

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/22374>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

en ander beroepsbeoefenaars, maar ook een substantiële verandering van de praktijkorganisatie. De zeer uitgebreid en langdurige diagnostische fase kost de huisarts, assistente en patiënt veel tijd. Daar staat tegenover dat veel minder patiënten worden behandeld. Minder mensen zullen medicatie gebruiken en minder mensen worden op grond van een omstreden risicofactor gemedicaliseerd. Patiënten die veel baat kunnen hebben van behandeling worden beter opgespoord en consequenter behandeld.

Literatuur

1. Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad; Meditekst 1991.
2. Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter- & episode- & process-oriented standard output from the Transition Project. Part 1 & 2. Amsterdam: Department of General Practice 1993.
3. Kruijsdijk M van. Hypertensie opnieuw gemeten (diss). Nijmegen 1991.
4. SHEP coöperatieve research group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the systolic hypertension in the elderly program. JAMA 1991; 226: 3255-64.
5. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. Br Med J 1992; 304: 405-12.

De NHG-Standaard Hypertensie na drie jaar Ervaringen in de praktijk vanuit de tweede lijn

Th. Thien*, J.W.M. Lenders*

Samenvatting

De NHG-standaarden spelen een toenemende rol in het dagelijks praktisch handelen van de huisartsen. Dit geldt ook voor de Standaard Hypertensie. Vanuit de tweede lijn bezien, voldoet de tekst van deze Standaard uitstekend, al zou men op enkele punten meer duidelijkheid wensen, vooral waar het de professionaliteit van de arts en/of doktersassistente betreft: de standaardisatie van de meting van de bloeddruk. Het feit dat deze meting een grote 'fout' heeft op basis van biologische en analytische variatie, is juist een reden de meting zo zorgvuldig mogelijk te verrichten en meerdere metingen te (blijven) doen. Tevens is attentie voor de meetomstandigheden gewenst. Het beleid betreffende de selectie van personen met een vergrote kans op secundaire hypertensie moet als uitstekend worden gekwalificeerd. Vrijwel alle personen met lichte tot matige hypertensie ($\pm 90\%$ van het totaal aantal hypertensieve personen) kan in de eerste lijn worden begeleid met een combinatie van niet-farmacologische en farmacotherapeutische adviezen. Vasthoudendheid op beide adviesterreinen blijft gewenst, zeker bij de personen met meerdere risicofactoren.

Op therapiegebied is de Standaard actueel nu het weer geheel overeenkomt met zowel de Britse als de Amerikaanse consensus. Vanuit de tweede lijn bezien, zou men ten aanzien van de behandeling de vasthoudendheid nog sterker willen benadrukken, zowel bij het advies tot stoppen met roken en het verminderen van het te hoge lichaamsgewicht, als bij de klassieke farmacotherapie. In onze optiek wordt nog te snel gestart met moderne middelen waarvan de effecten op de sterfte en ziekte door hart- en vaatziekten nog niet bekend zijn en wordt ook

onvoldoende doorgezet als er op korte termijn lichte bijwerkingen optreden of het effect op de bloeddruk bij één controle nog als onvoldoende wordt beoordeeld. Er wordt dan snel besloten tot wisselen van medicament waardoor men echter eerder door het therapeutisch arsenaal heen is of men besluit tot de diagnose therapieresistentie. Overigens dient te worden opgemerkt dat wat dit onderdeel van het beleid betreft, het in de tweede lijn niet veel beter is gesteld.

De NHG-Standaard Hypertensie werd ontwikkeld in vervolg op de 'Consensus diagnostiek' en behandeling hypertensie 1990 van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing (CBO).¹ In de commissie die deze consensus voorbereidde, waren de huisartsen ook vertegenwoordigd, maar ten opzichte van de tweede lijn (internisten, cardiologen) sterk in de minderheid. Er zijn enkele verschillen tussen de consensus en de NHG-Standaard. Het belangrijkste verschil is dat in de NHG-Standaard een duidelijke voorkeur wordt uitgesproken voor diuretica of betablokkers als eerste keus monotherapie bij de behandeling van personen met lichte hypertensie. Het belangrijkste argument hiervoor is het bewezen effect van deze middelen op de mortaliteit en de morbiditeit ten gevolge van hart- en vaatziekten.^{2,3} De nieuwere middelen, de angiotensine-converting enzyme (ACE)-remmers en de calciumantagonisten kunnen ook als eerste in aanmerking komen bij de aanwezigheid van bepaalde comorbiditeit of bij contra-indicaties tegen diuretica of betablokkers. Wat betreft dit aspect zijn er tot heden geen nieuwe onderzoeksgegevens beschikbaar gekomen die een aanpassing van de NHG-Standaard vereisen. Hierop komen wij terug in het onderdeel farmacotherapie. Het is een illustratie van het feit dat de NHG-Standaard wel degelijk een eigen rol en verantwoordelijkheid heeft.

