

## SAMENVATTING

In hoofdstuk I wordt het belang aangegeven van preventie van hart- en vaatziekten door opsporing en behandeling van hypertensie. Het zich realiseren van de problematiek bij opsporing en behandeling van hypertensieven heeft aanleiding gegeven tot het doel van dit onderzoek: de huisarts steun bieden bij de opsporing en behandeling van hypertensie.

In hoofdstuk II wordt het ontworpen opsporingsmodel gepresenteerd. Door samenwerking van leken-vrijwilligers (meestal leden van de plaatselijke EHBO-vereniging of Rode Kruis Colonne), de huisartsen, de Groene Kuis Vereniging en de gemeente blijkt het mogelijk tegen een lage kostprijs de opsporing van hypertensieven te realiseren. Het blijkt dat leken-vrijwilligers in korte tijd zijn op te leiden tot goede bloeddrukopnemers.

Bij het ontworpen opsporingsmodel vinden per onderzochte persoon maximaal 3 bloeddrukmetingen plaats. Wordt bij de eerste meting (uitgevoerd door een vrijwilliger) een diastolische(2) bloeddruk  $\geq 95$  mmHg gevonden dan vindt na een kwartier een tweede bloeddrukmeting (uitgevoerd door een professionele bloeddrukopnemer) plaats. Is ook bij de tweede meting de diastolische(2) bloeddruk  $\geq 95$  mmHg dan komt er ongeveer een week later nog een derde bloeddrukmeting (weer uitgevoerd door een professionele bloeddrukopnemer). Een bij de derde meting gevonden diastolische(2) bloeddruk  $\geq 95$  mmHg kwalificeert de betreffende persoon als iemand met te hoge bloeddruk.

Bij een op deze wijze uitgevoerd bevolkingsonderzoek op hoge bloeddruk in de gemeente Vries (provincie Drente) en in het Marnegebied (provincie Groningen) bij 25-60 jarigen (opgeroepen 8953 personen, opkomst 67 %) bleek 5.8 % van de personen een verhoogde bloeddruk te hebben zonder dat ze antihypertensieve medicatie ontving. 1.2 % van de personen had een verhoogde bloeddruk terwijl ze wel antihypertensieve medicatie ontving en 3.9 % had met antihypertensieve medicatie een niet-verhoogde bloeddruk. Sommatie van de drie genoemde percentages geeft het percentage hypertensieven: 9.7 %

De hypertensiepopulatie, de frequentieverdelingen van de bloeddruk en het effect van de herhalingsmetingen, als gebleken bij het bevolkingsonderzoek in de gemeente Vries en in het Marnegebied, zijn in hoofdstuk II beschreven. Het bleek niet mogelijk, uitgaande van de eerste bloeddrukmeting en enige eenvoudige niet-bloeddrukvariabelen, een bruikbare voorspelling te doen welke personen nog bij een derde meting een diastolische(2) bloeddruk  $\geq 95$  mmHg hebben.

In hoofdstuk III wordt het vervolg op de opsporing be-

schreven v  
onderzoek o  
huisarts ui  
verhoogde b  
compliceerde  
huisarts de  
de hypertens

In hoofdstuk  
leiding, zoa  
voerd, uite  
gebied berei  
Met het ste  
assistenten,  
met aanvank  
(diastolisch  
dit voor 78  
%;  $p < 0.05$ ).  
tijdens het  
gebruikte m  
mmHg had, zi  
in de hypert  
sieve medica  
Met autotes  
instelbaarhe  
constateerd.  
Het klachten  
afgenomen, k  
klachten du  
van specifiek  
De trends van  
niet-bloeddr  
lingsbegelei  
De niveau's  
bloeddruk-ris  
veranderd, de  
Discriminanta  
spelbaarheid  
Bij 6.3 % van  
delingsbegele  
pliance.

