



NIVEL

bibliotheek

drieharinostraat 26

landin - huisartsen instituut  
111 - 2111  
1 - tel. 030 31 99 46

november 1979



## Voorwoord

"Nascholing dient gericht te zijn op manco's in de gezondheidszorg, ga dus na in hoeverre de gezondheidszorg voldoet aan daaraan naar algemeen inzicht te stellen eisen, spoor discrepanties op en ontwerp een daarop gericht nascholingsprogramma". Dat is de theorie die ook aan het bekende PAOG-rapport over de nascholing aan huisartsen ten grondslag ligt. Deze theorie legt tevens een relatie naar een ander "hot issue": de toetsing.

Het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven vormt een toepassing van deze theorie. Het is een poging de noodzaak tot nascholing op de plaats waar dat in dat geval hoort te gebeuren: in de praktijk van de huisarts.

Het praktijkonderzoek betreft in dit geval een handeling die een huisarts dagelijks zo'n tienmaal verricht: bloeddruk meten. Op twee wijzen werd daarnaar gekeken: observatie van spreekuurconsulten (waarbij de arts niet wist dat op het bloeddruk meten werd gelet) en verslagen van discussies in huisartsengroepen over bloeddruk meten.

Deze pilot-study van Jan Imants met begeleiding van Aad Bartelds levert opmerkelijke gegevens op, die zoals originele onderzoeken vaker doen, een groot aantal nieuwe vragen oproepen.

Ik noem er twee:

Wat te denken van het grote verschil tussen de door een deskundige werkgroep opgestelde regels en de handelswijze van de huisarts in de praktijk?

Wat te denken van de grote verschillen tussen wat huisartsen in discussiegroepen zèggen te doen en wat (andere) huisartsen in de dagelijkse praktijk blijken te doen?

Deze vragen alleen al vormen redenen te over om dit onderzoeksrapport aan te bevelen aan allen die zich met nascholing van huisartsen bezig houden. En voor de afdelingen nascholing en wetenschappelijk onderzoek van het N.H.I. vormen de gegevens van dit onderzoek een reden om op de ingeslagen weg verder te gaan.

S. van der Kooij



<u>Inhoudsopgave</u>	<u>Pag.</u>
1. Inleiding	1
2. Probleemstelling	2
3. Materiaal en meetinstrumenten	4
(3.1. Videomateriaal	4
3.2. nascholingsavonden)	9
4. Algemene beschrijving videoconsulten	11
(4.1. Vóórkomen van verhoogde bloeddruk	11
4.2. Verdere gegevens patiëntenpopulatie	12
4.3. Verdeling naar nieuwe en herhalingscontacten	13
5. De aanleiding om de bloeddruk te meten	14
5.1.1. Video-onderzoek	14
5.1.2. Vragenlijst	15
5.1.3. Literatuur	17
5.2. Discussie (5.2.1. Over het meten naar aanleiding	18
van klachten. 5.2.2. Over de wenselijkheid van	
opsporing door de huisarts. 5.2.3. Over specifieke	
wijzen van opsporing)	
6. De aard en sfeer van de consulten	21
6.1. De aard van het consult	21
6.2. Sfeer consult (6.2.1. Analyse. 6.2.2. Discussie)	22
7. De uitvoering van de bloeddrukmeting	26
7.1. Analyse (7.1.1. Aantal keren meten, houding patiënt,	26
meting niet door de arts. 7.1.2. Rust van de patiënt	
tijdens de meting. 7.1.3. De arm waaraan gemeten werd.	
7.1.4. Meetapparatuur. 7.1.5. Type manchet. 7.1.6. Aan-	
leggen van de manchet. 7.1.7. Gebruik van de stethos-	
coop. 7.1.8. Meetprocedure)	
7.2. Discussie (7.2.1. aantal metingen. 7.2.2. Meting niet	31
door de arts. 7.2.3. Meettechniek. 7.2.4. Houding en	
rust patiënt. 7.2.5. Daalsnelheid van de kwikkolom.	
7.2.6. Kennis over de richtlijnen)	
8. Informatie aan de patiënt	38
8.1. Analyse (8.1.1. Informatie over de gemeten bloeddruk.	38
8.1.2. Verdere informatie)	
8.2. Discussie (8.2.1. Informatie over de gemeten bloed-	43
druk. 8.2.2. Informatie over met de bloeddruk samen-	
hangende onderwerpen)	
9. Beleid na de vaststelling van verhoogde bloeddruk	47
9.1. Analyse (9.1.1. Nader onderzoek. 9.1.2. Beleid be-	47
treffende verdere controle. 9.1.3. Verwijzingen en	
afspraken met specialisten. 9.1.4. Therapie.	
9.2. Discussie (9.2.1. Nader onderzoek. 9.2.2. Beleid	52
betreffende verdere controle. 9.2.3. Verwijzen en	
afspraken met specialisten. 9.2.4. Behandeling.	
10. Slotbeschouwing.	56
Literatuurverwijzingen.	58
Bijlagen	



## 1. Inleiding

In de loop van 1978 werden - in het kader van de actie "hypertensiejaar" van de Nederlandse hartstichting - door het N.H.I. een aantal activiteiten ontwikkeld rond het thema "Huisarts en Hypertensie", met als doel een meer adequate begeleiding van patiënten met hypertensie door de huisarts. De activiteiten omvatten onder meer: het verspreiden van richtlijnen ter standaardisatie van de behandeling en de praktijkvoering; de organisatie van het symposium in januari 1978, waar kennisoverdracht en discussie plaats vond over onder meer opsporing en begeleiding van hypertensiepatiënten; het organiseren van nascholingsavonden, waar ingegaan werd op bij huisartsen levende problemen rond dit onderwerp. Daarnaast werd hulpmateriaal ter beschikking gesteld, in de vorm van het "schema verhoogde bloeddruk", de hypertensiekaart en de patiëntenfolder.

Tevens bestond reeds geruime tijd de behoefte om te onderzoeken, hoe tot een meer systematische evaluatie en ontwikkeling van nascholingsprojecten te komen. Het hypertensieproject bleek zich om een aantal redenen, vrij goed voor dit doel te lenen en is daarom als uitgangspunt gekozen voor het onderzoek, waarvan het verslag thans voor U ligt. Het onderzoek houdt zich bezig met de vraag, hoe huisartsen in de praktijk met de bloeddrukmeting en met het probleem verhoogde bloeddruk omgaan. Waar dit belangrijke afwijkingen te zien geeft van de aanbevelingen uit het nascholingsmateriaal, wordt onderzocht welke oorzaken hieraan ten grondslag kunnen liggen. Het gebruikte materiaal bestaat uit op videoband vastgelegde spreekuren en materiaal dat verkregen werd op de nascholingsavonden.

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- in het eerstvolgend hoofdstuk zal de probleemstelling nader uiteen worden gezet.
- dan volgt een hoofdstuk waarin besproken wordt op welke wijze de gegevens zijn verkregen uit het materiaal.
- in de zes volgende hoofdstukken worden de onderzoeksresultaten, gerangschikt naar onderwerp, gepresenteerd.

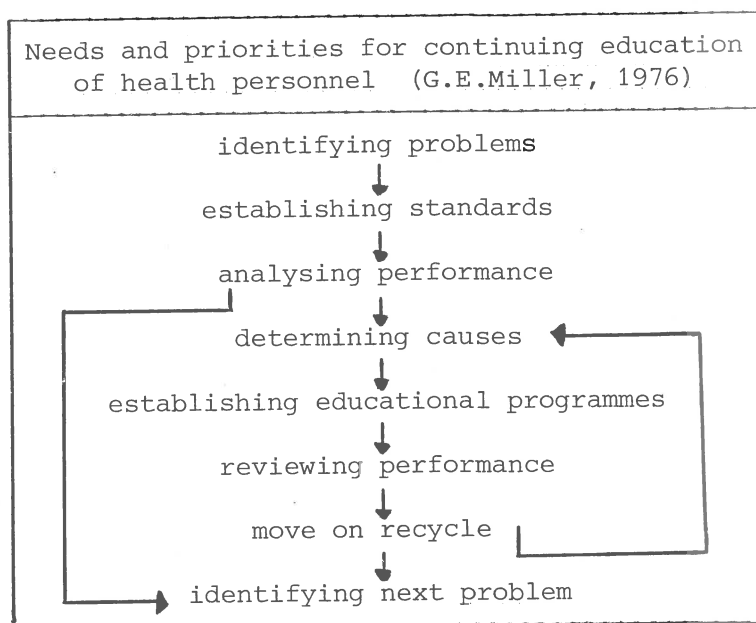
Afgezien van een eerste hoofdstuk met algemene gegevens over de videoconsulten, bestaan deze hoofdstukken steeds uit twee onderdelen:

- a. een onderdeel waarin het geobserveerde handelen van de huisartsen besproken wordt en vergeleken met de in de nascholing gepresenteerde richtlijnen;
- b. een onderdeel dat meer het karakter heeft van een *discussiestuk* waarin gezocht wordt naar achtergronden van een onder a. gevonden kloof tussen handelen en richtlijnen.

Het rapport wordt afgesloten met een slotbeschouwing over de gevonden resultaten en de gevolgde methode.

## 2. Probleemstelling

De probleemstelling van het onderzoek kan het best verduidelijkt worden aan de hand van het onderstaand schema. Dit schema werd in 1976 opgesteld om de voorwaarden in kaart te brengen, waaraan voldaan moet worden om de gestelde doelen van nascholing te bereiken.



Geciteerd door Dr. S.A. Duursma in "Continuing education of health personnel" (T. Soc. Geneeskunde 20 april 1977, p. 296).

Essentieel in het Miller-concept is dat men, na het identificeren van problemen en het vaststellen van behoefte aan nascholing:

- normen vaststelt "hoe de huisarts hoort te handelen";
- vervolgens gaat kijken hoe hij in feite in de dagelijkse praktijk handelt;
- de discrepanties opspoot tussen norm en werkelijkheid;
- probeert na te gaan wat de oorzaken van deze discrepantie zijn: gebrek aan kennis? vaardigheden? onjuiste attitude? belemmerende praktijkomstandigheden? of andere structurele voorwaarden? stellen de richtlijnen te hoge eisen?
- een nascholingsprogramma ontwikkelt, dat juist gericht is op de oorzaken van die discrepanties;
- en tenslotte kijkt of een dergelijk nascholingsprogramma inderdaad "werkt".

Wat betreft de gesignaleerde behoefte aan nascholing wordt verwezen naar het hypertensie-themanummer "Huisarts en Praktijk", juni 1977 van het N.H.G.

De richtlijnen voor het handelen van de huisarts werden in hetzelfde themanummer gepubliceerd en tevens als folder onder alle Nederlandse huisartsen verspreid.



*Ze waren tot stand gekomen na uitvoerig beraad in een groep deskundigen, met als oogmerk de huisartsen te informeren over recente inzichten en ontwikkelingen. Binnen het geheel van een nascholingsprogramma dienen dergelijke richtlijnen een streefniveau aan te geven, in de zin van een naar de huidige stand van de medische kennis, optimaal functioneren van artsen. De richtlijnen werden niet als bindend gepresenteerd; naast de adviesfunctie, het overdragen van kennis, hebben ze vooral een functie als uitgangspunt van een kritisch toetsen van het eigen handelen.*

*Deze toetsing kan op microniveau plaatsvinden door de individuele huisarts; in meer gestructureerde vorm op nascholingsavonden is tevens de discussie mogelijk over de haalbaarheid van de bepaalde richtlijnen, en kan in overleg de wenselijkheid van bijstelling van het eigen handelen vastgelegd worden. De discussie kan ook leiden tot afspraken tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en specialisten.*

*Tenslotte bieden ze, op macroniveau de mogelijkheid, om na toetsing in een onderzoek als dit, het nascholingsproces als geheel systematischer en meer doelgericht te ontwikkelen.*

De probleemstelling van het huidige onderzoek valt samen met de volgende twee stappen in het schema, en luidt dus:

- hoe is het handelen van huisartsen en waar wijkt dit af van de richtlijnen. De vraagstelling zal in het algemeen tweeledig zijn:
  - hoe verlopen consulten waarin de bloeddruk gemeten wordt (bijvoorbeeld: bij wie wordt bloeddruk gemeten, hoe is de meettechniek)
  - hoe verlopen consulten waarin sprake is van verhoogde bloeddruk (welke informatie wordt aan mensen met verhoogde bloeddruk gegeven; hoe is de begeleiding, enz.). Daarbij zal ook aan de orde moeten komen of het handelen van de artsen in bepaalde opzichten méér in overeenstemming is met de richtlijnen, wanneer van verhoogde bloeddruk sprake is, dan wanneer dit niet het geval is.
- welke oorzaken kunnen ten grondslag liggen aan de gevonden discrepanties, resp. welke problemen worden door huisartsen gesignaleerd met betrekking tot bepaalde in de richtlijnen behandelde onderwerpen.

De bedoeling van het onderzoek is niet om tot afgeronde adviezen te komen omtrent wijziging of handhaving van bepaalde richtlijnen. Wel is getracht een inventarisatie te maken van de problemen, die men bij verdere nascholingsactiviteiten onder ogen zal moeten zien.

### 3. Het onderzoeksmateriaal

In dit hoofdstuk zal een beschrijving gegeven worden van de verschillende soorten materiaal, die voor het onderzoek gebruikt zijn. Aan de orde zal komen op welke wijze het materiaal tot stand kwam, wat de beperkingen ervan zijn, en op welke wijze de onderzoeksgegevens eruit verkregen werden. Begonnen wordt met de bespreking van het videomateriaal. Vervolgens komt het materiaal, verkregen op de nascholingsavonden aan de orde, te weten de beantwoorde vragenlijsten en verslagen van de gevoerde discussies.

#### 3.1. Het videomateriaal

Er is gebruik gemaakt van reeds op het N.H.I. aanwezig videomateriaal. De videobanden werden tussen 1975 en 1977 opgenomen in het kader van verschillende onderzoeksprojecten, die geen relatie hadden met het hypertensieproject. Hieruit werden tevoren alle consulten geselecteerd waarin de bloeddruk gemeten werd; inclusief de pilcontrole e.d. Het resulterend materiaal omvat 124 consulten, van in totaal 23 huisartsen en gespreid over 39 spreekuren.

Alle opnames werden gemaakt met behulp van een zgn. vaste camera (waarbij geen onderzoeker in de spreekkamer aanwezig was).

Een beperking van het videomateriaal is, dat de opnames gemaakt waren met een ander doel dan de bloeddrukmeting vast te leggen, waardoor deze vaak niet optimaal te beoordelen is. Anderzijds brengt dit als voordeel met zich mee, dat de bloeddrukmetingen niet beïnvloed zullen zijn door de wetenschap van de arts ook hierop beoordeeld te worden. Een andere beperking van het videomateriaal is, dat er sprake is van een geselecteerde groep artsen, en wel van artsen die deelnamen aan eerdere onderzoeksprojecten. Dit hoeft nog geenszins te betekenen dat de groep als niet-representatief beschouwd moet worden wat betreft het onderzoek van de bloeddruk, maar de vraag naar representativiteit kan niet zonder meer positief beantwoord worden.

De banden werden door twee onderzoekers geobserveerd aan de hand van een score-formulier (bijlage I).

Als overzicht, en om een inzicht te geven in de wijze waarop de resultaten verkregen werden, worden in het onderstaande de variabelen behandeld.

#### Codes ter identificatie

Dezelfde codenummers voor arts, videoband en patiënt werden gebruikt als in vorige onderzoeken.

#### Personalialia:

Geslacht en leeftijd patiënt. Tenzij de exacte leeftijd uit oudere onderzoeksgegevens bekend was, werd hiervoor het gemiddelde genomen van de door beide onderzoekers geschatte leeftijd. Eerst bij de verdere verwerking werd een onderverdeling in vier leeftijdscategorieën gemaakt.

#### Consultkenmerken:

Nieuw of herhalingscontact. Met herhalingscontact wordt bedoeld, dat de bloeddruk reeds eerder door de huisarts gemeten was, tenzij dit

zeer lang geleden plaats gevonden had. Een nauwkeurige grenslijn was hiervoor niet aan te geven. Als uit het gesprek op de band duidelijk werd dat de bloeddruk bijvoorbeeld een half jaar tevoren gemeten was, is als herhalingscontact gescoord; bleek de bloeddruk reeds enkele jaren niet gemeten te zijn, als nieuw contact. Indien de bloeddruk in het recente verleden door een ander dan de huisarts gemeten was, is eveneens als nieuw contact gescoord.

#### Aanleiding voor de bloeddrukmeting en initiatiefnemer:

Met behulp van deze variabele hoopten we naast een algemeen overzicht ook een indruk te verkrijgen van de mate waarin door huisartsen actief gezocht wordt naar mensen met hypertensie.

De aanleidingen moesten afgeleid worden uit hetgeen op de videoband besproken werd. Indien in het gesprek niet expliciet een aanleiding genoemd werd, moest deze uit de context worden afgeleid.

Indien een patiënt bijvoorbeeld hoofdpijnklachten presenteerde en er werd in dat consult zonder verdere opgave van redenen de bloeddruk gemeten, dan werden de hoofdpijnklachten als aanleiding beschouwd. De genoteerde aanleidingen werden na afloop van de totale observatieperiode in categorieën ingedeeld.

De patiënt werd als initiatiefnemer beschouwd, als deze expliciet om een bloeddrukmeting vroeg. Hierbij werden uiteraard niet die opmerkingen gerekend die slechts als functie hadden te herinneren aan een bepaalde afspraak, zoals "Ik kwam voor de bloeddrukcontrole". In de overige gevallen werd de arts als de initiatiefnemer beschouwd, dus onder meer bij alle routinecontroles.

#### Aard consult:

Met deze variabele wilden we meten welke plaats de bloeddruk in de geobserveerde consulten innam, al dan niet in relatie tot andere onderwerpen. Bij pilcontroles werd als "niet van toepassing" gescoord. Zowel tijdens de observaties als bij de verwerking deden zich dermate grote problemen ten gevolge van de formulering voor, dat de variabele in deze vorm als onbruikbaar beschouwd moet worden. Op pag. wordt verder ingegaan op dit probleem.

#### Sfeer consult:

Met betrekking tot de sfeer van de consulten werden de volgende drie variabelen gescoord op 5 puntschalen:

- zwaar/bedreigend versus luchtig/bagatelliserend
- haast versus rust
- interesse/betrokkenheid (versus ongeïnteresseerdheid).

Onder zwaar/bedreigend werd verstaan, dat een arts verbaal of door zijn houding, de ernst van de klachten of gevonden afwijkingen zo sterk benadrukte, dat deze hierdoor een overheersende factor in het consult werd.

Luchtig/bagatelliserend betekende het 'wegwuiven' van de ernst. In beide gevallen zal de beoordeling beïnvloed worden door de ernst van de klachten, zoals deze door de observatoren ervaren wordt. Hierop zal bij de bespreking van de resultaten nog worden terug gekomen. De betekenis van haast/rust en interesse spreekt voor zichzelf.

De schaalpunten hebben de volgende betekenissen:

1. zeer bedreigend	zeer haastig	zeer ongeïnteresseerd
2. vrij bedreigend	neutraal	neutraal
3. neutraal	neutraal	neutraal
4. vrij luchtig	vrij rustig	vrij geïnteresseerd
5. zeer luchtig	zeer rustig	zeer geïnteresseerd

Noch voor het bepalen van het verschil tussen de schaalpunten, noch voor het aangeven van een referentiepunt waren objectieve maatstaven beschikbaar. De beoordelingen geven dus subjectieve indrukken weer. Deze hebben steeds betrekking op hele consulten. Dat wil zeggen, dat als een arts bijvoorbeeld niet inging op gemelde bijwerkingen van anti-hypertensiva, maar wel op problemen in het gezin, de score voor interesse toch hoog kon zijn. Hetzelfde geldt voor beide andere variabelen. De definitieve score kwam tot stand, nadat beide observatoren onafhankelijk van elkaar hun oordeel gegeven hadden. Bij verschillend resultaat werd het gemiddelde genomen indien het verschil 2 punten bedroeg.

Bij een verschil van 1 punt of meer dan 2 punten kwam de definitieve score na discussie tot stand.

#### Meettechniek:

Behalve het aantal keren meten en de daaltijd van de kwikkolom hebben alle onderstaande aspecten van de meting gemeen, dat ze in beeld moeten zijn om beoordeeld te kunnen worden. Niet in beeld is steeds als zodanig gescoord.

- aantal keren meten: geteld werd hoe vaak de manchets vollediĳ werd opgepompt en weer leeg liep. Indien de meting buiten bereik van de camera plaats vond kon vaak aan de hand van het geluid geteld worden. Er werd geen aparte score bijgehouden van gevallen waarin aan beide armen gemeten werd.

De score "niet in beeld" heeft hier de betekenis "niet te zien en niet te horen". Bovendien werd, indien de meting door de patiënt thuis of door de assistente werd verricht, eveneens als "niet in beeld" gescoord.

- patiënt rustig. De rust van de patiënt tijdens de meting werd aangegeven op een 3 puntschaal.

-- betekent onrustig. Bijvoorbeeld patiënt is nog zeer geëmotioneerd, of geagiteerd aan het praten of is vlak tevoren gehaast binnen komen lopen.