Wanneer onze ervaringen worden gevraagd dan willen wij een aantal praktische punten bespreken vanuit onze

* Afd. Inwendige Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Nijmegen St.-Radboud Nijmegen

optiek, die een tweede- (en soms derde-)lijns visie is en dus ook zijn beperkingen kent. Het vragen om praktische ervaringen betekent uiteraard ook enige mate van subjectiviteit en bovendien moeten wij hierbij soms steunen op eigen (nog) niet gepubliceerd onderzoek.

Wij nemen de NHG-Standaard als de volgorde bepalende factor voor onze opmerkingen.

Richtlijnen diagnostiek

Over het algemeen voldoet de NHG-Standaard-tekst wat de richtlijnen voor diagnostiek aangaat nog steeds uitstekend. In de praktijk wordt de diagnostiek door huisartsen steeds beter uitgevoerd, vooral bij de categorie lichte hypertensie. Toch zijn er wel opmerkingen te maken, zowel ten aanzien van de NHG-Standaard als ten aanzien van de toepassing in de praktijk door de huisartsen. In de volgende punten zullen deze twee soorten commentaar wat door elkaar heenlopen.

- De huisarts meet bij de zittende patiënt na enkele minuten rust. Enkele minuten is te vaag. Volgens onze eigen waarnemingen dient de rust tenminste vijf, bij voorkeur tien minuten te bedragen. Bij zeventig poliklinische patiënten was de met een automatisch apparaat gemeten bloeddruk direct na de start 165/97, na zes minuten 155/93 en na tien minuten rust 152/92 mm Hg, dus een daling van 13/5 mm Hg gemiddeld voor de hele groep. Onder rust verstaan wij in dit verband wel dat de patiënt in een rustige kamer zit en niet naast het bureau van de doktersassistente met een steeds rinkelende telefoon. Tevens moet er, totdat de meting is voltooid, niet worden gesproken. Praten, zelfs lezen van een tekst op monotone toon, leidt tot verhoging van de systolische bloeddruk en tot versnelling van de hartslag.⁴
- Er vinden per controle twee metingen plaats, met een tussenpauze van enkele minuten. Deze pauze is onnodig.⁵ Men kan dus vrijwel aansluitend de tweede meting doen. Een pauze van vijftien seconden (bloeddruk noteren, pols tellen) is naar onze ervaring voldoende. Wij meten altijd drie keer op deze manier per bezoek en konden geen systematisch volgordeverschil vaststellen tussen de eerste, tweede en derde meting.⁵
- Er dient te worden afgelezen op 2 mm Hg en het gemiddelde van alle gevonden waarden – waarbij de metingen van het eerste bezoek buiten beschouwing worden gelaten – wordt gebruikt voor het stellen van de diagnose. In de praktijk, ook in het ziekenhuis, eindigen nog steeds te veel gegeven bloeddrukwaarden op een tiental. Wanneer men de instructie van de NHG-Standaard letterlijk volgt, is dit bijna onmogelijk. Men zou dan ook vaker oneven getallen verwachten, bijvoorbeeld 153/97 (gemiddelde van zes metingen) mm Hg. Meer dan 75% van alle metingen in ons ziekenhuis eindigt op een tiental. Een tegenwerping die vaak wordt gehoord, is dat de notitie 153/97 of 168/92 mm Hg een schijnexactheid voorstelt. De tekst van de NHG-Standaard in deze is echter duidelijk.

