

## Organisatie van preventie

Hulscher MEJL. Implementing prevention in general practice. A study on cardiovascular disease [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998; 198 bladzijden. ISBN 90-7316-02-6.

Promotie: 20 april 1998.

Promovendus: Marlies Hulscher (1964), gezondheidswetenschapper.

Promotores: prof.dr. R.P.T.M. Grol,

prof.dr. C. van Weel;

copromotor: dr. H.G.A. Mokkink.

Bespreking: prof.dr. H. Rengelink, sociaal-geneeskundige.

### Het proefschrift

Het onderzoek van Hulscher concentreert zich op de vraag op welke wijze preventieve activiteiten in de huisartspraktijk het beste georganiseerd kunnen worden, welke barrières er bestaan en hoe daarmee kan worden omgegaan. Zij ontwierp een interventiestrategie voor het wegnemen van deze barrières en ging na of zo'n interventieprogramma effectief is. Hiertoe bezochten gedurende 18 maanden getrainde praktijkassistenten of consulenten een aantal huisartspraktijken. In totaal namen 95 huisartspraktijken deel: 33 werden intensief begeleid, 31 kregen een minder intensieve feedback zonder intensieve interventie, en 31 praktijken fungeerden als controlegroep. Het preventieve onderzoek naar hart- en vaatziekten werd gebruikt om de interventiestrategie te toetsen.

Vooraf is een literatuuronderzoek verricht naar de effectiviteit van verschillende interventiemethoden ter verbetering van de preventieve werkzaamheden in de huisartspraktijk. Het overgrote deel van deze literatuur is Angelsaksisch, en daarbij rijst natuurlijk steeds de vraag hoe die ervaringen vertaald kunnen worden naar de Nederlandse situatie.

De inzet van de consulenten bij de 33 intensief begeleide praktijken was groot; gemiddeld werden de praktijken 25 maal bezocht, en de gemiddelde tijdsinvestering per praktijk was 31 uur. Er was een grote spreiding qua frequentie en duur van de bezoeken, die samenhang met de opvatting van de individuele consulenten. Bij de intensief begeleide praktijken werden significant meer risicofactoren gevonden dan bij de minder of in het geheel niet begeleide praktijken.

Delen van het proefschrift zijn als artikelen verschenen, en dat is te merken: er zijn vrij veel

herhalingen, zeker bij de tabellen. Het proefschrift heeft echter een heldere vraagstelling, een goed beschreven methode van onderzoek en een zorgvuldige bespreking van de resultaten. De conclusies geven een antwoord op de vraagstelling – een goed proefschrift dus.

### Opmerkingen over preventie

In de landen met een relatief hoge gemiddelde levensverwachting en een goed georganiseerde, toegankelijke gezondheidszorg blijven twee problemen bestaan die steeds dominantier gaan worden. De toegenomen levensverwachting heeft niet betekend dat het aantal gezonde jaren ook is toegenomen; er zijn veel ongezonde jaren aan het leven toegevoegd. Een ander persisterend probleem is dat van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Niet alleen gaan mensen met een zeer lage sociaal-economische status eerder dood, ze brengen ook veel meer jaren in ongezondheid door. De belangrijkste opgave is dan ook het verlengen van de gezonde levensverwachting en het terugdringen van de gezondheidsverschillen.

Naar we aannemen zal een zeer intensieve actie, gericht op het beïnvloeden van leefstijlen, kunnen resulteren in vermindering van de gezondheidsverschillen en in een verlenging van de gezonde levensduur. Als dit niet lukt en er geen compressie van morbiditeit optreedt, zullen er steeds grotere investeringen nodig zijn in de behandeling, verpleging en verzorging van zieken, zowel intra- als extramuraal.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid legt hiervoor een belangrijke taak bij de gemeentebesturen en hun GGD'en. De inspanningen die we ons moeten getroosten om de gezondheid te verlengen, vraagt een inzet van iedereen. De huisarts zal een zeer grote rol kunnen en moeten spelen, maar dat zal, blijkens dit proefschrift, bepaald niet zomaar gaan. Het is een belangrijke verdienste van Hulscher, dat zij dit duidelijk heeft gemaakt. Haar proefschrift laat zien dat het opdragen van een preventieve taak aan de huisarts een verandering betekent in de organisatie van de praktijkvoering en een verandering in de attitudes van iedereen die in de praktijk werkt. Het proefschrift laat ook zien welke grote inspanning dat kost en hoe duur dat kan zijn.

