

Huisartsenpraktijk annex coffeeshop

Het belangrijkste bezwaar dat Damoiseaux in zijn commentaar beschrijft, is het gebrek aan deugdelijk onderzoek naar de werkzaamheid voor diverse geclaimde klachten (H&W 2003;46:739). Hij heeft bij zijn onderzoek het recent verschenen artikel in de *Lancet* en het commentaar daarop gemist.^{1,2} Het betreft een groot gerandomiseerd en placebogecontroleerd onderzoek waarin een positief effect gevonden wordt van oraal ingenomen cannabinoïden op de door de patiënt ervaren spasticiteit bij multiple sclerose. Uiteraard is er meer onderzoek nodig en is nog niet alles evidence-based, maar dat geldt voor een groot deel van ons farmaceutisch arsenaal. In het commentaar staat letterlijk: 'We now have as much evidence to support the use of these oral cannabinoids for spasticity in ambulatory people with multiple sclerosis as we do for many standard therapies for spasticity, including baclofen.'²

Gezien de ernst en de uitzichtloosheid van de klacht is er alle reden om het te proberen als andere antispasmemedicamenten onvoldoende helpen.

Wat het onderscheid genotmiddel versus geneesmiddel betreft: high worden wijst op overdosering en is niet verantwoordelijk voor het beoogde effect. Ook neem ik aan dat Damoiseaux het van het genotmiddel opium afgeleide morfine voorschrijft bij ernstige pijn.

Overigens is cannabis geen nieuw middel; het wordt zelfs geleverd in de oorspronkelijke vorm: een potje gras.

Chris de Ridder

1 Zajicek J, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003;362:1517-26.

2 Metz L, Page S. Oral cannabinoids for spasticity in multiple sclerosis: will attitude continue to limit use? *Lancet* 2003;362:1513.

Antwoord

Chris de Ridder wijst op een recent ver-

schenen artikel waarin in een beschreven onderzoek patiënten een positief effect door cannabis ervaren. Dit was nog niet bekend toen ik mijn commentaar schreef en dus ook niet toen het besluit werd genomen om cannabis tot receptgeneesmiddel te verheffen. Wat mij steekt, is het feit dat deze beslissing dus op emotionele gronden genomen is. Als onderzoek later aantoonde dat er wel een positief effect van cannabis te verwachten is bij bepaalde aandoeningen, verandert dat de situatie. Ook bij dit in de *Lancet* gepubliceerde onderzoek was er echter geen verschil in de primaire uitkomstmaat (een objectieve spasticiteitsscore) tussen de cannabisgroep en de placebogroep. Tot nu toe is er dus nog geen reden om cannabis voor te schrijven. Als het bewijs geleverd is, zal ook ik het met gerust hart voorschrijven, net als morfine.

Roger Damoiseaux

NHG-Standaard Hypertensie 6

De NHG-Standaard Hypertensie is weer zo'n curieuze mix van Hollandse nuchterheid, zuinigheid en te veel gepolder. De standaard loopt ver achter op de internationale ontwikkelingen in het onderzoek naar hypertensie. Bovendien is het Hollandse eigenwijsheid om met het betweterige opgeheven vingertje de Europese hypertensierichtlijn te doorkruisen met een volstrekt afwijkend behandeladvies. Mijn grootste pijnpunt is echter de keuze van behandeling bij mensen met diabetes type 2 gecombineerd met hypertensie. De UKPDS toonde al aan dat het loont de bloeddruk bij diabetes stevig de kop in te drukken. Dit was voornamelijk het resultaat van het simpelweg verlagen van de bloeddruk met welk antihypertensivum dan ook. De LIFE-, HOPE- en SCOPE-onderzoeken lieten echter zien dat blokkade van het RAS-systeem een additief effect op morbiditeit en mortaliteit bij diabetes heeft. De invloed op de nierfunctie is uiterst gunstig bij RAS-remming, zoals ook de RENAAL en IRMA 2 nog eens aantoonde.