Het doel is:

- a. ervoor te zorgen dat men de kwikkolom niet te snel laat dalen;
- b. de voorkeur voor een vijf- of tiental (in de praktijk een tiental) te reduceren;

c. de kans op artefacten te beperken.

Zelfs met deze voorzorgen is het 95% betrouwbaarheidsinterval van een bloeddrukmeting nog aanzienlijk. Het is uiteraard wel te verdedigen het bloeddrukniveau, bijvoorbeeld in een verwijsbrief, niet alleen als één exact getal weer te geven, bijvoorbeeld 172/101, maar te spreken van een globaal niveau bijvoorbeeld systolisch 160-180 en diastolisch 95-105 mm Hg.

- Wij zouden de volgende procedure-aanpassing willen voorstellen: de hypertensiepatiënt wordt in een aparte kamer in een comfortabele stoel gezet en de manchets wordt reeds volgens de voorschriften aangebracht. Tegen de patiënt wordt gezegd dat de arts/assistente na vijf à tien minuten terugkomt en dat er dan twee (of drie⁵) metingen zullen worden verricht en dat daarna het verdere gesprek pas zal plaatsvinden. De twee à drie metingen kunnen volgens ons vrijwel direct na elkaar plaatsvinden, waardoor tijd wordt gewonnen.
- Arts en assistente kunnen beiden even goed de bloeddruk meten, mits handelend volgens de instructies van de NHG-Standaard, eventueel aangevuld met onze suggesties. Van doorslaggevend belang in deze is de motivatie bij degene die meet. Een rustige attitude, zorgvuldigheid en concentratie zijn van meer belang dan de persoon die de meting uitvoert.
- Het onderscheiden van personen bij wie de kans op secundaire hypertensie groter is, vindt ons inziens goed plaats. Wij baseren ons hierbij op het feit dat bij de naar ons verwezen patiënten het percentage met een secundaire hypertensie hoog is (25-40% over de laatste vijf jaar). Hoewel een groot deel hiervan naar ons is verwezen door de tweede lijn, lijkt er, bij een prevalentie van secundaire hypertensie in de eerste lijn van < 5%, een adequate en efficiënte selectie op klinische en/of biochemische gronden te hebben plaatsgevonden. Een sterk positief punt voor de NHG-Standaard.
- Onze mening over het ECG is minder negatief dan de NHG-Standaard. Ondanks het feit dat een ECG de aanwezigheid van linkerventrikelhypertrofie (LVH) onderschat, is het risico bij eenzelfde bloeddrukniveau veel hoger wanneer er tekenen van LVH of ischemie zijn. Bij een positieve cardiale anamnese is men eigenlijk al te laat. Het bestaan van ECG-afwijkingen maakt ook de afweging om al dan niet farmacotherapeutisch te gaan behandelen, inhoudelijk sterker. Recent onderzoek in de huisartspraktijk suggereert toch dat het ECG in deze aanvullende en wezenlijke informatie kan leveren.⁶
- De diagnostische procedure waar het het vaststellen van de hoogte van de bloeddruk betreft, staat uitstekend beschreven in de NHG-Standaard. Toch lijkt het soms dat de arts nog steeds ongeduldig is in deze. Eigenlijk kan men vooral bij de bloeddrukken in het 95-104 traject (lichte hypertensie) niet geduldig genoeg zijn. Vooral wanneer de gemeten waarden bij de diverse controles nogal uiteenlopen, is afwachten geoorloofd. Op één of twee hoge metingen de behandeling starten, is even ongenueanceerd als op een of twee lagere metingen de diagnose voorgoed te verwerpen. Meer controles kunnen dan tot een uiteindelijke uitspraak leiden. Ook bij fors verhoogde bloeddrukwaarden van > 105 mm Hg diastolisch, dient men niet direct met de behan-

deling te beginnen. De NHG-Standaard schrijft terecht voor dat ook in deze situaties minstens drie consulten plaats moeten vinden om het bloeddrukkniveau bij de patiënt vast te stellen alvorens met medicamenteuze therapie te beginnen. Indien een patiënt geen klachten heeft, is het verantwoord om ook bij hogere bloeddrukken van bijvoorbeeld 120-130 mm Hg niet direct te behandelen, maar eerst een aantal metingen te doen met korte tussenpozen.