0 betekent matig rustig.

+ betekent rustig. Dit werd gescoord als de patiënt vóór de meting even had kunnen uitpraten, ontspannen op een stoel zat (niet op het puntje) en dergelijke. Er is dus niet zozeer gekeken naar individuele kenmerken als nervositeit en geagiteerdheid, als wel naar omstandigheden, die de rust, gegeven de situatie, zo goed mogelijk konden bevorderen.

- houding patiënt; gescoord werd of de bloeddrukmeting al dan niet in zittende houding gemeten werd. Andere houdingen werden afzonderlijk genoteerd.

- arm patiënt; "niet in rust" werd gescoord, als de arm niet goed werd ondersteund. Er werd niet nauwlettend gekeken naar de hoogte van de elleboog, maar als deze sterk afweek (bijvoorbeeld bij omhoog steken van de hele arm) werd eveneens als "niet in rust" gescoord. Daarnaast werd gekeken of de arm te sterk gebogen was.
- manchet; gekeken werd naar de afmetingen (13 x 30 cm) en het aanleggen: niet passend (dat wil zeggen, de manchet ligt vóór het oppompen niet goed tegen de huid aan); te laag geplaatst (elleboogholten niet vrij) en/of over kleding.
- stethoscoop; gescoord werden de gevallen waarin niet met de klok geluisterd werd. Voor andere zaken, zoals het plaatsen van de stethoscoop over kleding, bestond geen scoremogelijkheid.
- manometer; aangegeven werd, in welke gevallen men een andere dan een kwikmanometer gebruikte. Het type manometer werd genoteerd.
- meetprocedure; gescoord werd het tussentijds oppompen van de manchet en of men de kwikkolom te snel liet dalen (sneller dan 2 à 3 mm Hg/sec.) De beoordeling daarvan kon op eenvoudige wijze geschieden door notering van de totale tijd waarin de kwikkolom daalde, waarin in twijfelgevallen vergeleken kon worden met de gemeten bloeddruk (indien bekend).
- parallax; het gegeven of bij het aflezen van de kwikkolom de juiste ooghoogte werd ingenomen, werd naast de voorgedrukte variabelen apart op het scoreformulier genoteerd. De formulering was: parallax goed of fout.
- gepalpeerd; gescoord werd of al dan niet vóór de eigenlijke meting de systolische druk door middel van palpatie werd vastgesteld.

Informatie:

- Met "info over meting" werd nagegaan of aan de patiënt informatie gegeven werd over de absolute hoogte van de bloeddruk. Hiertoe werd gescoord, hoe vaak medegedeeld werd dat de gemeten bloeddruk te hoog, te laag of normaal was, en hoe vaak getallen genoemd werden. De genoemde getallen werden steeds genoteerd.
- Waardering door de arts (van de gemeten bloeddruk) werd onderverdeeld in de categorieën "fijn/goed", "jammer/slecht" en "neutraal". Uiteraard werden bij het scoren alle mogelijke equivalente uitspraken meegerekend. Daarnaast werd als "fijn/goed" of "jammer/slecht" gescoord, indien de bloeddruk alleen vergeleken werd met die van vorige keren, zonder dat duidelijk gezegd werd of de gemeten waarde al dan niet boven de norm was. Uitdrukkingen als "flink gezakt", "hoger dan de vorige keer" en dergelijke, vallen hieronder; ze drukken eerder een tevredenheid of teleurstelling van de arts uit, dan dat ze "harde" informatie geven.

Verdere informatie:

Er werd nagegaan, welke van de volgende onderwerpen aan de orde kwamen:

- info over het meten
- info over betekenis getallen

info over "hoge bloeddruk"  
info over eventueel noodzakelijk onderzoek  
consequenties van "hoge bloeddruk"  
dieet  
info over medicijnen  
info over bijwerkingen  
toepassing (van medicatie) komt ter sprake.

Naast deze indeling in onderwerpen was een meer algemene categorie "arts is motiverend bezig" opgenomen.

De tijdens de observatie gehanteerde beoordelingscriteria zullen in het betreffende hoofdstuk besproken worden.

#### Beleid

- Nieuwe afspraak. Nagegaan werd, of met mensen met verhoogde bloeddruk een afspraak gemaakt werd voor een volgende controle door de huisarts. Bij de pilcontrole werd "niet van toepassing" gescoord (regime), behalve wanneer daarbij verhoogde bloeddruk vastgesteld werd.
- Nader onderzoek. Hier werd gescoord welke soorten van onderzoek in verband met verhoogde bloeddruk verricht werden, resp. voor welke soorten van onderzoek afspraken gemaakt werden. Er werd gescoord volgens de categorieën lichamelijk onderzoek, laboratorium, röntgen en E.C.G. Indien voor nader onderzoek verwezen werd naar een specialist, werd dit afzonderlijk aangegeven.
- Verwijzen naar specialist. Gescoord werd, of voor de behandeling van verhoogde bloeddruk verwezen werd.

Ter vereenvoudiging van de verwerking der gegevens werden na het gereedkomen van het oorspronkelijke observatieformulier de volgende variabelen toegevoegd:

- was bij de patiënt reeds vóór het betreffend consult verhoogde bloeddruk geconstateerd? Dit kon meestal vrij eenvoudig uit het gesprek opgemaakt worden, bijvoorbeeld als hypertensiecontrole de aanleiding voor het consult was, of de patiënt anti-hypertensiva voorgeschreven kreeg.
- werd tijdens het consult verhoogde bloeddruk gevonden? Voor dit gegeven waren we volledig afhankelijk van de mededelingen van de arts over de meting. Indien mogelijk werd ook de ernst van de hypertensie gescoord.
- therapie. Over de aard van de ingestelde therapie waren door de observatoren reeds gedetailleerde aantekeningen gemaakt. Aan de hand hiervan werd in tweede instantie gescoord volgens de categorieën "geen therapie", "alleen dieet", "farmacotherapie", therapie van onbekende aard.

Na afsluiting van de observatieperiode werden de gegevens per computer verwerkt.

3.2. Het materiaal, verkregen op de nascholingsavonden, bestaat uit ingevulde vragenlijsten en verslagen van de gevoerde discussies.

In dit kader is het nuttig eerst enige uitleg te geven over de opzet van deze avonden; deze werden gestructureerd volgens de zogeheten SOAP-methode.

De S staat voor subjectief; het aandragen van door de deelnemers ervaren problemen rond het onderwerp. In O, de objectieve fase, werd een vragenlijst ingevuld. Na anonieme beantwoording werden de lijsten opgehaald en de antwoorden gescoord. De resultaten hiervan werden vervolgens in de groep besproken.

Een analyse (A) werd gemaakt van de gesignaleerde problemen en tekortkomingen in kennis en beleid, om tot een plan (P) te komen.

Dit kon bijvoorbeeld inhouden: "in deze gevallen van hoge bloeddruk spreken we die en die handelswijze af", al dan niet volgens N.H.I.-schema. In een aantal gevallen werden tevens afspraken met de plaatselijke specialisten gemaakt.

Op de nascholingsavonden werd gebruik gemaakt van videomateriaal en dia's die naast een leerdoel de functie hadden de discussie te stimuleren. Er was een inleider van het N.H.I. aanwezig, die tevens als discussieleider optrad.

Het verzamelde onderzoeksmateriaal is afkomstig van 16 avonden. Op enkele hiervan is van een ingekort programma gebruik gemaakt.

De bijeenkomsten vonden verspreid over Nederland plaats, zowel in grote steden als in plattelandsgemeenten. Het aantal deelnemers van de in het onderzoek opgenomen avonden bedroeg in totaal 168.

#### De vragenlijst

Van de vragenlijst is een copie als bijlage opgenomen (bijlage II). De vragen hebben betrekking op kennis, het eigen beleid en meningen over met hypertensie samenhangende onderwerpen.

Na afloop van de nascholingsavonden werden de antwoorden van alle lijsten verzameld. De meerkeuze vragen werden per computer verwerkt. De open vragen werden met de hand geteld, waarbij antwoorden in categorieën werden ingedeeld.

Bij het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de aldus reeds verwerkte gegevens over 168 ingevulde lijsten. In het rapport zullen niet alle vragen besproken worden, maar alleen die welke qua onderwerp aansluiten op resultaten van het video-onderzoek. Ook zijn enkele vragen weggelaten waarvan de antwoordcategorieën niet goed te interpreteren waren.

De vragen aangaande het door de huisartsen gevoerde beleid zijn in het algemeen gebruikt als aanvulling op de analyse van het handelen in het video-onderzoek. Daarbij is gekeken naar eventuele verschillen tussen het werkelijk handelen en wat (weliswaar andere) huisartsen zeggen te doen.

De vragen met betrekking tot kennis en meningen zijn verwerkt in de discussiestukken die de hoofdstukken besluiten, waarin gezocht wordt naar oorzaken van het geobserveerde handelen.

### De discussieverslagen

De op de nascholingsavonden gevoerde discussies werden op geluidsband vastgelegd en later integraal uitgetypt. Aan de hand van deze transscripties werden de besproken problemen geïnventariseerd. Tengevolge van de structuur van de nascholingsavonden zijn in de gevoerde discussies enkele patronen te onderkennen:

- het noemen van spontaan gevoelde problemen, o.a. met de begeleiding van hypertensiepatiënten.
- reacties op de nascholingsrichtlijnen.
- discussies naar aanleiding van de vragenlijst. Deze werd soms helemaal besproken, in andere gevallen ging men slechts op enkele onderwerpen (uitvoerig) in. Getracht is in de discussiestukken van dit rapport tot een zo volledig mogelijke weergave te komen van de meest genoemde problemen. Deze sluiten soms zeer direct aan op onderwerpen uit het video-onderzoek (bijvoorbeeld als het gaat om een richtlijn aangaande de meettechniek); in andere gevallen vormen ze meer een algemene achtergrond, die slechts indirecte invloed zal hebben op bepaalde concrete handelingen.

Wat betreft het materiaal van de nascholingsavonden moeten tenslotte enkele restricties genoemd worden:

- het betreft hier een andere groep dan de artsen uit het video-onderzoek.
- het tijdstip van de video-opnames was vóór publicatie van de richtlijnen, dat van de nascholingsavonden erna.
- de vragenlijsten werden niet ontworpen als enquête, en zijn zo ook niet gebruikt op de avonden. Ze hadden daar namelijk een onderwijskundig doel: het bewust worden van het eigen beleid, als startpunt voor de discussie.
- het betreft in de vragenlijsten een weergave van het beleid, zoals de huisartsen dit zeggen te voeren. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met het resultaat, dat men bij een onderzoek door middel van observatie zou verkrijgen.  
(Voor de vaststelling van het handelen wordt daarom bij voorkeur gebruik gemaakt van directe observatie).



4. Algemene beschrijving video-consulten

4.1. Voorkomen van verhoogde bloeddruk

Van 23 artsen werden alle op videoband opgenomen consulten geobserveerd, waarvan bekend was dat ze betrekking hadden op de bloeddruk. Door deze artsen werd, voor zover nagegaan kon worden, bij 16% van alle 777 personen die het spreekuur bezochten, de bloeddruk gemeten. Dit leverde in eerste instantie 124 geobserveerde consulten op, ofwel gemiddeld 5,4 consulten per arts, met een spreiding van 1 tot 16.

De sporadische gevallen waarin tijdens één consult bij twee personen de bloeddruk werd gemeten, zijn om praktische redenen als twee consulten gerekend.

Vanwege het lage aantal consulten per arts is in het verdere onderzoek geen aandacht besteed aan verschillen tussen artsen onderling. Als restrictie moet nog vermeld worden, dat van een aantal artsen het op het NHI aanwezige videomateriaal, onder meer wegens tijdgebrek, niet bekeken is. Het betreft hier steeds artsen met slechts kleine aantallen bloeddrukconsulten. De onderzochte groep van 23 artsen is dus na enige selectie tot stand gekomen.

		Tijdens geobserveerd consult verhoogde bloeddruk			
		nee	ja	(onbekend)	(Totaal)
Vóór video- consult ver- hoogde bloed- druk gecon- stateerd	nee	43 <sup>**</sup>	3 <sup>*</sup>	3 <sup>⊠</sup>	49 ( 40%)
	ja	14 <sup>*</sup>	31 <sup>*</sup>	23 <sup>*</sup>	68 ( 55%)
	(onbekend)	2 <sup>⊠</sup>	2 <sup>*</sup>	3 <sup>⊠</sup>	7 ( 6%)
Totaal		59 (48%)	36 (29%)	29 (23%)	124 (100%)

Tabel 1 Overzicht van alle geobserveerde consulten, met verdeling van verhoogde bloeddruk.

De met <sup>\*</sup> gemerkte gevallen worden verder tot de categorie "verhoogde bloeddruk" gerekend; <sup>\*\*</sup> tot de categorie "geen verhoogde bloeddruk". De met <sup>⊠</sup> gemerkte gevallen werden uit het verdere onderzoek geëlimineerd.

De selectie van de consulten waarin van verhoogde bloeddruk sprake was, kwam als volgt tot stand: op ieder scoreformulier werd aangegeven, of tijdens het betreffend consult verhoogde bloeddruk werd gemeten, en of deze een vorige maal verhoogd was. Indien minstens één van beide het geval was, werd het consult in de selectie verhoogde bloeddrukconsulten opgenomen. Het betreft hier de in de tabel met <sup>\*</sup> aangegeven gevallen.

Tevens werden de 43 gevallen waarin niet van verhoogde bloeddruk sprake was bij het onderzoek betrokken. Het verder te beschrijven

materiaal betreft dus 116 consulten.

Opmerking: gegevens over de bloeddruk waren alleen bekend uit mededelingen van de huisarts aan de patiënt. Indien geen getallen werden genoemd, is de kwalificatie van een bloeddruk als "te hoog" afhankelijk van de criteria van de arts. Deze criteria zijn niet bij alle artsen hetzelfde.

Uit deze tabel valt ook op te maken, hoeveel nieuwe gevallen van verhoogde bloeddruk ontdekt werden, en hoe vaak een tevoren bestaande hoge bloeddruk nog te hoog was, resp. normaal geworden was. (Indien getallen genoemd werden, is hiervoor de grenswaarde 90 mmHg diastolisch gehanteerd; zo niet, dan gelden uiteraard de criteria van de betreffende huisarts). In 22 van de 36 gevallen, waarin tijdens het consult hoge bloeddruk gemeten werd, was de exacte hoogte bekend. Uitgedrukt in graden van ernst: licht (90-105): 16 gevallen; matig (105-120): 5 gevallen; ernstig (120 en hoger): 1 geval.

#### 4.2. Verdere gegevens patiëntenpopulatie:

Verdeling naar geslacht in het totale aantal geobserveerde consulten met bloeddrukmeting komen 93 vrouwen en 23 mannen voor. Dit verschil is slechts ten dele te verklaren door de 32 pil- en zwangerschapscontroles; in de groep met verhoogde bloeddruk (waar deze vrijwel ontbreken) is de verhouding nog altijd 53 vrouwen (73%) tegenover 20 mannen (27%).

Ter vergelijking: in het EPOZ onderzoek (een epidemiologisch onderzoek naar onder meer de verdeling van de bloeddruk bij een doorsnee van een gedeeltelijk verstedelijkte en gedeeltelijk op het platteland gesitueerde bevolking) waren onder de 234 volwassenen die onder behandeling waren wegens verhoogde bloeddruk 67% vrouwen en 33% mannen. (EPOZ, geciteerd in Interimadvies inzake Hypertensie, Commissie van de Gezondheidsraad, 1978).

	Verhoogde bloeddruk	Geen verhoogde bloeddruk	Totaal video-onderzoek	Totaal oorspronkelijk videomateriaal
man	27%	7%	20% = 23	34%
vrouw	73%	93%	80% = 93	66%
N	73	43	116	(777)

Tabel 2 Verdeling naar geslacht.

Wanneer men deze percentages omrekent, blijkt van de mannen bij wie de bloeddruk gemeten werd 87% tot de categorie verhoogde bloeddruk te behoren: Bij de vrouwen is dit 57%.

Verdeling naar leeftijd

	Verhoogde bloeddruk	Geen verhoogde bloeddruk	Totaal video-onderzoek	Totaal oorspronkelijk videomateriaal
(0-14)	-	-	-	13%
15-29	1%	49%	19% = 22	23%
30-44	10%	28%	16% = 19	28%
45-59	40%	12%	29% = 34	19%
60 en ouder	49%	12%	35% = 41	17%
N	73	43	116	(777)

Tabel 3 Verdeling naar leeftijd.

Opmerkelijk is het hoge percentage patiënten ouder dan 60 jaar onder degenen met verhoogde bloeddruk.

In het video-onderzoek was de laagste leeftijd 17, de hoogste 83 jaar.

Omgerekend betekenen de cijfers uit tabel 3: van de 15-29 jarigen bij wie de bloeddruk gemeten werd hoort 5% tot de categorie verhoogde bloeddruk: van de 30-44 jarigen 37%; van de 45-59 jarigen 85% en 60-jarigen en ouder 88%.

4.3. Verdeling naar nieuwe en herhalingscontacten

In het onderzoekmateriaal komen 15 nieuwe contacten voor, in de zin dat de bloeddruk voor het eerst, of voor het eerst na langere tijd, gemeten werd. Dit is 13% van alle consulten.

Dit aantal is te klein om de nieuwe contacten als apart te onderzoeken categorie te beschouwen. Bij de consulten waarin sprake was van verhoogde bloeddruk kwamen 5 nieuwe contacten voor.

5. De aanleiding om de bloeddruk te meten

5.1.1. Video-onderzoek

Op een open regel op het scoreformulier werd de aanleiding om de bloeddruk te meten aangegeven. Aan de hand van de zo verkregen lijst, werd later een verdeling in categorieën gemaakt. In sommige gevallen kwam bij het scoren een flink stuk eigen interpretatie van de observatoren te pas. Ook is de aanleiding voor het bloeddruk meten niet steeds even duidelijk van de aanleiding voor het consult te scheiden.

Voor de resultaten wordt naar de tabel verwezen. Hierin is ook aangegeven of de bloeddrukmeting op initiatief van de arts of de patiënt verricht werd.

	nieuwe contacten		herhaalcontacten		totaal
	initiatief arts	initiatief patiënt	initiatief arts	initiatief patiënt	
controle hypertensie			59	6	65
pilcontrole/zwangerschap	3		29		32
diverse organische klachten	2		5	3	10
hoofdpijn/duizeligheid	2	3		1	6
pathologie hart*			3	1	4
vaatpathologie*			4		4
menopauze symptomen		3			3
na verwijzing	2				2
n.a.v.zaken waar patiënt over gehoord heeft		2			2
leeftijd patiënt	2				2
psychosociale klachten, angst, nervositeit			1		1
totaal	11	8	101	11	131
aantal consulten waarop de kolom betrekking heeft	10	5	89	6	110

Tabel 4: Aanleidingen voor artsen en patiënten voor het meten van de bloeddruk in het video-onderzoek.

\* pathologie hart en vaatpathologie werden gescoord in consulten waar tevens sprake was van hypertensie.

Doordat een aantal malen meer dan één aanleiding gescoord is, zijn de kolomtotalen hoger dan het aantal consulten waarop ze

betrekking hebben. In 6 gevallen was de aanleiding onbekend waardoor de tabel betrekking heeft op 110 consulten.

In verreweg de meeste gevallen gebeurde de meting blijkbaar als onderdeel van een regime (bloeddrukcontrole en pilcontrole). De overige getallen zijn te klein voor een kwantitatieve analyse. De belangrijkste informatie die de tabel oplevert, is dan ook gelegen in de aard van de diverse categorieën. Zo blijkt in een aantal gevallen gemeten te worden naar aanleiding van al dan niet specifieke klachten. In hoeverre een actief opsporingsbeleid al dan niet een rol speelt in deze consulten is uit de tabel niet goed op te maken.

Indien geen duidelijke aanleiding gevonden is, zou men kunnen veronderstellen, dat de leeftijd van de patiënt of een belaste familie-anamnese mogelijk een rol speelde.

Deze zouden zelfs nog aanleiding kunnen zijn in gevallen waarin de bloeddruk naar aanleiding van klachten gemeten leek te worden. Hoewel in de meeste gevallen de relatie tussen klachten en bloeddrukmeting, naar de mening van de observatoren, duidelijk aanwezig was, blijkt het video-onderzoek geen afdoende inzicht te geven in het opsporingsbeleid van hypertensie, bij de onderzochte huisartsen.

Een mogelijkheid om hierover wat meer informatie te krijgen is, te onderzoeken bij hoeveel patiënten van 30-60 jaar door deze artsen de bloeddruk niet gemeten is (waarbij een onzekere factor blijft, van hoeveel patiënten de bloeddruk in een recent eerder consult gemeten was).

Uit tabel 3 blijkt, dat  $28\% + 19\% = 47\%$  van de totale patiëntenpopulatie, ofwel 366 patiënten, tot de leeftijdscategorie 30 t/m 59 jaar behoren. In deze categorie werd 53 maal de bloeddruk gemeten, dus bij 15%. Hieruit volgt, dat de bloeddruk niet gemeten werd bij 85% van alle 30 t/m 59-jarigen.

