

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.<sup>2,3</sup>

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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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'.<sup>1</sup> 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.