De GGD'en worden door Hulscher niet genoemd. Toch zijn dat de organisaties die een grote ervaring hebben met preventie en daar qua attitude, organisatie en administratie en epidemiologische know-how op ingericht zijn. Noch de GGD'en, noch de huisartsen hebben het alleenrecht op preventietaken. Het lijkt na het lezen van dit proefschrift meer dan ooit noodzakelijk dat de Landelijke Vereniging van

GGD'en en LHV om de tafel gaan zitten om eens goed te bestuderen hoe preventie het beste georganiseerd kan worden. Daarom ben ik blij met dit proefschrift, al word ik er niet gelukkig van.

H. Rengelink

### Reactie

Belangrijkste doel van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid is inderdaad het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkomen van vroegtijdig overlijden en het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een aandoening. Preventie wordt dan ook gezien als een van de prioriteiten in het gezondheidszorgbeleid. De overheid legt hiervoor echter niet alleen een belangrijke taak bij de gemeentebesturen en hun GGD'en; zij kent ook een belangrijke rol toe aan huisartsen. Huisartsen bevinden zich immers in een gunstige positie om preventieve zorg te verlenen, aangezien veel patiëntencontacten mogelijkheden bieden voor preventieve zorg.

In het onderzoek waarvan in het proefschrift verslag wordt gedaan, is gestreefd naar het maximaal uitbuiten van deze gunstige positie door het optimaliseren van de praktijkorganisatorische randvoorwaarden die van belang zijn voor het kunnen aanbieden van preventieve zorg. Het proefschrift gaat dan ook over de implementatie van preventieve zorg in de huisartspraktijk en de rol die getrainde consulenten hierbij kunnen vervullen. Gegeven deze vraagstelling worden GGD'en in dit proefschrift niet genoemd. Dit gebeurt dus niet omdat zij geen rol in de preventietaken zouden vervullen. Zoals Rengelink stelt: noch GGD'en, noch huisartsen hebben het alleenrecht op preventietaken. Programmatische preventie (preventieve activiteiten die volgens een vastgelegde taakverdeling en werkwijze worden uitgevoerd, gericht op een omschreven doelgroep waarbij het bereik wordt gevolgd) is een uitdaging voor alle partijen in het veld. Welke vorm de samenwerking tussen verschillende partijen moet aannemen, is nog onduidelijk. Drenthen deed in 1993 verslag van een samenwerkingsproject waarin GGD'en, in aansluiting op de individuele preventie door de huisarts, collectief-preventieve activiteiten zouden organiseren. Deze laatste activiteiten kwamen echter niet van de grond, evenmin als de beoogde samenwerking tussen beide partijen.

Rengelink wijst op de noodzaak van samenwerking tussen partijen. Voortbordurend op de resultaten uit het proefschrift is in het 'Preventie: maatwerk'-project – het nationale implementatieproject ter optimalisering van pro-

In de rubriek *Forum* worden vooral proefschriften besproken. De auteurs van deze werken worden uitgenodigd een korte reactie te geven, maar zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

grammatische preventieve activiteiten in de huisartspraktijk – een duidelijke rol weggelegd voor de overige partners in het preventieveld, waaronder de GGD'en. NHG en LHV voeren overleg met de Landelijke Vereniging van GGD'en om in enkele gebieden, aanvullend op de activiteiten van de huisarts, projecten te starten die tevens deel zullen uitmaken van het aan het project gekoppelde onderzoek. GGD'en kunnen zich nog melden.

Marlies Hulscher

## Kwaliteit praktijkvoering

Van den Hombergh P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998; 188 bladzijden. ISBN 90-76316-03-1.

Promotie: 22 juni 1998.

Promovendus: P. van den Hombergh (1950), huisarts te Almere, stafid NHG.

Promotores: prof.dr. R. Grol, prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch.

Bespreking: dr. J.D. Mulder, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Het zoveelste onderzoek in de voor de Nederlandse huisartsen zo belangrijke kwaliteitslijn van het WOK (Nijmegen-Maastricht) te samen met het NHG vond in dit proefschrift een voorlopige voltooiing. Voorlopig, want ondertussen heeft Van den Hombergh bij het NHG de nadere uitwerking en toepasbaarmaking van het ontwikkelde meetinstrumentarium ter hand genomen (H&W 1998;41:160).

Bij het literatuuronderzoek kwam al snel naar voren, dat in de Angelsaksische landen het onderzoek naar de kwaliteit van de praktijkvoering meestal voorkwam als een component van een totaalbeoordeling van de huisarts, die tot doel had of de slechte huisartsen op te sporen, of juist de zeer goede huisartsen te ontdekken die zonder examen toch lid konden worden van een huisartsen-college. In Nederland moest het doel van de voor de huisartspraktijk te ontwikkelen instrumenten juist educatief zijn, om de huisartsen te stimuleren maatregelen te treffen om de kwaliteit van de praktijkvoering zo nodig op een hoger plan te brengen.

Een aanwinst was het splitsen van de te onderzoeken aspecten in twee groepen: gericht op de huisarts/samenhangend met de huisarts, en gericht op de praktijk. Een handicap was dat tot nu toe, in tegenstelling tot de vele op ziekte gerichte NHG-standaarden, er – ook in het buitenland – vrijwel geen richtlijnen voor praktijkvoering zijn uitgewerkt. Na de keuze van de visitatie als methodiek, moest worden onder-

zocht of dit door collegae of door speciaal daartoe getrainde consulenten kon geschieden.

De volgende vraagstellingen werden geformuleerd.

- Hoe ziet een goede toetsingsmethode voor de praktijkvoering er uit?
- Wat is de variatie in praktijkvoering tussen praktijken en huisartsen, en welke factoren kunnen deze variatie verklaren?
- In hoeverre resulteert de praktijkvisite met de toetsingsmethode in verandering in de praktijkvoering?

## Onderzoek

Allereerst werd in een consensusprocedure met 40 huisartsen een gebieds- en inhoudsomschrijving van praktijkvoering tot stand gebracht. Vervolgens werden de 2410 mogelijke aspecten van praktijkvoering teruggebracht tot een aantal van 234, die vermoedelijk voldoende variatie vertoonden tussen huisartsen en praktijken om bruikbare informatie op te leveren. Het proefonderzoek onder 59 huisartsen, hun praktijkassistenten en een steekproef uit hun spreekuurbezoekers leverde tenslotte een Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) op met 249 indicatoren. Hiermee werd bij 110 huisartsen in 88 praktijken het definitieve onderzoek uitgevoerd.

Per saldo bleken 208 factoren (129 op praktijk- en 79 op huisartsniveau) voldoende te discrimineren op huisarts- of praktijkniveau. Met factoranalyse werden deze gebundeld tot 24 dimensies. Zij werden gekoppeld aan vijf dimensies over werkbelasting en vijf dimensies over ervaren werkdruk om een taxonomie van de praktijkvoering vast te stellen. In diverse hoofdstukken worden de analyses beschreven. Omdat het bij een kwaliteitsonderzoek belangrijk is het lange-termijneffect na te gaan, werd bij 90 huisartsen in 68 praktijken na een jaar een tweede visitatie uitgevoerd.

Na een jaar werden met de VIP significante verbeteringen op de meerderheid van de praktijkvoeringsaspecten gevonden. Educatieve visitatie lijkt dus toepasbaar en effectief te zijn, vermoedelijk mede door de combinatie met een nabespreking in de hagro. Onderlinge visitatie en feedback door een collega is iets effectiever, maar het verzamelen van alle gegevens door en het verkrijgen van feedback van een consulent wordt beter door de huisartsen gewaardeerd. Nader onderzoek over wie het best de visitatie kan doen, is noodzakelijk. Maar liefst 90 procent van de huisartsen zou een volgende ronde na 2-5 jaar wensen. De VIP biedt een spiegel, biedt betrouwbare feedback, onafhankelijk van de visitor, en beperkt het subjectieve oordeel van de visitor.