Richtlijnen Beleid

- Terecht besteedt de standaard een aparte alinea aan de voorlichtingstaak van de arts. Nog steeds ervaren patiënten het hebben van hypertensie als een ziekte. Zo'n etikettering kan dan tot gevolgen in de dagelijkse bezigheden (met name het werk) leiden, waarvoor absoluut geen grond bestaat. Ook bij een één- of tweemaal flink verhoogde bloeddruk (bijvoorbeeld 182/116 mm Hg) is er geen reden om de patiënt met angst op te zadelen, zelfs niet als de arts denkt dat de patiënt zelf de hypertensie onvoldoende ernstig neemt. Een uitzondering hierop kan de situatie zijn waarbij er op basis van hypertensie angineuze klachten of een decompensatio cordis aanwezig is. Wel zijn bloeddrukken in deze orde van grootte een reden de controles strakker en frequenter uit te voeren, bijvoorbeeld een wekelijkse meting. Een bijkomende reden deze voorlichting serieus te nemen, is dat de patiënt zijn gedrag ook aanpast aan de door hem/haar gevoelde motivatie bij de arts. Vooral het effect van deze motivatie op de therapietrouw is groot.
- Hoge bloeddruk is altijd slechts één onderdeel van het palet risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Zoals gezegd, wordt dit steeds beter in kaart gebracht door de eerste lijn. Hierop sluit dan ook direct aan de 'niet-medicamenteuze advisering'. De huisartsen nemen dit stuk over het algemeen uitstekend voor hun rekening. Wij zouden hen in de zin van de Standaard nog eens een extra riem onder het hart willen steken: blijf vasthoudend in deze. Een stuk verantwoordelijkheid blijft bij de patiënten liggen. Farmacotherapie is geen alternatief voor het niet met roken kunnen stoppen. Het instellen van een medicamenteuze behandeling betekent niet dat de patiënten met overgewicht kunnen stoppen met het pogen de energie-opname te verminderen. Wij moeten in deze een gezamenlijke en consequente strategie voeren. Soms leidt dit tot een (tijdelijke) verstoring van de arts-patiëntrelatie, maar wij moeten hier niet voor weglopen. Risicogedrag kan alleen door de patiënt zelf worden veranderd. Toch zal ook in deze de patiënt de motivatie en de vasthoudendheid die uiteindelijk zijn ingegeven door de oprechte zorg voor de gezondheid van diezelfde patiënt vaak herkennen. Soms kan een gesprek met de partner erbij meer duidelijkheid geven. Soms ook zal een en ander mogelijk leiden tot ontwijkgedrag van de patiënt. De niet-medicamenteuze advisering blijft het hoofdpunt van iedere behandeling en dat continu, dus ook als al gestart is met medicamenten. Dus:
 - a. Dring aan op stoppen met roken.

