De kwaliteit van verwijzingen

Engelsman C, Geertsma A. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994; 388 pagina's. ISBN 90-72156-22-6.

Dit proefschrift van een verpleegkundige/socioloog en een arts is een verslag van een veelomvattende, sociologisch getinte studie van de kwaliteit van verwijzingen door huisartsen naar medische specialisten en van factoren die de kwaliteit van die verwijzingen verklaren. Aan het onderzoek namen 56 huisartsen en 93 specialisten uit verschillende typen ziekenhuizen deel, allen uit de drie noordelijke provincies. De gegevens over 309 verwijzingen zijn in het onderzoek betrokken. De onderzoekers beperkten zich tot niet-acute verwijzingen naar de internist, cardioloog, longarts, gastro-enteroloog, neuroloog of dermatoloog.

De kwaliteit van het proces van verwijzen werd afgemeten aan de doelmatigheid van het handelen van huisarts en specialist en aan de communicatie tussen huisarts en specialist (verwijsbrief en specialistenbrief). De meeste proces-aspecten werden door onafhankelijke beoordelaars gescoord. De kwaliteit van de uitkomst van de verwijzingen werd beoordeeld aan de hand van veranderingen in gezondheidstoestand en ongerustheid van de patiënt, kennis op diagnostisch gebied bij huisarts en patiënt, tevredenheid van patiënten over het gedrag van artsen, en het doorgaan met hulp zoeken na afronding van de verwijzing. De gegevens over de uitkomsten van de verwijzingen werden verkregen via schriftelijke vragenlijsten en interviews.

Een groot scala aan potentieel verklarende variabelen werd in het onderzoek betrokken, zowel niet-verwijzingsspecifieke (bijvoorbeeld leeftijd van patiënt, huisarts en specialist, taakopvattingen van huisarts en specialist) als verwijzingsspecifieke (bijvoorbeeld aard en ernst van de klachten, functionele toestand op het moment van verwijzen, verwijsmotieven van de huisarts). De keuze van de te verklaren en de potentieel verklarende variabelen is uitvoerig gemotiveerd; de constructie van de onderzoeksvariabelen en de betrouwbaarheid en de validiteit zijn uitvoerig in bijlagen verantwoord.

De doelmatigheid van het handelen van de huisarts werd in het algemeen als redelijk beoordeeld. De beoordelaars vonden vaak dat de huisarts meer had kunnen doen voorafgaand aan de verwijzing en vonden het tijdstip van verwijzen te vroeg. De variantie in doelmatigheid werd vooral verklaard door de aard en de ernst van de klachten en niet door huisartsgebonden kenmerken. Aan de doelmatigheid van het handelen van de specialist werd een hoge score toegekend met slechts geringe variantie, die grotendeels bepaald werd door de aard en de ernst van de klachten. Van de verwijsbrieven kreeg een derde deel een onvoldoende rapportcijfer, vooral vanwege het aspect 'verzorging'. De kwaliteit van de verwijsbrieven bleek sterk huisarts-afhankelijk. De kwaliteit van de berichtgeving van de specialist werd voornamelijk bepaald door de aard van de klachten.

Bijna elke verwijzing leverde iets op; het aspect dat het meest frequent verbeterde, was de zekerheid van de huisarts over de diagnose. De functionele toestand van de patiënten bleek drie maanden na de verwijzing verbeterd en de ongerustheid was afgenomen. In de multivariate analyse bleek de variantie in verbetering van de functionele toestand en ongerustheid vooral verklaard te worden door de functionele toestand en ongerustheid ten tijde van de verwijzing. Drie maanden na de verwijzing waren meer patiënten op de hoogte van de diagnose dan ten tijde van de verwijzing. De patiënten waren over het algemeen redelijk tevreden over het gedrag van de specialist. Tien procent van de patiënten had na afronding van de verwijzing nog elders hulp gezocht, veelal bij een alternatieve genezer. Een belangrijke bevinding is dat het tevoren aangenomen verband tussen het proces en de uitkomst van verwijzingen niet kon worden aangetoond.