#### 5.1.2. Vragenlijst

Een indruk, welke aanleidingen huisartsen zelf zeggen te hanteren voor het meten van de bloeddruk, kan verkregen worden uit het materiaal van de nascholingsavonden.

De vraag werd daar gesteld, hoe vaak in de eigen praktijk de opsporing van hypertensie berust op elk van zeven verschillende in de vraag genoemde aanleidingen.

De antwoorden zijn weergegeven in tabel 5.

aanleiding	meestal	weleens	zelden	nooit	niet ingevuld
algemene klachten	42%	45%	8%	1%	4%
specifieke klachten	43%	34%	17%	2%	4%
toevallige omstandigheden	6%	63%	23%	2%	7%
activiteiten van derden	4%	70%	18%	1%	7%
screening	13%	16%	14%	51%	6%
case finding	23%	21%	18%	26%	12%
familie anamnese	27%	51%	15%	2%	4%

Tabel 5 Beantwoording van de vraag: "waarop berust in Uw praktijk de opsporing van verhoogde bloeddruk". Antwoorden van 168 huisartsen.

Screening was omschreven als "meting van de bloeddruk bij alle in een praktijk ingeschreven patiënten."

Case-finding als "meting van de bloeddruk (bij alle patiënten) met wie U in een bepaalde periode in contact komt met een bepaalde leeftijdsgroep".

Voor leeftijdsgroep zou high-risk groep gelezen kunnen worden, met dien verstande dat op arbitraire gronden de groep met leeftijden van 30-60 jaar beschouwd wordt als de high-risk groep die voor case-finding in aanmerking komt.

In feite kan case-finding als een bijzondere vorm van screening opgevat worden, zeker als men na een bepaalde periode actief de mensen gaat opsporen, die nog niet spontaan op het spreekuur gekomen zijn.

Het begrip screening, zoals hier geplaatst tegenover case-finding, heeft als kenmerk, dat vanaf het begin alle ingeschreven patiënten opgeroepen worden, en men geen gebruik maakt van spontane spreekuurcontacten.

Vooral algemene en specifieke klachten blijken bij velen meestal of weleens de aanleiding te zijn. Ruim een kwart zou minstens ooit bij een screening betrokken zijn geweest. Case-finding wordt, blijkens deze cijfers door bijna een vierde systematisch toegepast, hetgeen duidelijk verschilt van de situatie die in het video-onderzoek gevonden werd. Dit zou kunnen wijzen op grote verschillen tussen de onderzochte groepen artsen, of op de mogelijkheid dat de laatste jaren meer aan case-finding gedaan wordt. Een mogelijkheid die niet vergeten mag worden is daarnaast, dat bij de beantwoording van de vragenlijst de eigen normen een belangrijke rol gespeeld kunnen hebben. Aldus hoeft

het beeld dat men van het eigen handelen geeft, niet altijd overeen te komen met het beeld, zoals door directe observatie verkregen wordt.

De familie-anamnese blijkt in een hoge frequentie weleens of meestal de aanleiding te zijn.

De antwoorden zijn globaal onder te verdelen in actief en passief opsporingsbeleid. Actief, als de arts ongeacht de klachten waarmee mensen komen, in bepaalde groepen bij iedereen de bloeddruk meet; passief als de arts zich laat leiden door een van buitenaf komende aanleiding. Indien we onder actief rekenen: de screening, case-finding en ook de familie-anamnese, en onder passief de overige vier, dan blijkt het accent bij deze artsen te liggen op een passief opsporingsbeleid.

("Familie-anamnese" is hier nog bij het actief opsporen gerekend, omdat er sprake is van handelen naar aanleiding van risicofactoren; dit wil uiteraard niet zeggen dat er, zoals bij screening en case-finding, sprake is van een gestructureerd opsporingsbeleid).

Overigens betreft het in tabel 5 steeds de aanleiding om bij een nieuw contact de bloeddruk te meten (het gaat immers om opsporing). Tabel 5 mag daarom ten hoogste vergeleken worden met de eerste twee kolommen van tabel 4.

### 5.1.3. Literatuur

Als vergelijkingsmateriaal, voor de aanleiding bloeddruk te meten in nieuwe en herhalingscontacten, zij hier nog verwezen naar Barlow e.a. Dezen voerden in 1972 in Schotland een statusonderzoek uit bij huisartsen, in het kader van een screeningsprogramma. Ook hier bleken klachten van de patiënt een belangrijke aanleiding om de bloeddruk te meten.

op patiëntenkaart vermelde aanleiding	N (1045)	%
routine-onderzoek	244	23,3
(niet genoteerd)	191	18,3
angina-pect., hartinfarct	134	12,9
licht in het hoofd, duizelig	110	10,5
hoofdpijnen	95	9,1
antihypertensieve therapie	56	5,4
vroeger hoge bloeddruk gevonden	52	5,0
ademnood, hartinsufficiëntie	48	4,6
depressie, angst	43	4,1
menopauze symptomen	33	3,2
perifere vaatstoornissen	13	1,2
neusbloedingen	10	1,0
visuele symptomen	8	0,8
CVA	5	0,5
nierziekten/infecties	3	0,3

Tabel 6 (Naar Barlow e.a.: Bloodpressure measurement at screening and in general practice, in Br. Heart Journal 39 : 7-12, jan. '77). Aanleiding voor bloeddrukmeting bij Schotse huisartsen.

De belangrijkste conclusie, die men uit het bovenstaande kan trekken is:

de bloeddruk blijkt in zeer veel gevallen gemeten te worden naar aanleiding van al dan niet specifieke klachten; hierdoor wordt de opsporing vaak min of meer afhankelijk van factoren die buiten de activiteiten van de arts liggen (passieve opsporing), en speelt het toeval een niet onaanzienlijke rol. Als illustratie van het ontbreken van actieve opsporing kan men het feit zien, dat op het videomateriaal slechts bij een gering percentage van de 30-60 jarigen de bloeddruk gemeten worden.

5.2. *Tijdens de discussies op de nascholingsavonden werden een aantal opmerkingen en vraagstukken geformuleerd, die de achtergronden hiervan kunnen verduidelijken.*

5.2.1. Over het meten naar aanleiding van klachten:

*Terwijl door sommigen in tegenstelling tot de richtlijnen werd gesteld, dat er voor hypertensie specifieke klachten zouden zijn, bleken velen de klachten om louter praktische redenen als aanleiding te hanteren. Met name diegenen die geen mogelijkheid zien om bijvoorbeeld bij iedereen tussen 30 en 60 jaar de bloeddruk te meten, zien in klachten als hoofdpijn en moeheid vaak wel een aanleiding. (In de discussie werd duidelijk, dat velen dit beleid wensen te handhaven, omdat ze geen alternatieve mogelijkheden zien). Ondanks het feit, dat door velen verhoogde bloeddruk niet in oorzakelijk verband gebracht wordt met bepaalde klachten, blijkt men in sommige klachten wel, en in andere geen aanleiding te zien om de bloeddruk te meten. In verband hiermee werd enkele malen opgemerkt, dat de bloeddrukmeting in dergelijke gevallen vaak ook wel het karakter van een verlegenheidsgebaar krijgt.*

5.2.2. Over de wenselijkheid van massale opsporing door de huisarts

*De opsporing verloopt momenteel in de ogen van velen zo rommelig, dat er wel iets moet gebeuren. Ook is men er in het algemeen voor, opsporing door de huisarts te laten gebeuren (niet door aparte screeningsbureaux) onder andere om opsporing en behandeling in één hand te houden, en te vermijden dat ook deze zaken de huisarts ontnomen zullen worden.*

*Anderzijds waren zeer velen huiverig voor de massaliteit van grootscheepse opsporingsprogramma's. Men acht deze vaak organisatorisch niet haalbaar in de eigen situatie.*

*De extra werkbelasting, in verband met de verdere controle en begeleiding van alle nieuw-ontdekte mensen met verhoogde bloeddruk, vond men een veel groter struikelblok, dan de uitvoering van het opsporingsprogramma zelf. (Velen zeiden geschrokken te zijn toen ze zich realiseerden hoeveel mensen met verhoogde bloeddruk ze op statistische gronden in hun praktijk kunnen verwachten). Dit probleem wordt nog groter, indien men bij de begeleiding meer tijd gaat besteden aan andere zaken dan een zuiver technische bloeddrukcontrole. Met andere woorden, zowel de gangbare praktijkvoering als de praktijkgrootte worden als*



belemmering gezien om tot de voorgestelde vormen van anticiperende geneeskunde te komen.

Een ander aspect is de vrees voor vermedicalisering van de samenleving.

Hierbij speelt niet alleen een rol, dat naast hypertensie op tal van andere gebieden opsporings- en preventieprogramma's opgezet kunnen worden, waardoor "de medische macht en het werkterrein van artsen tot een waterhoofd zouden kunnen uitgroeien." Het belangrijkste bezwaar vond men, dat veel zich gezond voelende mensen tot patiënt gemaakt zouden worden. Er is tevens een grote onzekerheid over de waarde van epidemiologische onderzoeken, met name als men wil bepalen of in een individueel geval een behandeling op langere termijn zinvol is. "Kun je de mensen wel voorhouden: screening betekent betere behandeling, betekent langer leven en een betere kwaliteit van het leven?" Afgezien van de waarde van de behandeling vroeg men zich af, of een aantal bij screening opgespoorde mensen niet ten onrechte behandeld wordt.

Men twijfelde aan de betekenis van verhoogde bloeddruk die bij screening gemeten wordt, mede door het grote aantal gevallen waarin spontane daling optreedt.

In het kader van de "vermedicalisering van de samenleving" wordt vaak met onbehagen en enige angst, de vraag uitgesproken: "moeten artsen de gevolgen van maatschappelijke problemen genezen?" En als artsen zich bezig gaan houden met de ongezonde levensomstandigheden van mensen met verhoogde bloeddruk, is een volgende stap, dat ze zich in het algemeen met deze levensomstandigheden gaan bezig houden. "Waarom mag iemand zonder hoge bloeddruk wel ongezond blijven leven?" De vele onopgeloste problemen rond de maatschappelijke taakstelling van de gezondheidszorg, en de positie van de huisarts daarin, bleken dus een belangrijke rol te spelen bij het denken over preventie en screening. Op grond van argumenten, zoals die hierboven aangehaald zijn, vonden velen, dat de beslissing om tot massale opsporing te komen niet eenzijdig door artsen genomen mag worden.

Na lezing van bovenstaand stuk is mogelijk een indruk ontstaan van een algemene afwijzing van massale opsporing op de nascholingsavonden.

Daarom zij er hier op gewezen, dat het stuk niet is opgezet als een weergave van alle opinies, maar slechts als beschrijving van de problemen die als belemmerend ervaren worden. Deze behoeven trouwens niet steeds onoverkomelijk te zijn.

Een rechtstreekse opiniepeiling over massale opsporing is op de nascholingsavonden niet gehouden. Een indruk kan echter verkregen worden uit de beantwoording van de open vraag: "welk opsporingsbeleid ten aanzien van verhoogde bloeddruk staat U voor ogen als het meest ideaal in Uw situatie". Van de 168 deelnemende huisartsen bleek een actief gestructureerd opsporingsbeleid als meest ideaal gezien te worden door 42%, (namelijk screening door 32% en case-finding door 10%). Andere manieren werden door 49% genoemd (voorbeelden hiervan zijn opsporing door derden,

en naar aanleiding van toevallige omstandigheden). Door 9% werd geen antwoord ingevuld.

### 5.2.3. Over specifieke wijzen van opsporing

Uit de beantwoording van de bovengenoemde vraag blijkt, dat van de voorstanders van actieve opsporing de meerderheid screening prefereert boven case-finding. Dit staat in tegenstelling tot de beantwoording van de vraag, welke vormen van opsporing men in de praktijk toepast (zie tabel 5). De achtergrond hiervan is niet duidelijk.

De discussie over de beste methoden van opsporing (aangenomen dat deze wenselijk is) spitste zich voornamelijk toe op screening. Enkele veel gehoorde specifieke bezwaren zijn:

- de organisatorische problemen en tijdsinvestering die screening door huisarts met zich meebrengt. Hier spelen onder meer de bezwaren tegen meting door de assistente een rol (zie hoofdstuk 7) al zijn deze minder zwaarwegend in geval van screening, dan in geval van controles.
- het ontbreken van een goed oproepsysteem bij screening; men vreest voorts niet na te kunnen gaan, of alle opgespoorde mensen met verhoogde bloeddruk ook terug komen voor verdere controle. Juist de groep met het grootste risico zou de neiging hebben, zich aan screening en aan verdere behandeling te onttrekken.
- ook tegen systematische bloeddrukmeting bij allen die spontaan op het spreekuur komen, voert men tijdgebrek als bezwaar aan. Er wordt op gewezen, dat de bloeddruk niet even terloops gemeten kan worden, maar dat een behoorlijke uitleg vereist is.

Tijdgebrek werd niet alleen in verband gebracht met het grote aantal mensen bij wie men de bloeddruk zou moeten meten, maar ook met de grotere tijdsinvestering per meting, als men alle richtlijnen zou toepassen. (Zie hiervoor de hoofdstukken "Uitvoering van de bloeddrukmeting" en "Informatie aan de patiënt"). Door velen werd dan ook getwijfeld aan de haalbaarheid van de verschillende richtlijnen; deze zullen mogelijk in bepaalde opzichten bijgesteld moeten worden.

Echter, in de praktijk is gebleken, dat het opsporen van hypertensie door de huisarts, door middel van case-finding en met gestandaardiseerde meetmethoden, realiseerbaar is. Door van der Feen wordt hiervoor, uitgaande van het onderzoek dat hij in zijn eigen praktijk verrichtte, een model geschetst. ‡)

‡ Feen, J.A.E. van der, De bestrijding van hypertensie in de huisartspraktijk, Brochure Nederlandse Hartstichting, 1978.

6. Aard en sfeer van de consulten

6.1. De aard van het consult

Zowel tijdens het observeren van de videobanden, als bij de verwerking van de resultaten, bleken aan interpretatie en toepasbaarheid van deze variabele zoveel problemen verbonden, dat hier van een getalsmatige presentatie wordt afgezien. De bespreking vindt dan ook voornamelijk plaats ter evaluatie van het video-onderzoek.

De formulering op het scoreformulier was aldus:

bloeddruk het belangrijkste	op initiatief:
bloeddruk n.a.v. (andere) klachten	arts
n.a.v. bloeddruk ook (andere klachten)	patiënt

- allereerst was de formulering van verschillende categorieën niet duidelijk. Waar het gaat om bloeddruk naar aanleiding van klachten, of omgekeerd, kan dit geïnterpreteerd worden als klachten die een vermeende relatie met de bloeddruk hebben, of klachten die ter sprake komen in een consult, terwijl ze in dat consult een functie los van de bloeddrukmeting hebben. Hierover bleken tijdens de observaties verschillende afspraken te zijn gemaakt.
- afhankelijk van de categorie waarin gescoord wordt en van de interpretatie van de observatie-instructie kan het begrip initiatiefnemer geheel verschillende betekenissen krijgen.
- ook de observatie-instructie als geheel kan op meerdere manieren geïnterpreteerd worden:
  - a) Een mogelijkheid is, om uit te gaan van de primaire aanleiding voor het consult (klachten of bloeddruk) en van daaruit te kijken hoe het consult verder verloopt, resp. welke plaats de bloeddruk inneemt. Op deze wijze sluiten de verschillende categorieën elkaar uit; wel zijn verschillende gevallen dan onscoorbaar. De informatie die we aldus krijgen (namelijk: o.a. de relatie tussen bloeddrukmeting en andere zaken die in het consult aan de orde komen; in welke soorten consulten wordt de bloeddruk gemeten) kan echter beter verkregen worden door apart te scoren, wat de primaire aanleiding voor het consult, en wat de aanleiding voor de bloeddrukmeting was. Daarnaast zou gescoord moeten worden of het consult uitsluitend betrekking had op de bloeddruk, of er zelfstandige problemen naast de bloeddruk aan de orde kwamen, en of er in samenhang met de bloeddruk problemen besproken werden.
  - b) Een andere mogelijkheid (volgens welke vaak gescoord is) bestaat eruit, dat men aan de categorieën op zichzelf

staande waarden toekent. Op die manier sluiten ze elkaar niet uit, en zal het vaak voorkomen dat per geval meerdere categorieën van toepassing zijn. (In de praktijk is toch slechts per geval éénmaal gescoord; aangezien hiervoor geen afspraken waren vastgelegd, heeft dit tot de meeste verwarring aanleiding gegeven).

Intussen werd de informatie die volgens deze interpretatie verkregen zou kunnen worden, wel van belang geacht voor het onderzoek. De informatie die d.m.v. categorie II verkregen wordt ("Hoe vaak zijn klachten aanleiding om de bloeddruk te meten") is al bekend uit de variabele "aanleiding voor de bloeddrukmeting".

De belangrijkste informatie die we nu missen is daarom: hoe vaak wordt een bloeddrukconsult aangegrepen om over andere klachten of problemen te praten. Onze voorlopige indruk is, dat dit relatief vaak voorkwam: het grootste deel van de consulten betreft toch meer dan alleen een bloeddrukcontrole. Blijkbaar bestaat er bij een niet gering aantal patiënten behoefte om bij een eenmaal tot stand gekomen contact problemen te bespreken, en geven veel artsen daar ook gelegenheid voor. Om hierover met enige zekerheid uitspraken te kunnen doen, is het echter gewenst een afzonderlijke, ondubbelzinnige onderzoeksvraag op te stellen.

## 6.2. Sfeer consult

### 6.2.1. Analyse

De sfeer van de consulten werd geanalyseerd aan de hand van de volgende aspecten:

- zwaar/bedreigend versus luchtig/bagatelliserend
- haast versus rust
- interesse/betrokkenheid van de arts (versus ongeïnteresseerdheid).

De uiteindelijke score kwam tot stand, nadat de twee observatoren onafhankelijk van elkaar hun beoordeling van elk van de drie aspecten hadden gegeven op een 5-puntsschaal. Bij verschillend resultaat werd het gemiddelde genomen, indien het verschil 2 punten bedroeg: bij een verschil van 1 punt kwam de definitieve score na discussie tot stand.

De drie schalen zijn niet gelijk van aard: de schaal "zwaar" versus "luchtig" heeft twee "negatieve" polen, waarbij de middelste "neutrale" score (3) de optimale situatie weergeeft.

In de beide andere schalen geeft de hoogste waarde (5) de optimale situatie weer.

Aangezien voor deze scores een vast referentiepunt ontbreekt, verwachtten we de meeste informatie te verkrijgen bij vergelijking tussen de hoge bloeddrukconsulten en de consulten waarin niet van verhoogde bloeddruk sprake was.

		Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video- onderzoek
<u>A</u>				
<u>zwaar</u>	1 (zwaar)	-	-	-
<u>versus</u>	2	24%	5%	17% = 19
<u>luchtig</u>	3	46%	63%	52% = 60
	4	29%	23%	27% = 31
	5 (luchtig)	1%	9%	4% = 5
		N = 72	N = 43	N = 115

		Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video- onderzoek
<u>B</u>				
<u>haast</u>	5 (rustig)	14%	12%	13% = 15
<u>versus</u>	4	53%	58%	55% = 63
<u>rust</u>	3	26%	21%	24% = 28
	2	7%	7%	7% = 8
	1 (haastig)	-	2%	1% = 1
		N = 72	N = 43	N = 115

		Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video- onderzoek
<u>C</u>				
<u>interesse</u>	5 (zeer geïnteres- seerd)	11%	7%	10% = 11
<u>versus</u>	4	38%	42%	39% = 45
<u>ongeïnte- resseerd-</u>	3	36%	35%	36% = 41
<u>heid</u>	2	14%	14%	14% = 16
	1	1%	2%	2% = 2
		N = 72	N = 43	N = 115

Tabel 7 Percentages waarin gescoord werd op de verschillende waarden van drie 5-puntsschalen, m.b.t. aspecten van de sfeer van consulten.

Commentaar: wat betreft de variabele "haast/rust" en "interesse" komen geen wezenlijke verschillen voor tussen "verhoogde bloeddruk" en "geen verhoogde bloeddruk".

In beide gevallen is er sprake van een scheve verdeling met de hoogste frequentie op de bijna-optimale score 4. Bij de variabele "zwaar" versus "luchtig" treden wel verschillen op.

Bij verhoogde bloeddruk blijkt het relatieve aantal consulten waarin de sfeer "vrij zwaar" (2) was, groter te zijn dan bij "geen verhoogde bloeddruk". Tevens is het aantal consulten waar de sfeer als "neutraal" (3) gescoord is, in de eerste groep te zijn afgenomen. Tussen beide groepen bestaat weinig verschil wat betreft het relatieve aantal consulten waarin "luchtig" gescoord is ("vrij luchtig" en "zeer luchtig" tesamen, scores 4 en 5). Echter bij "geen verhoogde bloeddruk" is het aandeel van "zeer luchtig" (5) aanzienlijk groter, dan bij "verhoogde bloeddruk".

Opvallend is overigens dat bij deze drie variabelen de scores 1 zeer weinig gebruikt zijn.

