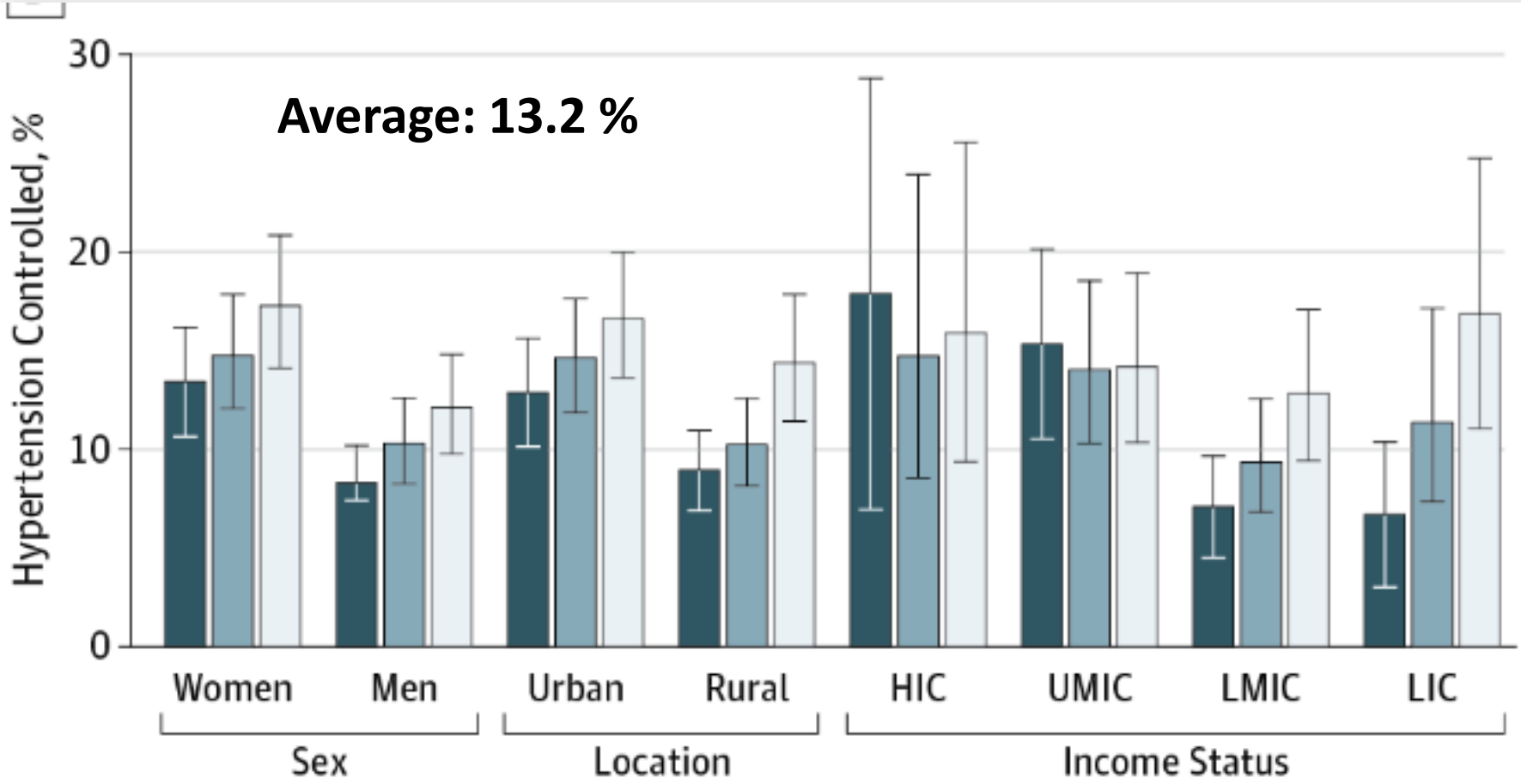
Hypertensiezorg in de nieuwe wereld

Opnieuw bevrijd door de Canadezen

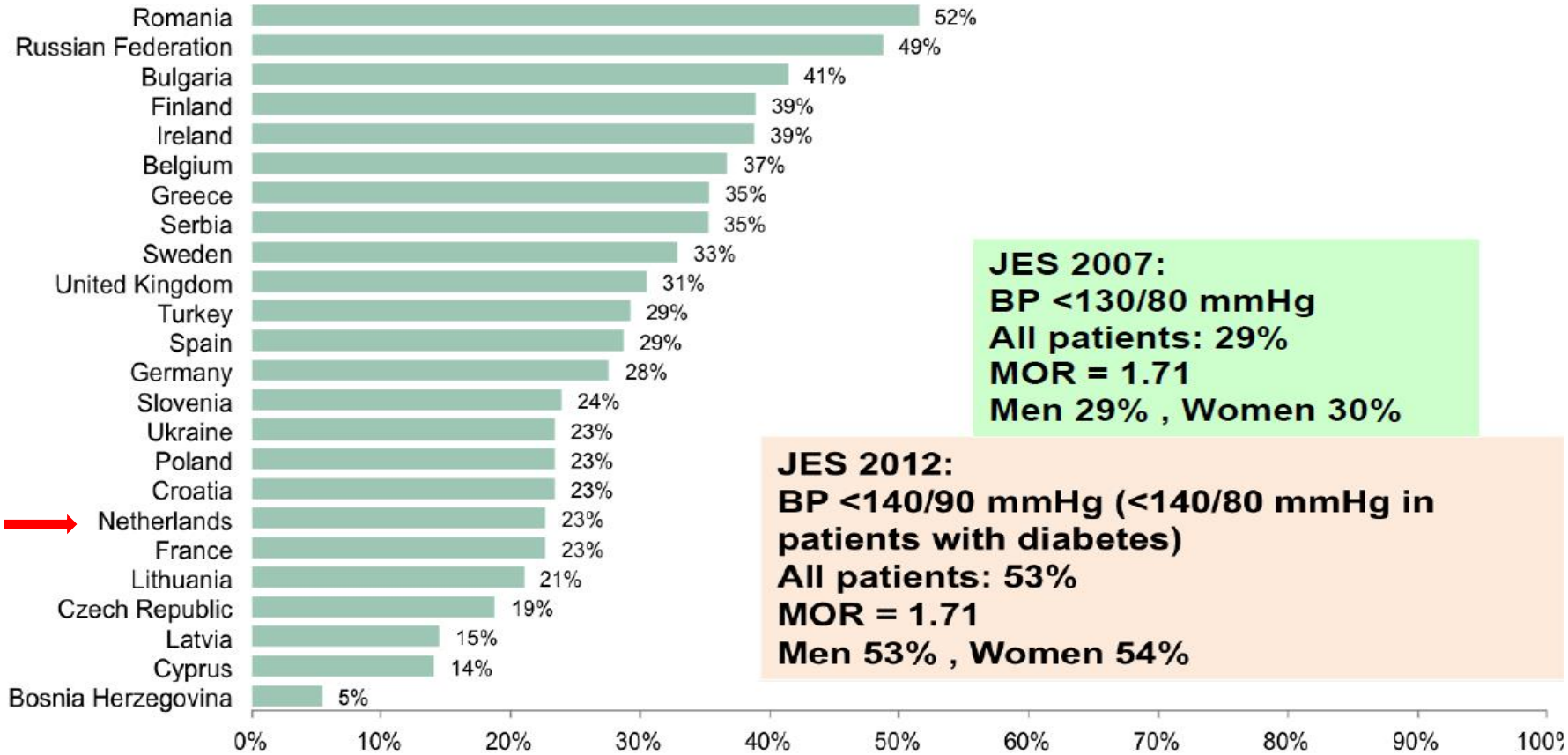
PURE Studie; n= 57840; 35 – 70 jr; Hypertensie 41% , 17 landen 4 continenten



Chow, Jama 2013

Euroaspire IV, n=16.500, 24 landen

Therapeutic control of blood pressure *



JES 2007:
BP <130/80 mmHg
All patients: 29%
MOR = 1.71
Men 29% , Women 30%

JES 2012:
BP <140/90 mmHg (<140/80 mmHg in patients with diabetes)
All patients: 53%
MOR = 1.71
Men 53% , Women 54%

*** BP < 130/80 mmHg among patients using antihypertensive drugs**

NIVEL 2013: 64.342 patiënten met hartziekte in 521 praktijken

- Geen systolische bloeddrukmeting 55 %
- Systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg 64.8 %

- Actueel rookgedrag bekend 38.8 %
- Rokers 20.3 %

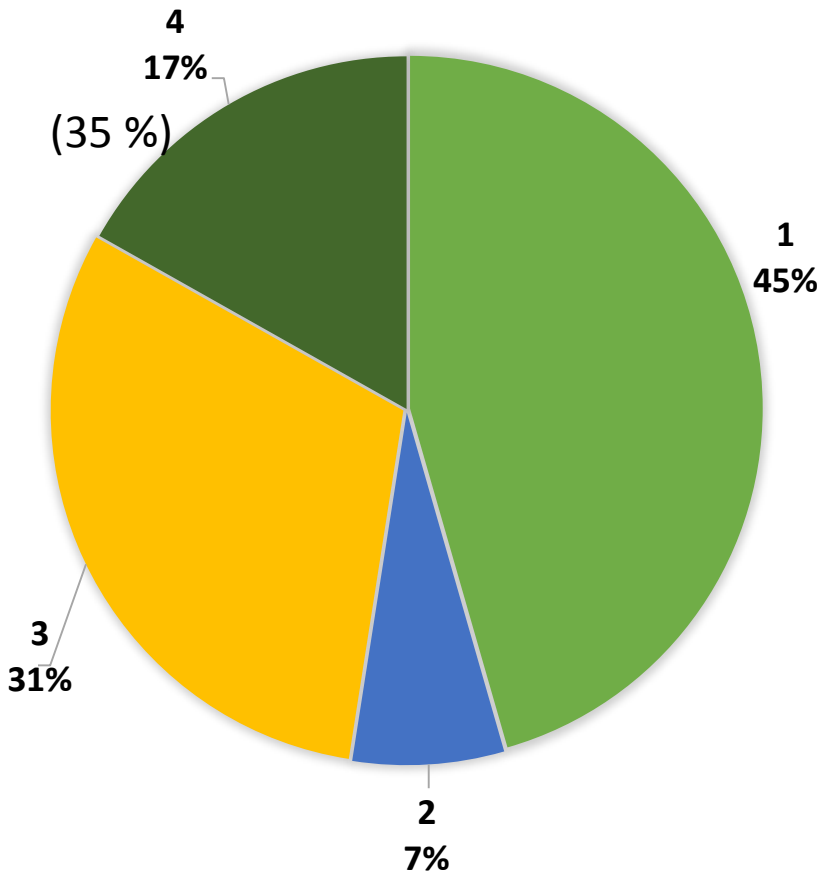
- LDL-cholesterol bepaald laatste 5 jr 67.7 %
- LDL cholesterol < 2.5 mmol/l 45.2 %

- "80% huisartsen vindt dat behandeling van hoge bloeddruk beter kan …"