Dit onderzoek heeft veel inspanning gevergd, die zichtbaar wordt in een gedetailleerde, maar niet gemakkelijk leesbare verslaglegging. De kracht en tegelijk de zwakte van dit onderzoek ligt in zijn veelomvattendheid. Het grote aantal afhankelijke en onafhankelijke variabelen die in dit onderzoek zijn gebruikt en de vele onderlinge relaties die zijn bestudeerd, maken het tot een welhaast uitputtende encyclopedische studie naar de kwaliteit van verwijzingen. Door de grote verschillen in 'hardheid' van de diverse variabelen zijn de bevindingen echter moeilijk op hun waarde te schatten en te interpreteren. Ondanks de moeite die de onderzoekers gedaan hebben om complexe conceptuele variabelen als doelmatigheid van geneeskundig handelen te meten, bleek er een niet geringe mate van onbetrouwbaarheid in de beoordeling van de afhankelijke variabelen te bestaan. De vraag rijst dan hoeveel waarde aan de resultaten mag worden gehecht.

Een indicatie daarvoor is dat er nauwelijks samenhang werd gevonden tussen de verschillende proces-aspecten en tussen proces en uitkomst van verwijzingen. Ook de relevantie van de bevindingen is niet zonder meer duidelijk. Weliswaar levert het onderzoek een aantal nieuwe inzichten op over factoren die de kwaliteit van verwijzen bepalen, maar voor de medicus practicus wordt niet duidelijk hoe hij de kwaliteit van zijn handelen ten aanzien van verwijzingen zou kunnen verbeteren. Daarvoor staan de operationalisaties van de conceptuele variabelen te ver van de dagelijkse praktijk; bovendien blijkt de kwaliteit van verwijzingen in sterke mate af te hangen van verwijzingsspecifieke kenmerken.

Ook op meer gedetailleerd niveau zijn vraagtekens te zetten.

- Onduidelijk is waarom de onderzoekers aspecten van de structuur van de zorg (traditioneel gezien een kwaliteitsaspect) onder de verklarende variabelen in plaats van onder de te verklaren variabelen hebben gerangschikt.
- De factoranalyse ter constructie van de doelmatigheids- en de klachtenschalen is uitgevoerd op meer dan een beoordeling per verwijzing; de afhankelijkheid van gegevens maakt de factoranalyse onbruikbaar.
- De onderzoekers spreken zichzelf tegen over de bruikbaarheid van impliciete en expliciete criteria voor de beoordeling van verschillende kwaliteitsaspecten: voor de beoordeling van het handelen werd het gebruik van impliciete criteria gemotiveerd, voor de beoordeling van verwijsbrieven werden expliciete criteria gehanteerd. Overigens zijn de NHG-standaarden uitermate geschikt als expliciete criteria om de doelmatigheid van het handelen van huisartsen te beoordelen.
- Voor het meten van de functionele toestand is een aantal dimensies uit de Sickness Impact Profile (SIP) gebruikt. Afgezien van de vraag of het wenselijk is om onderdelen uit de SIP te lichten, hebben de onderzoekers ook een aantal items uit de dimensie 'sociaal functioneren' weggelaten. Het is de vraag in hoeverre dan nog van een bestaand, gevalideerd instrument gesproken kan worden.
- Onduidelijk is hoe 'verandering van diagnose' (gecodeerd in ICPC-codes) is gedefinieerd.
- Waarom is, in het kader van het meten van tevredenheid van patiënten, van huisartsen alleen het instrumentele gedrag beoordeeld en van specialisten zowel het instrumentele als het affectieve gedrag?
- De onderzoekers hechten nogal aan de representativiteit van de populatie teneinde de resultaten te kunnen generaliseren. Het exploratieve karakter van dit onderzoek maakt generaliseerbaarheid echter van ondergeschikt belang.

De belangrijkste vraag is wat dit onderzoek heeft bijgedragen aan de kennis over de kwaliteit van verwijzen. Het is jammer dat de onderzoekers hier in hun beschouwingen niet uitvoerig op zijn ingegaan. De bevinding dat de kwaliteit van verwijzingen vooral verklaard wordt door de aard en ernst van de klacht en de gezondheidssituatie van de patiënt en in mindere mate door de persoon van de huisarts en de aard van het specialisme, biedt veel aanknopingspunten voor verdere gedachtenvorming en onderzoek.

Al met al een verslag van een studie die aan zijn veelomvattendheid zijn kracht ontleent, maar daarin ook ten onder dreigt te gaan. Ter bestudering aanbevolen voor onderzoekers die geïnteresseerd zijn in verwijzingen.