In de discu  
hypertensiedi  
haar activite  
leiding bij  
den. Het con  
uitsluitend  
hebben, gedu  
een behoorli  
In hoofdstuk  
beschreven o  
effectief ste  
hypertensie.  
lage kostpri

schreven voor de personen met verhoogde bloeddruk: onderzoek door de huisarts. Voor zover ook de door de huisarts uitgevoerde bloeddrukmeting (4e meting!) een verhoogde bloeddruk aangaf doch overigens van een ongecompliceerde verhoogde bloeddruk sprake was, meldde de huisarts de patiënt aan voor behandelingsbegeleiding door de hypertensiedienst.

In hoofdstuk IV wordt de methode van de behandelingsbegeleiding, zoals die door de hypertensiedienst wordt uitgevoerd, uiteengezet en worden de in Vries en het Marnegebied bereikte resultaten beschreven.

Met het stepped-care protocol, gehanteerd door dokters-assistentes, heeft na een half jaar 64 % van de personen met aanvankelijk verhoogde bloeddruk een streeftensie (diastolische(2) bloeddruk  $\leq$  90 mmHg), na 2 jaar geldt dit voor 78 % van die personen (mannen 72 %; vrouwen 83 %;  $p < 0.05$ ). Hierbij onderscheidt de groep personen die tijdens het bevolkingsonderzoek reeds antihypertensiva gebruikte maar toch geen diastolische(2) bloeddruk  $<$  95 mmHg had, zich niet van de groep personen die voordat zij in de hypertensiedienst werd opgenomen geen antihypertensieve medicatie had.

Met autotestbloeddrukmeting kon geen verbetering van instelbaarheid of verbetering van compliance worden geconstateerd.

Het klachtenniveau is tijdens de behandeling significant afgenomen, het meest opvallend is de teruggang van de klachten duizeligheid en hoofdpijn. Duidelijke toenames van specifieke klachten zijn niet gezien.

De trends van enige biochemische variabelen en van enige niet-bloeddruk-risico-indicatoren tijdens de behandelingsbegeleiding zijn in hoofdstuk IV vastgelegd.

De niveau's van de verschillende onderzochte niet-bloeddruk-risico-indicatoren zijn niet significant veranderd, de risicoscoreratio lijkt gedaald te zijn.

Discriminantanalyse leverde geen bijdrage aan de voorspelbaarheid van het succes van behandeling.

Bij 6.3 % van de behandelde groep personen werd de behandelingsbegeleiding beëindigd wegens gebrek aan compliance.

In de discussie in hoofdstuk V wordt aangegeven dat de hypertensiedienst, om een zo hoog mogelijk rendement van haar activiteiten te verkrijgen, haar behandelingsbegeleiding bij volgende projecten heeft beperkt tot 6 maanden. Het continueren van de behandelingsbegeleiding voor uitsluitend die patiënten die dan nog geen streeftensie hebben, gedurende maximaal een jaar, zou evenwel ook nog een behoorlijk rendement op kunnen leveren.

In hoofdstuk VI (conclusies) wordt geconstateerd dat het beschreven opsporings- en behandelingsmodel de huisarts effectieve steun biedt bij de opsporing en behandeling van hypertensie. De opsporing kan in korte tijd tegen een lage kostprijs geschieden, de opgespoorden kunnen in

korte tijd op een adequate medicatie "ingesteld" worden. De belasting van de huisarts neemt door de opsporing en en de daarop volgende behandelingsbegeleiding door de hypertensiedienst slechts in geringe mate toe. Op het moment dat de hypertensiedienst haar interventie beëindigt, is de hypertensiepopulatie in de huisartspraktijk in kaart gebracht en heeft de huisarts de reële mogelijkheid de goede behandelingsstatus van deze populatie in stand te houden en zo mogelijk te verbeteren. Gedurende de periode waarin de hypertensiedienst actief is, is het mogelijk, door de centrale gegevensverwerking en protocolbewaking, de voor hypertensiebehandeling het meest in aanmerking komende geneesmiddelen onderling op effectiviteit en bijwerkingen te vergelijken.