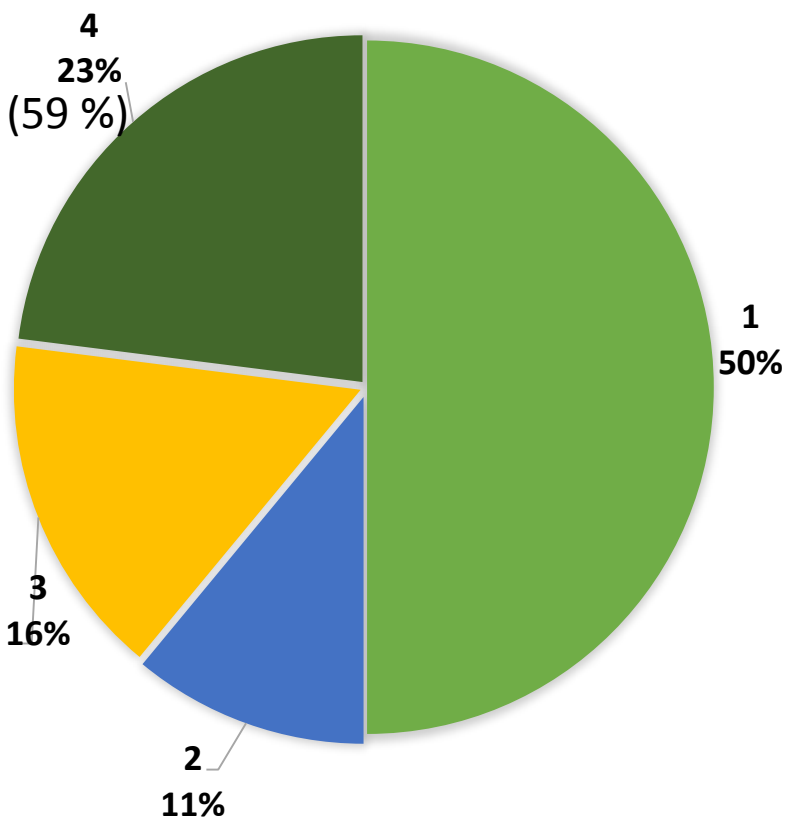
- Twee derde van de Nederlanders geeft aan dat ze belemmeringen verwachten om noodzakelijke zorg te gebruiken bij een eigen risico tussen € 300 en € 550

Hypertensie status HELIUS, Amsterdam J Hypertens 2016

835 **(51 %)** van 1636 Ghanezen



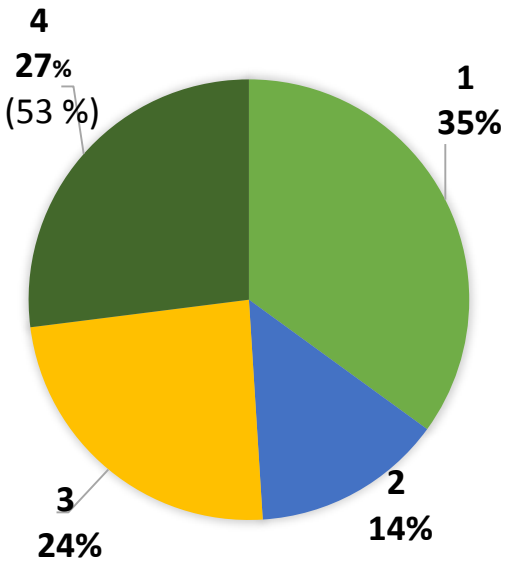
496 **(24 %)** van 2054 autochtone A'dammers



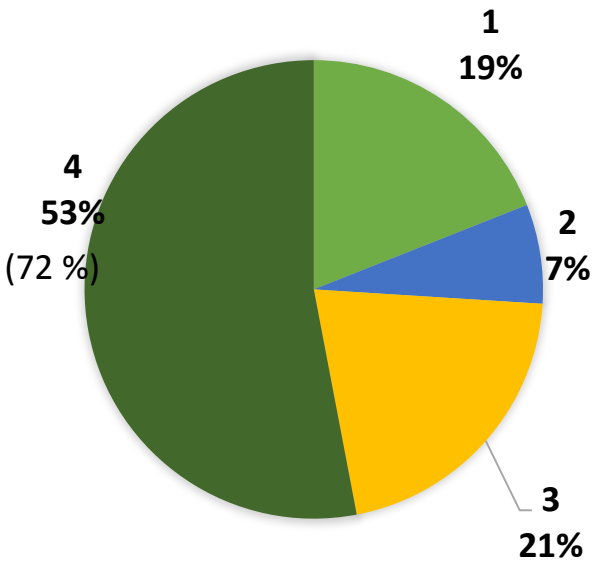
1 = onbekend; 2 = onbehandeld; 3 = slecht behandeld; 4 = goed behandeld

Hypertensie status in 3 landen met Nationaal Hypertensie Programma: USA, Engeland en Canada (2006 – 2010)

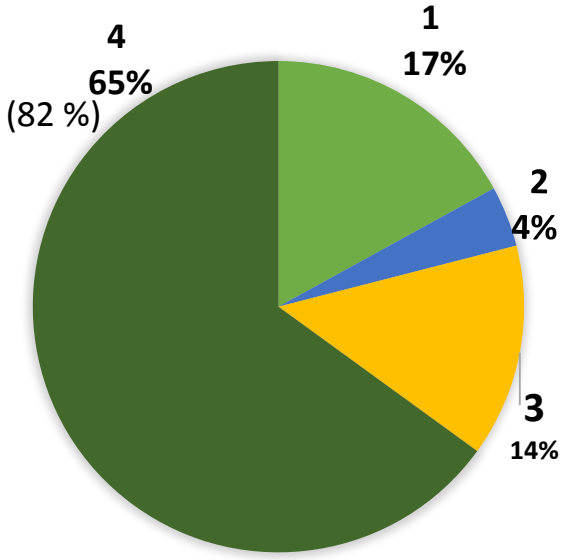
2528 **(30%)** van 7382 UK



2911 **(29%)** van 10.003 USA



680 **(20 %)** van 3485 Canadezen

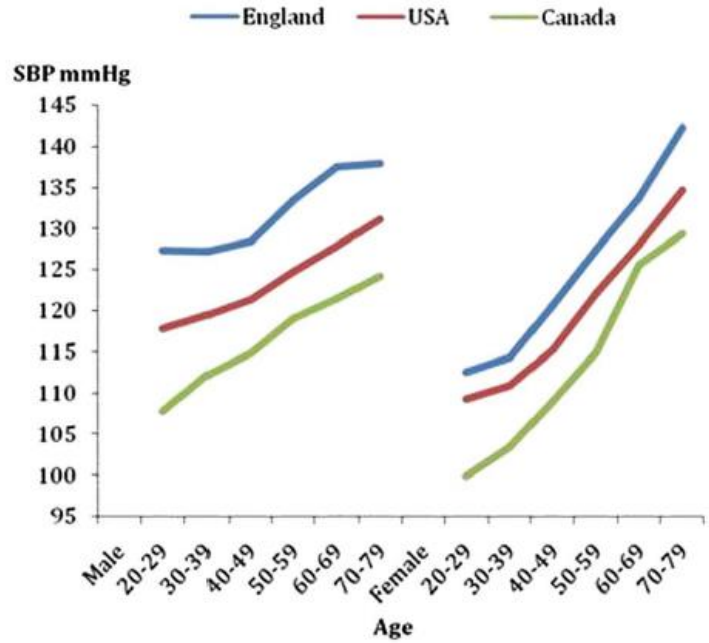


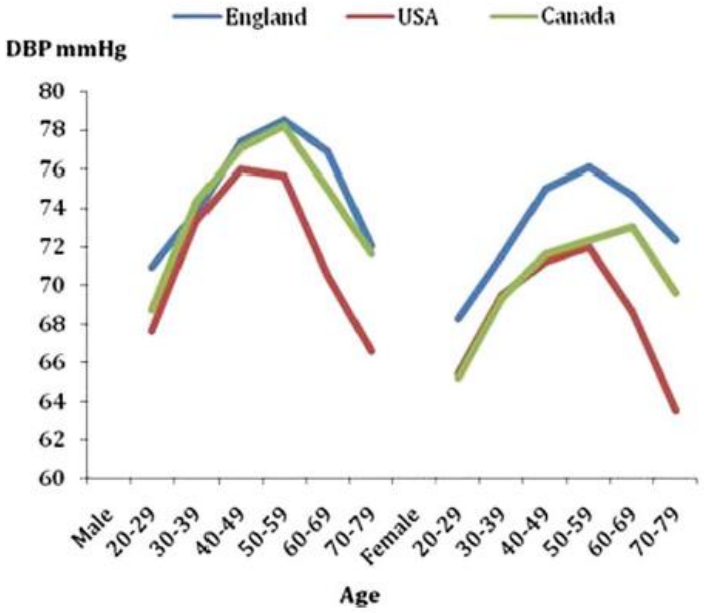
1 = onbekend; 2 = onbehandeld; 3 = slecht behandeld; 4 = goed behandeld

Joffres, BMJ open, 2013

Bloeddruk naar leeftijd in UK, USA en Canada, landen met een nationaal hypertensie programma

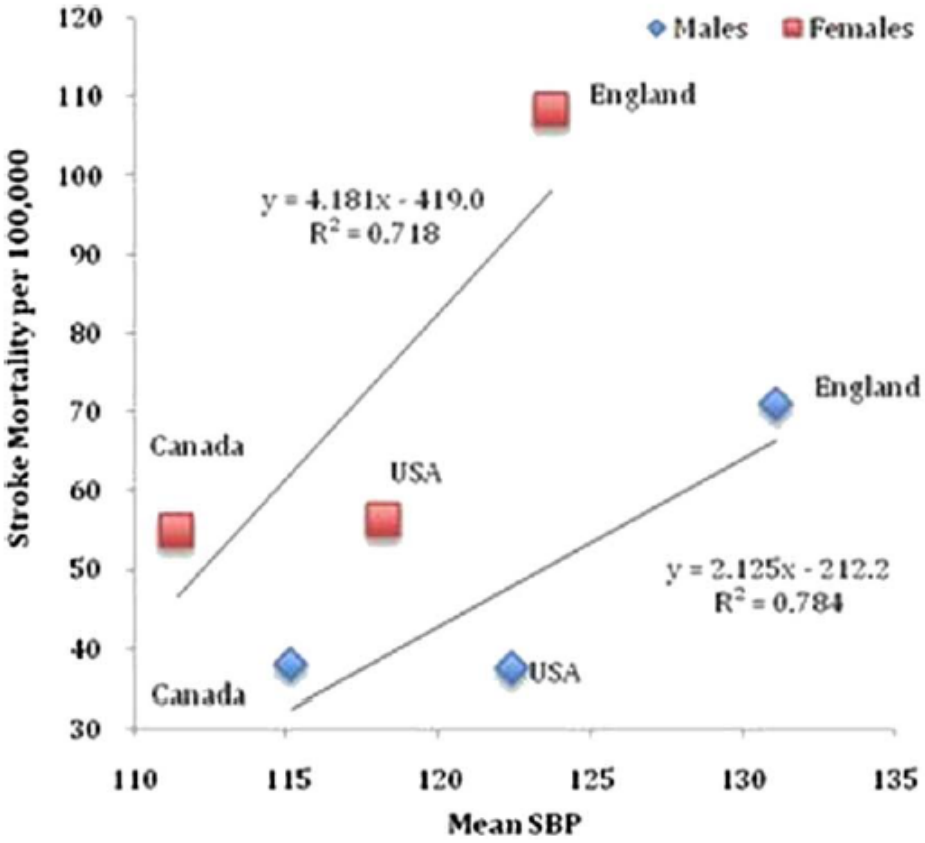
UK: 2006 n = 6873
USA: 2007-2010 n = 10.003
Canada: 2007-2009 n = 3485