## Commentaar

Met alle waardering voor de ontwikkelde en geteste methode valt niet te ontkennen dat de onderzochte groepen toch wel duidelijk een selectie vormen. Het blijft onduidelijk hoeveel procent van de Nederlandse huisartsen bereid en in staat is hieraan mee te werken. De methode is geschikt voor educatieve doeleinden. Dit zal het bedreigende bij de aarzelenden verminderen. De methode is niet geschikt voor selectie of recertificatie.

Meer vragen over bereikbaarheid, telefonisch spreekuur en storings tijdens het consult lijken wenselijk, omdat dit juist aspecten zijn die patiënten vaak naar voren brengen.

Dat huisartsen met en zonder beroepsopleiding niet significant verschillen, moet terug te vinden zijn in het kenmerk onder en boven de 50 jaar. Vanaf het begin is echter gezegd dat de eenjarige beroepsopleiding te kort was. Daarom had beter gezocht kunnen worden op het kenmerk eenjarige of tweejarige beroepsopleiding.

Er werd in hoofdstuk V weinig toename in taakdelegatie aan de praktijkassistenten gevonden over de laatste tien jaar. Maar is dat wel juist? Op blz. 83 staat dat praktijkassistenten vaak *vaginal smears* maken (moet dit niet *cervical* zijn?), terwijl in tabel 1 op blz. 79 staat dat zij dit maar in 7 procent van de gevallen doet.

Opvallend is dat in solopraktijken minder geïnvesteerd wordt in assistentie per fulltime huisarts en minder delegatie van taken plaatsvindt; maar met minder assistentie zul je meestal minder delegeren.

Een belangrijke opmerking is dat in de NHG-standaarden nadrukkelijker over taakdelegatie gesproken moet worden, zeker nu ook de LHV de praktijkverpleegkundige naar voren schuift. Op blz. 89 was het niet duidelijk of *complaints* staat voor ziekteklachten of voor klagen door patiënten. Aan dit laatste aspect lijkt onvoldoende aandacht te besteed.

Uit de taakopvatting en attitude van de huisarts zal vaak zijn wijze van medisch-inhoudelijk werken, het omgaan met patiënten en de praktijkvoering voortvloeien. Over de samenhang tussen taakopvatting of attitude en praktijkvoering komt weinig naar voren.

Voordat visitatie van de praktijkvoering een plaats zou kunnen krijgen bij nascholings-accreditatie van huisartsen, zal nog veel werk moeten worden verzet. Toch is het een waardevol proefschrift, dat ik met veel genoegen heb bestudeerd en ter lezing aan huisartsen die actie in deze richting overwegen, kan aanbevelen.

J.D. Mulder

## Reactie

Het commentaar van Mulder en zijn samenvatting geven aan dat hij niet twijfelt aan de betekenis van de visitatie en de waarde ervan voor de huisarts en het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Hij blijkt het proefschrift gedetailleerd gelezen te hebben. Zijn opmerking dat het een aanwinst was om de feedback te richten op de praktijk waar het praktijkaspecten betreft, en op de huisarts bij huisartsaspecten van de praktijkvoering, zal nog een vervolg krijgen in het splitsen van de feedback in een praktijk-feedbackrapport en een huisarts-feedbackrapport.

Terecht trekt de recensent de representativiteit voor de Nederlandse huisarts in twijfel. Het betrof tenslotte uitsluitend huisartsen die vrijwillig aan de visitatie hadden deelgenomen. De huisartsen werden echter via de huisartsgroep geworven, waarbij een hagro of toetsgroep vaak uit huisartsen van verschillend plumeau bestond. Onze hoop dat de huisartsen die deelnamen aan het project, toch een redelijk representatieve groep vormden, bleek aardig te kloppen. Er waren wel meer solo-artsen en geen artsen uit een van de vier grote steden, maar voor een groot aantal overige kenmerken week de groep weinig af van landelijke percentages. Ons project had bovendien als hoofddoel de ontwikkeling van een valide, betrouwbare, praktische en acceptabele visitatiemethode en niet het nemen van een representatieve steekproef van huisartsen om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van de praktijkvoering in Nederland. Zo zijn de gegevens ook gepresenteerd.