#### 6.2.2. Discussie

*Het relatief groter aantal consulten met bedreigende sfeer, in geval van verhoogde bloeddruk, zal samenhangen met de hogere frequentie van pathologie in deze groep. Mogelijk wordt het verschijnsel louter veroorzaakt door het ontbreken van de pilcontroles en andere routinecontroles zonder pathologie.*

*Het effect blijkt echter niet op te treden bij de andere variabelen. Men zou hieruit kunnen opmaken, dat de rust en interesse van de arts niet samenhangen met het optreden van verhoogde bloeddruk, maar van andere factoren afhankelijk moeten zijn. Toch moet hierbij een kanttekening gemaakt worden: als in een consult met ernstige pathologie, en een routinecontrole, dezelfde score voor bijv. rust gegeven wordt, betekent dit nog niet dat het gedrag van de arts in beide gevallen, objectief gezien, hetzelfde is. In het eerste geval zullen de observatoren van de arts verwachten, dat deze meer tijd neemt voor de patiënt, en meer interesse toont. Handelt de arts als was het een "routinegeval", dan zal de score lager uitvallen. Er treedt dus een verandering op van de subjectieve beoordelingscriteria in relatie tot de ernst van de klachten. Mogelijk is hier ook van belang, dat de observatoren medici waren, zodat van een zekere identificatie sprake geweest kan zijn. Het ontbreken van verschillen, afhankelijk van de bloeddrukhoogte, zou dan misschien alleen kunnen betekenen, dat de observatoren en de artsen op de videobanden voor zichzelf dezelfde normen aanleggen, waar het er om gaat hoeveel aandacht een bepaalde klacht verdient.*

*Mogelijkheden om meer inzicht in deze kwestie te krijgen zijn:*

- *nagaan of door psychologen anders gescoord is in deze gevallen.*
- *(bij eventueel toekomstig onderzoek) toevoegen van meer objectieve criteria, zoals de tijd die voor een bepaalde klacht wordt uitgetrokken, oogcontact en dergelijke.*

- nagaan of onder invloed van andere variabelen wel verschuivingen optreden (bijvoorbeeld verschil tussen artsen).
- (eveneens bij eventueel toekomstig onderzoek) onderscheid maken tussen de sfeer in het "bloeddrukgedeelte" van het consult en de gedeeltes met betrekking tot eventuele andere klachten of problemen.  
(Op deze manier is na te gaan, of de arts de tijd heeft genomen voor problemen rond de bloeddruk, of dat het ging om bijv. zorgen over een familielid).
- vragen naar ervaringen van patiënt en arts, na het consult.

## 7. De uitvoering van de bloeddrukmeting

Nagegaan werd, hoe de meting in het algemeen verloopt, en of bijvoorbeeld nauwkeuriger gemeten wordt, in geval van verhoogde bloeddruk. Voor verscheidene variabelen is het aantal niet gescoorde gevallen vrij groot, doordat de meting vaak buiten bereik van camera en/of microfoon plaatsvond. De hieruit resulterende lage aantallen in de tekst geven dus in feite een beperking aan van het videomateriaal.

Terwille van de overzichtelijkheid zijn de meeste variabelen samengevat in tabel 8.

### 7.1. Analyse

#### 7.1.1. Aantal keren meten en houding patiënt, meting niet door arts

Het verdient aanbeveling de bloeddrukmeting na goede instructie te delegeren aan de praktijkassistente.

De beslissing tot verdere controle of behandeling over te gaan is bij voorkeur niet gebaseerd op een eenmalige bloeddrukmeting, maar op de meetwaarden, bij voorkeur in duplo, verkregen tijdens minstens drie spreekuurcontacten. Als einduitkomst geldt het gemiddelde der waarden van de laatste twee zittingen.

Van het totaal aantal consulten (N = 107) werd in 10 gevallen (9%) tweemaal gemeten. In 3 gevallen werd hierbij eenmaal zittend en eenmaal staand gemeten, in 7 gevallen tweemaal zittend. In de overige 97 gevallen (91%) werd steeds eenmaal gemeten. De houding van de patiënt in deze gevallen was steeds zittend, op één geval na waar patiënt tijdens meten ging staan. Het tijdsinterval tussen twee metingen werd niet gescoord; evenmin of een meting aan één of twee armen plaatsvond. Het gevonden resultaat wijkt sterk af van de aanbeveling, dat bij voorkeur in duplo gemeten wordt; er vonden 7 echte duplometingen plaats, dit is slechts 7%. Het betrof hier steeds gevallen van hoge bloeddruk. Echter ook binnen deze categorie vormen de duplobepalingen slechts een klein percentage, namelijk 11%. In deze gevallen werd alleen zittend gemeten. In 3 gevallen werd de bloeddruk niet op het spreekuur gemeten, maar door de assistente of door de patiënt zelf.

#### Aanvullende informatie uit de vragenlijst

Uit het video-onderzoek zijn alleen gegevens te halen over het aantal metingen per zitting. Om iets te weten te komen over het aantal zittingen dat minimaal gebruikt wordt door artsen om vast te stellen of iemand een verhoogde bloeddruk heeft, volgt hier het resultaat van de desbetreffende vraag op de vragenlijst (gevraagd werd naar het eigen beleid). 55% gaf een aantal van 3 meetzittingen op (92 van de 168 artsen). Ruim de helft scoort dus overeenkomstig de richtlijnen.

1 meetzitting werd geantwoord door 4 artsen (2%).

2 door 65 (39%) en 4 of meer door 5 artsen (3%).



In het algemeen zal gelden, dat het baseren van een oordeel op een éénmalige bloeddrukmeting een aantal fout-positieve uitslagen ten gevolge heeft. Bij een groter aantal meetzittingen neemt de betrouwbaarheid toe.

Op de vraag "welke waarde is Uw uitgangspunt voor behandeling" (met voorgedrukte antwoorden) gaf 42% een antwoord overeenkomstig de richtlijnen (namelijk de laatste twee metingen) 28% zei het gemiddelde van alle metingen; 6% van de eerste twee; en 21% alleen de laatste meting.

Hieruit kan geconcludeerd worden:

- dat het grootste percentage antwoorden in overeenstemming is met de richtlijnen;
- dat daarnaast een vrij groot aantal artsen het beleid baseert op één meetzitting. Dit is een belangrijke bevinding; immers, volgens de richtlijnen moet meer gelet worden op trends in de bloeddrukwaarden, dan op eenmalige meetwaarden.

Ook werd gevraagd, wat men doet als bij de eerste meting verhoogde bloeddruk gevonden wordt (na 2x meten).

5%	antwoordde	"½ uur rust"
11%		terugbestellen de volgende dag
22%		terugbestellen binnen 1 week
48%		terugbestellen na 1 week
12%		terugbestellen na langer dan 1 week

Tot zover enkele punten uit de vragenlijst.

#### 7.1.2. Rust van patiënt tijdens de meting

Deze werd uitgedrukt in de meetwaarde - (onrustig), 0 (matig rustig) en + (rustig). De beoordeling is hier vrij subjectief. Bij verschil van mening werd de middelste waarde gescoord.

Resultaat:

- hoge bloeddruk (N = 40): rustig 35 (88%); matig 3 (8%);  
niet rustig 2 (5%)
- geen hoge bloeddruk : rustig 23 (82%); matig 5 (18%);  
(N = 28) niet rustig 0

In verreweg de meeste gevallen was dus volgens de observatoren de patiënt voldoende rustig.

	Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video- onderzoek
2x gemeten	11%	7%	9% = 10
1x gemeten	89%	93%	91% = 97
	N=64	N=43	N=107

patiënt rustig	88%	82%	85% = 58
patiënt matig rustig	8%	18%	12% = 8
patiënt niet rustig	5%	-	3% = 2
	N=40	N=28	N=68

arm patiënt goed	20%	37%	27% = 18
arm patiënt niet in rust	80%	63%	73% = 49
	N=40	N=27	N=67

manometer: kwik	70%	63%	67% = 43
manometer: ander type	30%	37%	33% = 21
	N=37	N=27	N=64

aanleggen manchet: goed	49%	48%	48% = 29
over kleding	32%	26%	30% = 18
te laag geplaatst	22%	35%	27% = 16
niet passend	3%	4%	3% = 2
	N=37	N=23	N=60

Tabel 8: Overzicht van enkele variabelen betreffende meettechniek. Bij "aanleggen manchet" komen de kolomtotalen niet overeen met het aantal consulten waarover gescoord is (meer dan 100%) aangezien in sommige consulten van meerdere fouten sprake was. Zie de tekst voor verdere bespreking.

### 7.1.3. De arm van de patiënt waaraan gemeten werd

Gekeken werd of de arm al dan niet in rust was, en of deze te sterk gebogen was. Onder "niet in rust" zijn ook een aantal gevallen gescoord, waarin de arm een verkeerde houding ten opzichte van het lichaam had (bijvoorbeeld omhoog gestrekt); hiervoor bestond geen aparte scoremogelijkheid.

#### Resultaat:

Een te sterk gebogen arm werd niet geobserveerd.

Onder alle consulten (N=67) was de arm 49 maal (73%) niet in rust; de houding van de arm was goed in slechts 18 (27%) gevallen. In de groep met verhoogde bloeddruk lagen deze getallen nog iets ongunstiger (N=40): 32 maal niet in rust (80%) en 8 maal goed (20%).

Deze resultaten geven een belangrijke afwijking van de richtlijnen te zien. Het is immers bekend, dat door isometrische contracties en door hydrostatische drukverschillen aanzienlijke meetfouten kunnen optreden (Selverberg e.a., 1977).

### 7.1.4. De meetapparatuur

*De bloeddrukmeter.* De kwikmanometer met open stijgbuis voldoet het best. De membraanmanometer met overdrukbeveiliging heeft het voordeel minder kwetsbaar te zijn, maar moet vaker worden geijkt. De veermanometer is absoleet wegens de onverwacht optredende metaalmoeheid. Electronische bloeddrukmeters zijn aanzienlijk duurder en zijn ongeschikt voor klinisch gebruik.

In de hele groep consulten (N=64) werd in 21 gevallen (33%) niet van een kwikmanometer gebruik gemaakt, maar bijvoorbeeld van een membraanmanometer. Daarbij betrof het in 5 gevallen een niet-auscultatieve methode, i.c. een electronische meter. (Onder de 43 gevallen waarin een kwikmanometer gebruikt werd, bevond zich overigens enkele malen een meter van het zogenaamde closed-air type);

Omdat soms gezien werd, dat eenzelfde arts voor een snelle routinecontrole een electronische of membraanmanometer gebruikte en bij hypertensie een kwikmanometer (dit werd ook op de nascholingsavonden te berde gebracht) werd verwacht dat verschillen zouden optreden tussen de consulten waarin wel en deze waarin niet van verhoogde bloeddruk sprake was. Dit was inderdaad het geval (zie tabel 8). Toch werd bij verhoogde bloeddruk nog in bijna 30% van de gevallen een ander type bloeddrukmeter gebruikt dan in de richtlijnen wordt geadviseerd.

### 7.1.5. Het type manchet

In Nederland zijn de standaardafmetingen van de luchtkamer  $12 \times 23$  cm. Manchetten met een luchtkamer van  $14 \times 40$  cm verdienen de voorkeur (*Recommendations*); deze zijn nog niet in de handel verkrijgbaar. Een aanvaardbaar compromis is een luchtkamer van  $13 \times 30$  cm.

(Ten tijde van het video-onderzoek was de manchet met grotere luchtkamer niet algemeen in de handel. Er werden dan ook alleen kleine manchetten waargenomen).

#### 7.1.6. Aanleggen van de manchet

De manchet moet zonder lucht in de luchtkamer goed passend worden aangelegd met de onderrand enkele centimeters boven de elleboogsplooi. Bol gaan staan van een onjuist aangelegde manchet is een belangrijke oorzaak van systematisch te hoog afgelezen waarden. Tussen de manchet en de bovenarm mag zich geen kleding bevinden, en proximaal van de manchet mag de kleding niet knellen. De onderrand van de manchet moet zich op hartshoogte bevinden opdat de hydrostatische druk geen invloed uitoefent.

Het aanleggen van de manchet gebeurde goed in 33 van de 66 gevallen. De meest voorkomende fout was het aanleggen over de kleding, namelijk in 18 gevallen (30%). In 16 gevallen (27%) was de manchet te laag geplaatst, in de elleboogholte. In 2 gevallen (3%) niet passend aangelegd. Het laatste was overigens meestal niet goed te beoordelen. Uit de getallen volgt dat vaak meerdere fouten tegelijk gemaakt werden. In de gevallen van verhoogde bloeddruk (N=37) zijn de resultaten: over de kleren 12 maal (32%); te laag geplaatst 8 maal (22%) en niet passend 1 maal (3%). Het percentage waarin de manchet goed werd aangelegd, was vrijwel gelijk in beide groepen consulten, namelijk 49% bij "verhoogde bloeddruk" en 48% bij "geen verhoogde bloeddruk".

#### 7.1.7. Gebruik van de stethoscoop

De kop van de stethoscoop wordt tijdens het oppompen met niet te stevige, maar ook niet te lichte druk geplaatst waar de a.brachialis is gepalpeerd. Zonder dat de stethoscoop de manchet raakt. Luisteren met de klok van de stethoscoop, omdat de korotkoff-tonen vooral aan de diastolische zijde laag-frequent zijn.

Dit kon slechts in 24 gevallen beoordeeld worden. Geen enkele maal werd met de klokzijde geluisterd. Geadviseerd wordt om met de klok in plaats van de membraan te luisteren in verband met de laagfrequente diastolische tonen.

#### 7.1.8. De meetprocedure

De niet zo zeldzame silent gap is een onbegrepen fenomeen waarbij de korotkoff-tonen onhoorbaar geworden zijn ergens in het gebied tussen het systolische en diastolische niveau, en kan leiden tot een ernstige onderschatting van de systolische bloeddruk en/of een overschatting van de diastolische druk.

Dit fenomeen is te onderkennen wanneer de systolische bloeddruk eerst palpatoir wordt geschat.

De snelheid van deflatie bedraagt 2 à 3 mm Hg per seconde.

Dit is aanzienlijk langzamer dan velen gewend zijn!

Afwijkingen in de snelheid van inflatie en deflatie van de luchtkamer kunnen systematische meetfouten veroorzaken

- In geen van de 58 te beoordelen gevallen werd tijdens het oppompen gepalpeerd (ter onderkenning van de systolische druk en een mogelijke silent gap).
- Bij het aflezen van de kwikkolom werd in 18 van de 22 te beoordelen gevallen niet de gewenste ooghoogte ingenomen, waardoor afleesfouten tengevolge van parallax zullen optreden.
- Tussentijds oppompen vond plaats in 7 gevallen in het totale aantal consulten (N=90), ofwel bij 8%. In de gevallen van verhoogde bloeddruk (N=51) is dit aantal 6 (ofwel 12%).
- De kwikkolom daalde te snel in alle 82 gevallen, waarin dit observeerbaar was. Dit wanneer wordt uitgegaan van de richtlijnen 2 mm Hg/sec.

De resultaten zijn uitgezet in tabel 9.

	Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video-onderzoek
(4) - 5 sec.	11%	28%	18% = 15
6 - 10 sec.	54%	58%	56% = 46
11 - 20 sec.	26%	11%	20% = 16
21 - 30 sec.	7%	3%	5% = 4
31 - (34) sec.	2%	-	1% = 1
	N=46	N=36	N=82

Tabel 9: Frequentie waarin men de kwikkolom met verschillende snelheden liet dalen.

Indien men als marge 3 mm Hg/sec. aanhoudt, zijn alleen de weinige daaltijden 30 sec. mogelijk voldoende. Belangrijker is echter de hoge frequentie waarin veel te snel gemeten wordt. De situatie ligt het minst ongunstig in de verhoogde bloeddrukgroep (relatief minder extreem korte daaltijden); toch komt men hierbij slechts in iets meer dan een derde van de gevallen uit op meer dan 10 seconden. De verschillen met de consulten waarin niet van verhoogde bloeddruk sprake was, zijn evident.

## 7.2. Discussie

### 7.2.1. Het aantal metingen

#### Aantal en metingen per zitting

*Uit het video-onderzoek bleek, dat slechts in een klein aantal gevallen een duplometing plaatsvond; meestal werd met enkelvoudige metingen volstaan. Dit staat niet alleen in tegenstelling tot de richtlijnen, maar ook tot wat op de nascholingsavonden naar voren kwam. Op de vraag: "Wat is het optimaal aantal metingen per zitting", werd namelijk slechts door 4% één meting*

geantwoord. Twee metingen werd geantwoord door 50%; drie door 38%, en vier of meer (tot zes) door 5%. Mogelijk is een verschil tussen de groepen artsen hiervoor verantwoordelijk; anderzijds gaven de artsen op het vragenformulier slechts de ideale situatie aan, zonder dat duidelijk werd of hun werkelijk handelen daar altijd mee overeenkomt. Een oorzaak voor het resultaat van het video-onderzoek is dus niet goed vast te stellen. Weliswaar vonden sommige de procedure volgens de richtlijnen in het algemeen te tijdrovend, maar dit bezwaar werd niet specifiek aangevoerd tegen duplometingen.

Overigens werden, als redenen voor meer dan twee metingen opgegeven

- dat men de bloeddruk in verschillende houdingen wilde meten (telkens in duplo)
- sommigen hadden gerekend met metingen aan beide armen.

Dit laatste wordt echter alléén aanbevolen bij een eerste meting, om eventuele verschillen tussen linker- en rechterarm op te sporen.

Het aantal zittingen voor de vaststelling van verhoogde bloeddruk, en het uitgangspunt voor de behandeling.

Terwijl er vrijwel geen artsen waren, die zeiden voor de vaststelling van verhoogde bloeddruk slechts één meetzitting te gebruiken, werden toch vaak vragen gesteld over de betekenis van een éénmalig geconstateerde bloeddruk boven de norm. Aangezien ook deze blijkens statistieken een verhoogd risico aangeeft, moet men op dergelijke gevallen weliswaar alert zijn, maar we spreken in dit verband pas van verhoogde bloeddruk als deze een meer chronisch karakter heeft. Om tot een betrouwbare indruk van de bloeddruk te komen, zijn daarom meerdere meetzittingen nodig. De algemene problematiek, zoals steeds besproken werd naar aanleiding van de vragenlijst, zou men als volgt in fasen onder kunnen brengen:

- wanneer word je als arts voor het eerst geattendeerd op een bloeddruk die verder geëvalueerd moet worden. Hierbij spelen onder meer grenswaarden en risicofactoren een rol.
  - wanneer besluit de arts bij zichzelf, dat er sprake is van verhoogde bloeddruk. Verschuiven de grenzen bij stress, overgewicht, hogere leeftijden? Hoe betrouwbaar is de indruk die men van "de bloeddruk" kan krijgen op het spreekuur, ook na meerdere zittingen?
  - er is een aarzeling om een patiënt, zeker als deze zich gezond voelt, te rubriceren als iemand met hoge bloeddruk; deze aarzeling wordt versterkt door de bij het publiek gesignaleerde onrust. Op dit probleem wordt in het hoofdstuk "Informatie" verder ingegaan.
  - wanneer besluit je tot behandeling? Het gaat hier ten dele om dezelfde problemen, als bij het stellen van de "diagnose". Maar is het ook mogelijk om géén behandeling in te stellen als de vorige fasen doorlopen zijn? Wat zijn de alternatieven?
- Dit zijn de belangrijkste onderwerpen die aangesneden werden naar aanleiding van de vragen over aantal metingen, uitgangspunten beleid etc.

Hieruit is geen duidelijke oorzaak af te leiden voor het feit, dat een aanzienlijke groep twee meetzittingen gebruikt. Blijkbaar leiden de genoemde problemen er niet toe, dat men meer metingen wil verrichten, alvorens een beslissing te nemen. Wel gingen er stemmen op om factoren als leeftijd, en verhoogd risico een rol te laten spelen bij de beslissing om van verhoogde bloeddruk te spreken. In feite valt het stellen van de "diagnose" verhoogde bloeddruk dan samen met het besluit om te gaan behandelen. Door veel huisartsen werd het ook problematisch gevonden, om bij iemand van verhoogde bloeddruk te spreken, en zich dan te beperken tot het op gezette tijden controleren (surveillance). Men vond, dat het noemen van een aandoening vaak een druk veroorzaakt om te gaan behandelen. Maar juist over het instellen van behandeling bestaat grote onzekerheid, wanneer het mensen betreft die epidemiologisch gezien wel tot een risicogroep behoren, terwijl individueel gezien het effect van de behandeling op langere termijn niet vaststaat. Men vreesde, dat grote groepen die wel gecontroleerd maar niet behandeld worden, op die manier min of meer ten onrechte in een patiëntenrol terecht zouden komen (met andere woorden: wanneer is iemand een patiënt, en welke zwaarte heeft het begrip patiënt voor hem of haarzelf en voor de arts).

7.2.2. Meting niet door de arts

Sporadisch werden in het video-onderzoek bloeddruk-metingen door de doktersassistente of de patiënt verricht.

Uit de discussie op de nascholingsavonden bleek, dat velen er afwijzend tegenover staan. In de vragenlijst werden rechtstreeks de meningen gepeild.