Het advies in de NHG-Standaard Hypertensie (een bètablokker en een diureticum als eerste keus) is gebaseerd op slechts één (weliswaar zeer groot) onderzoek, het ALLHAT-onderzoek, dat voornamelijk gefinancierd is door overheden en zorgverzekeraars. Dit onderzoek is controversieel omdat er werd gerommeld met het overzetten van diuretica naar calciumantagonisten, waardoor een deel van de populatie decompenseerde.

Bovendien bestond een buitenproportioneel grote deelpopulatie uit het negroïde ras, waarvan bekend is dat het minder gevoelig is voor RAS-remming. De uitkomsten zijn daarmee gekleurd en niet representatief voor de gemiddelde West-Europese bevolking.

Mijns inziens wordt elke diabetes type 2-patiënt met een RAS-remmer zeer goed behandeld, zelfs als er geen hypertensie bestaat. Omdat de tensie eigenlijk naar 130/80 mmHG zou moeten als streefwaarde bij diabetes – ook hier wijkt Nederland af – zal aan een additieve behandeling met bijvoorbeeld een bètablokker en/of een diureticum in de praktijk zelden te ontkomen zijn.

Het wordt tijd dat de NHG eens *lef* krijgt en met baanbrekende standaarden komt, waar we als huisartsen wat aan hebben. Steeds lopen we achter de dagelijkse praktijk aan en worden alle inspanningen van de zware en nijvere commissies, die deze standaarden met veel zorgvuldigheid en literatuurstudie ontwikkelen, terzijde geschoven door schouderophalende artsen die het laatste nieuws al weer op nascholingscursussen hebben gehoord.

Matteus van Dijk

Mogelijke belangenverstremming: MvD is lid van het DiHag.

Antwoord

Collega Van Dijk is van mening dat de NHG-Standaard Hypertensie (derde herziening) al verouderd is omdat de standaard uit de pas loopt met de Europese richtlijn over dit onderwerp.¹ Inhoudelijk lijkt het vooral te gaan om het feit dat de standaard voor mensen met diabetes niet

streeft naar een bloeddruk van 130/80 mmHg terwijl er evenmin een voorkeur voor ACE-remmers of angiotensine-II-antagonisten wordt uitgesproken.

Waarom wij geen voorkeur voor RAS-remmers hebben uitgesproken, staat in onze reactie op het ingezonden van Bilo en iets uitvoeriger in het *Hartbulletin*: de onderzoeken zijn uitsluitend verricht onder patiënten die al nefropathie of microalbuminurie hadden, en hebben slechts in beperkte mate betrekking op harde, klinische eindpunten.^{2,3}

Resteert de kwestie van de streefwaarden. In de NHG-Standaard Hypertensie, waarin deze zijn gedefinieerd als een systolische waarde van ten minste 140 mmHg of een diastolische waarde van ten minste 90 mmHg, doen wij geen uitspraken over de behandeling van mensen met diabetes en normotensie. De zienswijze dat er bij hen gestreefd moet worden naar waarden van 130/80 mmHg volgt zeker niet uit het door Van Dijk ten tonele gevoerde UKPDS-onderzoek, aangezien in de streng behandelde groep gestreefd werd naar een bloeddruk van 150/85 mmHg terwijl in de minder streng behandelde controlegroep veel hogere waarden van 180/105 mmHg waren toegestaan.⁴ Overigens was dit wel het onderzoek dat indertijd leidde tot de conclusie dat het gaat om bloeddrukverlaging en dat de keus van het middel er niet toe doet.

Het belangrijkste onderzoek dat verlaging van de diastolische bloeddruk tot minder dan 90 mmHg zou kunnen motiveren, is het Hypertension Optimal Treatment (HOT)-onderzoek, waarin tevens een subgroep van 1501 patiënten met diabetes was geïnccludeerd.⁵ Een RCT die overtuigend aantoont dat verlaging van de systolische bloeddruk onder de 140 mmHg bij mensen met diabetes zinvol is, is ons niet bekend.

