

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 tijdspanne 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

huisarts Maes die juist pleit voor het gebruik van registratiegegevens: 'Huisartsen zouden moeten worden afgerekend op onderzoeksgegevens die zij zelf inbrengen en niet op gegevens die zijn gebaseerd op herinneringen van patiënten.' Ervan uitgaande dat het geheugen van de gemiddelde Nederlander, in tegenstelling tot registratiesystemen, de afgelopen jaren geen dramatische veranderingen heeft ondergaan, hebben wij echter voor deze methode gekozen.

Michael van den Berg

Antwoord

De aanvullende informatie van Michael van den Berg in zijn reactie op ons artikel maakt inderdaad duidelijk dat onze suggestie niet klopt dat de toename van het aantal patiëntencontacten gedeeltelijk toe te schrijven is aan een verbeterde gecomputeriseerde contactregistratie. Dit was ook niet direct af te leiden uit de beschrijving van de methode van onderzoek in de publicatie in *Medisch Contact*. Het laat overigens zien dat ondanks automatisering het perfect registreren van

contacten moeilijk blijft, terwijl het zo nodig is voor het transparant maken van de werkbelasting van de huisarts. Een en ander doet echter geen afbreuk aan onze bevindingen en de overige overwegingen in onze beschouwing.

Yvonne Engels, WOK,

Pieter van den Hombergh, LHV

Boeken

Oogheelkunde

Stilma JS, Voorn ThB. *Oogheelkunde. Praktische huisartsgeneeskunde*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002. 392 pagina's, € 58,75 ISBN 90-313-3469-3.

Oogheelkunde is het zevende deel in de reeks *Praktische Huisartsgeneeskunde*. Het boek, onder redactie van een oogarts en een huisarts, bevat bijdragen van 20 auteurs en is rijk geïllustreerd. De 36 hoofdstukken zijn verdeeld over vier secties. In de inleidende hoofdstukken worden anatomie, epidemiologie en functie-onderzoeken beschreven. Deel 2 behandelt de letterlijk geuite klachten van de patiënt en de eerste gedachten die bij de huisarts opkomen wanneer de klacht wordt gepresenteerd. Beslisbomen en tabellen helpen de arts verder. Het derde deel is het ziektegerichte deel en volgt zoveel mogelijk een vast stramien: definitie, klachten, diagnose, behandeling en complicaties. Het laatste deel gaat over slechthziendenbegeleiding, bijwerkingen van geneesmiddelen, de eisen voor het rijbewijs en over de oogzorg in België. *Oogheelkunde* is in de eerste plaats geschreven voor huisartsen, maar omdat het de complete basisstof voor de oogheelkunde behandelt, is het ook geschikt voor studenten. Eigenlijk vind ik dat het boek in aanmerking komt voor het predikaat 'Nederlands leerboek voor oogheelkunde'.

Ten opzichte van de eerdere edities zijn een aantal verbeteringen aangebracht. Zo zijn nu bijna alle foto's en figuren in kleur uitgevoerd en is een sectie toegevoegd die de letterlijk geuite klachten van de patiënt als uitgangspunt neemt. In deze sectie passeren 16 veel geuite oogklachten de revue, zoals slecht zien, zwarte vlekken zien, lichtflitsen zien, rode, trappende, jeukende, pijnlijke en bolle ogen. Voor deze oogklachten wordt een diagnostisch denkspoor geboden dat huisartsen, huisartsen-in-opleiding en co-assistenten als praktisch zullen ervaren. Lof dus aan de auteurs voor de toevoeging van dit differentieel-diagnostische onderdeel. De samenstelling van deze jongste sectie van het boek is nog niet zo uitgebalanceerd als in de overige secties en er zijn enkele kleine omissies en onduidelijkheden. Zo wordt van enkele vragen die de arts moet stellen, niet aangegeven wat de consequentie van de antwoorden is. Wellicht vinden we verbeteringen in een volgende druk.

Een andere uitdaging voor een toekomstige druk lijkt mij het toevoegen van referenties. Nu wordt aan het einde van elk hoofdstuk volstaan met het noemen van enkele artikelen of boeken, waarin meer te lezen is over betreffende onderwerp. Het lijkt mij een belangrijke stap voorwaarts wanneer tevens bij alle belangrijke beweringen of aanbevelingen met referenties wordt aangegeven op

welk onderzoek deze gebaseerd zijn. Op deze wijze wordt inzichtelijk welk deel van de klinische oogheelkunde stoelt op evidence en welk deel uitsluitend een neerslag van overgedragen professionele ervaring en inzicht is.

Huisartsen en medisch studenten in Nederland en Vlaanderen maken met de aanschaf van *Oogheelkunde* een goede keuze.

Teun Spies

Breinboeken

Brouwer OF, Catsman-Berrevoets CE, Stroink H, F Visscher. *Kinderneurologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003, 178 pagina's, € 33,95. ISBN 90-313-3041-8.

Kuks IBM, Snoek JW, Oosterhuis HIGH. *Klinische neurologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003, 15de herziene druk, 405 pagina's, € 52,50. ISBN 90-313-4028-6.

Vander Meulen JAM, Derix MMA, Avezaat CJJ, Mulder Th, Van Strien JW, redactie. *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003. 308 pagina's, € 50. ISBN 90-352-2492-2.

Kun je een goede dokter zijn als je alleen onderzoek leest? Of alleen NHG-Standaarden? Vast wel, maar een gewoon leerboek op zijn tijd valt ook niet te ver-