-de Jong B, Postma TE, Van der Ende J, Lamberts H. De functionele toestand van patiënten. *Huisarts Wet* 1986; 29: 8-14.
- ⁴⁵ Lamberts H, Wood M, eds. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ⁴⁶ Van Weel C. Hypertensie en bejaarden: in de schaduw van een beslisboom. *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 9): 30-2.
- ⁴⁷ Van der Does E, Lubsen J, Pool J. Acute myocardial infarction: an easy diagnosis in general practice? *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 405-9.
- ⁴⁸ Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 125-8.
- ⁴⁹ Knottnerus JA, Ebbens E, Govaert ThME, De Geus CA. Klachten op de borst: omgaan met onzekerheden. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 159-64.
- ⁵⁰ Van der Does E. Impact of TRACE for admission to hospital of M.I. patients. In: *Federation of Medical Scientific Societies. Proceedings of the 28th Dutch Federation Meeting*: 121; Nijmegen, 1987.
- ⁵¹ Brons R. Diagnostiek van mogelijk cardiale klachten door de huisarts; een evaluatie van diagnostische hulp in de vorm van electrocardiografie en serumenzymbepalingen [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Rotterdam 1986.
- ⁵² Rose G. Cardiovascular diseases. In: *Holland WW, Detels K, Knox G, eds. Oxford Textbook of Public Health, Volume 4*: 133-44. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- ⁵³ Syme SL. Social determinants of health and disease. In: *Last J, ed. Public health and preventive medicine*; 23: 953-70. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1986.
- ⁵⁴ Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 37-58.
- ⁵⁵ Haynes SG, Eakes ED, Feinleib M. Spouse behavior and coronary heart disease in men. Prospective results from the Framingham Heart Study I. *Am J Epidemiol* 1983; 118: 1-22.
- ⁵⁶ Appels A. Gedrag en hartinfarct. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 436-9.
- ⁵⁷ Bass Ch, Wade C. Type A behaviour; not specifically pathogenic? *Lancet* 1982; ii: 1147-9.
- ⁵⁸ Stewart M. Factors affecting patients' compliance with doctors' advice. *Can Fam Physician* 1982; 28: 1519-82.
- ⁵⁹ Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
- ⁶⁰ Lohnstein M. Ergebnisse der Verbesserung der Hypertoniebehandlung in einer allgemeinmedizinischen Praxis durch konsequente Anwendung von Ergebnissen der Compliance-Forschung. *Allgemeinmedizin* 1986; 15: 94-7.
- ⁶¹ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 53-8.
- ⁶² Weber E, Gundert-Remy U, Schrey A. *Patiënten-Compliance*. Baden-Baden, etc.: Witzstrock, 1977.
- ⁶³ Lamberts H. Interdokter-variantie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 146-52.
- ⁶⁴ Huygen FJA. *Family medicine; the medical life history of families*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- ⁶⁵ Van der Velden HGM. *Persönlichkeitssprägung durch die Familie. Uebernahme erworbener Muster*. In: Schaefer H, Sturm E, eds. *Der Kranke Mensch*: 160-5. Berlin, etc.: Springer, 1986.
- ⁶⁶ Van Eijk JThM. *Levensgebeurtenissen en ziekte [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- ⁶⁷ Smits AJA. *Kind, huisarts en gezin. Een exploratief onderzoek naar de samenhang tussen kenmerken van ouders en presentatie van gezondheidsstoornissen van hun kind(eren) aan de huisarts [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- ⁶⁸ Van Eijk JThM. *Serious illness and family dynamics. Changes in consulting patterns of the unafflicted (1) and afflicted family members (2)*. *Fam Practice* 1985; 2: 61-75.
- ⁶⁹ Ransom DC. *Research on the family in health, illness and care – State of the art*. *Fam Syst Med* 1986; 4: 329-34.
- ⁷⁰ Cambell ThL. *Family's impact on health: a critical review*. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-328.
- ⁷¹ Medalie JH, Kahn HA, Neufeld HN, et al. *Five-year myocardial infarction incidence – II. Association of single variables to age and birthplace*. *J Chron Dis* 1973; 26: 329-49.
- ⁷² Medalie JH, Snyder M, Groen JJ, et al. *Angina pectoris among 10.000 men: Five year incidence and univariate analysis*. *Am J Med* 1973; 55: 583-94.
- ⁷³ Medalie JH, Goldbourt U. *Angina pectoris among 10.000 men. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five year incidence study*. *Am J Med* 1976; 60: 910-21.
- ⁷⁴ Van Weel C, Van Kruisdijk M, Van Ree JW. *The family as a source for information about adverse drug reactions*. In: *Federation of Medical Scientific Societies. Proceedings of the 28th Dutch Federation Meeting*: 534. Nijmegen, 1987.
- ⁷⁵ Anschuetz F. *Indikationen und Kontraindikationen ärztlichen Handelns*. *Allgemeinmedizin* 1987; 16: 3-8.