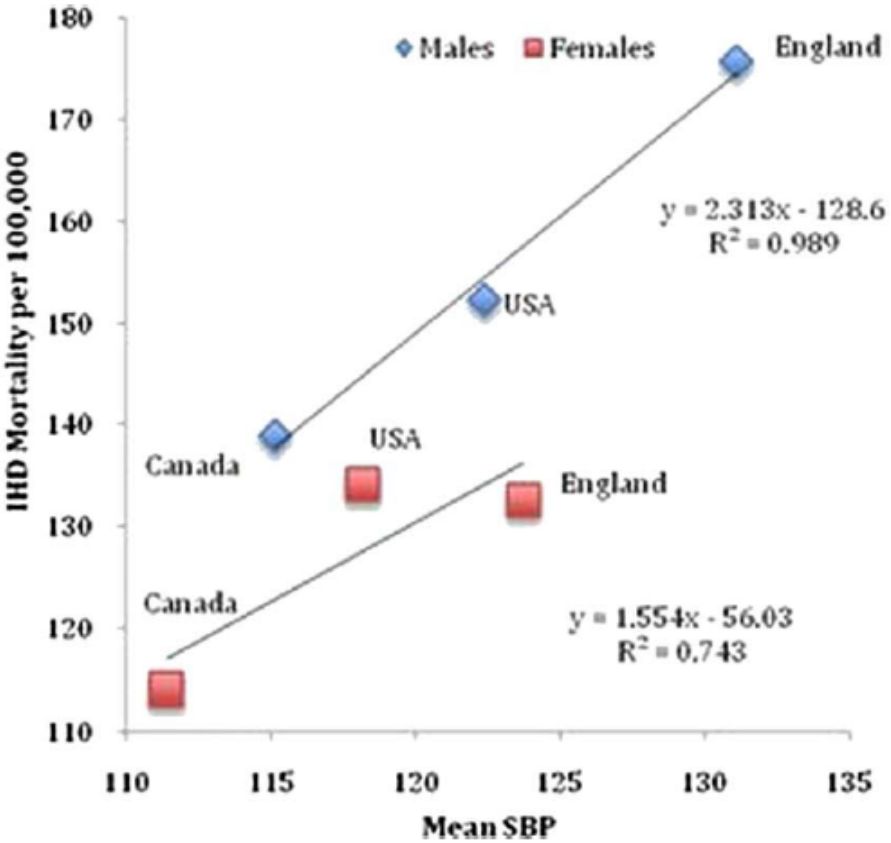




Joffres, BMJ open, 2013

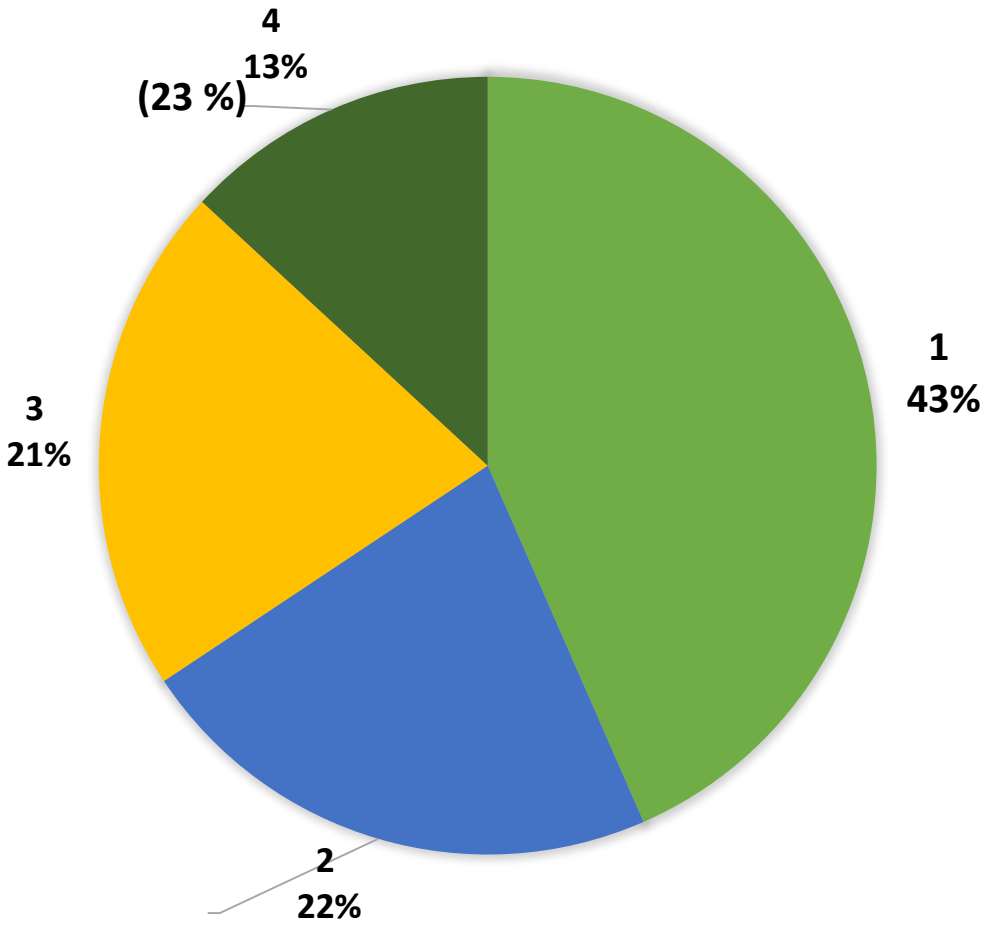
Beroerte en IHD sterfte in UK, USA en Canada, naar gemiddelde systolische bloeddruk





Joffres, BMJ open, 2013

Hypertensie status in Canada CHHS 1985 - 1982



1 = onbekend; 2 = onbehandeld; 3 = slecht behandeld; 4 = goed behandeld

Challenges to Hypertension Management: Public Perceptions

44% of people could not identify a normal or a high blood pressure reading

80% of people were unaware of the association between hypertension and heart disease

63% believed that hypertension was not a serious condition

38% of people thought they could control high blood pressure without the help of a health professional

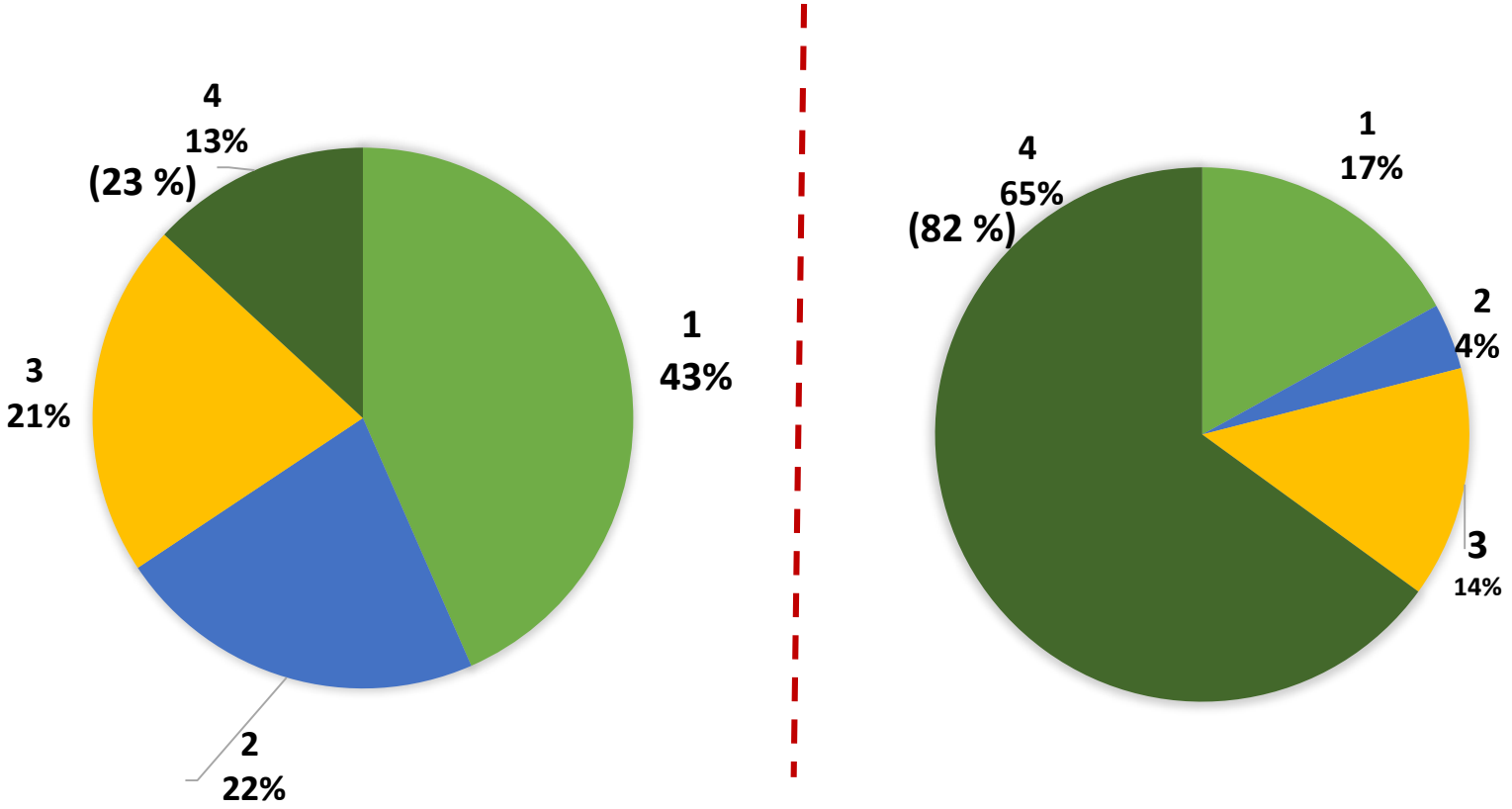
Can J Cardiol 2005;21:589-93

Het CHEP management team

4 Major Canadian Objectives

1) Improve the knowledge of patients and the public on hypertension
2) Improve the management of hypertension by health care professionals
3) Prevent hypertension by reducing dietary sodium
4) Develop a national hypertension surveillance system to document the above and allow continuous quality improvement