Het doet me deugd dat Mulder meer in plaats van minder indicatoren in de VIP wil. Mij lijkt uitbreiding met een aantal patiëntenvragen niet wenselijk. De feedback dient de huisarts te helpen prioriteiten voor verbetering te stellen, in een situatie waarin het al veel moeite kost om overzicht te houden over het grote aantal aspecten en indicatoren. Veel winst van verdere detaillering verwacht ik dan ook niet. In de evaluatie bleek ook dat men het aantal indicatoren en aspecten voldoende vond en geen extra uitbreiding wenste.

Wij hebben niet naar het aantal jaren beroepsopleiding gevraagd, maar dat is natuurlijk een relevant gegeven, wanneer men inzicht wil hebben in de invloed van het volgen van de beroepsopleiding op de praktijkvoering. Voor beleid en voor onderwijs zijn dit relevante zaken. Zo hadden wij ook niet het achtergrondkenmerk 'wel/niet tropenarts' toegevoegd. Hopelijk volgen deze analyses uit toekomstige visitaties, want de methode wordt regelmatig aan-

gepast. Op die manier willen wij ook nagaan of opleiding en praktiseren als tropenarts een effect hebben op de praktijkvoering.

Het aandeel van de assistente in de *cervical smears* (er staat inderdaad *vaginal*, en dat is onjuist) is toegenomen van 0 procent 10 jaar geleden naar 7 procent in 1994. In de tekst wordt helaas de indruk gewekt dat het nu veel wordt gedaan, maar bedoeld werd dat sprake was van een forse toename. Een ander punt dat niet helder was, is de betekenis van *complaints*. Het betreft hier klachten van patiënten over de service en de kwaliteit van zorg, bedoeld om de praktijk te helpen zo'n punt te verbeteren.

Terecht ziet Mulder ook dat er nog veel te ontwikkelen valt aan visitatie en dat we er nog niet zijn. Wij hopen dat beroepsgroep en overheid bereid zullen zijn hierin verder te investeren. Visitatie als onderdeel van verbeterprogramma's van de kwaliteit van zorg is een krachtig middel voor kwaliteitsverbetering en dat is misschien wel de belangrijkste conclusie van ons project.

P. van den Hombergh

## Systolische hypertensie

Heesen WF. Isolated systolic hypertension. Pathophysiology and effects of treatment [Dissertatie]. Groningen; Rijksuniversiteit Groningen, 1998. ISBN 90-367-0932-6.

Promotie: 24 juni 1998.

Promovendus: W.F. Heesen (1966), cardioloog in opleiding, Groningen.

Promotoren: prof.dr. K.I. Lie, prof.dr. B. Meyboom-de Jonge, prof.dr. P.A. de Graeff.

Bespreking: dr. E.P. Walma, huisarts te Schoonhoven.

Dit proefschrift gaat over geïsoleerde systolische hypertensie. In de inleiding beschrijft Heesen het belang van intermediaire eindpunten, zoals linkerventrikelhypertrofie, voor het begrip van de manier waarop risicofactoren als hypertensie hun nadelige effecten veroorzaken op het hart en de hersenen. Het onderzoek is gebaseerd op gegevens uit het in 1980 gestarte project van de Groningen Hypertension Service. Dit betreft een bevolkingsonderzoek in een aantal Groningse gemeenten, uitgevoerd door een samenwerkingsverband van de afdelingen cardiologie, interne geneeskunde, klinische farmacologie en huisartsgeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen. Bij alle zeven onderzoekshoofdstukken is een huisarts (F.W. Beltman) betrokken als coauteur.

De doelstelling van het onderzoek wordt als volgt omschreven: het vaststellen van de prevalentie en de incidentie van geïsoleerde systolische hypertensie en van factoren die het ontstaan van geïsoleerde systolische hypertensie voorspellen. Verder werd gezocht naar cardiale en vasculaire pathofysiologische veranderingen bij personen met onbehandelde geïsoleerde systolische hypertensie en naar verbetering van bepaalde detectiemethoden hiervoor. Tenslotte werd het effect van antihypertensieve behandeling op deze veranderingen (met name linkerventrikelmassa en rekbaarheid van de aorta) onderzocht.