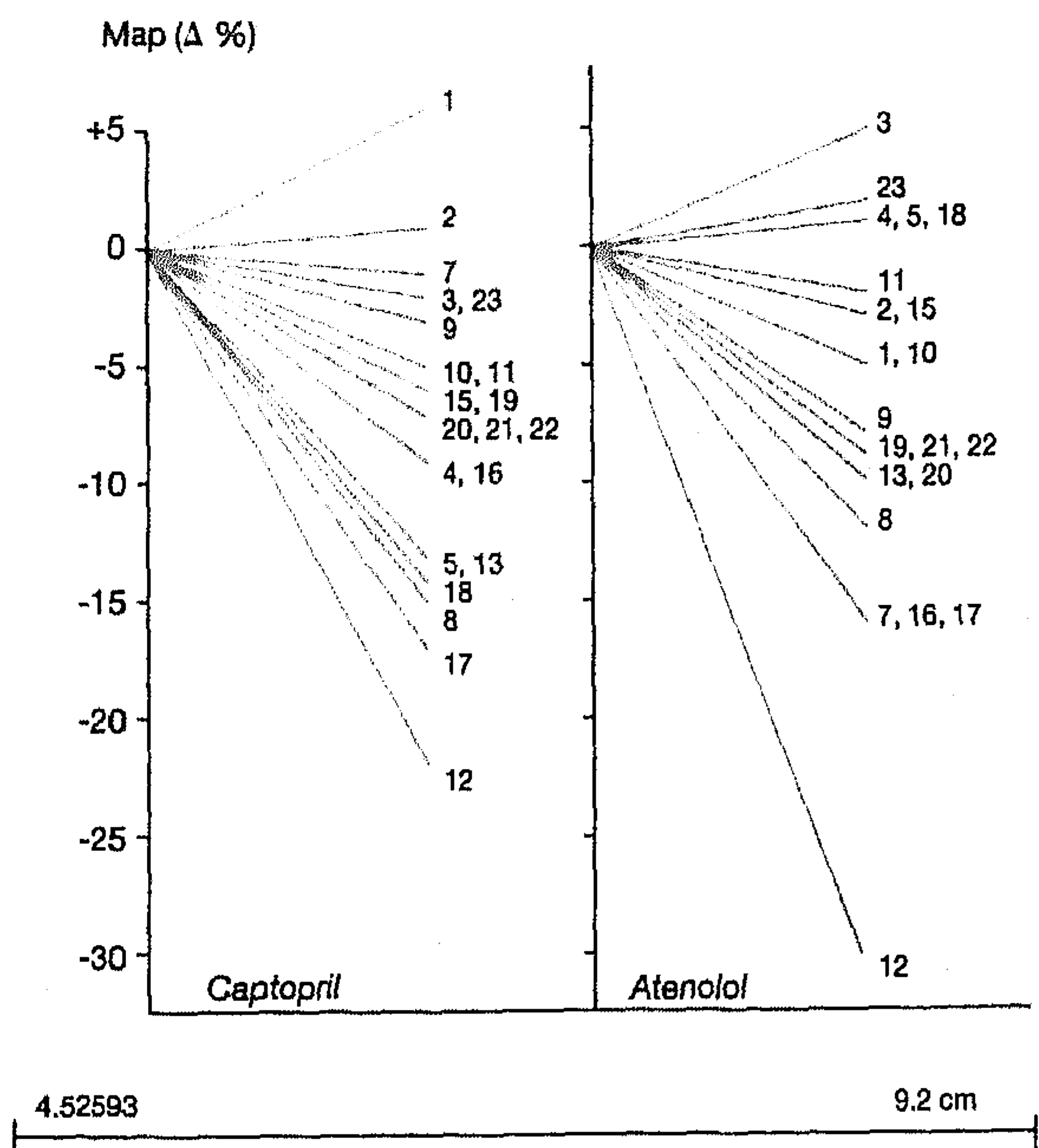
b. Hypertensiepatiënten zijn als groep veel te zwaar. In een recent Amerikaans onderzoek bij alleen mannen⁷ was de gemiddelde body mass index van de 1292 deelnemers 29. In een Nijmeegs huisartsenonderzoek was dit met body mass index van 29 (1376 mannen en vrouwen) niet veel beter.⁸ Reductie van de energie-opname en afvallen hebben nog enkele voordelen: bijna altijd betekent dit ook minder natriuminname. Hierdoor neemt de effectiviteit van de meeste antihypertensiva ook toe, terwijl ze bij flinke gewichtsreductie vaak ook lager gedoseerd kunnen worden.

c. Het toevoegen van extra kalium aan het eten geeft wel een, zij het geringe, verlaging van de bloeddruk maar dit is niet bewezen voor een dieet bestaande uit kaliumrijke voedingsproducten. Kaliumtoevoeging aan het dieet is chronisch niet erg praktisch en is onnodig als men kan komen tot beperking van de natriuminname.

d. Alcohol blijft voor veel patiënten een probleem dat zij liever onderschatten.

e. Lichamelijke activiteit dient vooral als ondersteuning van het pogen het overgewicht te reduceren. Weliswaar kan inspanning (sporten) ook zelfs de bloeddruk doen dalen, maar dan is een inspanning nodig die door de meeste mensen moeilijk structureel is te handhaven: men denkt dan aan driemaal per week sporten waarbij gedurende 30-45 minuten op zeventig procent van het maximum gepresteerd moet worden. Voor jongeren kan dit wel een reële optie zijn.