François Schellevis

Reactie

De laatste jaren bestaat er toenemende maatschappelijke belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, binnen de medische beroepsgroepen, bij de overheid en de financiers van de zorg, en bij de patiëntenorganisaties. Verwijzen vormt hiervan een belangrijk onderdeel. Ook op wetenschappelijk terrein is er toenemende belangstelling voor de kwaliteit van verwijzingen. Tot op heden is echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar het proces en de uitkomst van verwijzingen en naar de onderlinge samenhang. Het doel van ons onderzoek was het verkrijgen van meer inzicht in de kwaliteit van verwijzingen en in de factoren die de kwaliteit verklaren.

Het unieke van dit onderzoek is, dat de verwijzing in al zijn facetten in kaart is gebracht en dat daarin het perspectief van de drie actoren – huisarts, patiënt en specialist – in hun onderlinge relaties is betrokken. Het was een zeer complex onderzoek, maar ook de werkelijkheid – het proces en de uitkomst van verwijzingen – is zeer complex, zeker als we de verwijzing willen begrijpen in termen van kwaliteit van zorg. Om deze omvangrijke studie toegankelijk te maken voor verschillende geïnteresseerden, is een leeswijzer opgenomen.

In het proefschrift is het 'klassieke' model van Donabedian als uitgangspunt gekozen voor het onderzoeken van de kwaliteit van de verwijzing. Donabedian gebruikt de volgende indeling om het veelomvattende begrip 'kwaliteit' beter hanteerbaar en meetbaar te maken: structuur → proces → uitkomst.[1]

De term *structuur* verwijst naar de bronnen en middelen die gebruikt worden bij het leveren van zorg, alsmede de relatief stabiele omstandigheden waaronder zorg wordt geleverd. Structuurvariabelen zijn in te delen in een drietal categorieën: kenmerken van het systeem (zoals aanwezige specialismen), kenmerken van de hulpverlener (zoals leeftijd en opleiding) en kenmerken van de patiënt (leeftijd en ernst van de aandoening).[2] In het kader van een onderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen ligt het niet in de rede aan de hand van deze variabelen de kwaliteit te meten. Structuurvariabelen zijn voorwaarde-scheppende factoren voor een goede kwaliteit van zorg.[3] Daarom is een aantal structuurvariabelen in het verklaringsmodel gerangschikt onder de verklarende variabelen.

In de betekenis die Donabedian aan de term *proces* geeft, verwijst dit begrip zowel naar de medische en verpleegkundige zorgverlening, als naar de activiteiten van ondersteunende diensten. In ons onderzoek is dit vertaald in de doelmatigheid van het handelen van de artsen en de kwaliteit van de onderlinge communicatie.

Uitkomsten zijn de gevolgen voor een patiënt, die toegeschreven kunnen worden aan een handelend ingrijpen van de hulpverlener.[3] De uitkomst is geoperationaliseerd in de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid, de diagnostische kennis (ook van de huisarts), de tevredenheid en het al dan niet verder hulpzoeken door de patiënt.

Het gekozen verklaringsmodel veronderstelt een relatie tussen de verklarende variabelen en de kwaliteitsaspecten, tussen het proces en de uitkomst van de verwijzing, en tussen de proces- en uitkomstaspecten onderling. Hoewel het model is gebaseerd op het door anderen aangetoonde belang van bepaalde aspecten voor de kwaliteit van zorg, dient het hier als exploratief beschouwd te worden. Ook bij dit type onderzoek achten wij het overigens van belang aandacht te schenken aan de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Bij de beoordeling van de kwaliteit van het proces van de verwijzing (de doelmatigheid van het handelen van de artsen en de onderlinge communicatie) is voornamelijk gebruik gemaakt van impliciete criteria. Bij gebruik van impliciete criteria is de evaluatie van zorg gebaseerd op het oordeel van een *arts* met gebruik van niet uitgesproken of opgeschreven richtlijnen. Bij gebruik van expliciete criteria wordt gebruik gemaakt van lijsten met criteria, die door een *niet-medicus* kunnen worden afgelezen.[4] Als argument voor het gebruik van expliciete criteria wordt vaak de grotere reproduceerbaarheid van deze methode genoemd, terwijl aan het gebruik van impliciete criteria een grotere validiteit wordt toegeschreven.[4]