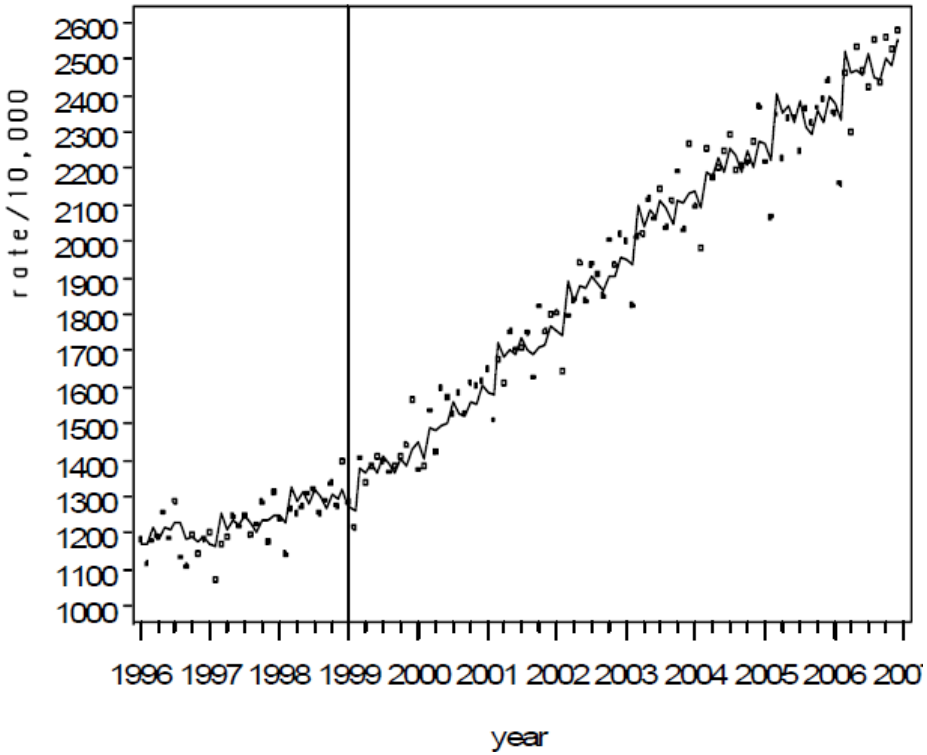
Hypertensie status in Canada CHHS 1985 – 1982, en 2007 – 2009, na 10 jr CHEP



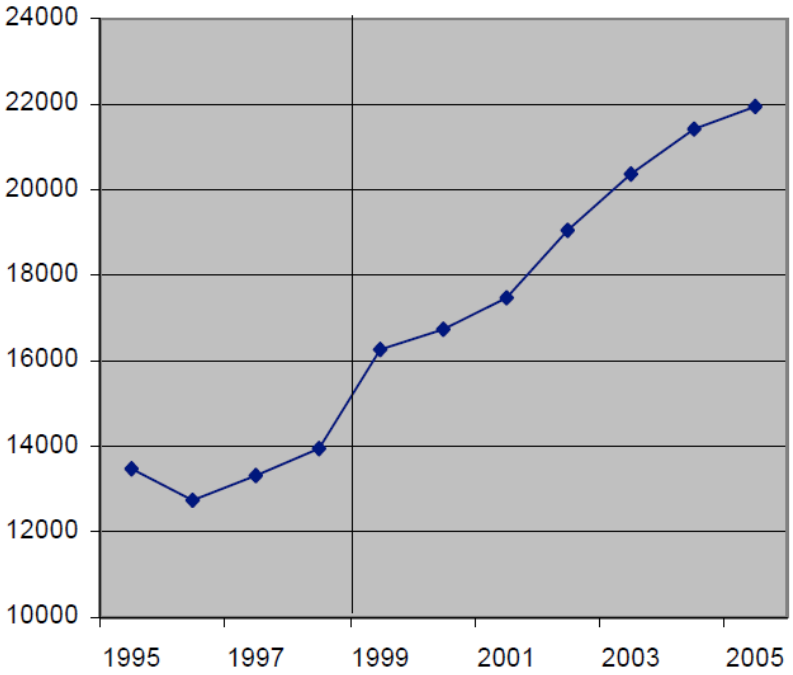
1 = onbekend; 2 = onbehandeld; 3 = slecht behandeld; 4 = goed behandeld

Start CHEP (Canadian Hypertension Education Program 1999

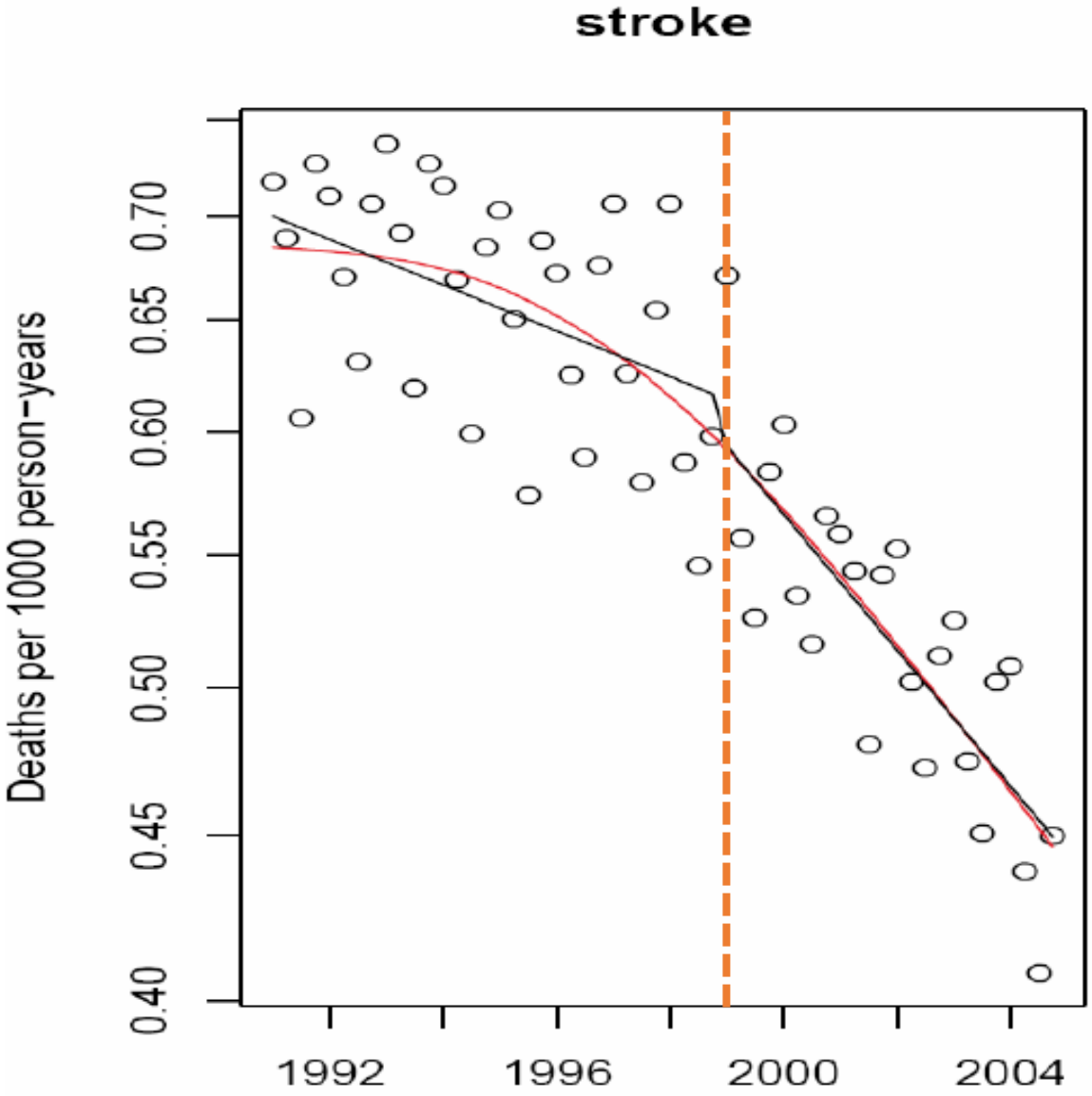
Aantal recepten antihypertensiva



Consulten voor hypertensie (in 1000s)



Sterfte aan beroerte in Canada



% verschil in sterfte vòòr en na start CHEP

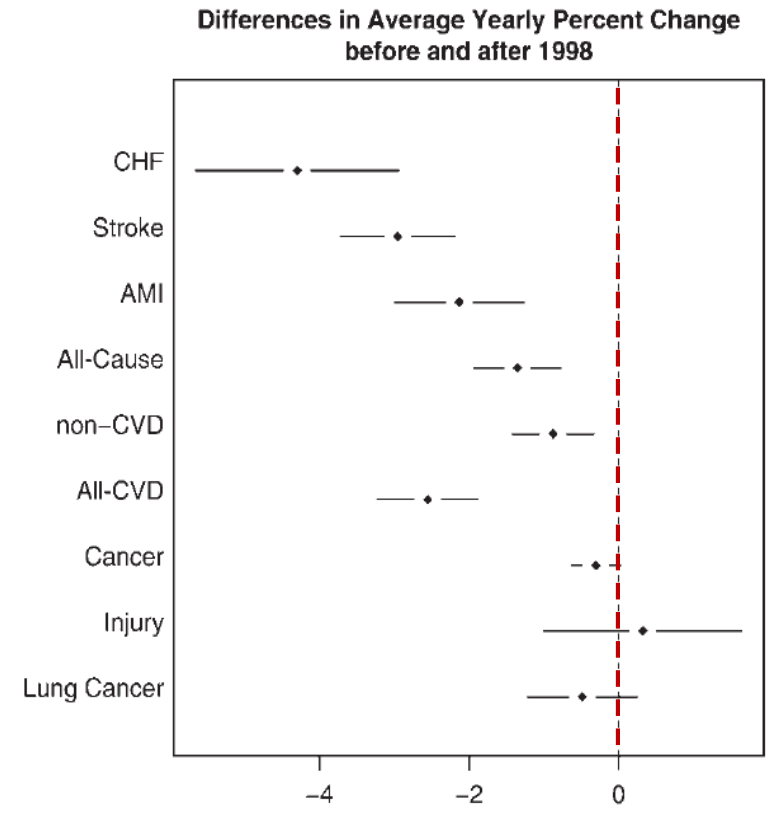


Figure 2 Annual per cent change in age- and sex-standardized Canadian mortality rates 1999–2003 (after CHEP), adjusted for temporal trends 1992–98. Note that values to the left of the

McAlister, Eur Heart J 2008

1. All Canadian adults should have their blood pressure assessed at all appropriate clinical visits. Electronic (oscillometric) measurement methods are preferred to manual measurement.

2. Out-of-office measurement should be performed to confirm the initial diagnosis of hypertension.

3. Optimum management of the hypertensive patient requires assessment and communication of overall cardiovascular risk using an analogy like 'vascular age'.

4. Home BP monitoring is an important tool in self-monitoring and self-management.

5. Health behaviour modification is effective in preventing hypertension, treating hypertension and reducing cardiovascular risk.

