

Weinig gesjoemel Engelse huisartsen

In het eerste jaar (2004-2005) van het Engelse huisartsencontract blijkt er relatief weinig gesmokkeld te zijn door huisartsen die te veel patiënten met ongunstige uitkomsten uitsluiten.

Sinds 2004 krijgen huisartsen in Engeland betaald voor het halen van normen op verschillende indicatoren. Je kunt 1050 punten behalen, waarvan 550 voor resultaten op een aantal klinische gebieden. Tot ieders verbazing bleek half 2005 dat de huisartsen veel vaker de normen haalden dan gedacht (95,5% in plaats van de verwachte 75%). Onduidelijk was destijds of huisartsen niet veel ongunstige patiënten hadden uitgesloten.

Patiënten mochten worden uitgesloten als ze na 3 oproepen niet op kwamen dagen, er zeer bijzondere omstandigheden waren zoals terminale ziekte, *extreme*

frailty of ernstige comorbiditeit of wanneer het ondanks maximale medicatie niet lukte hen goed in te stellen.

Onderzoekers van het *National primary care research and development centre* onderzochten in 8105 praktijken hoe het precies zat. De praktijken scoorden tussen de 948 en 1033 punten (mediaan 1003), waarmee ze hun inkomen gemiddeld met £ 23.000 (€ 34.000) verhoogden. Gemiddeld sloten de praktijken weinig patiënten uit (mediaan 6%), maar dit percentage wisselde sterk: van 0 tot 86%. Een zeer klein deel van de praktijken (1,1%) sloot meer dan 15% van de patiënten uit. Bij de indicatoren over hypothyreoïdie sloot vrijwel niemand patiënten uit (0,8%), maar van de patiënten met psychische aandoeningen werd 9,5% uitgesloten.

De onderzoekers konden geen goed ver-

band vinden tussen praktijkkenmerken en percentage uitgesloten patiënten. Wel steeg het totale aantal behaalde punten ietsje met elk percentage uitgesloten patiënten. Omdat er maar zo weinig patiënten waren uitgesloten, denken de onderzoekers daarbij niet dat huisartsen sjoemeld, maar beter patiënten registreerden die zij terecht moesten uitsluiten.

In het jaar 2005-2006 zijn de indicatoren iets veranderd, en het bedrag per punt is verhoogd. De kosten zullen waarschijnlijk opnieuw toenemen (www.nhsemployers.org/primary/primary-886.cfm). (JZ)

Doran T, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Eng J Med* 2006;355:375-84.

Verschillende hypertensierichtlijnen

Eind juli verscheen de iets gewijzigde NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement op het web. De onduidelikheden over wie nu wanneer te behandelen, zijn nu verminderd. Zo bestaan er nu nog maar 3 risicogroepen in plaats van 4. Het advies is te behandelen vanaf een tienjaarsrisico van 10%. De adviezen over geneesmiddelen zijn niet veranderd.

Dat is wel het geval bij de Engelse richtlijn van NICE, die ook in juli werd aangepast. NICE beveelt bij nieuwe hypertensiepatiënten ouder dan 55 jaar of bij negroïde patiënten een calciumblokker of een diureticum aan. Bij patiënten jonger dan 55 jaar zou de huisarts met een ACE-remmer moeten beginnen. Als tweede stap is er dan ofwel een ACE-remmer of wel een calciumblokker of diureticum.

Bètablokkers zijn in deze evidence-based Engelse richtlijn geen eerste keus meer, alleen nog bij vrouwen met een zwangerschapswens, patiënten met overgevoeligheid voor ACE-remmers of patiënten met aanwijzingen voor een 'sympathic drive'. Blijkbaar heeft men in Engeland het ada-



Foto: Image Bank

gium verlaten dat het niet veel uitmaakt hoe de bloeddruk naar beneden gaat, als die maar daalt.

Het blijft interessant om te zien dat met precies hetzelfde uitgangsmateriaal (de verschillende grote trials) er andere overwegingen zijn in de keuze voor anti-

hypertensiva. Als het voorschrijven van geneesmiddelen een prestatie-indicator wordt, moet een Engelse huisarts dus aan andere eisen voldoen dan de Nederlandse. Is dat logisch? (JZ)

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG34>.