

Literatuur

- 1 Van Ree JW. Naar preventie op maat. Huisarts Wet 1990;33:518-20.
- 2 Van Son L, Vrijhoef H, Crebolder H, Van Hoef L, Beusmans G. De huisarts ondersteund. Een RCT naar het effect van een praktijkondersteuner bij astma, COPD en diabetes. Huisarts Wet 2004;47:15-21.

- 3 Van Steenkiste B, Van der Weijden T, Stoffers HE, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. Scand J Prim Health Care 2004;22:32-7.
- 4 Van Ree JW, Van den Bosch WJHM, Rutten GEHM. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. Huisarts Wet 1985;28:63-6.

‘Preventie: maatwerk’ levert weinig op

Nico de Neeling

Nadat zij afgelopen december het internationale lezerspubliek verslag deden van hun ‘nationwide, controlled trial in general practice’, informeren Frijling et al. in deze H&W het thuisfront over de resultaten van het project *Preventie: maatwerk*.

Opvallend is het verschil in titel: de claim dat het project een, weliswaar niet ‘randomized’, maar toch ‘controlled trial’ zou zijn, keert niet terug in de Nederlandse versie. En dat is niet meer dan terecht. Want wat is er in dit onderzoek ‘gecontroleerd’?

Ongecontroleerd bij uitstek is de samenstelling van de groepen die de ‘interventie’ respectievelijk wel en niet ontvingen: zij ontstonden spontaan, door middel van zelfselectie. Huisartsen die zich aanmeldden voor *Preventie: maatwerk* kwamen in de interventiegroep. Huisartsen die zich niet aanmeldden, maar wel de vragenlijsten van voor- en nameting invulden, vormden de ‘controle-groep’. Is die zelfselectie relevant? Ja, dat is ze zeker. Ze leidt ertoe dat de interventie werd toegepast op huisartsen die toch al van plan waren de preventie van hart- en vaatziekten systematischer aan te gaan pakken. Zij werden vergeleken met huisartsen die daar waarschijnlijk minder voor voelden, om wat voor reden dan ook. Er is weinig methodologische kennis voor nodig om in te zien dat dit problemen geeft bij de interpretatie van het onderzoek. Wanneer zou blijken dat de interventiegroep de preventie van HVZ inderdaad grondiger had aangepakt dan de controle-groep, dan zou dit verschil niet toe te schrijven zijn aan het *effect* van de interventie.

Maar ironisch genoeg hebben de onderzoekers zo’n verschil niet of nauwelijks gevonden. De huisartsen die zich *niet* voor het project hadden aangemeld werden zich in de preventie van HVZ bij mensen met een hoog cardiovasculair risico even goed als de huisartsen die wel wilden meedoen, zeker vóór, maar ook na afloop van het project. Alleen in het meten van de bloeddruk bij

60-jarige spreekuurbezoekers waren zij duidelijk minder actief (maar dat was dan ook het meest omstreden onderdeel van *Preventie: maatwerk*). In mindere mate gold dat voor het toepassen van de Minimale Interventie Strategie voor stoppen met roken. Althans, dat suggereren de gegevens van Frijling et al. Maar wie zal zeggen of die indruk juist is? Want niet alleen de samenstelling van de onderzoeksgroepen is ongecontroleerd, met de gerapporteerde gegevens is het niet anders gesteld: ze berusten geheel op zelfrapportage van de huisartsen. Dat die manier van gegevens verzamelen geen sterke methode is om te achterhalen wat huisartsen werkelijk doen en laten, voeren de onderzoekers zelf al aan. ‘In the absence of prior knowledge of the validity of questions on reported activity, or of concurrent attempts to establish their validity, the questions should not be asked’, zo luidt de conclusie van het artikel waarnaar zij op dit punt verwijzen.¹

Al met al verschaft dit onderzoek geen kennis waarop je kunt bouwen. Had het anders gekund? Dat lijkt me wel. Voor hetzelfde geld – letterlijk, en in dit verband niet onbelangrijk – hadden preventiegezinde huisartsen uitgenodigd kunnen worden voor een gerandomiseerd onderzoek. In dat geval was de controlegroep ongetwijfeld ‘besmet’ met informatie uit de interventiegroep, wat het verschil tussen beide verkleind had. Maar die contaminatie zou niet onwelkom zijn geweest. Het verschil tussen beide groepen – als het al ontstaan was – zou een zuivere schatting zijn geweest van de meerwaarde van de extra inspanningen om preventie van HVZ opgenomen te krijgen in de routine van de huisartsenpraktijk, bovenop de algemene effecten van standaarden, discussie en scholing bij huisartsen met een gelijke mate van HVZ-preventiegezindheid.

Waarom had in zo’n alternatieve opzet het effect van de interventie moeten worden afgemeten? Aan de mate waarin de huisartsen de cardiovasculaire risicofactoren werkelijk meten, door praktijken te visiteren en consulten te observeren, zoals Frijling et al. lijken te suggereren? Of aan het al of niet roken van patiënten en aan de niveaus van hun HbA1c-, cholesterol- en bloeddrukwaarden? Ik vraag het me af. Immers: de patiënt beslist. Een preventieaanbod is één ding, erop ingaan is een ander. Het lijkt me belangrijk om dat niet alleen in de praktijk, maar ook in onderzoek serieus te nemen. Het betekent dat in dit soort onderzoek

Auteursgegevens

Dr. J.N.D. de Neeling, epidemioloog, Koninginneweg 121hs, 1075 CL Amsterdam.

Correspondentie: nico.de.neeling@xs4all.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

de mate waarin de huisarts de juiste mensen het juiste aanbod doet, vergezeld van de juiste informatie, de eigenlijke maatstaf voor de kwaliteit van de zorg is.

Engels en Canadees onderzoek suggereert dat patiënten behandeling van hoge bloeddruk pas de moeite waard vinden bij hogere cardiovasculaire risico's dan huisartsen en richtlijnen.^{2,3} Er lijkt weinig reden om aan te nemen dat dit voor het meten van bloeddruk en andere risicoparameters anders is. Als we werkelijk de kwaliteit van de zorg willen onderzoeken, dan ontkomen we er niet aan om de inbreng van zorgverleners en die van patiënten van elkaar te onderscheiden. Alleen dan zullen we ooit kunnen uitmaken of een overeenkomst van 74% tussen huisartsgeneeskundig handelen en richtlijnen,⁴ gegeven de voorkeuren van patiënten, te laag, precies goed of misschien zelfs wel te hoog is.

Literatuur

- 1 Eccles M, Ford GA, Duggan S, Steen N. Are postal questionnaire surveys of reported activity valid? An exploration using general practitioner management of hypertension in older people. *Br J Gen Pract* 1999;49:35-8.
- 2 Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000;320:1446-7.
- 3 McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. *CMAJ* 2000;163:403-8.
- 4 Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM, redactie. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deel 4. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.

Discussie

Primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk: geen tijd voor grote veranderingen

Siep Thomas, Edmond Walma, Bèr Pleumeekers

Samenvatting

Thomas S, Walma EP, Pleumeekers HJCM. Primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk: geen tijd voor grote veranderingen. *Huisarts Wet* 2004;47(10):444-8.

Preventie van hart- en vaatziekten door medicamenteuze beïnvloeding van risicofactoren is de afgelopen jaren over een breed risicotraject effectief gebleken. Dit gegeven doet een nieuw appèl op de huisarts om actiever te worden op het gebied van primaire preventie. Actief opsporen blijkt nog steeds niet zinvol, maar als de huidige hoogrisicostrategie wordt vereenvoudigd en aangevuld met simpele interventies voor de lagere risico's (de 'vitaminebenadering') kan de epidemie van hart- en vaatziekten breder worden aangepakt.

Een rolverandering tussen huisarts en patiënt is daarbij een belangrijke randvoorwaarde.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam: prof.dr. S.Thomas, dr. E.P. Walma, dr. H.J.C.M. Pleumeekers, huisartsen.

Correspondentie: s.thomas@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: alle auteurs zitten/zaten in werkgroepen die standaarden voorbereiden op het gebied van hart- en vaatziekten.

Inleiding

In 2003 hebben zich op het gebied van primaire preventie van hart- en vaatziekten belangrijke ontwikkelingen voorgedaan die ook voor het werk van de huisarts consequenties kunnen hebben.

Zo verschenen in een richtlijn van de Europese cardiologenvereniging ESC¹ nieuwe Europese risicokaarten (SCORE-kaarten)² als alternatief voor de gebruikelijke Framinghamtabellen³ en werd in Nieuw-Zeeland een breed gedragen plan voor screening van vrijwel de hele middelbare en oudere bevolking gepubliceerd.⁴ Verder werd medio 2003 in een revolutionair artikel van Wald en Law in de *BMJ* de gedachte dat preventie onder regie van de medische stand valt, ter discussie gesteld door het concept van de Polypill: een combinatie van medicamenten die eenmaal per dag door alle 55-plussers als een soort multivitaminenpreparaat wordt ingenomen en zonder bemoeienis van een arts kan worden aangeschaft.⁵ Ten slotte wordt momenteel in Nederland onder de vlag van de richtlijnorganisatie van de medische specialisten CBO gewerkt aan een nieuwe strategie voor preventie gebaseerd op het integrale of totale cardiovasculaire risicoprofiel.

Omdat de huisarts in de huidige situatie het eerste aanspreek-