- Medicamenteuze therapie. Zoals eerder vermeld leek de NHG-Standaard aanvankelijk vrij conservatief, doch anno 1994 is dat voorgestane beleid weer hoogst actueel. De nieuwe Amerikaanse consensus⁹ is teruggekomen bij de diuretica en de betablokkers als eerste keus monotherapie. De Britse consensus is altijd op deze lijn gebleven.^{10,11} Met name het aangetoonde gunstige effect op de 'harde' eindpunten zoals op mortaliteit en morbiditeit door hart- en vaatziekten vormt het hoofdargument voor dit besluit. De lage prijs is een bijkomend toch ook niet geheel onbelangrijk argument. Toch heeft de CBO-consensus met zijn vier groepen als eerste keus en de reclame zijn werk gedaan. Meer huisartsen dan ons lief is, gebruiken de nieuwe, duurere middelen, waarvan (nog) geen effect op de cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit is aangetoond. Ronduit teleurstellend vinden wij het wanneer als eerste keus middelen als urapidil en ketanserin worden geprobeerd alsof er voor niets dertig of meer jaren gunstige ervaring is opgedaan met de diuretica en de betablokkers. Wij realiseren ons overigens ook dat dit soms door de tweede lijn gestimuleerd wordt. Enkele recente inzichten hebben ons inziens een meer algemene betekenis.
 - a. Het is terecht dat de meeste antihypertensiva in lagere dosis dan voorheen kunnen worden toegepast. Het is dus een goed beleid om laag te beginnen, vooral bij ouderen. Maar bij onvoldoende effect dient men wel door te zetten en ook hogere doseringen toegepast te hebben alvorens te concluderen dat een middel niet werkzaam is.
 - b. De individuele respons van een patiënt op een middel is onvoorspelbaar. Dat betekent een dagelijks



Figuur 3. Het effect van vier weken behandeling met captopril (100 mg/dag) en van atenolol (100 mg/dag) op de berekende gemiddelde arteriële druk (MAP) bij een groep patiënten met hypertensie en diabetes mellitus. In deze placebo-gecontroleerde cross-over-studie werden de percentageveranderingen berekend ten opzichte van de placeboperiode. De nummers verwijzen naar de individuele patiënten. Duidelijk is de grote variatie in reactie en de individueel wisselende respons. Voorbeelden: patiënt 12 reageert op beide behandelingen, patiënt 18 alleen op captopril, patiënt 7 alleen op atenolol, patiënt 3 op geen van beide behandelingen.

(Met toestemming overgenomen uit Elving et al.¹²)

praktisch handelen in de zin van 'trial and error'. Figuur 3 laat dat in een eigen studie nog eens zien.¹²

Wij vinden dat huisartsen en specialisten zich dat vaak te weinig realiseren. Nogal eens worden patiënten als 'refractair' of 'therapie-resistent' verwezen, terwijl slechts enkele pogingen zijn gewaagd om de bloeddruk te verlagen. Niet zelden lukt het ons dan wel de bloeddruk te verlagen met de 'ouderwetse' diuretica en/of betablokkers. Ook bij de farmacotherapie zijn vasthoudendheid en geduld gewenst. Het komt nogal eens voor dat in de beginfase combinatie van meerdere middelen in aanzienlijke dosering nodig is, terwijl later met een lagere dosering of met één middel kan worden volstaan.

c. Er is tot nu toe niet één groep antihypertensiva aanwijsbaar die wat zijn effect op de bloeddruk betreft superieur is aan de andere. Zeker bij lichte hypertensie zullen de bijwerkingen zwaar wegen (kwaliteit van leven). Bij de begeleiding van patiënten is het een voortdurend afwegen van kosten en baten. Dus een rustige opbouw van de doseringen, maar wel voldoende hoog doseren en lang genoeg volhouden, alvorens een therapie te verwerpen. Bij bijwerkingen verdient het ook aanbeveling eerst te stoppen en even af te wachten of de bijwerking ook weer verdwijnt en niet meteen bij hetzelfde bezoek een volgend middel te

introduceren. Wanneer het effect van een middel tegenvalt en er geen bijwerkingen zijn kan men wel eerst een tweede middel toevoegen om tijd te winnen. Wanneer de combinatie dan effectief is, is het enige tijd later mogelijk het eerste middel in dosering te verlagen of wellicht geheel met het middel te stoppen. Het zal duidelijk zijn dat de kosten/baten-analyse bij ernstiger vormen van hypertensie en bij reeds aanwezige orgaanschade of doorgemaakte hartvaatziekten anders kan liggen. Lichte bijwerkingen moeten dan soms – zeker tijdelijk – kunnen worden geaccepteerd. Ook hier is een goede begeleiding essentieel.