Uit observationeel onderzoek blijkt dat de kans op hart- en vaatziekten geleidelijk toeneemt met de bloeddruk zodra die boven de 120 systolisch en 80 diastolisch komt, hetgeen aannemelijk maakt dat ook de ideale waarden in die buurt liggen. Om te voorkomen dat bijna iedereen

behandeld moet worden, is de discussie over streefwaarden inmiddels vervangen door een discussie over de vraag bij welk absoluut risico – en gekoppeld daaraan welke absolute risicoreductie – men voor behandeling in aanmerking komt. Momenteel wordt door het NHG in CBO-verband meegewerkt aan een Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement waarin deze lijn verder wordt voortgezet. Afgemeten aan de mate waar in gewerkt wordt met absolute risico's is de Europese hypertensierichtlijn – die overigens pas verscheen toen de standaard reeds ter perse was – beslist geen stap voorwaarts.

Tj. Wiersma, E.P. Walma, S. Thomas
namens de werkgroep hypertensie

- 1 2003 *European Society of hypertension – European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension*. *J Hypertens* 2003;21:1011-53.
- 2 Wiersma Tj, Walma EP, Thomas S. NHG-Standaard Hypertensie 4 [Naschrift]. *Huisarts wet* 2003;46:716-7.
- 3 Wiersma Tj, Walma EP, Thomas S. *Derde herziening van de NHG-Standaard Hypertensie*. *Hartbulletin* 2004;35:9-20.
- 4 UK Prospective Diabetes Study Group. *Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes*. UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-13.
- 5 Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. *Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial*. *HOT Study Group*. *Lancet* 1998;351:1755-62.

Ontwikkelingen huisartsopleiding

Het artikel van Van Berkestijn 'Ontwikkelingen in de huisartsopleiding' (H&W 2003;46:672-5) heb ik met belangstelling, maar ook met enige verbazing gelezen. De centrale boodschap van het stuk is dat de acht huisartsopleidingen een nieuw curriculum voorbereiden vanwege demografische veranderingen (meer ouderen, meer multimorbiditeit) en veranderingen

in de opvatting over ziekte en gezondheid en de daaraan gekoppelde veranderde zorgvraag. Daarnaast moeten de hiao's hun leerproces zelf gaan sturen.

Het artikel roept in eerste instantie vooral vragen op. Wat was er mis met het oude curriculum? Hoe is dat geëvalueerd, welke verbeteringen bleken nodig? Krijgt het nieuwe curriculum een landelijke aansturing en voorbereiding, of zoekt men het – zoals nu het geval is – overal ter plekke zelf uit?

Het is onduidelijk hoe de individualisering van het onderwijs (elke hiao gaat een eigen leertraject uitzetten, aangepast aan persoonlijke leerstijlen en in een eigen tempo) zich verhoudt tot het werken in groepen – tot op heden de gehanteerde basisvorm binnen de huisartsopleidingen. Is dit het begin van de ontmanteling van de huisartsopleidingen of zijn er juist meer begeleiders, coaches en docenten nodig om al die individuele trajecten te begeleiden? Het zou mooi zijn wanneer de voorbereiding van het nieuwe curriculum wordt benut om de formele samenwerking tussen de acht huisartsopleidingen zodanig om te smeden dat er een serieuze en inhoudelijke samenwerking ontstaat waarin onderwijsprogramma's op elkaar worden afgestemd.

Tegelijk met het artikel van Van Berkestein verscheen het artikel 'Nieuwe ontwikkelingen in de huisartsopleiding'.¹ Dit artikel is zakelijker en informatiever. De auteurs geven overigens een heel andere motivatie voor de vorming van een nieuw curriculum. Zij wijzen met name op de verschuivingen binnen de groep huisartsen zelf: een dreigend of al aanwezig tekort, meer parttimers, meer vrouwelijke huisartsen en een toenemende behoefte om werk en privé evenwichtig te combineren. In hun conclusie kiezen de auteurs voor een open en neutrale benadering: 'Hoe de huisartsopleiding zich gaat ontwikkelen, zal de toekomst leren.'

Mark Brueren

- 1 Wieringa-de Waard M, Van Zalinge EAB. *Nieuwe ontwikkelingen in de huisartsopleiding*. *Bijblijven* 2003;19:5-11.