

NHG-Standaard Hypertensie 3

De hernieuwde NHG-Standaard Hypertensie betekent een vooruitgang voor de geïntegreerde benadering van primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Belgisch onderzoek had de behoefte aan deze benadering in de huisartsenpraktijk duidelijk aangetoond.¹ In deze hernieuwde standaard worden volgens mij echter twee verschillende uitkomstmaten, cardiovasculair risico en coronair risico, door elkaar gehaald. Op pagina 436 van H&W staat: 'In de standaard wordt aanbevolen patiënten met hypertensie en met een tienjaarsrisico op de ontwikkeling van hart- en vaatziekten van ten minste 20% in aanmerking te laten komen voor medicamenteuze behandeling.' Maar bij de risicotabel op p. 439 staat: 'De iso-risicolijnen geven het per leeftijdscategorie wisselende tienjaarsrisico op uitsluitend coronaire hartziekten aan.' En noot 11 stelt dat: '(...) de verhouding tussen het coronaire en het totale cardiovasculaire risico ongeveer 3:4 is (...)'. Dat zou betekenen dat een risico van 20% op CHD (*coronary heart disease*) in de tabel overeen zal komen met een risico van $\frac{4}{3} \times 20\% = 27\%$ op CVD (*cardiovascular disease*). En om een risico van 20% op CVD als afkappunt te krijgen moet je op de tabellen een risico van $\frac{3}{4} \times 20\% = 15\%$ afmeten. Deze fout is geen detail, maar heeft belangrijke gevolgen voor medische besliskunde en beleid. Noot 18 stelt dat al een meetfout van 5 mmHg een groot verschil maakt in de kwestie behandelen of niet-behandelen. Wat zijn dan niet de gevolgen van een kwart minder of meer bij de drempelwaarde die gekozen wordt om tot de beslissing van behandelen of niet over te gaan?

De *Joint British recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice*² nemen in hun tabellen, die sterk lijken op die van de hernieuwde NHG-Standaard, 15% CHD-risico als afkappunt om uiteindelijk 20% CVD-risico te bepalen als drempel om tot behandeling te beslissen. Zouden de Nederlandse tabellen

dan ook niet in die zin aangepast moeten worden?

Dirk Van Duppen,
huisarts Geneeskunde voor het Volk

- 1 Van Diest E, Stoffelen E, Wijdooghe L, Van Duppen D, Seuntjens L, Vanderstuyft P. Grote discrepanties tussen Europese, Nederlandse en Belgische criteria voor primaire cardiovasculaire preventie met statinen in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:361-6.
- 2 British Cardiac Society, British Hyperlipidaemia Association, British Hypertension Society, British Diabetic Association. *Joint British recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice: summary*. *BMJ* 2000;320:705-8.

Antwoord

Uit de reactie van collega Van Duppen blijkt dat er bij hem sprake is van een misverstand, hetgeen overigens in de hand gewerkt wordt doordat hij niet geheel correct en los van de context uit de toelichting over de risicolijnen in de risicotabel op pagina 439 citeert.

In deze toelichting staat vermeld dat de parallelle krommen (die met de percentages) iso-risicolijnen zijn op hart- en vaatziekten. Als een patiënt met hypertensie op grond van leeftijd, geslacht en bijkomende risicofactoren een tienjaarsrisico heeft dat ligt boven de 20%-lijn, is medicamenteuze behandeling van zijn hypertensie geïndiceerd.

Vervolgens worden de krommen die de grens vormen met de rode gebieden ter sprake gebracht. Dit zijn eveneens iso-risicolijnen, maar dan op coronaire hartziekten, waardoor zij een andere helling hebben. Deze iso-risicolijnen vormen de grens waarboven (ook) behandeling met een cholesterolsyntheseremmer geïndiceerd is.

We kunnen ons voorstellen dat het gebruik van twee soorten iso-risicolijnen enigszins verwarrend is. De reden is een historische: in de CBO-consensus Cholesterol en de NHG-Standaard Cholesterol waren tienjaarsrisico's op coronaire hartziekten als uitgangspunt genomen. De aldaar gehanteerde grenswaarden voor behandeling zijn integraal in de

richtlijn van het CBO over hoge bloeddruk en de NHG-Standaard Hypertensie geïncorporeerd. Overigens wordt momenteel met medewerking van het NHG in CBO-verband gewerkt aan een overkoepelende richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement, waarin dit soort onevenwichtigheden zullen worden gladgestreken.

Tj. Wiersma, E.P. Walma,
namens de werkgroep Hypertensie

Werkbelasting van de huisarts

Metten is weten. Maar als het op onderzoek aankomt, is het lang niet altijd evident hoe men precies moet meten. In het artikel 'De werkbelasting van de huisarts neemt af' van Engels et al. (H&W 2003; 46:482-7) suggereren de auteurs dat de door ons gevonden stijging van het aantal patiëntcontacten toe te schrijven zou zijn aan de 'sterk verbeterde gecomputeriseerde contactregistratie in de afgelopen 15 jaar'. Dit misverstand wil ik graag uit de wereld helpen. In ons onderzoek is namelijk het aantal contacten van de patiënt met de huisarts, precies om de technologische ontwikkelingen die Engels et al. schetsen, niet afgeleid uit de contactregistratie van huisartsen.

De contactfrequentie in ons artikel (*Medisch Contact* 2003;58:1054-6) is vastgesteld op grond van het zelfgerapporteerde aantal contacten met de huisarts in de afgelopen twee maanden van ongeveer 13.000 patiënten in 1987 en in 2001. Deze contactfrequentie is geëxtrapoleerd naar één jaar. Op beide meetmomenten is dus exact hetzelfde gemeten. Het CBS gebruikt deze methode sinds lange tijd en komt tot vergelijkbare resultaten: een toename van de contactfrequentie. Omdat deze stijging zich echter vooral tot en met de eerste helft van de jaren negentig heeft voorgedaan, zal dit weinig invloed hebben gehad binnen de tijdsperiode van het onderzoek van Engels et al. dat de situatie van 1997/1998 en 2002 vergelijkt. Dat er op een meetmethode altijd wel iets valt af te dingen, bleek uit een ingezonden brief in *Medisch Contact* van de