Dit leverde het volgende resultaat op:

	voor	tegen	geen mening/niet ingevuld
meten door patiënt	27%	51%	22%
meten door assistente	46%	33%	21%

Tabel 10 Meninge over bloeddrukmeting door patiënt en assistente (N = 168) (Bron: vragenlijst).

In de discussie werden de volgende opmerkingen gemaakt:

Over het meten door de assistente: afgezien van de vraag of deze het wel goed zou kunnen, waren sommige bevreesd, dat patiënten de bloeddrukmeting als een onbelangrijke bijzaak zouden gaan zien. Het bezwaar gold vooral de metingen bij controles; in geval van screening achtte men hier vaker een taak voor de assistente weggelegd.

Sommige zagen ook een uitholling van het spreekuur ontstaan (er blijft alleen een praatje met de patiënt over).

Van één van de voordelen van meting door de assistente, namelijk de geringere stress die deze veroorzaakt, waren velen niet overtuigd. Dit mede, omdat men dacht dat de "dokersstress" op de

lange duur bij chronische patiënten toch wel zou verdwijnen. Wat betreft het meten door de patiënt, waartegen de weerstand veel groter was: het meest gehoorde bezwaar was wel, dat veel mensen hierdoor erg op hun bloeddruk gefixeerd zouden raken, en er de hele dag mee bezig zouden zijn. Ook vroeg men zich af, of de patiënten de betekenis van de bloeddruk wel zouden begrijpen. Het laten meten door de patiënt werd meestal als geïsoleerde maatregel bediscussieerd. Hierdoor kregen andere problemen, die in feite tegelijkertijd aangepakt moeten worden, te zeer het karakter van een tegenargument. Enkele voorbeelden, die ook nog elders ter sprake zullen komen, zijn: het gebrekkige inzicht in de betekenis van hoge bloeddruk bij veel patiënten; de angst die ze erover hebben. In samenhang daarmee de neiging bij artsen om niet al te diep in te gaan op de consequenties van hoge bloeddruk, en de behandeling zo min mogelijk belastend te laten zijn, zonder de patiënt er over mee te laten denken.

Het bovenstaande wil niet zeggen, dat al deze argumenten steeds een even grote rol speelden bij de afwijzing van metingen door de patiënt.

Ook artsen die de patiënt wel bij het beleid betrekken, kunnen tot de tegenstemmers behoren.

Echter, de genoemde argumenten geven wel een belangrijke tendens in de gevoerde discussies weer. Daarnaast werden duidelijk andere geluiden gehoord. Zo werd over de genoemde gevaren voor somatische fixatie gezegd, dat deze sterk gereduceerd kunnen worden door de begeleiding die men aan de patiënt geeft; het zelf meten van de bloeddruk kan dan constante angst voor de hypertensie verminderen en een beter inzicht geven in het lichamenlijk functioneren. Tenslotte werden door sommigen goede ervaringen in de praktijk vermeld met meting door de assistente. Wat betreft meting door de patiënt waren er zowel positieve als negatieve ervaringen.

### 7.2.3. Meettechniek

Op de nascholingsavonden werd een instructiefilmpje over de meettechniek vertoond. Na het bekijken hiervan merkten sommigen op, erdoor geattendeerd te zijn op eigen fouten en onnauwkeurigheden. Er worden echter ook geluiden gehoord, dat het in alle gevallen toepassen van een dergelijke nauwgezette techniek veel te tijdrovend is.

Men vroeg zich ook af, welke technische perfectie uiteindelijk haalbaar is, en of toepassing van de richtlijnen wel de mogelijkheid biedt, om alle onnauwkeurigheden te vermijden. Met andere woorden, spelen een aantal voorgestelde verbeteringen zich niet binnen de marges van onnauwkeurigheid af. In verband hiermee moet ook gewezen worden op de onzekerheid die men voelde bij de interpretatie van een op het spreekuur gemeten bloeddruk. Deze vertoont immers grote schommelingen, en zou bijvoorbeeld thuis aanzienlijk lager kunnen zijn.

Van de meettechniek kwamen de volgende details ter sprake: apparatuur: de nadelen van vooral de elektronische meter en in mindere mate de veermanometer waren bij velen onbekend. Er was behoefte aan meer documentatie over de manchetsgrootte, in relatie tot de armomvang. Hebben de omrekeningstabellen voor armomvang



nog nut? Hebben mensen met overgewicht hypertensie, of is de bloeddruk hoog door een meetfout?

In verband met het aanleggen van de manchet (waarbij blijkens het video-onderzoek zeer vaak van de richtlijnen wordt afgeweken) werd opgemerkt dat men dit toch vaak over de kleding doet, als deze niet te dik is. Velen vonden het niet haalbaar als steeds (ook dunne) kleding uitgetrokken moet worden.

#### 7.2.4. Houding en rust van de patiënt

Doorgaans was men het er over eens, metingen in zittende houding te verrichten. Er gingen ook wel stemmen op om er een meting in staande houding (en eventueel ook liggend) aan toe te voegen.

De vraag was dan, of men dit moet beperken tot patiënten met orthostatische klachten of het routinematig moet doen.

De rust van de patiënt, vóór en tijdens de meting, vormde een veel groter probleem. Moet je de patiënt voor de meting volledig tot rust laten komen en meten onder basale omstandigheden, zo dit al mogelijk is? Wat is de betekenis van verhoogde bloeddruk als iemand tijdens de meting gejaagd is, of een periode van stress doormaakt? Dit nog afgezien van de stress tengevolge van het bezoek aan de huisarts. Is de meting wel zinlijk, als je weet dat de bloeddruk thuis lager is; of heeft de bloeddruk op het spreekuur toch een zekere representativiteit?

Terwijl sommigen er voorstander van zijn, de patiënt voor een (eventueel tweede) meting bijvoorbeeld een half uur te laten liggen, prefereren anderen een meting "zoals iemand binnenkomt". De grote onderlinge verschillen in meningen en handwijze, zijn waarschijnlijk een oorzaak van het op zeer uiteenlopende wijze beantwoorden van de vraag "wat wordt in de NHI-richtlijnen aanbevolen over de duur van de rust voor U de bloeddruk opneemt". In tabel 11 zijn de frequenties van de verschillende antwoorden weergegeven; 35% gaf het juiste antwoord.

In het video-onderzoek bleek, dat een relatief klein aantal patiënten tijdens de meting een duidelijk niet rustige indruk maakte. Toch blijken, ook na de nascholingsactiviteiten de vragen rond dit onderwerp niet opgelost te zijn, zoals: heeft duidelijke gejaagdheid van de patiënt gevolgen voor de interpretatie van de meting; zijn algemene of specifieke maatregelen nuttig ter bevordering van rust tijdens de meting.

Het nut van zowel het luisteren met de klok van de stethoscoop als van het palperen van de pols tijdens de meting, was voor velen niet duidelijk. Vaak had men er tevoren nooit over gehoord. Sommigen vonden het palperen te omslachtig en tijdrovend.

#### 7.2.5. De daalsnelheid van de kwikkolom

Het belangrijkste probleem dat men met de 2 mm Hg daling per seconde had, was dat het op die manier te veel tijd zou gaan kosten, zeker als er bij systematische opsporing veel bloeddrukcontroles bij zouden komen. Sommigen waren bang voor stuwings van de arm.

In samenhang met de daalsnelheid werden ook steeds de richtlijnen omtrent notering en fase van de Korotkoff-tonen (voor bepaling

van de diastolische druk) besproken. Een veel gehoord bezwaar is, dat de notering op 2 mm teveel exactheid suggereert. (De richtlijn was echter louter opgesteld om systematische fouten t.g.v. afronding te vermijden, met de opmerking dat men de schijnbaar exactere waarde moet relativiseren).

De fase van de Korotkoff-tonen: men vindt het bezwaarlijk dat telkens voor een andere fase gekozen wordt en zou graag meer uniformiteit zien. Zoals ook bij sommige andere onderwerpen was de houding vaak: "We krijgen nu wel weer dit advies, maar wie zegt dat het straks weer niet anders wordt".

Bij de hier genoemde onderwerpen speelt duidelijk een rol, dat men niet voldoende overtuigd is om verandering te brengen in dingen die men anders geleerd en vaak jarenlang toegepast heeft.

We zijn in het voorafgaande steeds ervan uitgegaan dat in de discussie genoemde problemen gezien kunnen worden als achtergrond van de ook in het video-onderzoek gevonden discrepanties. Uit het materiaal is niet op te maken welke invloed de nascholing gehad heeft op het praktisch handelen van de deelnemende artsen; wel is duidelijk dat lang niet alle problemen opgelost zijn.

#### 7.2.6. Kennis over de richtlijnen

Een rol speelt ook, in hoeverre de richtlijnen bekend waren bij deze artsen. Een indruk kan verkregen worden, aan de hand van de beantwoording van de vraag: "wat wordt met betrekking tot het bloeddrukmeten in de NHI-richtlijnen aanbevolen, ten aanzien van aflezing van de kwikkolom, lengte van de luchtkamer, fase van de Korotkoff-tonen, daalsnelheid kwikkolom en duur van de rust vóór de meting". (De beantwoording van het laatste onderdeel is al eerder beschreven). De percentages waarin de verschillende antwoorden gegeven werden, zijn in onderstaande tabel vervat.

	juiste antwoord	onjuiste antwoorden	niet of anders ingevuld
aflezen kwikkolom	(2 mm) 27%	(5 mm) 65% (10 mm) 1%	8%
lengte luchtkamer	(40cm) 13%	(21cm) 5% (30cm) 43%	39%
Korotkoff-tonen fase	(V) 20%	(I) 5% (II) 9% (III) 11% (IV) 14%	42%
daalsnelheid	(2mm/sec) 30%	(5mm/sec) 20% (10mm/sec) 6%	44%
rust tevoren	(2 min) 35%	(geen) 21% (5 min) 17% (10 min) 16%	12%

Tabel 11 Antwoorden op de vraag wat met betrekking tot genoemde punten in de NHI-richtlijnen wordt aanbevolen (N=168). Bij de daalsnelheid betrof het een open vraag; bij de overige onderwerpen meerkeuzevragen).

In een aantal gevallen heeft men mogelijk gemeend, dat naar het eigen beleid werd gevraagd. Wat betreft de Korotkoff-tonen was blijkbaar de terminologie niet algemeen bekend. (Gevraagd werd naar de fase waarin de diastolische druk wordt afgelezen). Een algemene conclusie moet echter zijn, dat er gemiddeld een geringe kennis was omtrent de inhoud van de richtlijnen bij de deelnemers op de nascholingsavonden. Afgezien daarvan zijn de gesignaleerde problemen van dien aard, dat men niet kan veronderstellen dat ze alle opgelost zullen zijn als de richtlijnen wel algemeen bekend zijn. Waar deze problemen een ernstige belemmering vormen voor toepassing van de richtlijnen, zal mogelijk het belang ervan tegen de haalbaarheid afgewogen moeten worden.

8. Informatie aan de patiënt

Hoewel niet omschreven in een exact-geformuleerde richtlijn, is in de nascholing met nadruk gewezen op het grote belang van het geven van informatie aan mensen die zeer langdurige medische controle en/of behandeling behoeven. Ook wordt gesteld, dat mensen hun bloeddruk moeten kennen. Het belang hiervan is gelegen in het stimuleren van de zelfwerkzaamheid, eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid.

In het reeds genoemde themanummer van Huisarts en Wetenschap zijn enkele bijdragen over dit onderwerp opgenomen. In "Het gedrag van hypertensiepatiënten" belicht Bruins aspecten van de begeleiding van chronische patiënten door de huisarts, terwijl van Veen uitvoerig op het begrip compliance ("therapietrouw") ingaat. Uiteraard houdt begeleiding van patiënten veel meer in, dan louter kennis- en informatie-overdracht. In het kader van het video-onderzoek konden echter niet alle facetten van de arts-patiëntrelatie gemeten worden.

In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens aan de orde komen: informatie-overdracht over de actuele bloeddruk en informatie over een aantal met verhoogde bloeddruk samenhangende onderwerpen.

8.1. Analyse

8.1.1. Informatie over de gemeten bloeddruk

Over de absolute hoogte. Gescoord werd, of de getallen werden genoemd en of gezegd werd dat de bloeddruk te hoog, normaal of te laag was. Van alle consulten (N=116) werden getallen genoemd in 44 gevallen of 38%. Of de bloeddruk te hoog of normaal was, werd gezegd in 48 gevallen (41%). Er werd niets gezegd over de absolute hoogte in 39 gevallen (34%).

Aan de hand van tabel 12 kan, naast bovengenoemde getallen, een indruk verkregen worden in de verschillen tussen de consulten waarin wel en die waarin niet van verhoogde bloeddruk sprake was.

	Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video-onderzoek
Alleen "te hoog/te laag/normaal"	29%	28%	28% = 33
Alleen getallen	29%	19%	25% = 29
Beide	19%	2%	13% = 15
Geen van beide	23%	51%	34% = 39
	N=73	N=43	N=116
Totaal "te hoog/te laag/normaal"	48%	30%	41% = 48
Totaal getallen	48%	21%	38% = 44

Tabel 12 Frequenties waarmee informatie gegeven werd over de absolute hoogte van de bloeddruk.

Zoals verwacht werd aan mensen met verhoogde bloeddruk relatief het vaakst informatie gegeven. Toch werd ook hier in bijna een kwart van de gevallen "geen van beide" gescoord; bij ruim de helft werden geen getallen genoemd.

Wat betreft de beoordelingscriteria: "te hoog/te laag/normaal" werd alleen gescoord, als de arts iets zei over de gemeten bloeddruk ten opzichte van de wenselijke waarden, dus niet bij mededelingen als "wat hoger dan de vorige keer".

"Getallen" werd steeds gescoord, als deze duidelijk verstaanbaar werden uitgesproken. Dit betekent niet in alle gevallen, dat de huisarts de patiënt de getallen ook bewust wil laten kennen; soms was duidelijk sprake van "hardop denken" tijdens het opschrijven. Het is dan ook zinvol deze resultaten te vergelijken met die over de verdere informatie (zie tabel 16).

Waardering door de arts, van de bloeddruk.

Gescoord werd op de volgende meetwaarden: "fijn/goed"; "jammer/slecht" of "neutraal". Behalve dat het hier meer subjectief gekleurde mededelingen betreft, geven deze ook informatie over een relatieve hoogte van de bloeddruk (ten opzichte van vorige metingen of van wat de arts verwacht had). Zie tabel 13 voor de resultaten.

	Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video-onderzoek
"Fijn/goed"	63%	37%	53% = 62
"Jammer/slecht"	12%	-	8% = 9
Neutraal/niets	25%	63%	39% = 45
	N=73	N=43	N=116

Tabel 13 Frequenties waarmee artsen bepaalde waarderingen over de bloeddruk uitspraken.

Ook hier wordt aan mensen met verhoogde bloeddruk meer medegedeeld (hetgeen voor de categorie jammer/slecht vanzelf spreekt).

Verder valt op, dat de frequentie van "fijn/goed" een veelvoud is van die van "jammer/slecht". De achtergrond kan zijn, dat de bloeddruk vaker mee- dan tegenviel; althans dat bij tegenvallend resultaat dit niet zo openlijk gezegd werd.

Ook is mogelijk, dat "fijn" of "goed" of een equivalent, vaak als algemene geruststelling gebruikt werd, waarbij verdere informatie dan achterwege bleef. "Jammer" of "slecht" is, bij een tegenvallend resultaat, veeleer een mededeling die een nadere toelichting zal vergen. Deze boodschap kan ook meteen op een minder beladen wijze overgebracht worden, bijvoorbeeld door te zeggen dat de bloeddruk nu wel "wat te hoog" is. Beide categorieën zijn dan ook niet zonder meer als elkaars tegenhanger te beschouwen; ze zullen bovendien in relatie staan tot wat verder aan de patiënt gezegd wordt.

Een indruk hoe vaak bij de ene vorm van informatie de andere achterwege bleef, hoe vaak verschillende vormen juist samengingen en hoe vaak in het geheel geen informatie gegeven is, wordt gegeven door de tabellen 14 en 15.

	Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video-onderzoek
Wel informatie, geen waardering	16%	26%	20% = 23
Geen informatie, wel waardering	15%	14%	15% = 17
Zowel informatie als waardering	60%	23%	47% = 54
Geen van beide	8%	37%	19% = 22
	N=73	N=43	N=116

Tabel 14 Frequenties waarmee combinaties van het geven van informatie en waardering over de bloeddruk voorkwamen.

	Verhoogde Bloeddruk (73 cons)	Geen verhoogde Bloeddruk (43 cons)	Alle consulten (N=116)
Fijn/goed	46	16	62
+ te hoog/te laag/normaal	11 (24%)	5 (31%)	16 (26%)
+ getallen	20 (44%)	5 (31%)	25 (40%)
+ beide	5 (11%)	0 (0%)	5 (8%)
+ geen van beide	10 (22%)	6 (38%)	16 (26%)
Jammer/slecht	9*	0	9*
+ te hoog/te laag/normaal	4		4
+ getallen	0		0
+ beide	4		4
+ geen van beide	1		1
Neutraal/niets	18	27	45
+ te hoog/te laag/normaal	6 (33%)	7 (26%)	13 (29%)
+ getallen	1 (6%)	3 (11%)	4 (9%)
+ beide	5 (28%)	1 (4%)	6 (13%)
+ geen van beide	6 (33%)	16 (59%)	22 (49%)

Tabel 15 Frequenties waarmee, naast bepaalde waarderingen, bepaalde vormen van informatie voorkwamen. De gegeven percentages hebben betrekking op het aantal consulten, waarin de betreffende waardering uitgesproken werd. In de met \* aangegeven kolommen is, vanwege de geringe aantallen, niet gepercenteerd.

uit de tabellen blijkt onder meer dat:

- in geval van verhoogde bloeddruk in een absolute meerderheid zowel informatie als waardering gegeven werd. In de overige gevallen werd ongeveer even vaak informatie als waardering gegeven. In minder dan 10% van de gevallen werd in het geheel geen commentaar gegeven.
- als geen sprake was van verhoogde bloeddruk, in ruim eenderde van de gevallen in het geheel geen commentaar gegeven werd. In de overige gevallen werd als informatie gegeven werd, in de helft van de gevallen tevens een waardering gegeven.
- in beide gevallen werd, als waardering werd uitgesproken, vaker wel tevens informatie gegeven, dan niet. Het aantal gevallen dat alleen waardering werd uitgesproken is kleiner, dan het aantal gevallen dat alleen informatie werd gegeven.

Wanneer ook de inhoud van de mededelingen in de beschouwing betrokken werd dan bleek:

- dat "fijn/goed" vaker dan "jammer/slecht" zonder verdere informatie gezegd werd. Toch werd in de meerderheid van de gevallen wèl tevens informatie gegeven (zoals ook al uit tabel 11A bleek). In de groep met verhoogde bloeddruk bleek fijn/goed het vaakst met getallen gecombineerd te worden.
- "Jammer/slecht" komt niet voor in combinatie met alleen getallen; steeds werd ook gezegd, of de bloeddruk te hoog was (op 1 geval na).
- Indien geen waardering werd uitgesproken, werd in de groep met verhoogde bloeddruk het vaakst gezegd, of de bloeddruk te hoog was. In de groep zonder verhoogde bloeddruk werd vaker geen informatie gegeven; indien dit wel het geval was, waren de getallen in de minderheid ten opzichte van "te hoog/normaal".

Overigens kan bij een beschouwing ook uitgegaan worden van het noemen van de getallen. Deze werden in alle consulten 44x genoemd, te weten:

4x zonder verdere mededeling  
6x met "te hoog/normaal"  
4x met "te hoog/normaal" en "jammer/slecht"  
5x met "te hoog/normaal" en "fijn/goed"  
25x met alleen "fijn/goed".

#### 8.1.2. Verdere informatie

Gescoord werd volgens een lijst van onderwerpen, zoals in tabel 16 opgenomen. Wat betreft de eerste twee onderwerpen werd bij alle consulten gescoord. De overige onderwerpen werden in consulten zonder verhoogde bloeddruk als niet van toepassing beschouwd. In de tabel zijn alleen de consulten opgenomen, waarin verhoogde bloeddruk voorkwam. In de overige consulten werd slechts eenmaal gescoord (namelijk "info over getallen"). Onderwerpen die met therapie samenhangen (7 t/m 12) waren uiteraard alleen van toe-

passing indien inderdaad een behandeling was of werd ingesteld. Onderwerp 12 alleen, indien deze tevoren reeds was ingesteld.

	N	%
1. info over het meten	1	1
2. info over getallen	5	7
3. info over hoge bloeddruk	5	7
4. info over eventueel noodzakelijk onderzoek	1	1
5. consequenties hoge bloeddruk	2	3
6. behandelingsmogelijkheden	1	1
7. consequenties behandeling	1	1
8. arts is motiverend bezig	8	11
9. dieet	10	14
10. info medicijnen	1	1
11. info bijwerkingen	3	4
12. toepassing (van de therapie) komt ter sprake	26	38

Tabel 16 Frequenties waarin over onderwerpen informatie werd gegeven, in de gevallen van verhoogde bloeddruk (N=73).

