

## NHG-Standaard Hypertensie 4

De nieuwe NHG-Standaard Hypertensie komt tot de conclusie dat thiazidediuretica voor alle mensen met diabetes mellitus de behandeling van eerste keuze bij hypertensie zijn.<sup>1</sup> Het ALLHAT-onderzoek wordt als de belangrijkste bron voor deze conclusie gezien. Over de ANBP-2 wordt haast badinerend gesproken, hoewel het hier een groep patiënten betreft die veel meer overeenkomt met de Nederlandse praktijk (noot 13 van de Standaard).

De resultaten van het LIFE-onderzoek bij mensen met diabetes mellitus type 2, hypertensie en LVH worden als onvoldoende gezien om een voorkeur voor angiotensine-II-antagonisten (A-II-A) als middel van eerste keuze bij de behandeling van hypertensie uit te spreken (noot 14). Zo wordt beweerd dat de bloeddrukdalingen in het LIFE-onderzoek niet gemakkelijk gereproduceerd kunnen worden in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Is dit een steekhoudend argument of juist een aansporing om de bloeddruk agressief te verlagen, zoals ook aangegeven in de standaard zelf? Immers, bij diabetes mellitus type 2 werd in het LIFE-onderzoek een SBP bereikt van gemiddeld 147 mmHg; de NHG-Standaard raadt een waarde van 140 mmHg of lager aan voor de SBP.

De voorkeur voor bètablokkade bij mensen met diabetes boven een A-II-A is niet gebaseerd op de principes van evidence-based medicine, zoals ik al eerder bear-gumenteerde in H&W.<sup>2</sup> Linkerventrikelhypertrofie opsporen als medefactor bij de keuze van behandeling is geen overbodige luxe omdat deze bij ongeveer de helft van de mensen met diabetes mellitus type 2 aanwezig is. In noot 33 wordt echter het tegendeel beweerd. Het verrichten van een ECG bij 156 diabetespatiënten kan gedurende vijf jaar één extra dode per jaar voorkomen indien behandeling met een A-II-A volgt in plaats van met een bètablokker.<sup>2</sup> In een kosten-baten-analyse kan het slechter.

Daarnaast zijn er bij eiwitverlies in de urine – bij diabetes mellitus type 2 heeft

25-40% van de mensen microalbuminurie en 5-10% macroalbuminurie – inmiddels ook goede argumenten voor een A-II-A als eerste keuze.<sup>3</sup>

Thiazidediuretica zijn ook bij mensen met diabetes mellitus goede geneesmiddelen, zeker in combinatietherapie. Om ze echter als eerste keuze te presenteren voor alle mensen met diabetes en bètablokkers als vaste tweede keus gaat voorbij aan de aanwezige bewijzen.

Henk Bilo

1 NHG-standaard hypertensie. Huisarts Wet 2003;46:435-49.

2 Henk Bilo. De waarde van losartan (2) [Ingezonden]. Huisarts Wet 2003;46:44-5.

3 2003 European Guidelines for Management of Hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-53.

### Antwoord

Uit het ingezonden van collega Bilo blijkt niet expliciet welk beleid hij precies voorstaat, maar als we het goed begrijpen pleit hij vooral voor een prominentere positie (of zelfs voorkeurspositie) van de angiotensine-II-antagonisten bij mensen met diabetes én linkerventrikelhypertrofie of microalbuminurie.

Over de betekenis van het LIFE-onderzoek<sup>1</sup> waarbij in een groep patiënten met hypertensie en linkerventrikelhypertrofie het effect van behandeling van losartan werd vergeleken met dat van atenolol hebben we elders gepubliceerd.<sup>2</sup> Een beknopte weergave daarvan is ook te vinden in noot 14 van de standaard. Analoge kanttekeningen gelden ook voor dat deel van het LIFE-onderzoek dat betrekking heeft op patiënten met diabetes.<sup>3</sup> De reductie van cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit in de losartangroep ten opzichte van de atenololgroep oogt imposant, maar het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval is breed en nadert het punt waarbij geen verschil tussen de behandelingen kan worden waargenomen. Dit betekent dat de baten zeer wel kunnen tegenvallen en op zijn minst bevestiging behoeven. Bovendien is inmiddels gesuggereerd dat de baten van losartan in de diabetesgroep voor het plotseling optreden van cardiale sterfte<sup>4</sup>

mogelijk berusten op een artefact veroorzaakt door slechtere prestaties van atenolol.<sup>5</sup> Voor een batenberekening als die van collega Bilo vinden wij het dan ook nog veel te vroeg.