De belangrijkste argumenten om bij de beoordeling van de doelmatigheid van handelen impliciete criteria te gebruiken, zijn: ten eerste dat er nauwelijks expliciete criteria voorhanden zijn om het handelen van artsen te beoordelen; ten tweede is het beoordelen van het handelen van artsen op basis van ziektegeschiedenissen niet geschikt voor het gebruik van expliciete criteria. 'Expliciete criteria kunnen immers niet gebruikt worden in geval van casuïstiek met (vage) klachten, veel comorbiditeit, een gecompliceerde diagnostische "beslisboom" en het gebruik van contextuele argumenten.'[5] Ook bij de beoordeling van verwijsbrieven is slechts bij enkele onderdelen het gebruik van expliciete criteria mogelijk, bijvoorbeeld of de personalia van de patiënt volledig in de brief zijn vermeld. Er zijn geen expliciete criteria op te stellen aan de hand waarvan een niet-medicus kan beoordelen of bijvoorbeeld de anamnese in de verwijsbrief voldoende is.

De diagnosen zijn door de onderzoekers gecodeerd met behulp van de ICPC. Bij bijna de helft van de verwijzingen bleef de diagnose van de huisarts ongewijzigd; bij een kwart veranderde de ICPC-code en werd de diagnose vervangen door een andere diagnose: gordelroos werd bijvoorbeeld lichen ruber, poliep colon descendens werd hemorroïd, en migraine werd cluster headache; bij 1 op de 10 verwijzingen werd de diagnose nader gespecificeerd: huidcarcinoom werd bijvoorbeeld hubasaalcelcarcinoom, en contacteczeem werd contacteczeem voor cobalt, chroom en opoxyhars.

Het feit dat in het onderzoek nauwelijks samenhang is gevonden tussen het proces en de uitkomst, zou men kunnen toeschrijven aan het feit dat sommige aspecten niet perfect zijn gemeten. Bij de beoordeling van de doelmatigheid en de kwaliteit van de verwijsbrieven is de overeenstemming tussen de onafhankelijke artsen matig, wat inherent is aan het gebruik van impliciete criteria. Dokters handelen niet alleen verschillend, maar oordelen ook verschillend.

Anderzijds moeten we in aanmerking nemen dat doelmatigheid in dit onderzoek vooral te maken had met 'te veel' of 'te weinig'. Slechts bij 4 procent van de verwijzingen vonden de onafhankelijke beoordelaars dat de huisartsen een onjuiste diagnose stelden, en bij 5 procent had de specialist een onjuiste diagnos-

tische conclusie getrokken. Juist dit onderdeel van doelmatig handelen zou invloed kunnen hebben op de uitkomst. Je zou het feit dat geen verband is gevonden ook positief kunnen duiden en concluderen dat, ook al laat de huisarts of specialist een steek vallen, het systeem zo in elkaar zit dat dit geen gevolgen heeft voor de uitkomst. Dit geldt ook voor tekortkomingen in de wederzijdse berichtgeving. Huisarts en specialist zullen elkaars tekorten wel aanvullen.

Verder is door ons als verklaring voor het ontbreken van een verband tussen de medische interventies en de uitkomst aangegeven dat de genezing van patiënten meestal niet alleen is te danken aan een technische of medicinale interventie; bejegening van de patiënt is vaak belangrijker. Een dergelijk effect wordt ook wel een 'placebo-effect' genoemd. De bejegening van de patiënt in de spreekkamer door de huisarts en de specialist is in dit onderzoek onderbelicht gebleven. Verder onderzoek op dit terrein zou zeer wenselijk zijn.

Het doel van het onderzoek brengt met zich mee dat niet alle resultaten direct te vertalen zijn in aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk. De resultaten zijn echter wel degelijk relevant voor het inzicht in de kwaliteit van verwijzingen en daarmee ook voor de dagelijkse praktijk.

Schellevis stelt aan dat de operationalisaties van de conceptuele variabelen te ver van de dagelijkse praktijk staan. Deze conclusie delen wij niet. Het feit dat een aantal van de door ons ontwikkelde instrumenten in de (huisarts)geneeskunde opleiding wordt gebruikt, geeft blijk van het tegendeel. Wij zijn benieuwd hoe hij de aspecten van het proces en de uitkomst van verwijzingen en de verklarende variabelen geoperationaliseerd zou hebben.

Dit proefschrift heeft een schat aan gegevens opgeleverd en een veelheid aan instrumenten om de kwaliteit van verwijzingen te meten en te verklaren. Wat dit betreft heeft deze studie een belangrijke bijdrage geleverd aan het verdere begrip van de kwaliteit van verwijzingen. Het onderzoek was exploratief van aard en heeft mogelijkheden en beperkingen aangegeven voor verder onderzoek op het terrein van de kwaliteit van zorg. Uit het enthousiasme van de deelnemende patiënten, artsen en beoordelaars kan worden afgeleid dat het aan de bereidheid van het veld niet hoeft te liggen om onderzoek op dit terrein te continueren.