Men moet deze getallen dan ook mede relateren aan het aantal malen dat therapie ingesteld werd; ook dan blijven ze relatief laag. Verder kan men niet veronderstellen, dat in elk consult over alle onderwerpen informatie gegeven wordt. In een transversaal onderzoek zal steeds sprake zijn van een zekere trefkans, om een "informatieconsult" te vinden. Beoordelingscriteria bij deze variabelen: info over een bepaald onderwerp is alleen gescoord, indien ook uitleg en enige achtergrondinformatie gegeven werd; zo werd "dieet" nog niet gescoord, als alleen genoemd werd wat iemand moest eten. Bij "toepassing" (12) lag de norm iets ruimer; hier werd reeds gescoord, als even gechecked werd, hoeveel van de verschillende medicijnen iemand dagelijks gebruikte. Onderwerp 8 is duidelijk anders van aard dan de overige, en drukt een bepaalde waardering van de observatoren uit. Hierop is soms gescoord, als de arts duidelijk geïnteresseerd was in de begeleiding, zonder dat speciaal op bepaalde onderwerpen gescoord kon worden. De totale cijfers voor "informatie" zijn samengevat in tabel 17.



	Verhoogde Bloeddruk	Geen verhoogde Bloeddruk	Totaal video- onderzoek
Geen informatie	44%	98%	64% = 74
1 onderwerp	34%	2%	22% = 26
2 onderwerpen	16%	-	10% = 12
3 onderwerpen	3%	-	2% = 2
4 onderwerpen	3%	-	2% = 2
	N=73	N=43	N=116
Totaal wel informatie	56%	2%	36% = 42

Tabel 17 Frequentie waarmee over bepaalde aantallen onderwerpen info gegeven werd.

De meeste informatie-overdracht vond, ook relatief, plaats in de herhalingscontacten. In de nieuwe contacten vond 2x informatie-overdracht plaats, en wel beide malen over 1 onderwerp. Van het feit, dat bij nieuwe contacten niet méér informatie gegeven werd, zou een reden kunnen zijn, dat de artsen pas na een aantal meetzittingen een definitief oordeel over de bloeddruk wilden geven.

## 8.2. Discussie

*Op de nascholingsavonden werd uitvoerig gediscussieerd over problemen rond de informatie-overdracht. Daarbij kwamen zeer uiteenlopende meningen over een optimale arts-patiënt-relatie naar voren. In het onderstaande is bewust de nadruk gelegd op de gesignaleerde problemen die belemmerend kunnen werken op een open informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. De indruk moet echter vermeden worden als zou het hier een weergave van de algemene opinie betreffen. Door velen werd er voor gepleit, om de patiënt meer bij het beleid te betrekken; het materiaal is echter niet toereikend om een balans op te maken van de diverse meningen. Verder moet er op gewezen worden, dat problemen mee kunnen spelen die niet als zodanig genoemd zijn in de discussies.*

### 8.2.1. Informatie over de gemeten bloeddruk

*Een veel gehoord argument om geen getallen te noemen (althans niet stelselmatig) was dat mensen de neiging zouden krijgen om hun bloeddruk met die van anderen te vergelijken, en dan mogelijk tot foute conclusies zouden komen. Men vond het ook zinloos de getallen te noemen als de betekenis ervan niet uitgelegd kan worden. Dit laatste achtte men bij veel patiënten niet haalbaar. De angst die de patiënt zou krijgen, speelde ook een grote rol. Om deze reden bestond soms de neiging om vooral tegen oudere mensen, wat lagere waarden op te geven. Hiertegen werd door anderen aangevoerd*

dat men mogelijk meer onrust verwekt naarmate men vager is. Dezelfde problematiek brengt sommigen ertoe om niet al te harde uitspraken te doen over het feit of de bloeddruk te hoog of normaal is; liever bagatelliseert men vaak. Er is vooral een aarzelings om iemand voor de eerste keer mede te delen, dat de bloeddruk te hoog is. Onder andere gezien de onrust onder het publiek door de vele publicaties, televisie-uitzendingen etc., is men beducht voor de stigmatiserende uitwerking van zo'n labeling als "hypertensiepatiënt". In dit kader werd verschillende malen opgemerkt, dat de tensie, niet alleen door patiënten maar ook bijvoorbeeld door verzekeringsmaatschappijen, als een heilige koe, een "garantie op het leven" beschouwd wordt. Door het noemen van het begrip hypertensie krijgt iemand die zich tevoren gezond voelde de rol van chronisch patiënt; krijgt angst om te sterven. Tevens ontstaat een claim om te gaan behandelen.

Dit wordt vooral als probleem gevoeld, als het min of meer marginale gevallen betreft, en de arts (nog) geen behandeling wil instellen. Ook later, als tijdens controles de bloeddruk niet goed blijkt te dalen, heeft men om dezelfde redenen moeite om hierover open informatie te geven.

#### 8.2.2. Informatie over met de bloeddruk samenhangende onderwerpen

Het gaat in dit kader niet louter om zakelijke informatie van de arts aan de patiënt, maar ook om het gezamenlijk doorspreken van de behandeling, bijwerkingen enzovoort. In de richtlijnen is als belangrijk argument voor het geven van veel informatie genoemd, dat men een aktievere rol en meer eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ermee bevordert. Het laatste aspect, welke rol men zichzelf en de patiënt toebedeelt in de besluitvorming tijdens de behandeling, bleek tijdens de discussies een belangrijke rol te spelen.

In een aantal gevallen bestond de neiging, om als arts alleen te beslissen over de behandeling; de patiënt kan zich daar al dan niet aan houden. Is het laatste het geval, dan blijkt men zich vaak machteloos te voelen. ("Ik ben niet mijn broeders hoeder"). Ook als de patiënt wel op controle blijft komen, maar als de bloeddruk niet daalt, kan dezelfde machteloosheid naar voren komen. Moet je de medicijnen gaan controleren? En als ze niet ingenomen zijn, geef je dan uitleg, of trek je je handen terug? Bij sommigen bestaat de neiging nogal paternalistisch te reageren, en standjes te geven.

Door velen werd het als een groot probleem gezien, hoe informatie te verstrekken die niet teveel angst bij de patiënt veroorzaakt, terwijl het belang van de therapie toch voldoende duidelijk wordt. Door onvoldoende inzicht in de achtergrond van de behandeling houden veel patiënten bijvoorbeeld op met medicijnen in te nemen, zodra hun aanwankelijke klachten over zijn. Om dit te voorkomen zal uitleg nodig zijn, dat de klachten geen verband houden met de bloeddruk, en dus ook over de werkelijke redenen van de therapie. Dit wordt vaak als zeer bedreigend gezien.

Anderzijds wordt door een aantal artsen de angst voor de prognose toch weer als de belangrijkste motiverende factor voor de patiënt gezien, om de langdurige behandeling voort te zetten. De informatie die men geeft zal dan voor een groot deel betrekking hebben op de gevaren van hoge bloeddruk op langere termijn, waardoor een bedreigende sfeer ontstaat en de motivatie vooral negatief van aard zal zijn.

Het verband bespreken tussen de levensomstandigheden en de verhoogde bloeddruk werd soms ook als meer belastend voor de patiënt gezien, dan wanneer de behandeling zich beperkt tot het medicijnen voorschrijven en af en toe de bloeddruk controleren.

Men is vaak bang, dat de patiënt zich zorgen over een probleem zal maken, nadat men het als arts aangesneden heeft. De terughoudendheid die hiervan het gevolg is, treedt nog sterker aan de dag waar het gaat om de bijwerkingen van de medicijnen. Terwijl sommigen er al op attenderen vóór het instellen van de therapie, wachten anderen liever af tot de patiënt er zelf mee komt. Met name naar impotentieklachten blijken een aantal artsen om deze reden niet te vragen.

In het bovenstaande zijn slechts die indrukken uit de discussieverlagen beschreven, die men in verband kan brengen met het terughoudend zijn in het geven van informatie. In de discussies werd het ook vaak nodig geacht, dat de patiënt mee kon praten over de behandeling, zeker als het iemand betreft met geringe afwijkingen. Het centrale onderwerp was: hoe de patiënt te motiveren om de behandeling en controles vol te houden. Het verband tussen de arts-patiënt-relatie en de motivatie van de patiënt wordt daarbij vaak niet onderkend; de oorzaak voor een ontbrekende motivatie wordt vaak eenzijdig bij de patiënt gelegd. Vaak wordt in samenhang daarmee aan patiënten weinig ruimte gegeven om eigen verantwoordelijkheid te dragen. De enige "keuzevrijheid" is dan: wel of niet de therapievoorschriften opvolgen.

Meer inzicht is daarom nodig in de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de patiënt een bewuste keus te laten maken, waarbij de arts meer als adviseur optreedt.

Er werd onzekerheid geuit over de problemen waar chronische patiënten mee bezig zijn, en over de uitwerking die open informatie kan hebben. Ook werd tijdgebrek aangewezen als een beperkende factor.

Tenslotte willen we aan het eind van dit hoofdstuk - aan de hand van enige voorbeelden uit de literatuur - toelichten, waarover informatie gegeven zou kunnen worden.

Het begrip "compliance" ("therapietrouw") staat veelal centraal in de literatuur over dit onderwerp. Het niet of slechts gedeeltelijk opvolgen van therapeutische voorschriften, en het zich onttrekken aan verdere controle, worden als belangrijke oorzaken gezien van het falen van de therapie bij chronische aandoeningen. Blackwell (1976) geeft een uitvoerig overzicht van onderzoeken die op dit gebied verricht zijn.

In zijn artikel komen als oorzaken van therapie-ontrouw aan de orde: patiënt-afhankelijke factoren (o.a. diens attitude ten opzichte van ziekte); de aard, duur en andere eigenschappen van de aandoening, arts-afhankelijke factoren, het behandelingsmilieu (ziekenhuis, polikliniek, eerste lijn) en de medicatie (ingewikkeldheid van schema's, begrijpelijkheid van de instructie, bijwerkingen), alsmede de gecompliceerde wisselwerking tussen deze factoren. De auteur komt tot de conclusie, dat voorlichting in de zin van alleen kennisoverdracht aan de patiënt geen bijdrage levert aan grotere therapietrouw. (In het verleden werd daarbij de fout gemaakt, dat men vrees als motiverende factor beschouwde). De voorlichting moet zich daarom tevens richten op motivering tot, en vaardigheid in het leveren van een eigen aandeel in de behandeling. Door actieve betrokkenheid van de patiënt en methodische ondersteuning door de arts wordt de gegeven informatie ook beter onthouden. Van belang is ook, dat bijvoorbeeld angsten bij het innemen van medicijnen besproken kunnen worden, en bij elke patiënt het vermogen tot eigen verantwoordelijkheid wordt afgewogen tegen de behoefte aan blijvend toezicht. Gepleit wordt voor zo eenvoudig mogelijke medicatieschema's, en uitleg van werking en bijwerkingen en van de duur van de periode waarin de medicijnen ingenomen moeten worden.

Schulman e.a. (1979) vergeleken in hun onderzoek de invloed van kennisoverdracht ("educational intervention") met die van stimulering van de actieve betrokkenheid van hypertensiepatiënten ("active patient orientation") op onder andere therapieresultaten, inzicht in ziekte en behandeling van de patiënt, en aanpassing van de levensstijl. Het bleek, dat louter kennisoverdracht weinig voordelen had ten opzichte van een behandeling zonder speciale voorzieningen ("routine care"). Stimulering van de actieve betrokkenheid daarentegen had duidelijk positieve invloed op zowel de behandelresultaten als op de subjectieve beleving van aandoening en behandeling door de patiënt. De auteurs pleiten voor een attitude die de motivatie van de patiënt bevordert; voor het opvatten van een behandeling als samenwerking in de besluitvorming; voor een volledig open informatie over medische hulpbronnen; en voor training van de patiënt in zelfwerkzaamheid. Het begrip compliance houdt volgens hen teveel een passief-gehoorzamende patiëntenrol in.

Door Moors (1978) werd aan de hand van praktijkvoorbeelden toegelicht, hoe problemen met het volhouden van langdurige therapie kunnen samenhangen met het proces van verwerking van de handicap. Met name wordt gewezen op het belang van begeleiding door de huisarts bij dit verwerkingsproces.

Elementen die in het artikel naar voren komen zijn onder meer: de voorlichting aan de patiënt en zijn of haar partner over alle aspecten van de ziekte; het aanbieden van keuzemogelijkheden, en het creëren van een sfeer waarin de patiënt in staat is, zowel over problemen te praten als te begrijpen wat door de arts gezegd wordt.

9. Beleid na de vaststelling van verhoogde bloeddruk

In tegenstelling tot de vorige hoofdstukken is hier de belangrijkste informatie afkomstig uit de vragenlijsten. Niet alleen bevatten deze gegevens over een groter aantal onderwerpen dan het video-onderzoek, maar ook en vooral bleek het videomateriaal in veel opzichten slechts beperkt bruikbaar.

De oorzaken hiervan zullen bij de betreffende onderwerpen besproken worden. Bij het lezen van dit hoofdstuk moeten dus de restricties in acht worden genomen die reeds genoemd werden op pag. 10, namelijk: het betreft andere artsen en een ander tijdvak dan bij het video-onderzoek; het gaat om mededelingen van de artsen over hun beleid en niet om observatie door derden.

9.1. Analyse

9.1.1. Nader onderzoek

*Laboratoriumonderzoek*

urine: eiwit, glucose, sediment.  
 bloed: hemoglobinegehalte, K, Na, creatinine; eventueel cholesterol, wanneer de faciliteiten dit toelaten.

*Overige onderzoeken*

indien mogelijk dient bij iedereen met matig verhoogde bloeddruk onderzoek van de oogfundi plaats te vinden; dit onderzoek is noodzakelijk bij ernstig verhoogde bloeddruk;  
 een elektrocardiogram of eventueel een X-thorax (hartgrootte) kan een nuttige aanvulling zijn op de documentatie; verhoogde bloeddruk is op zich géén indicatie voor intraveneus pyelogram. (De belangrijkste indicaties hiervoor zijn overigens die, welke toch reeds tot verwijzing zullen leiden).

Gevraagd werd, welk basaal aanvullend onderzoek men verricht als men een nieuwe patiënt met verhoogde bloeddruk gevonden heeft. Beantwoording vond plaats door aankruisen van één of meer van de mogelijkheden laboratoriumonderzoek, Röntgen, E.C.G. Zie tabel 18 voor de antwoorden.

	N	%		N	%
alleen laboratorium	106	63	totaal laboratorium	150	89
laboratorium + röntgen	3	2	totaal röntgen	25	15
laboratorium + E.C.G.	22	13	totaal E.C.G.	48	28
laboratorium + röntgen + E.C.G.	19	11	Tabel B		
alleen E.C.G.	4	2			
Röntgen + E.C.G.	3	2			
geen antwoord	11	7			
Tabel A					

Tabel 18 Beantwoording van de vraag naar het onderzoek dat men verricht als men een nieuwe patiënt met verhoogde bloeddruk opgespoord heeft (N = 168)

Betreft het in de vragenlijst een overzicht van basale gegevens die men van elke nieuwe patiënt met verhoogde bloeddruk wil hebben, in het video-onderzoek kon slechts een fragmentarisch beeld verkregen worden van onderzoeken die verricht werden bij een in verschillende opzichten heterogene groep patiënten.

Achteraf is niet te achterhalen, of de patiënt al langer onder controle was, of er bijzondere indicaties waren enz. Aangezien sprake is van een momentopname kan het video-onderzoek geen antwoord geven op de vraag, welke onderzoeken in de loop van een behandeling verricht worden. De resultaten kunnen dan ook alleen gezien worden als aanvullende informatie over de videoconsulten. Voor lichamelijk onderzoek, laboratorium, Röntgen (x-thorax) en E.C.G. werd nagegaan, of hiervoor op de consulten afspraken gemaakt werden; hetzij door de huisarts zelf, hetzij via de specialist. In de 71 gevallen waarin dit bekend was, vond 11x (bij 16%) nader onderzoek plaats.

De verdeling is als volgt:

door de huisarts zelf: 2x lichamelijk onderzoek; 7x laboratorium;  
1x laboratorium + Röntgen + E.C.G.  
via de specialist : 1x laboratorium + E.C.G.

Onderzoek van de oogfundus werd niet waargenomen.

#### 9.1.2. Beleid betreffende verdere controle

In de vragenlijst kwamen alleen het hypertensiespreekuur en de hypertensiekaart ter sprake. Geen van de artsen gaf aan, een apart hypertensiespreekuur te hebben. Op de vraag "Heeft U een aparte zgn. hypertensiekaart?" antwoordde 13% ja, 84% nee; 3% gaf geen antwoord.

In het video-onderzoek werd alleen nagegaan of een nieuwe afspraak voor controle van de bloeddruk (door de huisarts) gemaakt werd. Dit gebeurde in 65 gevallen, of 94% in de groep met verhoogde bloeddruk (N=69; in 4 gevallen werd niet gescoord). Geen nieuwe afspraak werd gemaakt in 4 gevallen (6%).

(N.B. deze variabele heeft eigenlijk de meeste relevantie bij nieuwe contacten; immers, bij herhalingscontacten bestaat reeds een bepaald afsprakenbeleid).

#### 9.1.3. Verwijzingen en afspraken met specialisten

Verwijzing is te adviseren bij: orgaanbeschadiging; therapie-resistentie: wanneer de bloeddruk niet daalt na het instellen van een adequate therapie of wanneer de bloeddruk aanvankelijk wel daalt maar later niet meer; het vermoeden op grond van anamnese en/of onderzoek van een curabele organische oorzaak van de hypertensie, zoals coarctatio aortae, stenose van de a. renalis of phaeochromocytoma; wanneer men weet dat de hypertensie in korte tijd, bijvoorbeeld binnen een half jaar, is ontstaan; een diastolische bloeddruk vanaf 105 mm Hg en een leeftijd jonger dan 30 jaar; een diastolische bloeddruk vanaf 120 mm Hg en een leeftijd vanaf 30 jaar.	het is zinvol nauwkeurige afspraken te maken met de specialisten wie wat wanneer doet; wanneer een uitgebreide diagnostische evaluatie gewenst lijkt of noodzakelijk is, kan de patiënt worden terugverwezen, indien de bevindingen negatief zijn. wanneer de bloeddruk gedurende zes maanden op een acceptabel niveau is ingesteld, kan de patiënt worden terugverwezen, tenzij een uitzonderlijke medicatie of middelen met frequente, aanzienlijke bijwerkingen specialistische controle noodzakelijk maken. begeleiding en voortzetting behandeling behoren in principe tot het terrein van de huisarts.
--	---

Op de nascholingsavonden werd de vraag gesteld: "Welke indicaties hanteert U voor een verwijzing naar de specialist?" Hierop werden de volgende antwoorden gegeven: (absolute aantallen) (158 antwoorden)

Reactie therapie	84
Ernstige hypertensie	81
Leeftijd patiënt	61
Aanwijzingen secundaire HT	24
Nierinsufficiëntie	16
Afwijkingen laboratorium/Röntgen	15
Afwijkingen E.C.G.	11
Afwijkingen oogfundus	8
Overige (waaronder diabetes, familie-anamnese, snelheid ontstaan)	23

Op de vraag heeft U afspraken met specialisten over de behandeling van hypertensie antwoordde 17% bevestigend en 73% ontkennend. In het videomateriaal werden geen verwijzingen naar specialisten voor de behandeling van verhoogde bloeddruk waargenomen (zoals beschreven is, werd eenmaal onderzoek via de specialist aangevraagd).

#### 9.1.4. Therapie

Categorie I: bloeddruk steeds lager dan 140/90 mm Hg: bloeddruk normaal; géén behandeling; controle van de bloeddruk noodzakelijk na maximaal vier jaar.

Categorie II: gemiddelde diastolische bloeddruk 90 - 105 mm Hg. Deze groep met licht verhoogde bloeddruk heeft een verhoogd risico op complicaties en blijvende hypertensie. Het lijkt verantwoord in deze „at risk“-groep eerst gedurende enige tijd, bij voorbeeld zes maanden, te pogen de factoren die bloeddrukverhoging in de hand werken zo goed mogelijk te elimineren (zie onder a). Indien de bloeddruk desondanks verhoogd blijft (diastolisch 90 - 105 mmHg) is regelmatige controle van de bloeddruk zeer gewenst en is medicamenteuze behandeling te overwegen bij:

- hogere leeftijd (het absolute risico stijgt immers met de leeftijd; dit neemt echter niet weg dat men zo tijdig mogelijk een effectieve behandeling zal willen instellen);
- manlijk geslacht;
- systolische bloeddruk 160 mm Hg of hoger;
- orgaanbeschadiging: hartvergroting, decompensatio cordis, electrocardiogram-afwijkingen (indien bekend), met name hypertrofie van de linker ventrikel met strain (ST-depressie, negatieve T's in V<sub>4</sub> tot V<sub>6</sub>), angina pectoris, hartinfarct, „transient ischaemic attack“ (t.i.a.), cerebrovasculair accident, subarachnoïdale bloeding, proteinurie, verhoogd serumcreatininegehalte;
- serumcholesterol (indien bekend) 250 mg% (6.5 mmol/l) of hoger, ondanks dieet;
- diabetes mellitus;
- negroïde ras.

Categorie III: gemiddelde diastolische druk 105 - 120 mm Hg. Medicamenteuze behandeling zeer gewenst.