De vertaling in richtlijnen van de bevindingen van onderzoeken waaruit een remmend effect blijkt op nierfunctieverlies van angiotensine-II-receptorantagonisten of ACE-remmers onder diabetes met nefropathie of microalbuminurie, wordt bemoeilijkt doordat de uitkomsten slechts in beperkte mate betrekking hebben op harde klinische eindpunten, terwijl onderzoeken van soortgelijke opzet alsmede vergelijkende onderzoeken met diuretica en bètablokkers ontbreken. Bovendien hebben we inmiddels de zeer grote ALLHAT-trial die geen verschil in effect van behandeling met chloortalidon, amlodipine en lisinopril laat zien op klinische eindpunten, ook niet in de zeer omvangrijke subgroep van patiënten met diabetes mellitus type 2.<sup>6</sup> Al met al vond de werkgroep Hypertensie dat er geen eenduidige aanwijzingen zijn om voor de behandeling van hypertensie bij patiënten met diabetes andere richtlijnen uit te vaardigen dan die voor de doorsneepatiënten met hypertensie. Wel lijkt er inmiddels meer ruimte te zijn ontstaan voor gebruik van A-II-antagonisten en ACE-remmers ter preventie van verdere achteruitgang van de nierfunctie bij mensen met diabetes. Dat zal bij de herziening van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, voorzien in 2004, nader worden bekeken.

Tj. Wiersma, E.P. Walma, S. Thomas,  
namens de werkgroep hypertensie

1 Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beavers G, De Faire U, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.

2 Wiersma Tj, Grundmeijer H, Prins A, Thomas S, Walma E. Behandeling van hypertensie na de LIFE-studie: één zwaluw maakt nog geen zomer. *Hart Bulletin* 2003;34:71-2.

3 Lindholm LH, Ibsen H, Dahlöf B, Devereux RB, Beavers G, De Faire U, et al. for the LIFE study

group. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:1004-10.

- 4 Lindholm LH, Dahlöf B, Edelman JM, Ibsen H, Borch-Johnsen K, Olsen MH, et al. for the LIFE study group. Effect of losartan on sudden cardiac death in people with diabetes: data from the LIFE study. *Lancet* 2003;362:619-20.
- 5 Aronow WS. Might losartan reduce sudden cardiac death in diabetic patients with hypertension? *Lancet* 2003;362:591-2.
- 6 The ALLHAT officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2002;288:2981-97.

## Medisch callcenter als realistisch antwoord op capaciteitsproblemen

Om de discussie<sup>1-3</sup> rond het onderzoek naar de inzet van een medisch callcenter te completeren, breng ik graag nog enkele aanvullingen onder de aandacht.

Op de eerste plaats zijn de reacties van Sardeman en Lucassen gebaseerd op het onderzoek in de pilotfase. Dat is jammer. Het betreft immers een fase – voorjaar 2002 – waarin voor het eerst ervaring werd opgedaan met een nieuwe werkwijze. Inherent aan nieuwe ontwikkelingen zijn onvolkomenheden en gewenningsverschijnselen. Ervaringen uit de pilot en evaluaties van aanvullende onderzoeken hebben inmiddels geleid tot aanpassingen.

Aan de oproep van Lucassen om 'gelijk te stoppen' gaven en geven wij dan ook geen gehoor. Integendeel. De onderzoeksresultaten uit de pilot en de vertaalslag die daarop volgde, hebben sinds kort geleid tot een permanente status van het medische callcenter van Achmea, het Medical Service Center (MSC).