Carla Engelsman
Bert Geertsma

1 Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.
2 Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The medical outcomes study. An application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 1989; 262: 925-30.
3 Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
4 Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg. 's Gravenhage, 1991.
5 Grundmeijer H, Weert H van. Patient, huisarts en internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

Long-term systematic management of hypertensive patients in general practice

Harms LM. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1994; 107 bladzijden, prijs NLG 20,–. ISBN 90-900780-4. Te bestellen via Vakgroep HVG, VU, Amsterdam, telefoon 020-444.8199.

Het grote belang van interventie bij verhoogde bloeddruk om een vermindering van morbiditeit en mortaliteit van hart-vaatziekten te bewerkstelligen, is reeds lang bekend. Tot nu toe is in Nederland betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van een actief opsporings- en langdurig vervolgbeleid bij patiënten met verhoogde bloeddruk. Ook buiten Nederland heeft slechts een minderheid van follow-up studies langer dan zeven jaar geduurd. Het is daarom verheugend dat de schrijver, huisarts te Eindhoven, een evaluatie-onderzoek heeft verricht naar de werkwijze en effecten van een meer dan tien jaar durende systematische opsporing en begeleiding van patiënten met hypertensie.

Reeds in 1978 werd in vier huisartspraktijken te Eindhoven begonnen met een programma om verhoogde bloeddrukwaarden te reduceren, waarbij ook aandacht werd besteed aan risicofactoren als roken, stress, verhoogd serumcholesterol en overgewicht. Via case-finding en met inschakeling van een diagnostisch centrum werden patiënten met verhoogde bloeddruk gediagnostiseerd. Naast regelmatige controle door de huisarts bezochten patiënten jaarlijks het diagnostisch centrum. In dit centrum werden onder meer cholesterolbepalingen verricht en elektrocardiogrammen gemaakt, en werd de hartgrootte bepaald met behulp van röntgenonderzoek.

Tijdens deze systematische aanpak verdubbelde het aantal patiënten met hypertensie. Van degenen met hypertensie steeg het percentage met een goed gereguleerde bloeddruk van 37 tot 65 procent. De risicofactoren hoog cholesterolgehalte, roken, overgewicht en linker-ventrikelhypertrofie veranderden echter weinig. De terugkeertrouw van de patiënten bij de huisarts bedroeg 80 procent met een terugval van degenen met een goed gereguleerde tensie in de laatste jaren van de studie. De medicatietrouw van de patiënten was 95 procent en de huisarts handelde in 70 procent van de gevallen conform het programma.

Tijdens de studie vond er een wisseling van huisartsen plaats, verschenen er publikaties over nadelige effecten van hypertensiebestrijding en veranderden de inzichten over bijvoorbeeld de dosering van diuretica.

De onderzoeker vergeleek 120 hypertensiepatiënten met een leeftijd van 50-65 jaar uit de onderzoekspopulatie met een even grote patiëntengroep uit acht andere praktijken, waarin geen systematische follow-up plaatsvond. Aan het eind van de studie waren de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in de onderzoekspopulatie beduidend lager dan in de controlegroep. Dit gold met name ten aanzien van linker-ventrikelhypertrofie, ischemische hartziekten en perifere-vaatstoornissen.

Uitkomsten

Bijzonder verrassend is de reductie van de incidentie van angina pectoris, die in eerdere studies niet werd gevonden. Het is bekend dat mensen met angineuze klachten niet altijd medische hulp inroepen, dat de betrouwbaarheid van de diagnose angina pectoris met behulp van de anamnese niet indrukwekkend is, en dat verdere diagnostiek slechts ingezet wordt op grond van de anamnese. Een meer intensieve behandeling van patiënten met hoge bloeddruk met bèta-blokkers kan angineuze klachten hebben onderdrukt. De schrijver wijst zelf op dit soort beperkingen van de studie en het geringe aantal patiënten.