6. Combinations of both health behaviour changes and drugs are generally necessary to achieve target blood pressures.

7. Focus on adherence.

8. Treat to target.

Summary

- The Canadian recommendations process is entering its 10th year and has been associated with large increases in diagnosis, drug prescriptions and physicians visits for hypertension and a reduction in uncontrolled hypertension and major cardiovascular complications
- The Canadian recommendation process emphasizes
  - rigorously produced annually updated recommendations
  - over 10 specific procedural steps to reduce bias
  - the development of consensus by the key opinion leaders in Canada
  - simple consistent messages tailored to the public and primary health care professionals
  - evaluation
  - continuous process improvement based on past successes and failures.

“Ten years later, thanks to strong and steadfast interdisciplinary partnerships among health professionals, scientists and researchers, non-government and government organizations and the private sector, Canada has a rigorous, systematic and transparent process for developing and disseminating hypertension management recommendations and we have the highest reported rates of treating and controlling hypertension in the world.”

HOWEVER: Strategisch rapport CHEP okt 2015: paar tegenvallers:

- Target hypertensie prevalentie van 13% in 2020 lukt niet
- Solide voedingsprogramma gebaseerd op 6 gram met steun van industrie
- Geen nationale strategie voor beweeggedrag, obesitas neemt toe!
- Financiering voor ABPM en thuismeting
- Meer geld voor frequente survey
- Iedereen eigen gezondheidsprovider, dr, apotheker of POH
- First nation en disadvantaged bevolking blijft minder bereikbaar

Naar een Nationaal Hypertensie Programma in Nederland

DOEL

Vermindering van de cardiovasculaire ziektelast in Nederland door verbeterde hypertensiebehandeling

Naar een Nationaal Hypertensie Programma !

Als alle 8000 praktiserende huisartsen in Nederland ieder 12 (!) hypertensiepatiënten extra goed ingesteld krijgen en houden…

- In Nederland (2011) [illegible] 00 (volksgezondhei[illegible]
- 54% % komt vo[illegible] ertensie = 21.600
- WHO wil (wij ook!) toe[illegible] ering etc remmen met 25%. Bij 25 % minder = 5400 be[illegible] s per jaar, hoort bloeddruk behandeling van ≈ 100.000 nieuwe patiënten
- Vermindering stroke rate heeft enkele jaren nodig, evenals recruteren van 100.000 nieuw of beter behandelde hypertensiepatiënten. Bij de besparing van **€ 304.992.000** niet gemaakte zorgkosten voor 5400 vermeden beroertes, komen vermeden hogere zorgkosten in volgende jaren, met aftrek van extra hypertensiebehandeling voor 100.000 patiënten
- Zorgverzekeraars van de verschillende financiers (voorheen AWBZ, overheid) besparen initieel de 30% die zij voor beroerte-zorg vergoeden = **€91.497.600.000.**

Naar een Nationaal Hypertensie Programma !

- Per jaar circa 37.000 nieuwe patiënten met hartfalen.
  In 2011 kostte **hartfalen** € 939.700.000

- 39 % komt voor rekening van on- of slecht behandelde hypertensie = € 366.483.000

- Bij 25 % minder hartfalen per jaar door betere bloeddrukbehandeling: initiele BESPARING **€ 91.620.750**

- Zorgverzekeraars van de verschillende financiers (voorheen AWBZ, overheid) financierden in 2011 47% van alle hartfalenkosten. Bij 25% minder hartfalen door verbeterde hypertensiebehandeling besparen zij op termijn globaal € **43.000.000** door vermeden hartfalen

- Maak zelf de balans op voor vermeden Ischemische Hartziekten (PAR 49%!), Nierfalen, Dementie, Boezemfibrilleren en Perifeer Vaatlijden, door betere hypertensiebehandeling in Nederland

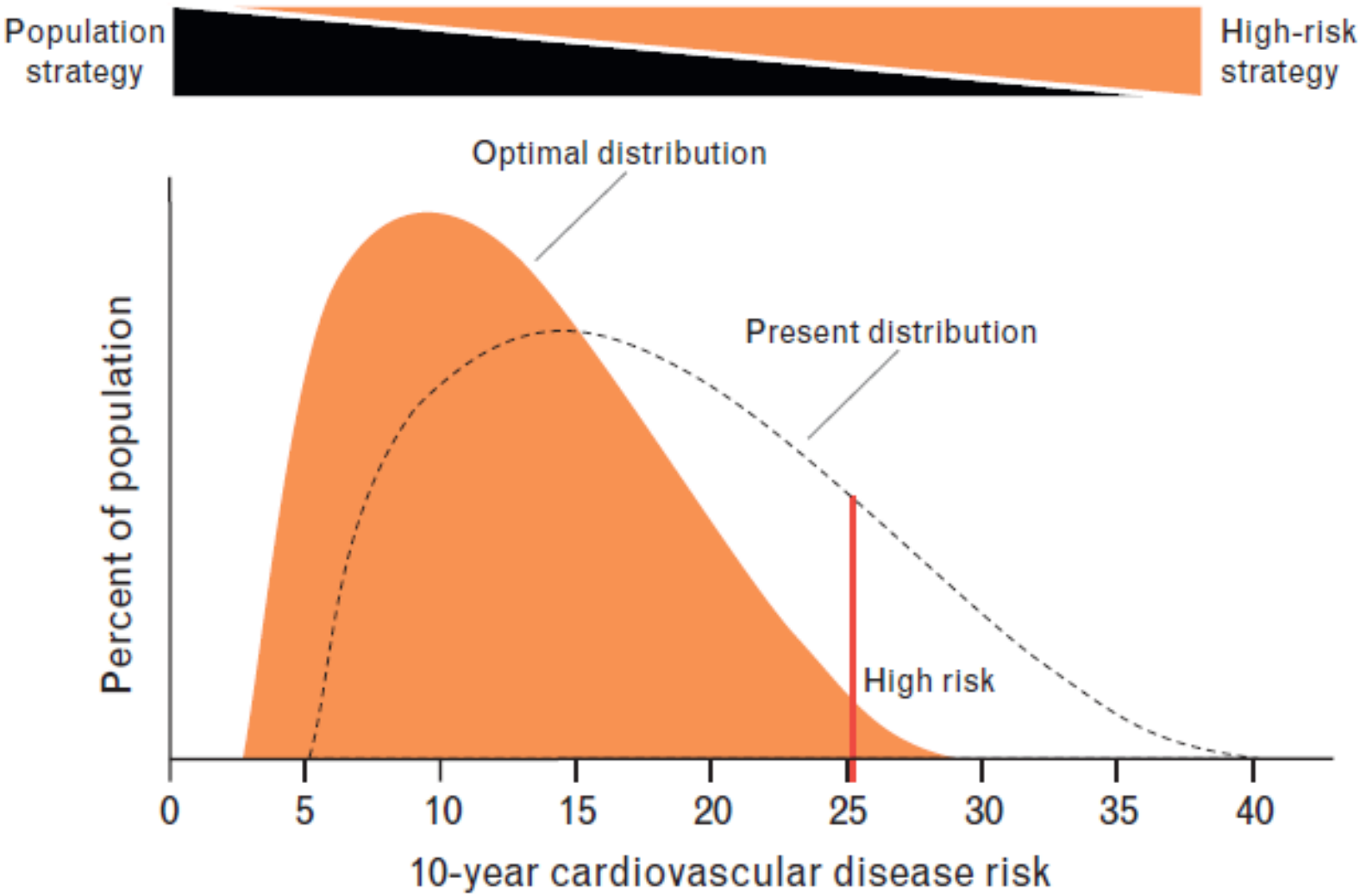
Naar een Nationaal Hypertensie Programma

- Patiënteneducatie, ism orgaanstichtingen
- Verander **risico-perceptie zorgverleners; analyseer financiële knelpunten**

Everybody with BP ≥ 140 and/or 90 mmHg is a challenging patient

- Populatie strategie: naast hoog-risico ook/meer aandacht laag-risico
- Denk in life-time risk ipv 10-jaars risico
- Biedt bloeddrukmeting aan bij elke voorkomende gelegenheid, ken het risicoprofiel van alle volwassenen, en handel er naar
- Onderken begrip **'therapeutic inertia'**, en vermijdt het

Van hoog-risico strategie (doen we ook niet goed) naar populatie strategie



Redon, J hypertens 2008

Risico schatting CV sterfte, 42 jarige man, RR 162 (wit). RR 138 mmHg (blauw)

Score handout voor Mr Daichi

Huidige score: 1%

Toelichting score: dit is het risico om binnen 10 jaar te overlijden aan Hart- en Vaatziekten (HVZ)
HVZ: Myocardinfarct, Angina pectoris, Aneurysma aortae, CVA/TIA, Perifeer Arterieel Vaatlijden

Leeftijd:	42
Geslacht:	M
Bloeddruk systol.:	162
Cholesterol:	5.3
Hdl-cholesterol:	1.1
Roken:	Nee

Procentuele bijdrage risicofactoren aan SCORE:

Cholesterol:	39.78%
Bloeddruk:	60.22%
Roken:	0.00%

STOP 'tabel-denken', beschouw > 140/90 mmHg als 'challenging patient', bepaal TOD, en handel er naar

Absolute effecten hypertensie behandeling op CV risico

Risico CVD	CVD voorkòmen/100 pat/10 jaar		
	RR ↓	10/5 mmHg	20/10 mmHg
laag risico	< 5 %	≈1	< 3
matig risico	15-20 %	5-7	8-11
hoog risico	20-30 %	7-10	11-17
z. hoog risico	> 30%	> 10	> 17

Alle tabellen zijn altijd gebaseerd op het 10-jaars risico. Waarom? Hypertensie is een levenslange aandoening. Nut van behandeling dient dus ook berekend te worden obv levensverwachting bij start behandeling. NNT van 100 bij 30 jarige laagrisico patiënt wordt gemakkelijk 20! En denk niet dat die andere 19 pat. 50 jr 'voor niets' zijn behandeld

“Hypertensie is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van morbiditeit en mortaliteit”

Q: Waarom mist CVRM urgentie?

- is dit een sleetse boodschap?
- Alleen geschikt als intro voor subsidieaanvraag of artikel?
- Is er teveel competitief leed?
- Vinden we kinderobesitas belangrijker? (liever primaire dan secundaire preventie?)
- NB: naast **beroerte** en **IHZ** vermindert hypertensiebehandeling hartfalen, nierfalen, perifere vaatziekte, dementie en boezemfibrilleren, wees daardoor geinspireerd!