Juist het instandhouden van de integrale eerstelijnszorg is voor Achmea een belangrijk uitgangspunt geweest bij de

opzet van het MSC. De beschreven afstand tussen de huisarts en het MSC bestaat wat ons betreft niet, of is met de inzet van moderne hulpmiddelen niet meer relevant. Ook blijft het domein van de huisarts, inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden, wat ons betreft onverkort van kracht. Dat de huisarts met inzet van het MSC zijn verantwoordelijkheid ten volle kan dragen, is overigens ook vooraf onafhankelijk door gespecialiseerde juristen onderzocht en bevestigd. Voldoende medische kwaliteitsborging was en is in alle gevallen een voorwaarde. Wij delen de mening van inspecteur Sardeman om deskundigheid aan de voorkant van het zorgproces te verzwaren. De risico's waarnaar hij verwijst, wekken echter onze verbazing. Achmea streeft juist naar *best practice* met de inzet van geavanceerde en geprotocolleerde triagesystemen, van gediplomeerde en goed opgeleide medewerkers, permanent toezicht door ervaren artsen, en een continu actief kwaliteitssysteem. Alleen dan kan de huisarts immers ook garant staan voor verantwoorde zorg.

Lucassen refereert tot slot aan een door de beroepsgroep zelf omschreven en hoofdzakelijk historisch bepaalde organisatie van de huisartsgeneeskundige zorg. Ook Achmea beschouwt deze vorm van eerstelijnszorg als ideaal en verreweg te prefereren boven welke oplossing dan ook. De vraag is echter of de huisartsgeneeskundige zorg onder de huidige veranderende randvoorwaarden en tegen aanvaardbare financiële offers, realistisch is. De cliënt verwacht eenvoudig kwalitatief hoogstaande zorg. De praktijk wijst uit dat een medisch callcenter ruimschoots aan die verwachting tegemoetkomt.

Klaas Hofland,  
manager Achmea Medical Service Center

- 1 Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. *Onderzoek naar effect en ervaring. Huisarts Wet* 2003;46:543-6.
- 2 Lucassen PLBJ, *Medische callcenters zijn strijdig met goed huisartsgeneeskundig handelen. Huisarts Wet* 2003;46:538.
- 3 Sardeman RC. *Medische callcenters: een heikele zaak. Huisarts Wet* 2003;46:537.

## Antwoord

Hofland gaat in zijn repliek niet inhoudelijk in op de discussie over een medisch callcenter. Hij stelt echter duidelijk dat ook Achmea van mening is dat de huisarts zelf verantwoordelijk blijft voor het gehele domein van de huisarts, ook als hij een deel van zijn taken uitbesteedt aan het callcenter. Waarvan akte!

Rob Sardeman

## Delegatie van bloeddrukcontroles

Als de standaardmethode voor bloeddrukmeting, namelijk de conventionele meting door de (huis)arts verricht door middel van een kwikkolom, voldoet aan strikte kwaliteitscriteria is haar betrouwbaarheid groot. Maar deze noodzakelijke voorwaarden zijn op de werkvloer van de huisarts nauwelijks haalbaar. Herhaalde bloeddrukmetingen na 5 minuten rust, aan een deflatiesnelheid van de manchet van 2 mm/sec bij een patiënte met een systolische bloeddruk van >200 mmHg, waarbij men zich eerst een indruk heeft gemaakt van deze systolische bloeddruk door een palpatie van de radialispols bij maximale druk... duurt bijna 15 minuten. Dat is zelfs voor een Vlaamse huisarts te lang. Daarenboven bieden herhaalde metingen een gedeeltelijke oplossing: Brueren toonde aan dat in geval van initiële matige bloeddrukverhoging er na 4 metingen nog een overschatting blijft van 56% voor de systolische en 38% voor de diastolische bloeddruk.<sup>1</sup> Paul Little concludeert nogal scherp als besluit van zijn vergelijkend onderzoek in de eerste lijn: 'It is time to stop using high blood pressure readings documented by general practitioners to make treatment decisions.'<sup>2</sup> Meer en meer huisartsen zijn het hiermee eens.

Maar wat dan? Het delegeren van de bloeddrukmetingen naar de praktijkassistent(e) en -verpleegkundige lost de controverse niet op, waarvan terecht melding wordt gemaakt in het Journaal van het septembernummer van H&W.

Om meerdere redenen kunnen we beslui-