In het onderzoek werd ook het beloop van de bloeddruk onderzocht bij patiënten bij wie de medicatie na tweemaal een diastolische bloeddrukwaarde ≤80 mm Hg was gestaakt. Na drie maanden steeg de bloeddruk weer bij circa 65 procent van de patiënten, en na twee jaar moest bij 95 procent van de patiënten de medicatie worden hervat. Deze uitkomst staat in schril contrast met de resultaten van de studie van Van Kruysdijk, waarin 44 procent van de patiënten na het staken van therapie normotensief bleef. Wellicht is dit een gevolg van het feit

dat het stellen van de diagnose hypertensie in het onderzoek van Harms zorgvuldiger gebeurde.

Toch zijn er wel vraagtekens te plaatsen bij sommige aspecten van het onderzoek naar het stoppen met medicatie. Het tweemaal meten van een diastolische waarde <80 mm Hg en het hervatten van therapie bij een eenmalige meting ≥95 mm Hg is niet een algemeen aanvaarde aanpak. Een zwak punt is ook dat in 33 procent van de gevallen de medicatie ten onrechte werd gestaakt. De aanbeveling om met medicatie te stoppen als de patiënt een jaar lang een diastolische waarde ≤90 mm Hg heeft of bij een waarde ≤85 mm Hg na een half jaar, is misschien wel juist maar niet onderbouwd door de studie.

NHG-Standaard Hypertensie

In hoofdstuk 6 worden de resultaten van een literatuuronderzoek over hypertensie in de periode 1990-1994 weergegeven. Dit is ongeveer de periode na het tot stand komen van de NHG–Standaard Hypertensie. De belangrijkste conclusie is dat actieve therapie ook bij geïsoleeerde systolische bloeddruk bij ouderen tot een verminderde mortaliteit en morbiditeit leidt. Bij hoogbejaarden met reeds bestaande ischemie van het myocard is echter het nadeel van therapie wellicht groter dan het voordeel.

Ten aanzien van de NHG-Standaard Hypertensie geeft de auteur de volgende aanbevelingen:

- Behandelen van een verhoogde systolische bloeddruk.
- Actiever opsporings- en behandelbeleid bij spreekuurbezoekers >65 jaar.
- Opsporen van linker-ventrikelhypertrofie bij hypertensiepatiënten.
- Meten van de waist/hip-ratio in plaats van de Quetelet-index.

Vooral de aanbevelingen ten aanzien van ouderen lijken mij urgent.

De opmerking van de schrijver dat verder onderzoek in de huisartspraktijk voor een kritische onderbouwing van programmatische preventie met betrekking tot hart- en vaatziekten gestimuleerd moet worden, is zeer zinvol. Dit proefschrift is een nuttige bijdrage in de reeks van onderzoeken op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk. De resultaten van de studie kunnen gebruikt worden voor het actualiseren van de NHG-Standaard Hypertensie.

A. Prins

Reactie

Ook voor mij was de uitkomst ten aanzien van de reductie van morbiditeit (en in het bijzonder van angina pectoris) in de systematisch behandelde groep hypertensieven het meest verrassende resultaat van mijn studie. Een mogelijke verklaring hiervoor is de langdurige follow-up van de systematische controle, waardoor pas op lange termijn een reductie in arteriosclerotische vaataandoeningen (ischemische hartziekten en perifere-vaatstoornissen) optreedt ten opzichte van complicaties die zich op korte termijn ontwikkelen, zoals CVA en infarct.

De betrouwbaarheid van de diagnostiek van angina pectoris is in het onderzoek groter dan collega Prins stelt: juist vanwege de verminderde betrouwbaarheid van de anamnestische diagnose werd alleen een door middel van ergometrie en/of catheterisatie bevestigde specialistische diagnose meegenomen, die bovendien werd gecontroleerd via de criteria van de ICHPPC-2.

De aantallen patiënten zijn inderdaad laag, doch door de hoge prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen in de onderzochte populatie (voornamelijk mannen van 50-65 jaar) is de grootte van de groep relatiever.

Het opsporen in de huisartspraktijk van patiënten met hypertensie en een langdurige en systematische behandeling kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van hart- en vaatziekten. Naast hoge bloeddruk dienen ook andere, met name leefstijl-gerelateerde risicofactoren nog meer te worden beïnvloed. De huisarts is de aangewezen persoon om hiertoe het initiatief te nemen. Een doktersassistente, een geautomatiseerd patiëntenbestand en een diagnostisch centrum kunnen hem hierbij van dienst zijn.

Het wordt hoog tijd om een start te maken met een programmatische preventie ten aanzien van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk, zoals ook voorgesteld in 1992 door NHG en LHV.

Luc Harms