Naar een Nationaal Hypertensie Programma

- Patiënteneducatie, ism orgaanstichtingen
- Verander risico-perceptie zorgverleners; analyseer financiële knelpunten
  Everybody with BP ≥ 140 and/or 90 mmHg is a challenging patient
  - Populatie strategie: naast hoog-risico ook/meer aandacht **laag-risico**
  - Denk in life-time risk ipv 10-jaars risico
  - Biedt bloeddrukmeting aan bij elke voorkomende gelegenheid, ken het risicoprofiel van alle volwassenen, en handel er naar
  - Onderken begrip 'therapeutic inertia', en vermijdt het
- Betrek apothekers, wijkverpleegkundigen, thuiszorg, spiegelgroepen
- Betrek zorgverzekeraars, overheid en gemeente, modelleer gezondheidswinsten betere behandeling
- Organiseer evidence update, meting zachte en harde uitkomstmaten

- Wie moet het doen? **Stichting Nationaal Hypertensie Programma**, = NHV, CVRM, met gedragsdeskundigen, praktijkondersteuners, zorgverzekeraars, apothekers, orgaanfondsen. Fulltime coordinator!

NHP, Met dank aan de Canadezen en het Canadian Hypertension Education Programme, CHEP

Barriers to Activities for Prevention/Control of BP Nationally:

1. Lack of Resource [a]
2. Problematic Health Systems [b]
3. Health Literacy
4. Unhealthy Environments [c]
5. Therapeutic Inertia [d]
6. Adherence
7. Lack of interest among healthcare providers

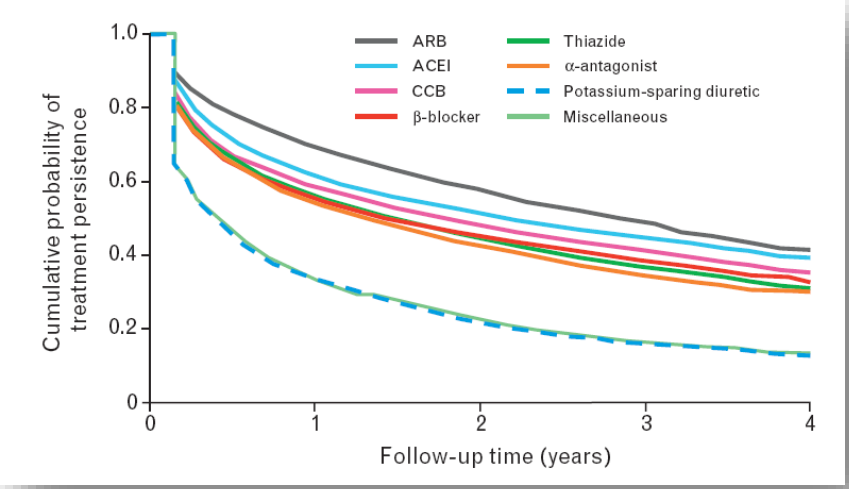
[a] Includes a lack of funding sources, healthcare professionals, government support, and research expertise
[b] Includes a lack of remuneration for preventative strategies and a lack of comprehensive national program involving surveillance, monitoring, and collaboration
[c] Includes problems with the built environment promoting high salt intake, obesity, and sedentary behavior
[d] Refers to slow application of changes to therapy, including adequate use of combination therapy or not treating at all

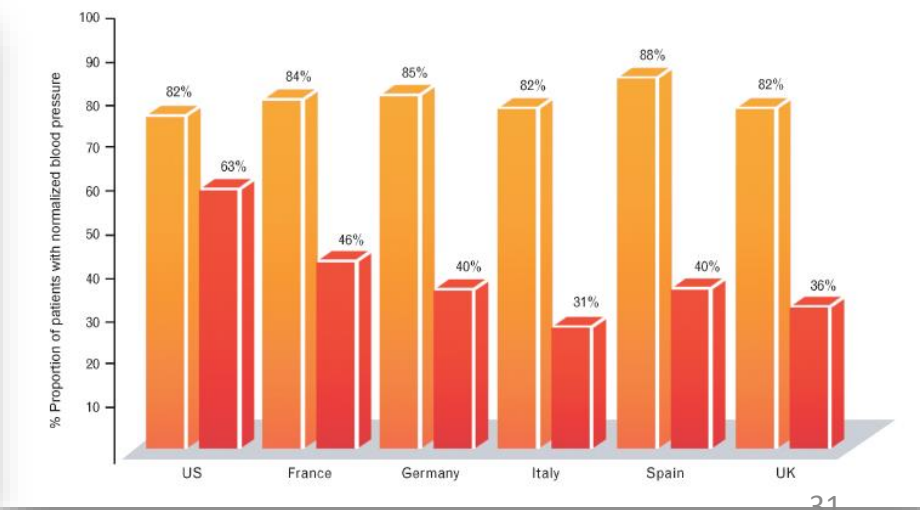
Uncontrolled Hypertension, challenges or solutions ?

75 % patient related: non-adherence to drug or lifestyle advice, uninsured

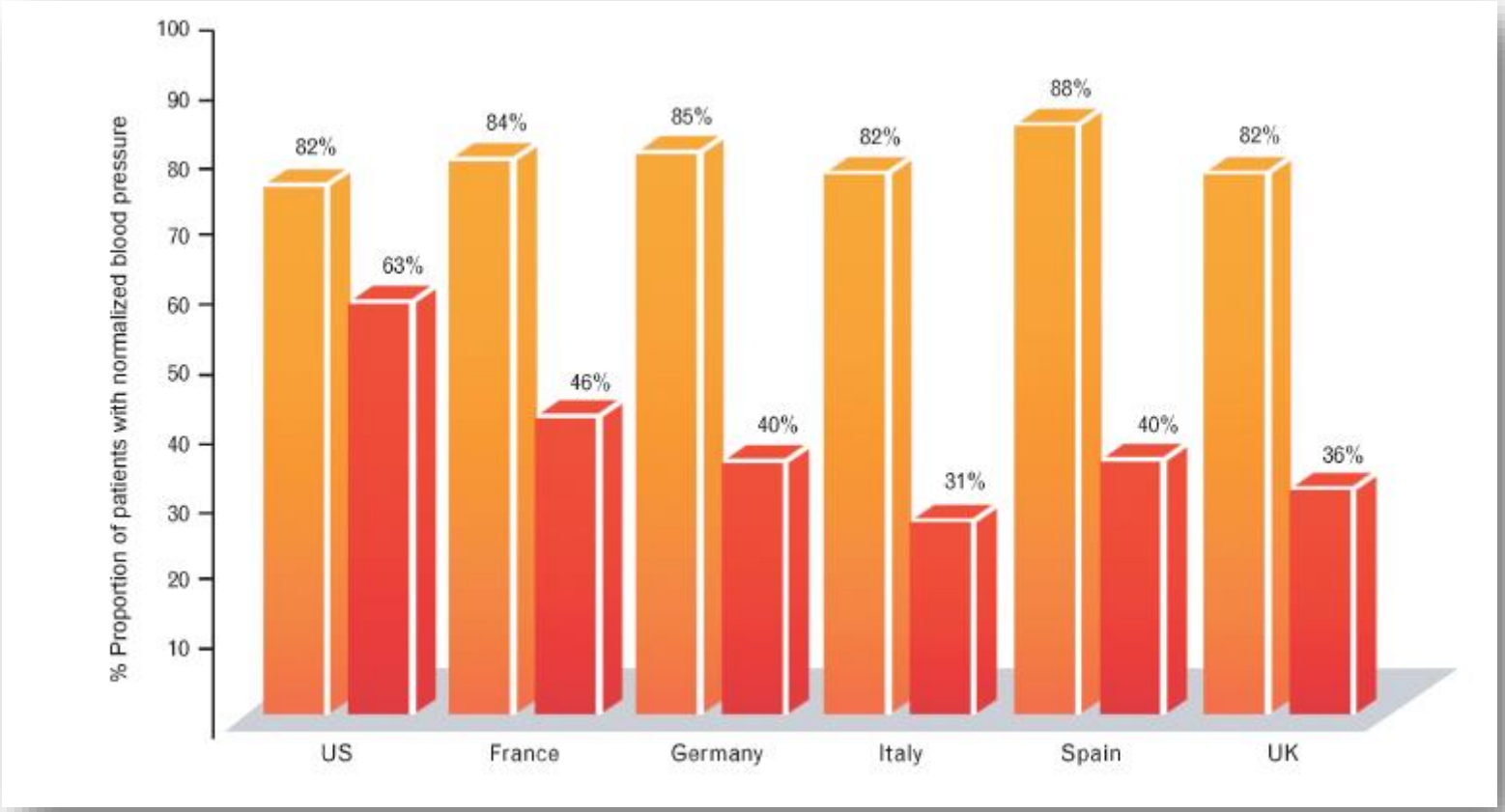
25 % doctor related

- 'therapeutic inertia' : doctors underestimate number of 'challenging patients', treat too late, too few, not to target, wrong drugs, complicated schemes (Redon, 'white paper', J Hypertens 2008)
- true resistant hypertension (Calhoun, Hypertension 2008, AHA)





Wij onderschatten het aantal ‘challenging patients’



‘challenging patient’ = iedereen met bloeddruk > 140/90 mmHg

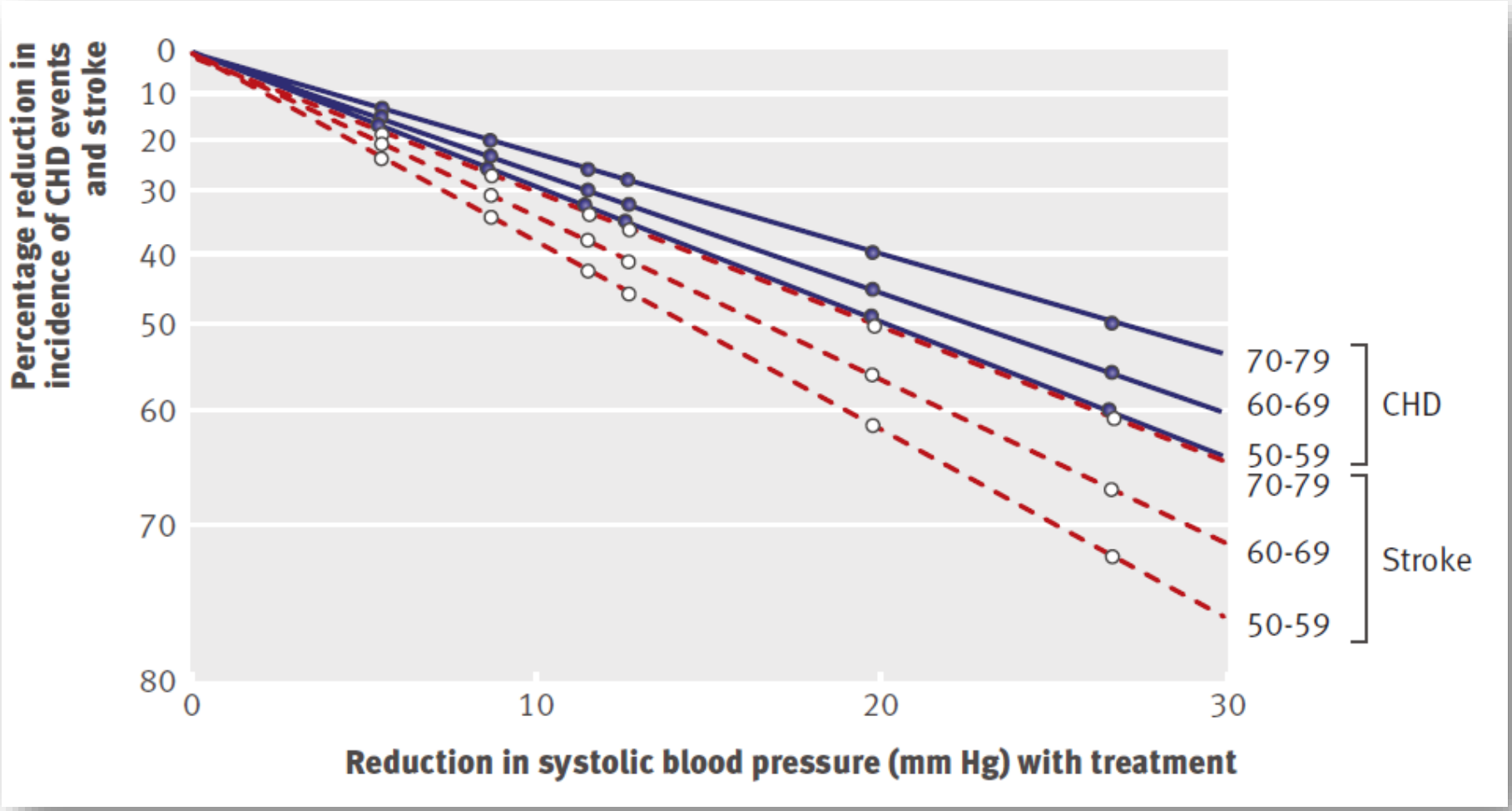
Wang, arch int med 2007

Tabel 7.1

Randvoorwaarden voor GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties voor integrale zorg in achterstandswijken

