

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
Dr. N.P. van Duijn
M. Hugenoltz, arts
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. J.W.M. Muris
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Nieuwe Prinsengracht 39
1018 EG Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6395763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6385700
Fax (030) 6385839
E-mail: klantenservice@bsl.nl
Binnenland NLG 174,50 per jaar.
België BEF 3.951 per jaar. Overig buitenland NLG 261,75 per jaar.
Studenten NLG 99,50 per jaar.
Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13x per jaar. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
Overige abonnees aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht



Lid van de
Nederlandse
Organisatie van
Tijdschrift-
Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk: zinvol en haalbaar?

Volgens het NHG-preventiebeleid moet zijn voldaan aan drie voorwaarden, alvorens een preventieve activiteit in aanmerking komt voor systematische uitvoering in de huisartspraktijk: bewezen *effectief*, een *taak* voor de huisarts en praktisch *uitvoerbaar*. Griepvaccinatie en cervixscreening voldoen in sterke mate aan deze criteria en zijn daarom gekozen als eerste speerpunten in het preventiebeleid van NHG en LHV. De gedachte bij de keuze voor deze twee 'eenvoudige' onderwerpen was dat de systematische aanpak, bij gebleken succes, overdraagbaar zou zijn naar een moeilijker en omvangrijker onderwerp: preventie van hart- en vaatziekten.

Sinds de start van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk' eind 1995 is veel bereikt. De aanvankelijke bezwaren van veel huisartsen tegen 'programmatische preventie' zijn in korte tijd (1,5 jaar) verminderd. Inmiddels roept tweederde van de Nederlandse huisartsen hun risicopatiënten voor influenza schriftelijk op en is de helft van de huisartsen betrokken bij het sturen van (herinnerings)oproepen in verband met het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De resultaten in termen van 'vaccinatiegraad' en 'opkomst/beschermingsgraad' zijn positief.^{1,2} De aanvankelijke weerstanden lijken in korte tijd te zijn verdwenen, met name dankzij de inhoudelijke en organisatorische ondersteuning vanuit de beroepsorganisaties.

LHV en NHG staan nu voor de keuze of andere preventie-onderwerpen in aanmerking komen voor een programmatische aanpak. Met de publicatie van de herziene standaard Hypertensie ligt 'preventie van hart- en vaatziekten' als volgende onderwerp voor de hand. Dit commentaar gaat in op de mogelijke rol van de huisarts op dit gebied.

Meta-analyse

Hart- en vaatziekten behoren wat betreft mortaliteit en morbiditeit tot de belangrijkste ziektecategorieën in de Westerse wereld. Hart- en vaatziekten hangen in sterke mate samen met beïnvloedbare risicofactoren en leefwijzen, zoals hypertensie, hypercholesterolemie, roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit. De afgelopen decennia zijn diverse preventieprogramma's uitgevoerd. Deze waren meestal gericht op de opsporing van personen met een verhoogd risico, gevolgd door beïnvloeding van de aanwezige risicofactoren via gedragsverandering en/of medicatie. In hoeverre deze preventiemaat-

regelen leiden tot de verwachte reductie van sterfte en ziekte ten gevolge van coronaire hartziekten (CHZ), is onduidelijk. Bij veel projecten ontbrak een vorm van effectevaluatie. De interventies die zijn onderzocht in een RCT-opzet, geven wisselende uitkomsten te zien.

Ebrahim & Davey Smith verrichtten systematisch literatuuronderzoek en een meta-analyse van RCT's naar de effectiviteit van multiple risicofactoren-interventies op het terugdringen van risicofactoren en op de totale en cardiovasculaire mortaliteit. Hun onderzoek heeft betrekking op *primaire* preventieprogramma's over de periode 1966 tot april 1995. De programma's waren gericht op de algemene bevolking – hetzij in de huisartspraktijk (zoals de Oxcheck en de Family Heart Study), hetzij in bedrijven – met een gemiddelde leeftijd van circa 50 jaar. De interventie bij de opgespoorde 'risicogroepen' bestond uit adviezen over voeding, roken, lichaamsbeweging, soms aangevuld met bloeddruk- of cholesterolverlagende medicatie. Tevens werd gebruik gemaakt van aanvullende gegevens van de oorspronkelijke onderzoekers. Trials over secundaire preventie vielen buiten de analyse.

