

**dr. Gert van Montfrans**  
internist, afdeling Interne en  
Vasculaire Geneeskunde, AMC,  
Amsterdam

**dr. Jaap Deinum**  
internist, afdeling Interne  
Geneeskunde, Radboudumc,  
Nijmegen

**dr. Monika Hollander**  
kaderhuisarts hart- en vaatziekten,  
Julius centrum, UMC Utrecht

**prof. dr. Peter de Leeuw**  
internist, afdeling Interne  
Geneeskunde, UMC Maastricht

VROEGE BEHANDELING HOGE BLOEDDRUK VOORKOMT ERNSTIGE SCHADE LATER

# Actieve opsporing hypertensie loont

Met een effectieve aanpak van hoge bloeddruk valt veel ziekte last te voorkomen en geld te besparen. Maar daar gaat een investering aan vooraf. Internist Gert van Montfrans en collega's pleiten voor een screeningsprogramma voor iedereen van 20 jaar en ouder.

**10** procent minder cardiovasculaire ziekte last in Nederland, oftewel globaal 20 procent minder door hypertensie veroorzaakte schade. Dat kunnen onze achtduizend huisartsenpraktijken samen gemakkelijk realiseren. Elke praktijk dient dan van de miljoen personen met hypertensie en een verhoogd cardiovasculair risico, onbekend met hun conditie, er ten minste vijftien op te sporen en goed te behandelen.<sup>1,2</sup> Het zou neerkomen op ten minste vierduizend minder van de veertigduizend beroertes per jaar, vijfduizend minder nieuwe patiënten met ischemische hartziekte en vierduizend minder gevallen van hartfalen.<sup>3</sup>

Waarom lukt het ons toch niet om meer mensen met hypertensie goed te behandelen? Nog steeds is in Nederland hoogstens 30 procent van alle personen met hypertensie goed gecontroleerd. De hoogrisicostراتيجية die sinds 25 jaar wordt aanbevolen heeft onvoldoende effect. Een eenvoudige manier om het beter te doen is actieve opsporing op het spreekuur en gestructureerde begeleiding van alle personen met hypertensie. In Canada vervijf-

voudigde op die manier, met het succesvolle *Hypertension Education Program* (CHEP), in vijftien jaar tijd het percentage goed behandelde hypertensiepatiënten, van 13 naar 65 procent.<sup>4</sup>

## Ziekte last

Hypertensie is wereldwijd de belangrijkste risicofactor voor sterfte en ziekten als beroerte, ischemische hartziekte, hartfalen en chronische nierschade.<sup>5-7</sup> De gevolgen van hypertensie geven een hoge ziekte last en gigantische kosten. Alleen al voor beroerte bedroegen de kosten in 2011 2.259.200.000 euro.<sup>3</sup> Hypertensie komt zeer veel voor, wereldwijd bij gemiddeld 41 procent van de mensen.<sup>8</sup> In Nederland bij 20 tot 40 procent van de 30- tot 60-jarigen, en bij meer dan 50 procent van de 70-jarigen en ouder.<sup>3</sup> Zonder toegevoegd zout in de voeding, overgewicht, alcohol

of een zittende leefwijze zou hypertensie nauwelijks voorkomen. Bij stijgen van de levensverwachting en het gewicht neemt de prevalentie van hypertensie toe.<sup>9</sup> Ondanks een uitstekend repertoire aan effectieve bloeddrukverlagende medicatie lukt het ons nog steeds niet om de meerderheid van alle patiënten met hypertensie op te sporen en goed ingesteld te houden. In de meest recente peiling van het Helius-bevolkingsonderzoek bij tweeduizend autochtone Amsterdammers wist de helft van degenen met hypertensie niet dat zijn bloeddruk verhoogd was, 11 procent wist het wel maar gebruikte geen medicatie, 16 procent werd onvoldoende behandeld en van het totaal aantal hypertensieven was slechts 23 procent goed gecontroleerd.<sup>10</sup> Hoewel de samenhang tussen de verschillende nieuwe preventieactiviteiten in de eerste lijn nog als volstrekt onvoldoende wordt beschouwd, zijn de ketenzorgcijfers van de huisartsen nu toegankelijk: bij 64.342 patiënten uit 521 huisartspraktijken bekend met hart- en vaatziekten werd in 2013 bij 45 procent géén bloeddruk gemeten; bij 64,8 procent van de 55 procent bij wie dat wel gebeurde, was de bloeddruk goed gecontroleerd.<sup>9,11</sup>

Hoogstens 30 procent van de mensen met hypertensie is goed gecontroleerd



GETTY IMAGES

Reductie van de cardiovasculaire ziektelast geeft een astronomische kostenbesparing.