	Randvoorwaarden voor integrale zorg in de wijk
1	Gezamenlijke probleemanalyse
2	Gezamenlijke doelstellingen
3	Systematische evaluatie en verbetering
4	Gestructureerd overleg tussen relevante zorgverleners in de buurt
5	Netwerkregie
6	Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente

Risicoreductie oud vs jong

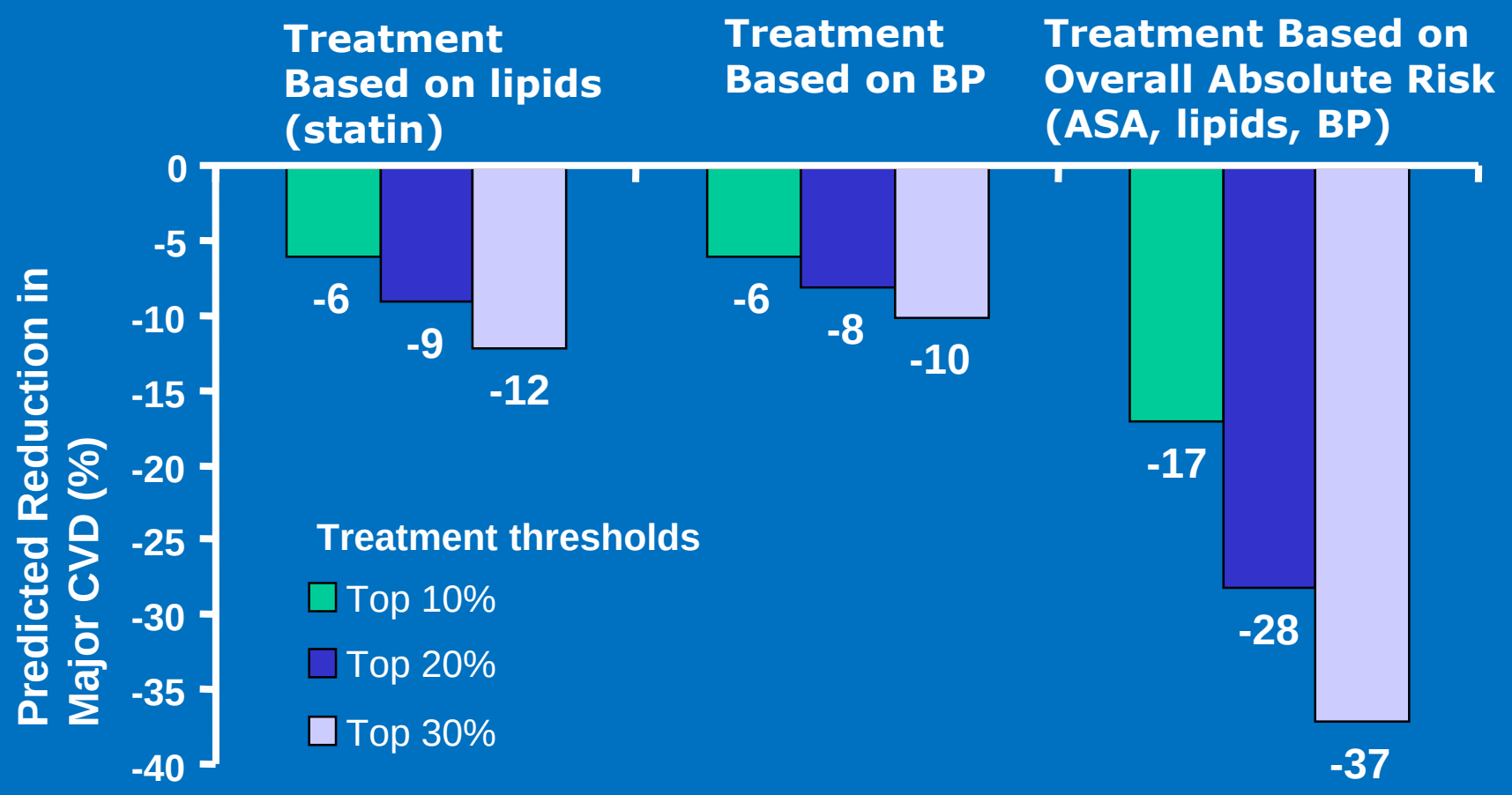


Law et al. BMJ 2009

Dokters onderschatten

- de verwachte levensduur van terminale patiënten
- het risico van hypertensie
- het aantal slecht ingestelde hypertensiepatiënten in hun praktijk

Treating Hypertension and Other Risk Factors



Adapted from Emberson et al. *Eur Heart J.* 2004;25:484-491.

Some annual dissemination initiatives

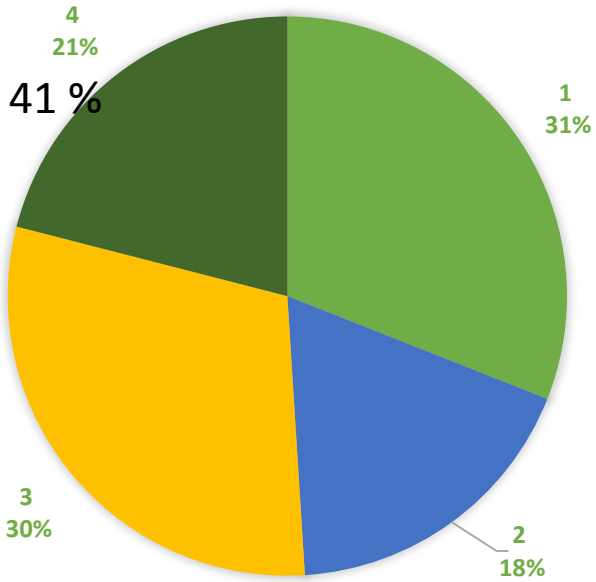
- Key messages and themes are updated annually
- Publications (3-4 summaries plus full scientific documents) with more than 40 publications by or on CHEP in 2007
- CHEP pocket cards (>100,000) and booklets (10,000)
- Dissemination through the websites
- Wall posters
- CHEP's "Train the Trainer" Sessions

Tabel 3.8: Raadplegen van de SCORE meter door huisartsen om het individuele risico op HVZ bij patiënten te schatten (N = 495)

	%	n
Voor een meerderheid van de patiënten	15.6	87
Voor ongeveer de helft van de patiënten	2.6	13
Voor een minderheid van de patiënten	4.8	24
Voor geen van de patiënten	77.0	381

Hypertensie status in Paramaribo, HELISUR studie

457 (40 %) van 1128 Surinamers in Paramaribo



1 = onbekend; 2 = onbehandeld; 3 = slecht behandeld; 4 = goed behandeld

4 Major Canadian Objectives

1) Improve the knowledge of patients and the public on hypertension
2) Improve the management of hypertension by health care professionals
3) Prevent hypertension by reducing dietary sodium
4) Develop a national hypertension surveillance system to document the above and allow continuous quality improvement

7.6 Million deaths each year attributable to suboptimal blood pressure

7.6 million deaths each year (13.5% of total) are attributable to high blood pressure.

54% of Stroke and 47% of coronary heart disease worldwide attributed to high blood pressure.

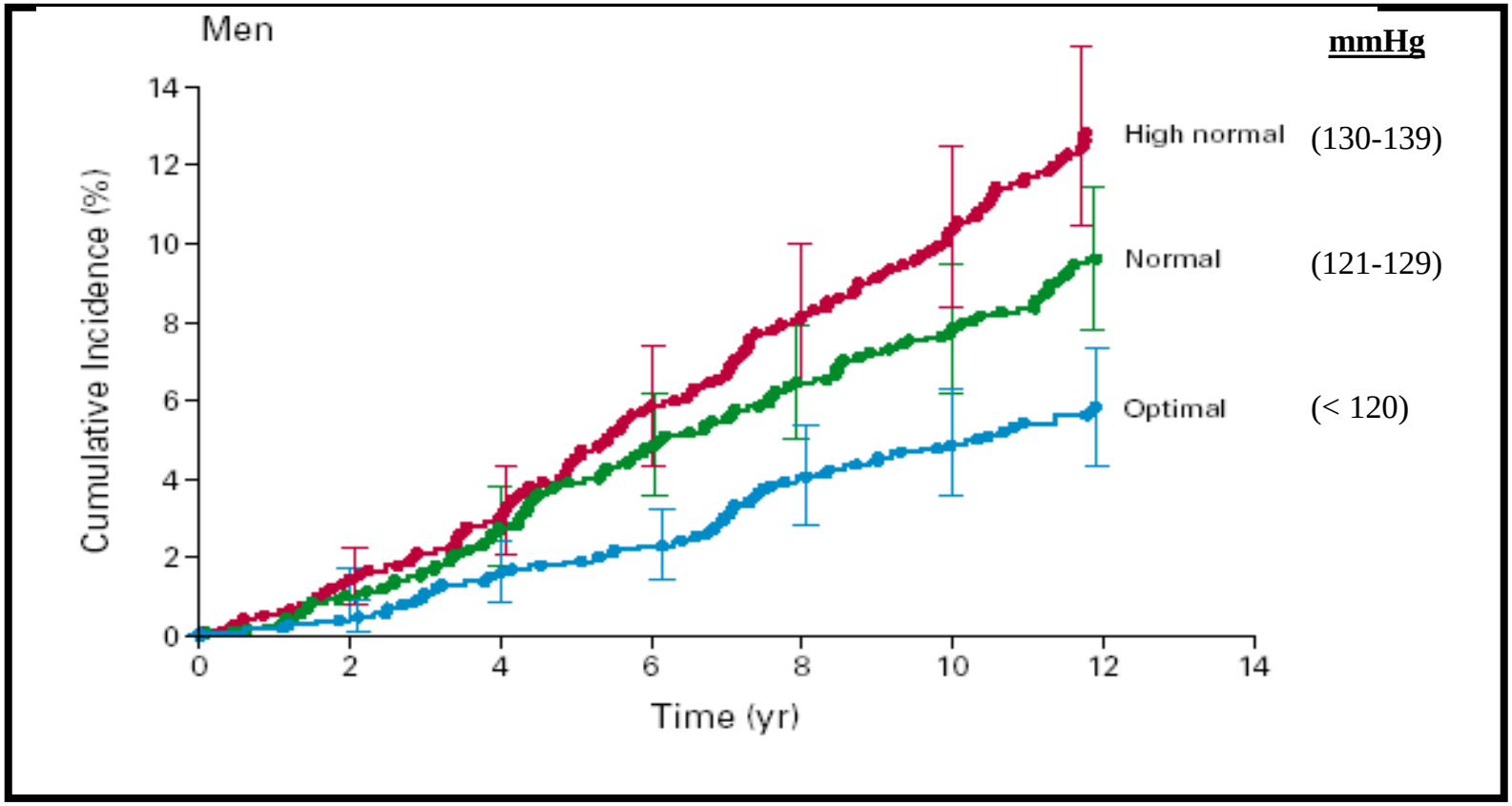
Data obtained from Global Burden of Disease study, updated in 2008.