## Resultaten

Het hoofdstuk over het onderzoek naar prevalentie en incidentie van geïsoleerde systolische hypertensie is voor de huisarts het meest relevant. In de populatie van 60-plussers in de gemeente Bovenkarspel blijkt geïsoleerde systolische hypertensie voor te komen bij 14 procent van de 60-65-jarigen, 40 procent van de 75-79-jarigen en 65 procent van de degenen boven de 90. Er werd gemeten met een sphygmomanometer. De screeningsmeting werd verricht door getrainde vrijwilligers bij een zittende patiënt na vijf minuten rust. Wanneer deze meting hoger uitviel dan 160 mmHg systolisch of 95 mmHg diastolisch, volgden drie bloeddrukmetingen door een arts op afzonderlijke tijdstippen. Geïsoleerde systolische hypertensie was gedefinieerd als een systolische bloeddruk groter of gelijk aan 160 mmHg bij elk van de drie metingen met tevens een diastolische bloeddruk <95 mmHg bij ten minste twee van de metingen en een gemiddelde diastolische bloeddruk <95 mmHg. Bij deze sessies werd ook een aantal mogelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van geïsoleerde systolische hypertensie geregistreerd.

Na twee jaar volgde er een follow-upmeting bij alle deelnemers aan de eerste ronde. Het bleek dat 20 procent van de personen die bij de eerste ronde normotensief waren, inmiddels hypertensie had ontwikkeld, waarvan de meerderheid (2/3) geïsoleerde systolische hypertensie had.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van geïsoleerde systolische hypertensie waren in volgorde van belangrijkheid: hoge systolische bloeddrukwaarden bij voorgaande metingen, hoge diastolische bloeddrukwaarden bij voorgaande metingen, positieve familieanamnese voor hypertensie, hoog lichaamsgewicht en hoge leeftijd.

Verder worden in dit proefschrift pathofysiologische veranderingen van het hart en de bloedvaten vergeleken tussen personen met

geïsoleerde systolische hypertensie en normotensieven. De rekbaarheid van de aorta blijkt bij mensen met geïsoleerde systolische hypertensie verminderd te zijn, terwijl de rekbaarheid van de kleine arterie bij geïsoleerde systolische hypertensie juist wat toegenomen lijkt. Wat betreft de ontwikkeling van linkerventrikelhypertrofie is er geen verschil tussen diastolische hypertensie en geïsoleerde systolische hypertensie.

Heesen onderzocht ook 'concentrische remodeling', een variant van linkerventrikelhypertrofie. Dit kwam wel vaker voor bij geïsoleerde systolische hypertensie dan bij diastolische hypertensie. De relatie van concentrische remodeling met harde eindpunten – en daarmee de prognostische waarde – is echter nog niet duidelijk. De sensitiviteit van het ECG voor linkerventrikelhypertrofie is gering. Daarom werd geprobeerd met een multipel logistisch regressiemodel, waarin een aantal persoonsgebonden en ECG-gebonden parameters waren opgenomen, de ECG-methode gevoeliger te maken. Inderdaad werd hiermee een iets hogere sensitiviteit bereikt dan met tot nu toe gebruikte modellen (gouden standaard = echografie).

Tenslotte werden twee kleine geneesmiddelenonderzoeken verricht. Het eerste betreft een dubbelblinde gerandomiseerde trial waarin 21 patiënten werden behandeld met quinalapril en 23 patiënten met hydrochloorthiazide/triamteren. De eindpunten waren linkerventrikelmassa en aortarekbaarheid, gemeten na 6 en 26 weken behandeling. Het resultaat was dat diuretica even effectief zijn als quinalapril. In het tweede onderzoek werd lisinopril vergeleken met placebo. Het betrof een dubbelblind gematcht onderzoek van 30 tegen 32 patiënten met een follow-up-duur van twee jaar. Dezelfde eindpunten als in de vorige studie werden gehanteerd. Het resultaat was dat lisinopril de toename van de linkerventrikelmassa deed verminderen en de aorta-rekbaarheid deed toenemen.

#### Conclusie en commentaar

Voor de huisarts is het hoofdstuk over prevalentie en incidentie van geïsoleerde systolische hypertensie van groot belang. De prevalentie blijkt hoog en de incidentie in twee jaar tijd is in dit onderzoek ongeveer 14 procent (van in totaal 20 procent). Dit grote aantal nieuwe gevallen ondersteunt het beleid in de NHG-Standaard Hypertensie, waarbij een jaarlijkse meting van de bloeddruk bij 60-plussers wordt aanbevolen.