Categorie IV: diastolische druk 120 mm Hg of hoger. Prompt onderzoek en behandeling.

a. De factoren die bloeddrukverhoging in de hand werken, zo goed mogelijk trachten te elimineren:

- overgewicht;
- stress-omstandigheden;
- orale anticonceptiva;
- excessief zoutgebruik;
- dropgebruik.

Wanneer men naar eliminatie van andere risico-indicatoren streeft in het kader van een multifactoriële benadering van potentieel hart- en vaatlijden, ligt het voor de hand rookgedrag, hypercholesterolemie en ander risico-indicatoren in de aanpak te betrekken.

b. Medicamenteuze behandeling

1. Als eerste keuze - medicamenten kunnen momenteel gelden:

- een van de bèta-blokkers, bijvoorbeeld propranolol (Inderal), tenzij hiervoor een contra-indicatie bestaat (astma, astmatische bronchitis). Beginnen met tweemaal daags 1 tablet van 40 mg a.c., maximale dosering: tweemaal daags 2 dragees van 80 mg a.c., òf
- een van de saluretica, bijvoorbeeld chloor-thalidon (Hygroton) 's morgens een half tablet van 100 mg.

2. Bij onvoldoende effect:

- de combinatie van beide genoemde farmaca en vervolgens zonodig aan deze combinatie toevoegen: hydralazine (Apresoline): beginnen met tweemaal daags 2 tabletten van 10 mg; maximale dosering: driemaal daags 1 dragee van 50 mg, òf:
- een salureticum in combinatie met alpha-methyldopa (Aldomet, Sembrina): beginnen met 1 tablet van 250 mg 's avonds; maximale dosering 4 tabletten van 500 mg per dag, waarvan 2 tabletten 's avonds.

De open vraag "Bij welke diastolische druk begint U met medicamenten te behandelen? werd als volgt beantwoord:

door:	30%	bij	95 mm Hg
	47%		100 mm Hg
	15%		105 mm Hg
	4%		110 mm Hg

Geen antwoord werd gegeven door 4%.

De grootste groep (77%) begint dus medicamenteus te behandelen bij een bloeddruk, lager dan de 105 mm Hg die in de N.H.I.-richtlijnen wordt aanbevolen.

De diastolische druk van 105 mm Hg wordt als bovengrens van de categorie "lichte hypertensie" beschouwd. In deze categorie wordt



medicamenteuze behandeling alleen geïndiceerd geacht, indien bijkomende risicofactoren aanwezig zijn.

Een andere, eveneens open vraag had betrekking op de behandeling die men instelt bij lichte hypertensie. (Er werden geen grenswaarden genoemd; aangezien 54% van deze artsen lichte hypertensie anders definieerde dan de N.H.I.-richtlijnen, volgens beantwoording van de vragenlijst, kan het resultaat niet zonder meer vergeleken worden met de richtlijnen voor bloeddrukken tussen 90 en 105 mm Hg).

Beantwoording van de vraag: "Welk behandelingsschema hebt U bij een lichte verhoogde bloeddruk?" (absolute aantallen) (164 antwoorden).

Diuretica	86
Zoutarm(loos)	82
Vermageren	43
Bèta-blocker	31
Leefpatroon bespreken	31
Roken staken	24
Overige medicatie (waaronder Aldomet en sedativa)	18
Geregelde controle	18
Sport/ontspanning	11

In dit resultaat valt vooral op, dat zeer veel artsen lichte hypertensie (volgens eigen criteria) als indicatie voor medicamenteuze behandeling beschouwen. Deze conclusie kan men trekken ondanks het feit dat de cijfers achter alle vormen van medicamenteuze therapie niet zonder meer opgeteld mogen worden; er kunnen immers meerdere medicamenten per arts ingevuld zijn. Een afzonderlijke vraag werd nog gesteld naar de niet-medicamenteuze beïnvloeding van verhoogde bloeddruk, die men adviseert. Van de 163 antwoorden werd de volgende lijst samengesteld:

Zoutarm(loos)	115
Vermageren	82
Roken staken	48
Stress-beperking	48
Lichaamsbeweging	39
Ontspanning	27
Dieet	19
Geen drop	13
Overige (waaronder bedrust, leefregels, geen pil, geen alcohol)	15

Van de medicamenten werd gevraagd, in welke volgorde van keuze men ze gebruikt, door de namen van de groepen farmaca in te vullen achter de cijfers 1 t/m 4.

73% gaf als eerste keus een diureticum op; 12% een B-blokker. Als tweede keus gold bij de meerderheid (61%) de B-blokker. (Zie tabel 19).

	1 <sup>e</sup> keus	2 <sup>e</sup> keus	3 <sup>e</sup> keus	4 <sup>e</sup> keus	niet genoemd
diureticum	73%	19%	3%	1%	4%
bèta-blokker	12%	61%	14%	4%	9%
vaatverwijder	0	0	15%	4%	81%
aldomet	3%	12%	38%	13%	34%
overige	10%	4%	19%	20%	47%

Tabel 19 Resultaat van de vraag 'welke medicamenten gebruikt U tijdens de behandeling van hypertensie in volgorde van keuze' (165 antwoorden).

Als aanvullende informatie over de videoconsulten wordt hier nog kort weergegeven, hoeveel patiënten voor zover bekend, therapie voorgeschreven kregen wegens hoge bloeddruk. Om technische redenen zijn alle gevallen samengevat, ongeacht of een bestaande therapie nu gestopt werd, of gecontinueerd, of een nieuwe therapie gestart werd.

In de gevallen van verhoogde bloeddruk waarin dit bekend was (N=57) vond behandeling plaats in 54 gevallen, of 95%. (Mogelijk is in de 16 gevallen waarin therapie onbekend was, een groter deel niet onder behandeling dan de 5% in de groep, waarin wel iets bekend was).

Over de aard van de behandeling was slechts in 42 gevallen iets bekend. In 4 gevallen betrof het alleen een dieetvoorschrift; in 38 gevallen farmacotherapie. Ook indien in geen van de onbekende gevallen therapie gegeven werd, heeft minimaal 52% van alle personen met verhoogde bloeddruk in deze consulten (N=73) hiervoor medicijnen.

## 9.2. Discussie

### 9.2.1. Nader onderzoek

*Op basis van de videoresultaten kan geen kwantitatieve indruk verkregen worden van de onderzoeken, die door huisartsen verricht worden ter evaluatie van eenmaal opgespoorde hoge bloeddruk. Volgens de uitkomst van de vragenlijst zou laboratoriumonderzoek het meest frequent verricht worden op ruime afstand gevolgd door E.C.G., en vervolgens Röntgenonderzoek.*

*In de discussie werd vrij uitvoerig ingegaan op de aard van de laboratorium bepalingen, bijvoorbeeld: moet het cholesterol bepaald worden; moet je selectief te werk gaan of uit een buis bloed zoveel mogelijk informatie halen. Deze details zullen hier verder onbesproken blijven.*

*Het verrichten van een E.C.G. en röntgenonderzoek (X-thorax) was in de richtlijnen min of meer in het midden gelaten. Het intraveneus pyelogram werd daar niet tot de onderzoeken gerekend, die men op grond van verhoogde bloeddruk dient te verrichten. In grote lijnen was men het in de discussie wel eens met de in de richt-*

lijnen genoemde argumenten. Door sommigen werd toch wel waarde gehecht aan E.C.G. en X-thorax, vooral als dit op een eenvoudige, weinig belastende wijze verkregen kan worden. Een verschil in accent tussen de richtlijnen en de discussies lag vooral in het vlak van: moeten geen ernstige aandoeningen, orgaanbeschadigingen, curabele oorzaken worden uitgesloten.

Een tendens was ook te denken vanuit het kader van een uitvoerige diagnostiek bij een (relatief kleine) groep vrij ernstige patiënten: eerder dan vanuit een screening van grotere groepen. Een belangrijk bezwaar tegen systematische opsporing was dan ook, dat het niet haalbaar zou zijn om de nieuw ontdekte mensen met hoge bloeddruk alle onderzoeken te laten ondergaan.

Deze benadering lijkt overigens niet het gevolg te zijn van een overschatting van de relatieve betekenis van secundaire hypertensie, respectievelijk curabele vormen. Afgaand op het resultaat van de vragenlijst, blijkt de frequentie van secundaire hypertensie door deze artsen eerder onder- dan overschat te worden. (zie tabel).

	Aantal antwoorden (%)
2%	43
5%	34
10%	17
niet ingevuld	5

Tabel 20 Schatting van het percentage secundaire hypertensie, van de bij bevolkingsonderzoek gevonden hoge bloeddruk bij volwassenen tot 60 jaar (antwoorden van 168 artsen). Het werkelijk aantal is ongeveer 5%.

De reden om bepaalde extra onderzoeken te laten doen lijkt daarom eerder te zijn, dat men beducht is voor complicaties resp. orgaanbeschadiging, dan een overschatting van het aantal curabele vormen van secundaire hypertensie.

Wat betreft het verrichten van fundoscopie: het meest werd gehoord dat men dit een zaak voor de oogarts vond.

#### 9.2.2. Beleid betreffende verdere controle

Bezwaren tegen de hypertensiekaart waren onder andere, dat men bij een dergelijk systeem niet alle gegevens van een patiënt bij elkaar heeft, en dat men bij combinatie met een ander systeem een dubbele administratie moet voeren.

Tegen het hypertensiespreekuur voerde men vooral aan dat mensen erdoor teveel als bijzondere groep worden aangewezen. En waarom zou je alleen hypertensie eruit lichten.

#### 9.2.3. Verwijzen en afspraken met specialisten

Voor een deel spelen bij de discussie over het verwijzen dezelfde problemen een rol, als bij het nader onderzoek; het laatste loopt

dan ook voor een deel via een specialist. Hoewel in enkele discussies wat dieper werd ingegaan op indicaties voor verwijzing, zowel voor nader onderzoek als voor verdere behandeling, zal hierop nu niet gedetailleerd worden ingegaan. De gangbare opvatting, ook bij de aanwezige specialisten, was wel, dat de behandeling van essentiële hypertensie in principe tot de taken van de huisarts behoort. Een van de argumenten was de angst die verwijzing bij de patiënt kan veroorzaken. Toch hadden veel huisartsen er in de praktijk problemen mee, dat na een verwijzing met een bepaalde vraagstelling, vaak niet duidelijk was wie de behandeling verder op zich zou nemen. En ook indien de internist de verdere behandeling aan de huisarts overlaat, is er vaak al een keus voor een bepaalde therapie gedaan, zonder dat de huisarts daarbij tevoren betrokken werd. In enkele gevallen werd melding gemaakt van goed lopende afspraken tussen huisartsen en specialisten, over beide kwesties. Soms ook werd hiertoe besloten op de nascholingsavond. Maar in veel gevallen zag men geen of slechts beperkte mogelijkheden voor een dergelijke oplossing (dit hing mede af van de organisatie en opbouw van gezondheidszorg-voorzieningen in de eigen plaats of streek).

Terwijl in de discussie vaak van een neiging sprake was om mensen met verhoogde bloeddruk vrij uitvoerig nader onderzoek te laten ondergaan (al dan niet via een specialist), werden een aantal problemen gesignaleerd die eerder het aantal verwijzingen zouden kunnen afremmen, dan bevorderen.

#### 9.2.4. Behandeling

Zonder dat deze direct verwijzen naar de onderzoekresultaten, volgen hier enkele problemen zoals ze op de nascholingsavonden besproken werden. Deze hebben vooral betrekking op de keus die men doet, als men eenmaal besloten heeft dat er iets aan de bloeddruk moet gebeuren. De volgende twee aspecten zijn te onderscheiden:

- wat is het minst belastend voor de patiënt (ook in het kader van een kosten-baten analyse)
- waarop primair aan te grijpen, gezien het hele complex van hoge bloeddruk, stress, eet- en leefgewoonten.

Eenzijds bestaat de neiging, om hoge bloeddruk te benaderen zoals elke andere afwijking waarvoor medicijnen worden voorgeschreven; onder andere omdat het als bedreigend wordt gezien als de arts gaat ingrijpen in de levensomstandigheden van patiënten.

Anderzijds is het vaak zo, dat iemand die tevoren geen klachten had, deze pas krijgt als bijwerkingen van de medicijnen; kan men dan niet beter eerst proberen, om stress te verminderen, als iemand ongezond blijft leven. Ook als een keuze gemaakt is blijft de vraag: hoe kun je het doen met de minste belasting, zo weinig mogelijk afhankelijk makend.

Het grote aantal deelproblemen, die hieruit voortvloeien, zal mogelijk in de hand werken dat niet alleen onderlinge verschillen in benadering tussen artsen bestaan, maar ook, dat men per patiënt bepaalde aspecten zwaarder zal laten wegen. Zo gaven de artsen zeer uiteenlopende grenswaarden op voor het beginnen met medicamenteuze behandeling, en werd tevens in de discussie gesteld,

dat men zich liet leiden door factoren als leeftijd en dergelijke. Ook werden vragen gesteld over de betekenis van de systolische bloeddruk.

Enkele voorbeelden van veel genoemde problemen zijn:

Wat betreft medicijnen: moet het nadeel van combinatiepreparaten geaccepteerd worden, om het mogelijk te maken dat slechts eenmaal per dag ingenomen hoeft te worden? Ten koste van welke bijwerkingen moet je de hand houden aan een bepaalde streefwaarde? Speelt de leeftijd daarbij een rol? (Op de discussie over de voorkeurpreparaten, doseringen, bestrijding van bijwerkingen zal hier niet worden ingegaan).

Over de zoutbeperking: hoever moet men er mee gaan, voordat deze effect heeft? Moet aan iemand met hoge bloeddruk sportbeoefening verboden worden? Wat is het nu van ontspanningsoefeningen? Sommigen bleken veel waarde aan sedativa te hechten.

Welk nut hebben medicijnen, meditatie, ontspanningsoefeningen, leefregels e.d. als je toch in andere opzichten ongezond blijft leven.

## 10. Slotbeschouwing

In dit onderzoek zijn aspecten bestudeerd van de manier waarop huisartsen met het verschijnsel bloeddruk omgaan. Er werd uitgegaan van het door Miller opgestelde model ter ontwikkeling van nascholingsprogramma's in de gezondheidszorg. Gepoogd is, om met het beschikbare materiaal enkele stappen van het schema van Miller te verkennen.

Een beperking was dat het materiaal dat gebruikt is bij de verschillende stappen, betrekking had op verschillende groepen artsen. Ook is bij de stap "analyse van het handelen" materiaal uit verschillende perioden gebruikt. Het effect van nascholing kon in dit onderzoek niet gemeten worden.

Ondanks deze beperkingen menen we, dat de resultaten een beeld kunnen geven van de manier waarop huisartsen met "de bloeddruk" omgaan en vooral van de problemen die daarbij ervaren worden. We willen het onderzoek echter vooral presenteren als een aanzet om bij toekomstige nascholingsprogramma's vanaf het begin een begeleidend onderzoek in te stellen. Hieronder volgen enkele slotopmerkingen, zowel over de gevolgde methode, als aangaande inhoudelijke bevindingen.

### Opmerkingen betreffende de gevolgde methode

Een betere onderlinge aansluiting van de verschillende soorten onderzoeksmateriaal is te verkrijgen door zowel vóór als na een (proef)nascholingsproject het handelen van de artsen op twee manieren te meten:

- door middel van directe observatie
- door middel van vragenlijsten (waardoor duidelijk wordt welk beeld men heeft van het eigen handelen).

Ook het onderzoek van de oorzaken van discrepanties tussen richtlijnen en handelen zal in dezelfde groep artsen plaats moeten vinden.

Wat betreft de gebruikte meetinstrumenten zijn de volgende opmerkingen van belang:

- bij de keuze van het meetinstrument en de meetsituatie moet rekening gehouden worden met de richtlijnen waaraan men het gedrag gaat toetsen.
- indien men een bepaald aspect van het handelen wilt meten, moet dit in een redelijk grote frequentie voorkomen in het onderzoeksmateriaal.

In het video-onderzoek bleken verschillende aspecten van het gedrag niet meetbaar te zijn, door dat:

- er bij de opnames geen rekening mee was gehouden, dat de bloeddrukmeting goed in beeld moest zijn,
- er steeds sprake was van een momentopname van de behandeling bij een bepaalde patiënt,
- (ondanks het grote aantal op videoband vastgelegde consulten) de frequentie van bepaalde situaties zeer gering was, bijvoorbeeld van de nieuwe contacten.

Om deze redenen bleek het videomateriaal in verschillende opzichten slechts beperkt bruikbaar te zijn. Er dient te worden nagegaan, welke bezwaren te ondervangen zijn en welke onveranderlijk verbou-

den zijn aan het gebruik van videomateriaal.

Met betrekking tot de vragenlijsten is er al op gewezen, dat deze oorspronkelijk niet als enquetes ontworpen waren. Dit bezwaar is uiteraard te ondervangen in volgende onderzoeken.

Van belang is dan, dat de vragen aansluiten op de aspecten van het handelen die door observatie gemeten werden.

#### Inhoudelijke bevindingen

Het beeld dat verkregen werd van het handelen week in de meeste opzichten sterk af van de nascholingsrichtlijnen. Waar bij de videogroep en de nascholingsgroep dezelfde aspecten van het handelen bestudeerd werden (wat slechts voor enkele variabelen mogelijk was) was het handelen van de laatste groep meer in overeenstemming met de richtlijnen. Niet duidelijk was, of dit veroorzaakt werd door verschillen tussen de artsen, verschillen tussen de meetinstrumenten of door publicatie van de richtlijnen. Het handelen was, althans in de nascholingsgroepen, het meest in overeenstemming met de richtlijnen waar het ging om het beleid bij verhoogde bloeddruk, met name de keuze van medicamenten en het verrichten van nader onderzoek (niet de grenswaarde voor het starten van medicamenteuze behandeling). Grote discrepanties tussen richtlijnen en handelen werden gevonden voor de mate waarin mensen met verhoogde bloeddruk actief worden opgespoord, een aantal onderdelen van de meettechniek en het geven van open informatie aan de patiënt. Van de mogelijke oorzaken kwamen belemmerende praktijkomstandigheden zeer vaak aan de orde, bij vrijwel alle aspecten van het handelen. De attitudes van de artsen speelden blijkbaar een grote rol bij de geringe mate waarin informatie gegeven werd. Tevens schoten vaardigheden in het adequaat begeleiden van chronische patiënten mogelijk tekort.

Bij het opsporingsbeleid kwam het niet ingespeeld zijn op preventieve taken aan de orde, hetgeen zowel aspecten van attitude, visie, vaardigheid als structurele belemmeringen in zich bergt.

Het algemeen probleem, dat bij beroepsbeoefenaren meer nodig is, dan alleen schriftelijke informatie, om verandering aan te brengen in eenmaal aangeleerde en vaak jarenlang toegepaste vaardigheden, zal zeker ook opgaan voor aspecten van de meettechniek. Vaak was men niet overtuigd van het nut van bepaalde richtlijnen, en achter de realiseerbaarheid werden vaak grote vraagtekens gezet. Van gebrek aan kennis kan men moeilijk spreken in de videogroep, althans voor zover in de richtlijnen nieuwe feiten aan het licht werden gebracht.

Het bleek echter, dat men in de nascholingsgroep ook vaak niet op de hoogte was van hetzij de richtlijnen zelf, hetzij van de argumenten die tot het opstellen ervan geleid hadden.

Terwijl in het video-onderzoek geen aandacht besteed werd aan mogelijke verschillen tussen artsen, bleek op de nascholingsavonden van zeer uiteenlopende visies sprake te zijn. Grote verschillen tussen artsen in het hypertensiebeleid kwamen eveneens naar voren in een Brits onderzoek, waarvan de resultaten kort voor het ter perse gaan van dit rapport gepubliceerd werden (Fulton e.a., 1979).

Bij de observatie van het handelen in toekomstige onderzoeken zal dan ook dit aspect betrokken moeten worden.

Literatuurverwijzingen

- Barlow, D.H. e.a. Blood Pressure Measurement at Screening and in General Practice  
British Heart Journal 39 : 7-12- jan. '77.
- Blachwell, B. Treatment Adherence  
British Journal of Psychiatry 129, 513-531, 1976.
- Bruins, C.P. Het gedrag van hypertensiepatiënten  
Huisarts en Praktijk: Hypertensie juni 1977.
- Duursma, S.A. Continuing Education of Health Personnel  
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 55 : 295-297, 1977.
- EPOZ, bijlage in Interimadvies inzake Hypertensie  
uitgebracht door een commissie van de Gezondheidsraad  
p.123-129, maart 1978.
- Feen, J.A.E. van der, De bestrijding van hypertensie in de huisarts-  
praktijk  
Brochure Nederlandse Hartstichting, 1978.
- Fulton, M. e.a. The management of hypertension- a survey of opinions  
group general practitioners.  
Journal of the Royal College of General Practitioners.  
29, 583-587, 1979.
- Moors, J.P.C. Mensen met hoge bloeddruk en hun huisarts  
Huisarts en Wetenschap, 21: 221-224, 1978.
- Schulman, B.A. e.a. Active Patient Orientation and Outcomers in  
Hypertensive Treatment  
Medical Care Vol XVII no. 3: 267-280, 1979.
- Silverberg, D.S. e.a. The Unsupported Arm, a Cause of Falsely Raised  
Blood Pressure Readings  
British Medical Journal 6098: 1331, 1977.
- Veen, W.A. van, Compliance  
Huisarts en Praktijk; Hypertensie  
juni 1977.