THE GEORGE INSTITUTE for Global Health

Lawes, Hoorn, Rodgers, for ISH: Lancet 2008; 371: 1513-18

Impact of High-Normal Blood Pressure on the Risk of Cardiovascular Disease

CUMULATIVE INCIDENCE OF CV EVENTS IN MEN *WITHOUT* HYPERTENSION ACCORDING TO BASELINE BLOOD PRESSURE



N Engl J Med 2001;345:1291-7

The Canadian Hypertension Education Program (CHEP)

Goal

To reduce the burden of cardiovascular disease in Canada through optimized hypertension management

Activities

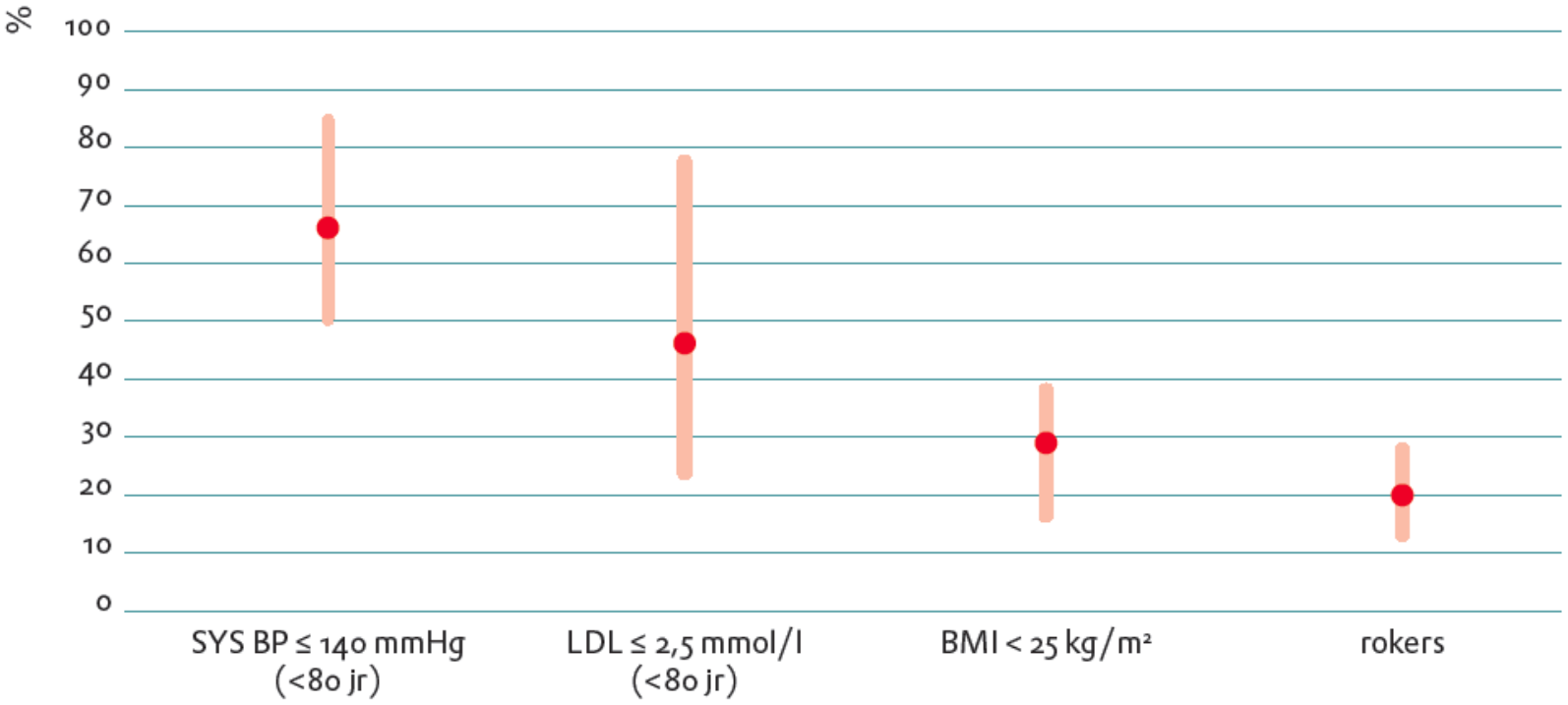
- Regularly updated evidence-based recommendations for the management of hypertension
- Knowledge translation and exchange of the recommendations to support implementation
- Regular evaluation and revision of the program
- Assessment of patient outcomes

Key CHEP messages for the management of hypertension

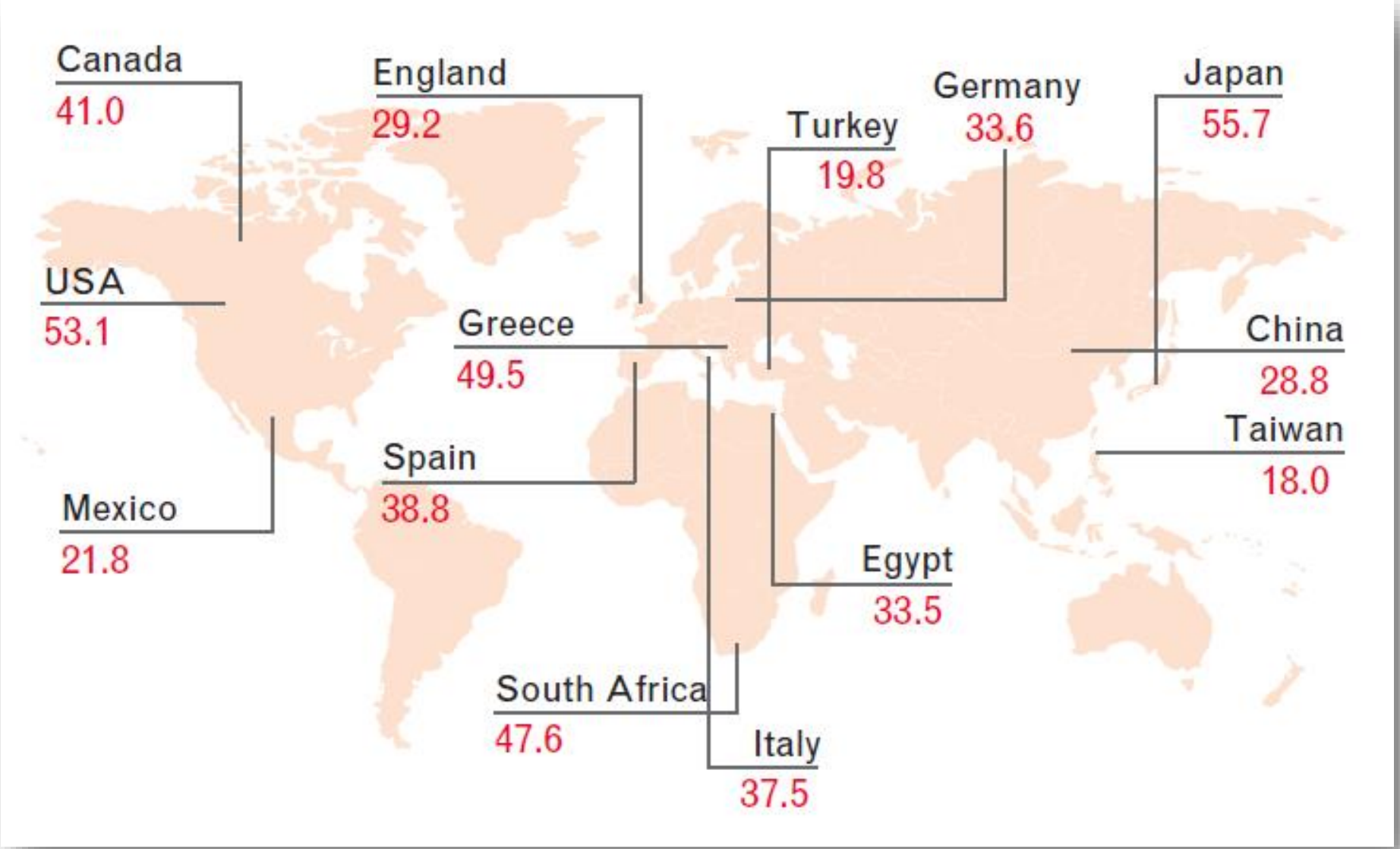
- ✓ Know the current blood pressure of all your patients.
- ✓ Encourage the use of approved devices and proper technique to measure blood pressure at home.
- ✓ Assess and manage CV risk in hypertensives including: high dietary sodium intake, smoking, dyslipidemia, dysglycemia, abdominal obesity, unhealthy eating, and physical inactivity.
- ✓ Sustained lifestyle modification is the cornerstone for the prevention and control of hypertension and the management of CV disease. Encourage reducing sodium intake according to Health Canada's recommendations.
- ✓ Treat blood pressure to <140/90 mmHg. In people with diabetes or chronic kidney disease target to <130/80 mmHg and more than one drug is usually required including diuretics to achieve BP targets.
- ✓ Keep up to date with evidence and resources for hypertension management, go to: www.htnupdate.ca. Download the latest tools at: www.hypertension.ca/tools. Have your patients sign up at www.myBPsite.ca to access the latest hypertension resources for patients.

Uitkomstindicatoren bij 97.825 HVZ patiënten uit 39 zorggroepen in 2013

Figuur 6. % HVZ-patiënten in CVRM-zorgprogramma (inclusief spreiding tussen zorggroepen) bij wie uitkomst indicatoren CVRM zijn vastgelegd in 2013, naar indicator[13]



Patiënten (%) met goed behandelde hypertensie



Kearney, J Hypertens 2004