Bij dit bevolkingsonderzoek was de opkomst ongeveer 50 procent. Dat is relatief laag

voor een bevolkingsonderzoek en het is mogelijk dat hierdoor een selectie is opgetreden, met name van patiënten die bij zichzelf hoge bloeddrukwaarden verwachtten, of een negatieve selectie van patiënten die vermoedden of wisten dat zij geen hoge bloeddruk hadden. Hierdoor kan een vertekend beeld van de populatie zijn ontstaan. De opkomst van het follow-up-onderzoek na twee jaar bedroeg meer dan 90 procent, zodat het incidentiecijfer van geïsoleerde systolische hypertensie betrouwbaarder is, hoewel bij dit cijfer de selectie van de eerste screeningsronde nog steeds een rol kan spelen. Interessant is verder de conclusie dat diuretica bij geïsoleerde systolische hypertensie een even snelle en even grote daling van de linkerventrikelmassa geven als ACE-remmers.

De overige resultaten van dit onderzoek over de pathofysiologie van hart-en bloedvaten bij geïsoleerde systolische hypertensie zijn interessant maar voor de huisarts niet erg relevant.

E.P. Walma

## NOTA BENE

Bij patiënten met atriumfibrilleren zonder thromboembolie of ernstige cardiale pathologie in de voorgeschiedenis (zoals ernstig hartfalen of een hartklepafwijking) volstaat profylactische behandeling met acetylsalicylzuur.

Stelling bij: Hellemons-Bode B. Observations on atrial fibrillation in primary care. The PATAF Study [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

De grens tussen de geneeskunde en de geneeskunst wordt pijnlijk duidelijk op het moment dat de beslissing, gebaseerd op 'harde' statistische cijfers, indruist tegen het belang van het individu in de spreekkamer maar de grote groep ten goede komt.

Stelling bij: Rietbergen JBW. Bevolkingsonderzoek voor vroege opsporing van prostaatkanker: diagnostische methoden en gedetecteerde tumoren [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

Behandeling met ibuprofen 5 mg per kg à 6 uur bij koorts heeft geen aangetoond gunstig effect op de preventie van recidief koortscnulsies.

Stelling bij: Van Stuijvenberg M. Febrile seizures. Clinical and genetic studies [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

**Mededelingen voor de Agenda in nummer 4 (april) moeten op uiterlijk 25 februari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.**

#### 1999 Taipei WONCA Asia Pacific regional conference

Taipei, Taiwan, 6-10 maart;  
tel. 00886-2-27221227; fax 00886-2-27234187;  
e-mail pcogis@ms14.hinet.net.

#### Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 11 maart en 9 juni 1999.  
Workshop Dutch Cochrane Centre.  
Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: cochrane@amc.uva.nl.

#### ■ Multivariate analyse

Doorn, 26-27 maart.  
CWO-scholingsweekend van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG.  
Inlichtingen: Elly Weijman, NHG, 020-2881700.

#### Quality, education and research working together for general practice

Palma de Mallorca, 19-22 mei.  
Gezamenlijke conferentie European General Practice Research Workshop (EGPRW), European Academy of Teachers in General Practice (Euract) en European Network on Quality Assurance in Family Medicine (Equip).  
Inlichtingen: Spanish Society of Family Medicine (semFYC), Portaferisa 8, 08002 Barcelona; tel. 0034-93-3177129; fax 0034-93-3186902; e-mail congreso@semfyc.es.

#### Closing the loop

Toronto, 1-3 oktober  
Third international conference on the scientific basis of health sciences.

#### The best evidence for health care: the role of the Cochrane Collaboration

Rome, 6-9 oktober.  
VII Cochrane Colloquium.  
Inlichtingen: Eurosymposia Srl, Via di Tor Fiorenza, 31, 00199 Roma; tel. 0039-6-86328042; fax 0039-6-86386644; e-mail eurosymposia@flashnet.it.

#### Research on general practice care of the elderly

Hannover, 14-17 oktober.  
Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

#### WONCA Europe regional conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.  
Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax . +43 1 405138323.

■ betekent: eerste vermelding.