De resultaten zijn afkomstig uit veertien trials. De overige publicaties vielen af, voor-

IN DIT NUMMER

Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk: zinvol en haalbaar? 'Als elke seconde knelt...'	573
Een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen	576
Screening en beleid bij hypercholesterolemie in een huisartspraktijk	581
De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij patiënten verwezen naar een fysiotherapeut	585
Mogelijkheden om dementie in een vroeg stadium te herkennen	589
Een dieetadvies bij hypertensie: met een korrel zout of een zaak van gewicht? 'Fixed drug eruption' bij gebruik van norfloxacin	593
NHG-Standaard Hypertensie (eerste herziening)	595
Ingezonden	598
Referaten	618
Boeken	619
Journal	621
NHG-katern	623

namelijk wegens methodologische tekortkomingen: ontbreken van een gerichte interventie of een nameting, geen adequate randomisatie, een follow-up van minder dan 6 maanden. De follow-up periode was gemiddeld vijf jaar, variërend van één tot elf jaar.

Belangrijkste uitkomst: er zijn beperkte – niet significante – veranderingen gemeten in bloeddruk (een daling met respectievelijk 4,2 en 2,7 mmHg van de systolische en diastolische bloeddruk), cholesterolgehalte (0,14 mmol/l reductie), rookgedrag (4,2 procent minder rokers), voedingsgewoonten en lichamelijke activiteit. Van de negen trials waarin, naast de reductie van risicofactoren, ook totale en cardiovasculaire mortaliteit waren gemeten, gaven er twee significante effecten te zien. Het totale effect van alle studies samen op de totale en cardiovasculaire mortaliteit was niet significant (odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval) respectievelijk 0,97 (0,92-1,02) en 0,96 (0,89-1,04)).

Een beperking van het merendeel van de onderzochte studies is dat de interventie was gericht op een relatief 'gezonde' populatie met slechts marginaal verhoogde risicofactoren. In de twee studies die zich richtten op personen met een hoger risico (met name hypertensieven) waren er wél relatief significante en relevante veranderingen in risicofactoren en mortaliteit. De odds ratio's waren in de twee betreffende studies 0,39 (0,18-0,84) en 0,82 (0,71-0,95) voor de totale mortaliteit en 0,37 (0,16-0,88) en 0,88 (0,69-1,11) voor de cardiovasculaire morbiditeit. Deze uitkomsten suggereren dat een gerichte aanpak van hoog-risicogroepen wel effect sorteert.

De auteurs concluderen dat multiple risicofactoren-interventies in de algemene bevolking niet effectief zijn ten aanzien van het verminderen van mortaliteit en morbiditeit. Behandeling van personen met een laag of marginaal risico levert weinig profijt, zeker in relatie tot de hoge kosten van dergelijke grootschalige programma's. Een hoog-risicobenadering daarentegen – preventie bij personen met een hoog absoluut risico – sorteert wel positieve effecten. Volgens de auteurs is er voldoende bewijs voor het nut van *secundaire* preventie bij hoog-risicogroepen, omdat de profijtkans en daarmee de motivatie tot gedragsverandering bij deze groep aanzienlijk groter is. Daarnaast bepleiten ze gezondheidsbescherming via belastingen of wetgeving ter reductie van roken en vetconsumptie. Dergelijke structurele maatregelen zouden meer effect sorteren op populatieniveau.

Deze conclusie wordt onderschreven in de onlangs verschenen Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV) 1997: 'De doeltreffendheid van interventies is gebaat bij een *hoog-risicobenadering*, waarbij interventies (GVO, medicamenteuze profylaxe) zich richten op personen met het hoogste *absolute* risico door een familiale belasting

of doordat meerdere risicofactoren gecombineerd vóórkomen.⁴ In combinatie met een populatiebenadering en structurele maatregelen kan de prevalentie van risicofactoren op bevolkingsniveau worden verlaagd.

Consequenties

Wat betekenen deze uitkomsten voor de Nederlandse huisartspraktijk?

Een belangrijke tekortkoming van de onderzochte trials is dat er een interventie plaatsvond bij personen met een gering absoluut risico. Volgens de huidige inzichten (onder andere de NHG-standaarden) zou deze groep niet in aanmerking komen voor behandeling. Hoewel er geen duidelijk afkappunt voor 'hoog risico' is vastgesteld, wordt een tien-jaarsrisico van 30 procent op een 'coronair event' gehanteerd als acceptabele grens voor behandeling. Op dit niveau moeten 20 personen vijf jaar worden behandeld om één 'event' te voorkomen.⁵ Over de exacte afkappunten valt te twisten. Het is echter duidelijk dat de hoogste prioriteit inzake preventie van hart-vaatziekten wordt gegeven aan hoog-risicopatiënten, omdat de kans op gezondheidswinst bij deze groep het grootst is.⁶

De uitkomsten van de meta-analyse bevestigen, ondanks de genoemde beperkingen, dat er geen reden is voor algemene screening en actieve opsporing in de huisartspraktijk van personen met cardiovasculaire risicofactoren zonder reeds aanwezige symptomen of risicofactoren. Het onder controle krijgen en houden van bekende risicopatiënten heeft voorrang boven het opsporen van nieuwe. De richtlijn in de herziene hypertensiestandaard voor opsporing van hypertensie bij contacten met patiënten die bekend zijn met één of meer risicofactoren (diabetes, CVA, TIA of ischemische hartziekte, leeftijd >60 jaar, familiale belasting, verhoogd cholesterol of hypertensie in het verleden) sluit hierop aan.

Programmatische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is zinvol en uitvoerbaar, als deze zich primair richt op de groep patiënten bij wie het absolute risico, de individuele profijtkans en daardoor de motivatie bij patiënt en huisarts het grootst is en de kosten-batenverhouding relatief gunstig. Dit zijn personen die *bekend zijn met* een of meer risicofactoren: hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus, familiair vóórkomen van hart- en vaatziekten op jonge leeftijd (<60 jaar) of met eerder aangetoonde verschijnselen van hart- en vaatziekten, bijvoorbeeld na een hart- of herseninfarct, en vooral een combinatie van deze factoren. Dit terughoudende preventiebeleid in de huisartspraktijk, waarbij wordt uitgegaan van absolute (in plaats van relatieve) risico's en 'numbers needed to treat' (het aantal te behandelen personen om een 'eindpunt' te voorkómen) werd door diverse preventiedeskundigen verwoord tijdens het WONCA-congres 'Prevention in primary care' in Praag.

De recente dissertatie van *Van der Weijden* bevat een meta-analyse naar de effectiviteit van cholesterolverlagende interventies, die deze bevindingen bevestigt.⁷ Ook de cholesterol screening kan worden beperkt tot patiënten met symptomen van coronaire hartziekten en patiënten met symptomen van familiale hypercholesterolemie. Screening van het serumcholesterol lijkt het meest zinvol bij patiënten met een hoog kortetermijnsrisico voor CHZ-sterfte, zoals post MI-patiënten en mannen van middelbare leeftijd met diverse risicofactoren voor coronaire hartziekten. Bij de keuze welke groep patiënten in aanmerking komt, kan een cardiovasculair risicoprofiel op basis van bekende risicofactoren van nut zijn. Er zijn verschillende risicoprofielen in omloop; een eenvoudig hanteerbaar systeem voor gebruik in de huisartspraktijk is echter nog niet beschikbaar.⁸

De effectiviteit van 'preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen' en de taak van de huisarts bij deze patiëntengroep lijken voldoende onderbouwd. De uitvoerbaarheid is tot nu toe in enkele projecten aangetoond of wordt nog onderzocht.⁹ Het NHG en de LHV staan voor de uitdagende taak om – op basis van de herziene NHG-Standaard Hypertensie (en later Cholesterol) – de programmatische preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicopatiënten te bevorderen. De standaard geeft heldere richtlijnen voor de opsporing van deze groep. Aanvullend nascholingsmateriaal voor groepen en individuele huisartsen is in ontwikkeling. Vanuit het 'Preventie: maatwerk'-project zullen de benodigde hulpmiddelen en methodieken worden ontwikkeld ter bevordering van een systematischer en doelgerichter aanpak van preventie van hart- en vaatziekten bij de bekende hoog-risicogroepen.

Dr. A.J.M. Drenthen, socioloog,
staflid Preventie, NHG-afdeling
Praktijkvoering & Preventie

- 1 Van Essen G, Bos JK. Programmatische grieppreventie ook in 1996 sterk verbeterd. *De Huisarts in Nederland* 1997; nr 2; 26-8.
- 2 Drenthen T, Van Essen GA, Hoek D, Van Lidth de Jeude CP. Verbetering griepvaccinatie en cervixscreening. Resultaten na 1½ jaar 'Preventie: maatwerk'. *Med Contact* 1997; 42: ter perse.
- 3 Ebrahim S, Davey Smith G. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ* 1997; 314; 1666-74.
- 4 Ruwaard D, Kramers PGN, eindredactie. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*. Bilthoven, Utrecht: RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- 5 Ramsay LE, Haq IU, Jackson PR, et al. Targeting lipid-lowering drug therapy for primary prevention of coronary disease: an updated Sheffield table. *Lancet* 1996; 348: 387-8.
- 6 Pyörala K, De Backer G, Graham, et al. Preventie van coronair hartlijden in de praktijk. *Tijdschr Cardiol* 1997; 28: 38-43.
- 7 Van der Weijden GDEM. Evaluation of cholesterol guidelines in general practice [dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997.
- 8 Muir J, Mant D. Multiple risk. In: Lawrence M, Neil A, Mant D, Fowler G. Prevention of cardiovascular disease. An evidence-based approach. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 186-199.
- 9 Lobo CM, Hulscher MEJL, Frijling BD, et al. Ondersteuning bij cardiovasculaire zorg in de huisartspraktijk: twee experimenten. *Hartbulletin* 1996; 27: 106-9.