## Miljarden

Bij het prijspeil van 2000 bleken de kosten van behandeling bij de modale hypertensiepatiënt met een hart- en vaatrisico van meer dan 20 procent, na twintig jaar behandeling volledig gecompenseerd door de daling van het aantal vasculaire incidenten.<sup>12</sup> Al die miljarden die we zouden kunnen besparen door adequate behandeling van nog niet opgespoorde patiënten, prikkelen ons dagelijks handelen onvoldoende, ook niet dat van onze richtlijnmakers die richtlijnen blijven opstellen zonder urgentie.

De discussie over de uitvoerbaarheid van het plan dat wij hier presenteren, moet starten met een kosteneffectiviteitsanalyse met het prijspeil van nu: reductie van de cardiovasculaire ziektelast geeft een

astronomische kostenbesparing, maar niet zonder tientallen jaren behandelkosten van honderdduizenden thans onbehandelde personen. Uiteindelijk gaat het over de consequenties voor het beslag op het totale gezondheidszorgbudget.

## Uitdagingen

Welke uitdagingen zijn er om meer hypertensiepatiënten beter te behandelen, en om al die onbehandelde personen met hypertensie op te sporen, en te zorgen voor fatsoenlijke honorering?<sup>13</sup> Therapieontrouw en therapeutische inertie zijn bekende problemen. Een stappenplan voor de moeilijk onder controle te brengen patiënten in de eerste lijn is in de maak. Maar de risicoperceptie en de organisatie van al dat extra werk lijken ons de

grootste uitdagingen.

De laatste 25 jaar propageerden de achtereenvolgende richtlijncommissies onveranderd de hoogrisicostrategie: behandeling bij een hoog absoluut tienjaarsrisico. Een hele generatie zorgverleners is hiermee opgegroeid; gebruik van deze – arbitraire – strategie lijkt een soort natuurwet geworden. Het inzicht dat een alternatieve strategie, een *populatiestrategie*, veel meer effect heeft op het terugdringen van de cardiovasculaire ziektelast wordt niettemin breed gedeeld – ongeveer de helft van alle vasculaire incidenten treedt immers op bij degenen met een systolische druk van 130 tot 150 mmHg.<sup>14</sup>

Populatiestrategie houdt in dat alles ondernomen wordt wat ertoe bijdraagt

om de distributiecure van de bloeddruk in de gehele bevolking naar links te verschuiven. Daartoe behoren bijvoorbeeld initiatieven om bloeddrukverhogende factoren uit de omgeving, de voeding en het gedrag te elimineren.

## Opsporing

Welke bijdrage kan de huisarts, naast beter behandelen, leveren? Opsporing! In Canada – en in ons voorstel – simpel geoperationaliseerd als bloeddruk meten bij alle volwassen bezoekers op het huisartsensprek uur. Het is geen nieuw idee, al in 1983 voor het eerst besproken door een Gezondheidsraadcommissie Hypertensie.<sup>15</sup> Maar *case finding* en risicoprofielen maken is veel extra werk, en de al 25 jaar ongewijzigde mening onder de richtlijnmakers is dat de praktische bezwaren van deze aanpak te groot zijn.

Daarnaast stellen wij verlaging voor van de behandeldrempel van een tienjaarsrisico van 20 procent. ‘Eerder’ behandelen zal meer personen met hypertensie sneller onder controle brengen. Kunnen we de inhoudelijke bezwaren om ook matig verhoogd risico standaard te behandelen wegnemen door een ander perspectief te geven? In een meta-analyse uit 2015 met individuele trialdata van ruim vijftien duizend patiënten jonger dan 60 jaar met lichte hypertensie bleken de effecten van vijf jaar bloeddrukbehandeling op cardiovasculaire eindpunten significant, met numbers *needed to treat* (NNT’s) van 100-60, afhankelijk van de gebruikte controlegroep.<sup>17</sup> Deze NNT’s passen natuurlijk bij een laag absoluut risico, de basis van ons ongemakkelijke gevoel om personen met een nauwelijks verhoogd vasculair risico te behandelen. We vinden immers volgens een arbitraire afspraak een NNT van meer dan 20 ‘veel’.