d. Het is duidelijk dat de diuretica en betablokkers 'onder vuur' liggen. De patenten zijn bijna verlopen en er wordt nauwelijks meer in onderzoek met deze groepen geïnvesteerd, behoudens wellicht in enkele van de nieuwere, maar ook duurdere middelen uit deze groepen. De recente Amerikaanse en Britse 'consensus'-rapporten maken de positie van betablokkers en diuretica nog steeds ijzersterk. De NHG-Standaard is dus up-to-date. Recent heeft ook Grundmeijer het huisartsstandpunt in deze nog eens aangescherpt.¹³ Actuele onderzoekgegevens verlenen in onverminderde mate steun aan de 'oudere' middelen. Veel van de bezwaren tegen de diuretica (metabole bijwerkingen, kwaliteit van leven, ritmestoornissen door de hypokaliëmie) en betablokkers (kwaliteit van leven, negatieve inotropie, bradycardie) dateren uit de tijd van de hogere doseringen. Bovendien horen deze punten bij de balans pas aan de orde te komen als ook van de nieuwe middelen de effecten op de harde eindpunten zijn aangetoond. Te vaak moet men in deze – bij gebrek aan beter – zijn heil nog zoeken in de surrogaat eindpunten, zoals kwaliteit van leven, afname van linkerventrikelhypertrofie. Twee recente onderzoeken zijn in deze interessant.^{7,14}

Ook deze onderzoeken hebben weliswaar geen harde eindpunten, maar hebben wel als voordeel dat de oudere en nieuwe groepen in één studie met elkaar zijn vergeleken.

Een aantal vooroordelen tegen de oudere middelen vervalst: diuretica zijn even effectief als de andere groepen. De metabole gevolgen bij de gebruikte lagere doseringen zijn gering tot afwezig. De bijwerkingen zijn gering, in een studie zelfs minder frequent dan die met placebo.⁷ Ook gemeten met het moderne onderzoeksitem 'kwaliteit van leven' bleken de oudere middelen niet onder te doen voor de nieuwere.

■ Ook wat betreft de controles is de NHG-Standaard nog steeds goed bruikbaar. Niet vermeld in de NHG-Standaard wordt echter hoe er moet worden gehandeld indien een patiënt niet meer ter controle verschijnt. We hebben nogal eens de ervaring dat patiënten die wij voor verdere controle terugsturen naar de huisarts de eerste keren wel op controle gaan maar na enige tijd verstek laten gaan. Niet alle huisartsen roepen een dergelijke patiënt dan weer op en het komt dan nogal eens voor dat wij de patiënt weer terugzien als het echt misgaat. Zeker patiënten die medicamenteus worden behandeld, dienen regelmatig door de huisarts te worden gecontroleerd conform de richtlijnen van de NHG-Standaard en dienen ook bij wegblijven te worden opgeroepen.

Conclusies

De NHG-Standaard Hypertensie bevat een nog steeds goed bruikbare leidraad voor de dagelijkse praktijk, zowel in zijn diagnostische als in zijn therapeutische richtlijn. De huisartsen maken meestal in de diagnostiek en de niet-medicamenteuze adviezen een goed gebruik hiervan. Wellicht zijn ze in de farmacotherapie wat minder vasthoudend dan men zou wensen. Met name de recente onderzoeksgegevens alsmede de nationale rapporten uit enkele toonaangevende landen geven steun aan de richtlijnen van de NHG-Standaard wat betreft de keuze bij de medicamenteuze therapie: er lijken inmiddels eerder méér dan minder argumenten om de NHG-Standaard Hypertensie in volle omvang als richtsnoer in de dagelijkse praktijk te blijven gebruiken.

