

Systematische preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen in de huisartspraktijk

B.D. FRIJLING
A.J.M. DRENTHEN
C.P. VAN LIDTH DE JEUDE
ET AL.

Frijling BD, Drenthen AJM, Van Lidth de Jeude CP, Boomsma LJ, Appelman CLM. Systematische preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1999;42(10):466-8.

Dit artikel is een reactie op de beschouwing van *Boot & Meijman* (Huisarts Wet 1999;42(8):341-6), waarin zij stellen dat systematische preventie van hart- en vaatziekten – volgens de werkwijze van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten' (HVZ-project) – niet effectief is, geen taak voor de huisarts is, en onuitvoerbaar is. Hun berekeningen, die slechts marginale effecten laten zien, zijn echter gebaseerd op een meta-analyse van primaire preventieprogramma's bij een relatief gezonde, jonge populatie. Het HVZ-project is daarentegen gericht op hoog-risicopatiënten. De studies uit de meta-analyse die waren gericht op hoog-risicopatiënten gaven wél significante en relevante dalingen in risicofactoren, en totale en cardiovasculaire mortaliteit. *Boot & Meijman* vinden systematische preventie van hart- en vaatziekten geen taak voor de huisarts. Blijkens het LHV-basistakenpakket en de NHG-Standaarden Hypertensie, Diabetes Mellitus Type 2 en Cholesterol is preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicopatiënten wél een taak voor de huisarts. Ten slotte zou het HVZ-project in de dagelijkse praktijk onuitvoerbaar zijn. Om uitvoerbaarheidsredenen beperkt het project zich in eerste instantie tot de 60-jarigen (ongeveer dertig personen per normpraktijk) en bepalen deelnemers zelf in hoeverre ze hoog-risicopatiënten van andere leeftijden benaderen. In een evaluatiestudie wordt nu juist het effect en de werkbelasting van het systematisch uitvoeren van de activiteiten nader onderzocht. Er is dus geen reden het HVZ-project nu stop te zetten.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

B.D. Frijling, huisarts, NHG-staflid preventie;
dr. A.J.M. Drenthen, socioloog, coördinator
NHG-sectie Preventie & patiëntenvoorlichting;
L.J. Boomsma, huisarts, NHG-staflid preventie;
dr. C.P. van Lidth de Jeude, huisarts, LHV-staflid
preventie; dr. C.L.M. Appelman, huisarts, hoofd
NHG-afdeling Praktijkvoering & Preventie.

Inleiding

Met hun beschouwing 'Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is niet zinvol' nodigen *Boot & Meijman* uit tot bezinning en discussie.¹ Ze uiten aan de hand van het LHV/NHG-pilotproject 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten'² (HVZ-project) kritiek op de effectiviteit en haalbaarheid van opsporing en beïnvloeding van cardiovasculaire risicofactoren in de huisartspraktijk. De beschouwing vormt een goede aanleiding om het terughoudende Nederlandse preventiebeleid van de beroepsgroep, met name de gekozen 'hoog-risicobenadering', nader toe te lichten.

Alvorens te beginnen met een preventieprogramma, dient aannemelijk te zijn dat het programma zal leiden tot een relevante reductie van ziekte en sterfte. Interventies in de algemene bevolking zijn niet effectief in het verminderen van mortaliteit en morbiditeit door hart- en vaatziekten. Preventie bij personen met een hoog absoluut risico daarentegen sorteert wel positieve effecten. In het HVZ-project is daarom gekozen voor een hoog-risicobenadering. Over deze aanpak bestaat consensus in binnen- en buitenland.³⁻⁶

Het project richt zich op personen die bij de huisarts bekend zijn met een of meer risicofactoren – hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus, familiair voorkomen van hart- en vaatziekten op jonge leeftijd (<60 jaar) of met eerder aangetoonde verschijnselen van hart- en vaatziekten, en een combinatie van deze factoren. Het protocol van het HVZ-project richt zich derhalve op twee patiëntengroepen:

- patiënten die reeds bekend zijn met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: bij deze patiënten wordt het totale risicoprofiel geïnventariseerd of geactualiseerd;
- personen zonder bekende risicofactoren; bij deze personen wordt tijdens spreekuurbezoek de bloeddruk gemeten, met als doel hypertensie op te sporen. Met name vanwege de werkbelasting is primair gekozen voor personen die in een bepaald jaar 60 jaar worden,

en niet – zoals de standaard aanbeveelt – voor alle 60-plussers.