## Lifetime risk

Maar waarom berekenen we deze NNT’s eigenlijk niet voor een héél leven behandeling? Dat zou meer overeenstemmen met de werkelijkheid. Een recente analyse naar *lifetime risk* tot 95 jaar bij ruim een miljoen personen, toonde dat hypertensie bij 30-jarigen een kans op cardiovascu-

laire ziekte geeft van 63,3 procent, vergeleken met 46,1 procent bij degenen met een normale bloeddruk.<sup>18</sup> Bovendien manifesteerde de cardiovasculaire ziekte, het meest coronairlijden, zich vijf jaar eerder. Ook bij lichte hypertensie ontstaat dus op termijn een aanzienlijke morbiditeit. Bezien vanuit een *lifetime*-perspectief zou dus het NNT uit bovengenoemd voorbeeld van 100 in vijf jaar kunnen dalen tot circa 13 voor de resterende veertig jaar. En dat getal zou nog lager worden als men ook rekening houdt met de belangrijke effecten van hypertensiebehandeling op hartfalen.<sup>19</sup> We zien dus, niet onverwacht, voor levenslange behandeling van lichte hypertensie NNT’s die we voor de kortetermijnbehandeling bij een verhoogd risico zeer acceptabel vinden.

Ten slotte herinneren we aan enkele al langer bekende gegevens: in tegenstelling tot hoogrisicopatiënten zijn degenen met licht tot matig verhoogd risico jonger – leeftijd is immers de belangrijkste risicoverhogende factor – en met minder medicamenten goed te controleren, mede omdat er minder clustering is met andere risicofactoren. Bovendien behoeft eerdere behandeling voor het later ontstaan van ernstige bloeddrukcontregeling en orgaanschade. Laat ingezette behandeling kan de dan al aanwezige vaatschade niet meer ongedaan maken.<sup>20</sup>

## Voorstel

Het voorstel is om:

1. meer personen met hypertensie te vinden door actieve opsporing op het spreekuur;
2. de behandeldrempel van 20 procent risico op hart- en vaatziekte of sterfte in tien jaar, te verlagen. Bijvoorbeeld door behandeling te starten bij iedereen met een matig verhoogd risico in tien jaar op de huidige risicotabel, die veel bloeddrukverhogende factoren niet meeweegt, en bovendien geen *lifetime*-risico geeft.

Concreet betekent dat:

- Meet bij alle spreekuurbezoekers van 20 jaar en ouder de bloeddruk. Van nagenoeg de hele praktijk is dan de

bloeddrukstatus in drie jaar bekend.

- Stel een risicoprofiel op bij iedereen met een bloeddruk van 140/90 mmHg of hoger, en 160/90 mmHg of hoger bij een leeftijd boven 80 jaar. Vanwege de grote kans op het ontwikkelen van hypertensie valt dit ook te overwegen bij een hoognormale bloeddruk, van 130 tot 139 mmHg.
- Overweeg behandeling bij personen met een laag risico, bij extra risico- of bloeddrukverhogende factoren.
- Start bij iedereen bij wie leefstijladvies en begeleiding alléén onvoldoende bloeddrukdaling geven, op termijn (na een jaar) met medicamenteuze behandeling.

## Financiering

Ons voorstel zien wij graag geagendeerd voor de discussies in het kader van een nieuwe ronde cardiovasculair risicomanaagement (CVRM).<sup>21</sup> Tegelijkertijd zien wij met belangstelling uit naar de aangekondigde *invitational conference* met alle relevante partijen over de complexe financiering en de structuur van cardiovasculaire preventie, die als los zand aan elkaar hangen.<sup>11</sup> Onze inzet is een langjarige, landelijk uniforme, realistische financiering door de zorgverzekeraars, niet alleen van preventieconsulten, maar ook van de extra praktijkondersteuners die al dit werk moeten doen. Verder is discussie nodig binnen de eerste lijn over de positionering van cardiovasculaire preventie in brede zin: een nieuw netwerk van laagdrempelige categorale steunpunten, of behoud binnen de huidige eerstelijnsactiviteiten? Wij zien de kaderhuisartsen hart- en vaatziekten als het ideale gremium om het nieuwe beleid vorm te geven. ■

## contact

g.vanmontfrans@amc.uva.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

## web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).