Bijlagen:

- I. Observatieformulier video-onderzoek
- II. Vragenlijst nascholingsavonden
- III. N.H.I.-folder met richtlijnen



REGISTRATIEFORMULIER T.B.V. HYPERTENSIECONSULTEN

arts: ..... band: ..... patiënt: ..... M/V leeftijd: .....

---

consult:  nieuw contact (1e keer bloeddrukmeting)  
op initiatief van  arts; aanleiding  verlegenheid  
 .....

patiënt; aanleiding

herhalingscontact

pil

anders, n.l.: .....

op initiatief van  arts

patiënt

red consult:

bloeddruk het belangrijkste

bloeddruk naar aanleiding van (andere) klachten

naar aanleiding van bloeddruk (ook) andere klachten

op initiatief van  arts

patiënt

er consult:

zwaar/bedreigend - 1 2 3 4 5 + luchtig/bagatelliserend

haast - 1 2 3 4 5 +

interesse/  
betrokkenheid - 1 2 3 4 5 +

Meting: Aantal keren gemeten: .... x

info over meting:  te hoog/te laag

getallen

nix

Waardering door de arts:

fijn/goed

neutraal/nix

jammer/slecht

Nieuwe afspraak:  
(contr.hbl.  
bij h.a.)

ja

nee

Nader onderzoek:

lichamelijk

laboratorium

röntgen

via spec.

ECG

Verwijzen:  
(naar spec.)

ja

nee

Techniek: Patiënt rustig: - 0 +

Houding patiënt:  niet zittend/liggend

Arm patiënt:  niet in rust

te sterk gebogen

Manchet:  te smal, te klein

niet passend aangelegd

te laag geplaatst

over kleren

- (Techniek): Stet.:  niet met klok
- Kwik:  geen kwik mano
- tussentijds oppompen
- te snel laten zakken, (n.l.: ..... sec.)
- Gepalpeerd:  ja
- nee

Info:      na eerste keer "hoge bloeddruk"      herhalingscontact:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> info over het meten                        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> info over betekenis getallen               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> info over "hoge bloeddruk"                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> info over eventueel noodzakelijk onderzoek | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> consequentie "hoge bloeddruk"              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> behandelingsmogelijkheden                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> consequenties behandeling                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> arts is motiverend bezig                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> dieet                                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> info medicijnen                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> info bijwerkingen                          | <input type="checkbox"/> |

toepassing komt ter sprake

# Nederlands Huisartsen Instituut

Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht - Mariahoek 4 - tel. (030) 319946

## „HUISARTS EN HYPERTENSIE“

Voor U de vragenlijst invult willen wij enkele gegevens van U vragen:

1. Bent U

apothekhoudend huisarts

niet apothekhoudend huisarts

2. Wanneer bent U geboren:

.....

3. In welk jaar bent U afgestudeerd?

.....

4. Woont U in

een van de drie grote steden

in een stad

op 't verstedelijkt platteland

in een forensen gemeente

op 't platteland

1. Bij welke diastolische bloeddrukken spreekt U van lichte, matige en ernstige verhoogde bloeddruk?

licht	matig	ernstig
tot ...	... tot ...	... tot ...

2. Hoe vaak komt verhoogde bloeddruk ( $\geq 160/95$ ) voor in de nederlandse bevolking vanaf 20 jaar?

10%	20%	30%
-----	-----	-----

3. Welk percentage is hiervan licht, matig en ernstig verstoord?

licht %	matig %	ernstig %
---------	---------	-----------

4. Welk percentage van de bij bevolkingsonderzoek gevonden verhoogde bloeddruk is onder behandeling van de huisarts?

10%	30%	50%
-----	-----	-----

5. Welk percentage van de mensen die onder behandeling van de huisarts zijn wordt bij epidemiologisch onderzoek niet normaal bevonden?

10%	30%	50%
-----	-----	-----

6. Welk percentage van de bij bevolkingsonderzoek gevonden verhoogde bloeddruk bij volwassenen tot 60 jaar is het gevolg van een secundaire oorzaak?

2%	5%	10%
----	----	-----

7. Hoeveel mensen met verhoogde bloeddruk verwacht U in een praktijk van 3000 patiënten?

8. Welke factoren afgezien van leeftijd en geslacht dragen op zijn minst bij tot het ontstaan van verhoogde bloeddruk c.q. hypertensie?

.....

.....

.....

9. Welke 3 complicaties hangen het duidelijkst samen met verhoogde bloeddruk?

1.....

2.....

3.....

0. De bloeddruk is waarschijnlijk de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten. Welke is naar Uw mening naast hypertensie de belangrijkste factor waarvan het nut van beïnvloeding voor de bestrijding van hart- en vaatziekten is aangetoond?

- serum cholesterol       bewegingsarmoede  
 roken van sigaretten       orale anticonceptiva

1. Waarop berust in Uw praktijk de opsporing van hypertensie?

op basis van:

- a. algemene klachten  
 b. specifieke klachten  
 c. belaste familie anamnese  
 d. meting van de bloeddruk van alle in Uw praktijk ingeschreven patiënten (screening)  
 e. idem met wie U in een bepaalde periode in contact komt met een bepaalde leeftijdsgroep (case-finding)  
 f. toevallige omstandigheden  
 g. activiteiten van derden bijv. oogarts, sportarts, bedrijfsarts etc.

	meestal	weleens	zelden	nooit
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bij welke verschijnselen denkt U aan secundaire hypertensie?

.....  
 .....  
 .....

Welke bloeddrukmeter is minder of niet geschikt voor het gebruik in de praktijk.

- kwikmanometer  
 veer  
 elektronische meter

Wat is het optimaal aantal metingen per zitting?

Hoeveel zittingen gebruikt U minimaal om vast te stellen of iemand een verhoogde bloeddruk heeft?

Welke waarde is Uw uitgangspunt voor de behandeling?

- gemiddelde van alle metingen  
 gemiddelde van eerste twee metingen  
 gemiddelde van de laatste twee metingen  
 laatste meting

Wat wordt met betrekking tot het bloeddrukmeten in de N.H.I.-richtlijnen aanbevolen?

- de kwikkolom af te lezen op

2 mm / 5 mm / 10 mm

- een lengte van de luchtkamer

21 cm / 30 cm / 40 cm

- de fase van de Korotkofftonen voor 't aflezen van de diastolische druk

1  2  3  4  5

- de daalsnelheid van de kwikkolom

- de duur van de rust voor U de bloeddruk opneemt

geen rust	2 min.	5 min.	10 min.
-----------	--------	--------	---------

18. Wat doet U als U bij de eerste meting een verhoogde bloeddruk vindt? (2x gemeten)

- een half uur laten rusten
- terug bestellen de volgende dag
- terug bestellen binnen een week
- terug bestellen na een week
- terug bestellen langer dan een week

19. Welk basaal van aanvullend onderzoek doet U als U een nieuwe patiënt met verhoogde bloeddruk gevonden hebt.

- laboratorium
- Röntgen
- ECG

20. Welke medicamenten gebruikt U tijdens behandeling van hypertensie in volgorde van keuze.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

21. Welke bijwerkingen ziet U van de door U gekozen medicamenten.

.....

.....

22. Bij welke diastolische bloeddruk begint U met medicamenten te behandelen?

.....

23. Welke indicaties hanteert U voor een verwijzing naar een specialist?

.....

.....

24. Welke niet-medicamenteuze beïnvloeding van verhoogde bloeddruk adviseert U?

.....

.....

25. Welk behandelingsschema hebt U bij een lichte verhoogde bloeddruk?

.....

.....

26. Welke invloeden verwacht U van de behandeling van de patiënt met verhoogde bloeddruk op het gezin; het werk en de sociale contacten buiten het gezin.

.....

.....

27. Welke angsten en vragen kunnen er leven bij patiënten met verhoogde bloeddruk.

.....

.....

.....

28. Heeft U een apart spreekuur voor patiënten met verhoogde bloeddruk?

ja / nee

29. Heeft U een aparte zgn. hypertensiekaart?

ja / nee

30. Heeft U afspraken met specialisten over de behandeling van hypertensie?

ja / nee



1. Bent U in principe voor of tegen meten van de bloeddruk door:

de patiënt:  voor

tegen

geen mening

de assistente:  voor

tegen

geen mening

2. Aan welke factor ontleent 'de' patiënt naar Uw mening de belangrijkste motiverende waarde om de langdurige behandeling van verhoogde bloeddruk voort te zetten.

.....  
.....  
.....

3. Welk opsporingsbeleid ten aanzien van verhoogde bloeddruk staat U voor ogen als het meest ideaal in Uw situatie.

.....  
.....  
.....

4. Welke belemmerende factoren ervaart U daarbij?

.....  
.....  
.....  
.....

# 31 Schema verhoogde bloeddruk

## Aanbevelingen voor de begeleiding van patiënten met verhoogde bloeddruk in de huisartspraktijk

### 1. Algemeen

Verhoogde bloeddruk is een belangrijke, zo niet de belangrijkste, risico-indicator voor hart- en vaatandoeningen. Prognostisch blijkt de systolische bloeddruk minstens zo belangrijk te zijn als de diastolische druk. De prognose bij een bepaald bloeddrukniveau is mede afhankelijk van het niveau van andere risico-indicatoren. Daarom zal een multifactoriële benadering de behandeling meer inhoud kunnen geven. Een hoog percentage van de mensen met verhoogde bloeddruk is onontdekt, wordt niet (meer) behandeld of wordt inadequaat behandeld. Effectieve verlaging van matig of ernstig verhoogde bloeddruk kan in principe de morbiditeit en mortaliteit aanzienlijk verminderen. Het besluit tot behandeling of controle over te gaan berust mede op een zorgvuldige afweging met de betrokkene van de verwachte voor- en nadelen van medische interventie. Bij de begeleiding van hypertensiepatiënten dreigt enerzijds vrijblijvend en anderzijds oneigenlijk gebruik van medische macht. De inspanningen zijn te veel gericht op het ontdekken van organische oorzaken van hypertensie en te weinig op het opsporen en blijven behandelen van essentiële hypertensie. Epidemiologisch blijkt ook een eenmalig geconstateerde bloeddrukverhoging van prognostische betekenis te zijn: men zij alert in verband met een verhoogd risico van de groep. Op arbitraire gronden worden waarden lager dan 140/90 mm Hg als „normaal” beschouwd. De in het hierna volgende aanbevelingen betreffen cliënten uit de leeftijdsgroep tot 60 jaar.

### 2. Bloeddrukmeting

Het verdient aanbeveling de bloeddrukmeting na goede instructie te delegeren aan de praktijkassistent. De beslissing tot verdere controle of behandeling over te gaan is bij voorkeur niet gebaseerd op een eenmalige bloeddrukmeting, maar op de meetwaarden, bij voorkeur in duplo, verkregen tijdens minstens drie spreekuurcontacten. Als einduitkomst geldt het gemiddelde der waarden van de laatste twee zittingen.

Op arbitraire gronden wordt de voorkeur gegeven aan de vijfde fase van de korotoff-tonen als criterium voor de diastolische bloeddruk.

Een kleefmanchet met een luchtkamer van 14 x 40 cm geniet de voorkeur boven de gebruikelijke, te korte luchtkamer van 12 x 23 cm.

### 3. Anamnese

Spontane klachten.

Algemene anamnese: vragen richten op eventuele oorzaken en complicaties van hypertensie; verder vragen naar gebruik van orale anticonceptiva, drop en excessief gebruik van zout, rookgewoonten.

Psychosociale anamnese: stress?

Vroegere anamnese: keuringsresultaten, al eerder verhoogde bloeddruk vastgesteld, nieraandoeningen, urineweginfecties?

Vroegere obstetrische anamnese.

Familie-anamnese.

### 4. Aanvullend onderzoek

a. *Fysisch-diagnostisch*

lengte en gewicht; inspectie: syndroom van Cushing, acromegalie, virilisatie?

hartfunctie: decompensatio cordis; percussie en auscultatie; auscultatie: aa carotides, rug, hoog in epigastrio, aa femorales, palpatie van de nieren, aa radiales en aa femorales (faseverschil?), aa tibiales posteriores, aa dorsales pedis.

### b. Laboratoriumonderzoek

urine: eiwit, glucose, sediment.

bloed: hemoglobinegehalte, K, Na, creatinine; eventueel cholesterol, wanneer de faciliteiten dit toelaten.

### c. Overige onderzoeken

indien mogelijk dient bij iedereen met matig verhoogde bloeddruk onderzoek van de oogfundi plaats te vinden; dit onderzoek is noodzakelijk bij ernstig verhoogde bloeddruk; een electrocardiogram of eventueel een X-thorax (hartgrootte) kan een nuttige aanvulling zijn op de documentatie; verhoogde bloeddruk is op zich géén indicatie voor intraveneus pyelogram. (De belangrijkste indicaties hiervoor zijn overigens die, welke toch reeds tot verwijzing zullen leiden).

### 5. Richtlijnen voor behandeling

Categorie I: bloeddruk steeds lager dan 140/90 mm Hg; bloeddruk normaal; géén behandeling; controle van de bloeddruk noodzakelijk na maximaal vier jaar. Categorie II: gemiddelde diastolische bloeddruk 90 - 105 mm Hg. Deze groep met licht verhoogde bloeddruk heeft een verhoogd risico op complicaties en blijvende hypertensie. Het lijkt verantwoord in deze „at risk”-groep eerst gedurende enige tijd, bij voorbeeld zes maanden, te pogen die bloeddrukverhoging in de hand werken zo goed mogelijk te elimineren (zie onder 7a). Indien de bloeddruk desondanks verhoogd blijft (diastolisch 90 - 105 mmHg) is regelmatige controle van de bloeddruk zeer gewenst en is medicamenteuze behandeling te overwegen bij:

• hogere leeftijd (het absolute risico stijgt immers met de leeftijd; dit neemt echter niet weg dat men zo tijdig mogelijk een effectieve behandeling zal willen instellen);

• manlijk geslacht;

• systolische bloeddruk 160 mm Hg of hoger;

• orgaanbeschadiging: hartvergroting, decompensatio cordis, elektrocardiogram-afwijkingen (indien bekend), met name hypertrofie van de linker ventrikel met strain (ST-depressie, negatieve T's in V4 tot V6) angina pectoris, hartinfarct, „transient ischaemic attack” (t.i.a.), cerebrovasculair accident, subarachnoïdale bloeding, proteinurie, verhoogd serumcreatininegehalte;

• serumcholesterol (indien bekend) 250 mg% (6.5 mmol/l) of hoger, ondanks dieet;

• diabetes mellitus;

• negroïde ras.

• familie-anamnese.

Categorie III: gemiddelde diastolische druk 105 - 120 mm Hg. Medicamenteuze behandeling zeer gewenst.

Categorie IV: diastolische druk 120 mm Hg of hoger. Prompt onderzoek en behandeling.

### 6. Streefniveau

streven dient niet te snel te worden opgegeven, gezien de belangrijke mogelijkheden complicaties te voorkomen c.q. uit te stellen.

### 7. Behandeling

a. De factoren die bloeddrukverhoging in de hand werken, zo goed mogelijk trachten te elimineren:

- overgewicht;
- stress-omstandigheden
- orale anticonceptiva;
- excessief zoutgebruik;
- dropgebruik.

Wanneer men naar eliminatie van andere risico-indicatoren streeft in het kader van een multifactoriële benadering van potentieel hart- en vaatlijden, ligt het voor de hand rookgedrag, hypercholesterolemie en andere risico-indicatoren in de aanpak te betrekken.

b. Medicamenteuze behandeling

1. Als eerste keuze - medicamenten kunnen momenteel gelden:

- een van de bèta-blokkers, bijvoorbeeld propranolol (Inderal), tenzij hiervoor een contra-indicatie bestaat (astma, astmatische bronchitis). Beginnen met tweemaal daags 1 tablet van 40 mg a.c., maximale dosering: tweemaal daags 2 dragees van 80 mg a.c., of
- een van de saluretica, bijvoorbeeld chloor-thalidon (Hygroton) 's morgens een half tablet van 100 mg.

2. Bij onvoldoende effect:

- de combinatie van beide genoemde farmaca en vervolgens zonodig aan deze combinatie toevoegen: hydralazine (Aprisoline): beginnen met tweemaal daags 2 tabletten van 10 mg; maximale dosering: driemaal daags 1 dragee van 50 mg, of:
- een salureticum in combinatie met alpha-methyldopa (Aldomet, Sembrina): beginnen met 1 tablet van 250 mg 's avonds; maximale dosering 4 tabletten van 500 mg per dag, waarvan 2 tabletten 's avonds.

### 8. Belangrijke punten bij de medicamenteuze behandeling

Indien de bloeddruk niet daalt, nagaan of de medicamenten worden ingenomen. Bij excessief zoutgebruik kan het effect van de medicamenten aanzienlijk worden doorkruist (pseudotolerantie). De doses van de antihypertensiva worden geleidelijk verhoogd en geleidelijk verlaagd. Plotseling staken van propranolol bij patiënten met angina pectoris kan gevaarlijk zijn, terwijl hetzelfde geldt bij het plotseling staken van clonidine, aangezien hierbij een hypertensieve crisis kan ontstaan. Wijzigingen in de therapie worden bij voorkeur pas aangebracht na een dublobepaling van de bloeddruk, opgenomen tijdens minstens twee consulten (wegens het gevaar van overregulatie). Meer letten op trends in de bloeddrukwaarden dan op uitschieters. Het gemiddelde van de recente meetwaarden, gevoegd bij de informatie over de actuele levensomstandigheden bepaalt dan de handelwijze. Het is zinvol naar bijwerkingen van de farmacotherapie te vragen, met name naar sedering, moeheid, potentiële stoornissen, libidoverlies en orthostatische hypotensie. Slechts bij nierfunctiestoornissen verdient furosemide (Lasix) de voorkeur boven langzaam werkende saluretica. Dosering: 1 à 2 tabletten van 40 mg per dag. Cave zoutverliesyndroom (controleer het lichaamsgewicht!). Bij nierfunctiestoornissen is verwijzing naar een specialist geïndiceerd.

Bij serumkaliumwaarden lager dan 3,0 mmol/l (of lager dan 3,4 mmol/l, wanneer er sprake is van digitalisgebruik of decompensatio cordis) een kaliumsparend diureticum toevoegen, bijvoorbeeld viermaal daags 25 mg spironolactone (Aldactone - A) of tweemaal daags 1 capsule triamterene (Dytac), zolang als nodig blijkt (controle serum - K). Met het laatste middel kan men met minder doses volstaan; het is goedkoper, maar zou meer bijwerkingen hebben dan het eerste.

### 9. Frequentie controles:

Bij het instellen van de therapie: 1 x per 1 tot 2 weken; bij bevredigend effect: 1 x per 6 tot 8 weken;

N.B. Een bloeddruk die „onder controle“ is, is niet „normaal“. Mocht men besluiten de farmacotherapie (geleidelijk) te staken, dan dient men de bloeddruk te blijven controleren, ook al kan dit in een incidenteel geval met een interval van een jaar.

### 10. Aanvullend onderzoek bij controles

Enkele dagen na begin met saluretica: serumkalium-bepaling; eenmaal per jaar: kalium-, creatinine, glucose-bepaling.

Bij onbevredigende behandelingsresultaten tevens oogfundusonderzoek (in elk geval bij herhaalde ernstig verhoogde bloeddrukwaarden) en een elektrocardiogram.

### 11. Richtlijnen bij verwijzing naar specialist

Verwijzing is te adviseren bij:

orgaanbeschadiging;

therapie-resistentie; wanneer de bloeddruk niet daalt na het instellen van een adequate therapie of wanneer de bloeddruk aanvankelijk wel daalt maar later niet meer; het vermoeden op grond van anamnese en/of onderzoek van een curabele organische oorzaak van de hypertensie, zoals coarctatio aortae, stenose van de a. renalis of phaeochromocytoma;

wanneer men weet dat de hypertensie in korte tijd, bijvoorbeeld binnen een half jaar, is ontstaan;

een diastolische bloeddruk vanaf 105 mm Hg en een leeftijd jonger dan 30 jaar; een diastolische bloeddruk vanaf 120 mm Hg en een leeftijd vanaf 30 jaar.

### 12. Specialistische controle, samenspel tussen huisarts en specialist

Het is zinvol nauwkeurige afspraken te maken met de specialisten wie wat wanneer doet.

Wanneer een uitgebreide diagnostische evaluatie gewenst lijkt of noodzakelijk is, kan de patiënt worden terugverwezen, indien de bevindingen negatief zijn. Wanneer de bloeddruk gedurende zes maanden op een acceptabel niveau is ingesteld, kan de patiënt worden terugverwezen, tenzij een uitzonderlijke medicatie of middelen met frequente, aanzienlijke bijwerkingen specialistische controle noodzakelijk maken.

Begeleiding en voortzetting behandeling behoren in principe tot het terrein van de huisarts.