Het project gaat uit van de richtlijnen uit de bestaande NHG-standaarden en beoogt de implementatie van deze richtlijnen te bevorderen. Het is een pilotproject op meso-niveau met een evaluatiestudie, uitgevoerd door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) Huisartsgeneeskunde in Nijmegen.

De kritiek van *Boot & Meijman* is gericht op drie punten, die we achtereenvolgens van commentaar zullen voorzien:

- onzekerheid over de effectiviteit;
- onduidelijkheid of systematische preventie een taak voor de huisarts is;
- onuitvoerbaarheid van het programma en het in gevaar brengen van de gebruikelijke huisartsgeneeskundige zorg.

Effectiviteit

Boot & Meijman gebruiken de review en meta-analyse van *Ebrahim & Davey Smith* om vast te stellen in welke mate risicofactoren door preventieprogramma's dalen. Het merendeel van de veertien studies in deze review betreft primaire preventieprogramma's (uit 1966-1995) waarbij een interventie plaatsvond bij een relatief gezonde jonge populatie (gemiddelde leeftijd 50 jaar) zonder hart- en vaatziekten, dus met een gering absoluut risico. De gemiddelde waarden voor de bloeddruk en het cholesterol waren bij aanvang van de meeste trials weinig verhoogd. In de interventiegroepen werd dan ook nauwelijks vaker antihypertensieve en cholesterolverlagende medicatie voorgeschreven dan in de controlegroepen. Ook volgens de huidige inzichten (zoals verwoord in de NHG-standaarden) zouden deze personen meestal niet in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling.

In de review zaten enkele studies die zich richtten op personen met een hoger absoluut risico. In de interventiegroepen van deze studies werd wél vaker medicatie voorgeschreven en werden wél significante en relevante dalingen in risicofactoren en in totale en cardiovasculaire mortaliteit gevonden. *Ebrahim & Davey Smith* con-

cluderen dat preventie bij personen met een hoog risico op hart- en vaatziekten een positief effect sorteert.⁷

Deze conclusie, die destijds in *Huisarts en Wetenschap* uitgebreid is besproken,⁸ wordt niet genoemd door *Boot & Meijman*. De boodschap van *Ebrahim & Davey Smith* ('in people with hypertension and in other high risk groups risk factor interventions have beneficial effects') was juist een van de aanleidingen om te kiezen voor de hoog-risicobenadering. Het is onjuist om de effectiviteit van het HVZ-project, waarin de nadruk ligt op primaire en secundaire preventie bij hoog-risicopatiënten, af te meten aan een extrapolatie van ineffektieve primaire preventieprogramma's die vooral gericht waren op 'jonge gezonden'.

De berekeningen van *Boot & Meijman*, gebaseerd op de Framingham-risicofunctie (hun tabellen 2 en 3), zijn dan ook niet juist. Hoog-risicopatiënten komen voor een deel in aanmerking voor cholesterolverlagende medicatie en in geval van hypertensie ($\geq 160/100$ mmHg) meestal ook voor antihypertensiva. Het is daarom aannemelijk dat de diastolische bloeddruk gemiddeld meer zal dalen dan de vermelde 3 mmHg en het serumcholesterol meer dan 0,3 mmol/l. Door de statines zal bovendien het gemiddelde HDL-cholesterol stijgen. Verder is te verwachten dat het percentage gestopte rokers bij toepassing van de aanbevolen Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen-met-roken sterker daalt dan de 4,2 procent uit het overzicht van *Ebrahim & Davey Smith*.⁹

Bovendien wordt in de berekening voorbijgegaan aan het feit dat van de 100 hoog-risicopatiënten van 60-70 jaar ongeveer 25 personen bekend zijn met hart- of vaatziekte of diabetes mellitus:¹⁰ dit zijn de personen met het hoogste risico, bij wie medicamenteuze behandeling het meeste baat heeft.

De conclusie is gerechtvaardigd, dat *Boot & Meijman* het effect van het HVZ-project te laag schatten. Dit zal des te meer gelden als, naast het opsporen van risicofactoren, in toenemende mate vervolgvactiteiten opgezet worden om ook de *behandeling* van patiënten met cardio-

vasculaire risicofactoren te optimaliseren.

De opmerking van *Boot & Meijman* dat hun schattingen optimistisch zijn, omdat veranderingen in risicofactoren alleen kunnen worden vastgelegd bij personen die tot het eind toe blijven meedoen aan de interventiestudie, willen wij relativiseren. Personen die zich onttrekken aan begeleiding en behandeling, geven de huisarts weinig werk en de maatschappij weinig kosten. Aanvullend wijzen wij er nog op dat het HVZ-project ook het opsporen van diabetes mellitus bij hoog-risicopatiënten stimuleert (conform de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2). Naast preventie van hart- en vaatziekten is er dus ook preventie van de microvasculaire complicaties ten gevolge van diabetes mellitus.

Op basis van berekeningen van absolute risico's voor hart- en vaatziekten stellen *Boot & Meijman* dat het niet juist is voor mannen en vrouwen ≥ 60 jaar dezelfde behandelingscriteria voor hypertensie te hanteren. Voor het HVZ-project roept dit de vraag op of het wel zinvol is hypertensie op te sporen bij de 60-jarige vrouwen die niet bij de huisarts bekend zijn als hoog-risicopatiënt.

Van de 60-jarige vrouwen bij wie op grond van een leeftijd van 60 jaar door case-finding hypertensie gevonden wordt, zal uiteindelijk een deel bij anamnese en onderzoek toch additionele risicofactoren (roken, diabetes, familiäre belasting, orgaanschade) blijken te hebben. Hierdoor heeft minstens 30 procent van deze vrouwen een absoluut risico voor hart- en vaatziekten van $\geq 20\%$ en benaderen zij daarmee het risiconiveau van 60-jarige mannen zonder risicofactoren. Dit ondersteunt de pragmatische argumenten om voor mannen en vrouwen dezelfde beginleeftijd te hanteren voor case-finding van hypertensie.

Taak van de huisarts?

Boot & Meijman vinden systematische preventie geen taak voor de huisarts. Volgens het LHV-basistakenpakket en de richtlijnen uit de NHG-Standaarden Hypertensie, Diabetes Mellitus Type 2, en Cholesterol is de opsporing en behande-

ling van personen die bekend zijn met (risicofactoren voor) hart- en vaatziekten, wel degelijk een taak van de huisarts. Ook het besluit van de LHV-ledenvergadering eind 1997 om dit pilotproject uit te voeren geeft aan dat huisartsen preventie bij hoog-risicogroepen als een taak beschouwen.

Uitvoerbaarheid

Wat de uitvoerbaarheid betreft schilderen *Boot & Meijman* een te negatief beeld.

Zij gaan uit van 1.000 consulten per jaar voor 250 hoogrisicodragers (50% van alle 500 60-plussers) in een normpraktijk. Aan de reeds bekende 170 hoog-risicopatiënten voegen zij 80 personen (25% van de resterende 330 personen) toe, bij wie in het project door *case-finding* hypertensie wordt ontdekt. Het percentage 60-plussers met een niet ontdekte hypertensie is echter 10 procent (35 personen) en geen 25 procent.¹¹ Bovendien geldt dat huisartsen ook nu reeds substantieel consulten doen voor controle van hypertensie, diabetes mellitus, hypercholesterolemie en hart- en vaatziekten. Het is niet uitgesloten dat door het HVZ-project het aantal consulten toeneemt en dat een consult meer tijd gaat kosten. Deze toename mag echter niet overdreven worden. Bovendien kan een groot deel van deze werkzaamheden worden gedelegeerd aan de praktijkassistente.

Een voetnoot bij de NHG-Standaard Hypertensie nuanceert voor 60-plussers zonder risicofactoren de aanbevolen jaarlijkse bloeddrukmeting. In het HVZ-project is dit vertaald in het advies dat bij 60-jarigen zonder risicofactoren en een normale bloeddruk kan worden volstaan met een driejaarlijkse meting. Hiervan is dus niet een hoge werklast te verwachten.

Het opsporen van hypertensie bij personen ouder dan 60 jaar heeft in het project overigens geen prioriteit; het gaat primair om het opstellen en actualiseren van risicoprofielen bij hoogrisicopatiënten en secundair om het opsporen van hypertensie bij 60-jarigen.

De conclusie dat het LHV/NHG-programma onuitvoerbaar is wanneer alle consequenties ervan worden doorgevoerd,