Literatuur

1. Struyvenberg A, voorzitter, en vele anderen. Consensus diagnostiek en behandeling hypertensie. Hart Bulletin 1990; 21: 142–211
2. MacMahon S, Peto R, Cutter J, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part I, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational difference corrected for the regression-dilution bias. Lancet 1990; 335: 765–74.
3. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiologic context. Lancet 1990; 335: 827–38.
4. Kaplan NM. Clinical Hypertension, Sixth Edition 1994. Williams & Wilkins, Baltimore, U.S.A.
5. Engbersen R, Smits P, Lenders JWM, Thien Th. Enkelvoudige bloeddrukmeting bij een controlebezoek wegens hypertensie leidt vaker tot beleidsaanpassing dan multiële metingen. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 241–5.
6. van den Hoogen JPH, van Kruijsdijk MCM, van Ree JW, Mokkink HGA, Thien Th, van Weel C. Prevalence of left ventricular hypertrophy as assessed by electrocardiogram in treated hypertensive persons in general practice. J Hum Hypertens 1993; 7: 473–7.
7. Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. N Engl J Med 1993; 328: 914–21.
8. van den Hoogen JPH, Mol WH, van den Hoogen HJM, van Ree JW, Thien Th, van Weel C. Regression of left ventricular hypertrophy in hypertension treatment in general practice. (Submitted for publication.)
9. Anonymous. The fifth report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993; 153: 153–83.
10. British Hypertension Society Working Party. Treating mild hypertension: agreement from large trials. Br Med J 1989; 298: 694–8.
11. British Hypertension Society Working Party. Management guidelines in essential hypertension: report of the second working party of the British Hypertension Society. Br Med J 1993; 306: 983–7.
12. Elving LD, de Nobel E, van Lier HJJ, Thien Th. A comparison of the hypotensive effects of captopril and atenolol in the treatment of hypertension in diabetic patients. J Clin Pharmacol 1989; 29: 316–20.
13. Grundmeijer HGLM. Waarom toch diuretica en beta-blokkers als eerste keus bij hypertensie? Hart Bulletin 1993; 24: 196–201.
14. Treatment of Mild Hypertension Study. Final Results. JAMA 1993; 270: 713–24.

Commentaar op de bijdragen van Grundmeijer, Thien en Lenders

J.A.E. van der Feen*, A. Prins**

Nadat in 1990 het Consensusrapport Diagnostiek en Behandeling van Hypertensie was gepubliceerd, verscheen in 1991 de Standaard Hypertensie van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Deze editie van Hart Bulletin bevat twee op verzoek van de redactie geschreven bijdragen, waarin een huisarts (Grundmeijer) en twee internisten (Thien en Lenders) hun ervaringen beschrijven bij de praktische toepassing van de richtlijnen uit de Standaard.

Het is een ervaringsfeit, dat invoering van centraal opgestelde richtlijnen in de dagelijkse perifere praktijk nogal eens op problemen stuit. Zelfs een toch stellig gemotiveerde huisarts als Grundmeijer ervaart deze. 'Het implementeren van een standaard is géén sinecure', schrijft

hij, terwijl in deze praktijk toch veel aandacht werd besteed aan het 'vertalen' van de richtlijnen naar de eigen praktijkvoering, en dus ook naar de praktijkassistenten.

In zijn bijdrage signaleert deze auteur drie belangrijke terreinen, waarop de voor de implementatie van deze standaard nodige beleidswijzigingen moeilijkheden opleverden: bij de opsporing, bij de diagnostiek en bij de behandeling.

De richtlijn die opsporing via zogenaamde selectieve case finding behelst – dat is bloeddrukmeting alleen bij die spreekuurbezoekers, die al bekend zijn met (andere) risicofactoren – bleek te ondervangen door spreekuurbezoekers met als klacht problemen rond roken en/of hart- en vaatziekten periodieke bloeddrukmeting aan te raden, en ditzelfde te adviseren via een oproep in de patiëntenkrant aan alle ingeschrevenen met aan de huisarts tot dan toe onbekende risicofactoren (bijvoorbeeld belaste familieanamnese; roken). Dit alles zal zeker een bijdrage leveren aan het frequenter meten van de bloeddruk bij een gedeel-

* Wissekerkseweg 1 B, 4458 BE 's Heer Arendskerke

** Afd. Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam