

„In de afgelopen maanden is in de medische en farmaceutische vakbladen geregeld aandacht besteed aan de melkzuuracidose die kan optreden bij gebruik van bloedsuikerverlagende geneesmiddelen van het biguanidetype. Ook het College heeft zich in de kwestie verdiept ten einde na te gaan of de registratie van de in Nederland verkrijgbare biguaniden-bevattende verpakte geneesmiddelen (zie tabel) gewijzigd zou moeten worden.

BIGUANIDENBEVATTENDE VERPAKTE GENEESMIDDELEN

<i>buformine:</i>	Silubin Retard dragees 100 mg
<i>fenformine:</i>	Dibotin capsules 50 mg en tabletten 25 mg Dipar dragees 50 mg Glucopostin dragees 50 mg
<i>metformine:</i>	Glucophage tabletten 500 mg Glucophage forte tabletten 850 mg

Hierbij zijn enkele belangrijke punten naar voren gekomen.

1. Hoewel melkzuuracidose vooral is gerapporteerd tijdens het gebruik van fenformine, kan worden geconcludeerd dat de kans op deze complicatie bij toepassing van buformine vermoedelijk eveneens aanwezig is. Bij het gebruik van metformine is de kans op melkzuuracidose kennelijk kleiner, maar ook bij gebruik van deze stof is melkzuuracidose opgetreden.

2. Het optreden van melkzuuracidose kan voor een deel — maar niet geheel — worden vermeden door inachtneming van de in de bijsluiters vermelde contra-indicaties en waarschuwingen, alsmede door frequente controle.

3. Vele internisten en klinieken zijn ertoe overgegaan het

gebruik van biguaniden te staken en zijn van mening dat een adequate behandeling van diabetes in alle gevallen mogelijk is zonder toepassing van deze middelen en veelal ook met een slechts zeer sporadisch gebruik van sulfonylureumpreparaten. Een aantal internisten en klinieken is daarentegen van mening dat in enkele gevallen toepassing van de biguaniden nog verantwoord is. Daarbij gaat het vooral om gevallen van:

a. overgewichtdiabetes mellitus, die niet met dieet alleen kunnen worden geregeld;

b. ouderdomsdiabetes mellitus, die met sulfonylureumderivaten alleen niet goed kunnen worden geregeld en waarbij behandeling met insuline niet uitvoerbaar is.

Op grond van het vorengaande heeft het College geconcludeerd dat het ongewenst zou zijn, wanneer één of meer van deze middelen in Nederland in het geheel niet meer verkrijgbaar zouden zijn. Wél is het College van mening dat de toepassing van deze verpakte geneesmiddelen kritisch dient te worden bezien, ten einde het risico tot een minimum te beperken. Met het oog hierop heeft het College de importeurs van de verschillende verpakte geneesmiddelen opgedragen om de teksten (waaronder de bijsluiter) over de geneesmiddelen in overeenstemming te brengen met de huidige opvattingen over de biguaniden. Verwacht mag worden dat spoedig de geneesmiddelen nog uitsluitend met nieuwe, herziene bijsluiters zullen worden afgeleverd.”

Leidschendam, oktober 1977

De Geneeskundig Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid,
R. DRION

De Hoofdinspecteur van de Volks-
gezondheid voor de geneesmiddelen,
C. A. TELJELER

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Zijn wij op de goede weg?

Het Hoofdartikel van prof. L. B. W. JONGKEES bevat een aantal waarheden, die door velen misschien niet gewaardeerd zullen worden. Terwijl sommigen er schouderophalend aan voorbij zullen gaan, acht ik het niet uitgesloten, dat anderen prof. JONGKEES een reactionair zullen noemen.

De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie is wellicht het produkt van de na-oorlogse euforie. Alles was ineens mogelijk: Penicilline reduceerde een longontsteking tot een paar dagen koorts, er was een medicijn tegen tuberculose (hoewel nog toxisch), framboesia tropica kon met één injectie uitgeroeid worden, terwijl malaria-eradica-tie om de hoek lag. Lichamelijk welbevinden leek mogelijk en geestelijk en sociaal welbevinden, nou ja, met een beetje geduld . . .

Toen ik als medewerker van de WHO enige tijd geleden kritiek op de definitie uitoefende, werd mij verweten niet positief genoeg te denken. Een niet onverwachte kritiek, gezien het feit, dat dr. MAHLER, directeur generaal van de WHO in 1975 al „Health for all in 2000” beloofde. Dr. MAHLER legde er weliswaar de nadruk op, dat dit alleen mogelijk zou zijn indien de ontwikkelingslanden zich tot het uiterste inspanden. Dat betekent echter zich tot het uiterste inspanden om de land-

bouw te ontwikkelen, te industrialiseren, wegen aan te leggen, het onderwijssysteem uit te breiden en te verbeteren, enz. *en* gezond te worden. We hebben nog 23 jaar om het onmogelijke waar te maken. Zijn de optimisten er zich van bewust dat het gestelde doel onbereikbaar is? Of denkt men werkelijk dat er naast instant-koffie nog andere instant-oplossingen zijn?

De werkelijkheid zou ons meer bescheiden moeten maken. Er is meer malaria en wanvoeding dan tevoren. Schistosomiasis breidt zich uit in vele streken. Urbanisatie met daarmee samengaande (vaak grauwe) armoede en criminaliteit is een steeds groter wordend probleem van de zich ontwikkelende landen.

In de zg. ontwikkelde landen is het al niet veel beter: Terrorisme en andere vormen van criminaliteit, drugs, verkeersongevallen, hartinfarcten, longkanker en abortus aan de lopende band. Het gaat de patiënt niet zo goed. Toch, Health for all by the year 2000?

Niet alleen de Wereldgezondheidsorganisatie lijdt aan zelfoverschatting. Gedurende de World Food Conference in 1974 te Rome werd de volgende resolutie geadopteerd: „Resolves that all Governments accept the removal of the scourge of hunger and malnutrition which at present afflicts many millions of human beings, as the common responsibility of the international community as a whole and accept the objective that within a decade no child will go to bed hungry, that no fa-

mily will fear for its next day's bread and that no human being's future and capacities will be stunted by malnutrition." We hebben nog 7 jaar om te laten zien wat we kunnen.

Het is een niet-begrepen (?) feit, dat gezondheid voor iedereen en nooit meer hongerig naar bed absolute onmogelijkheden zijn. Internationale en bilaterale hulp doen veel goed, maar men moet zich realiseren, dat deze hulp een relatief klein aantal mensen ten goede komt. Men vatte dit niet verkeerd op. Bedoeld is, dat hulp of samenwerking alleen aanvaardbaar is, wanneer het al min of meer past in de gedachtengang van het individu of de gemeenschap, óf wanneer het iets is, dat volkomen nieuw is en zo mogelijk een prestige-waarde heeft. Capsules met „alle vitamines en alle mineralen noodzakelijk voor uw gezondheid” worden door de armen vlot gekocht, met of zonder recept. Zij lenen er zelfs geld voor, dat zij moeilijk terug kunnen betalen. Stenentijdperk Papoea's stapten zonder aarzeling in een „wai — be rob” (vliegende prauw). Doch groene bladeren worden *niet* in voldoende hoeveelheid aan de kinderen gegeven, omdat groenten geen plaats hebben in het leven van alledag. Daarom gaan kinderen aan vitamine A-deficiëntie te gronde. Elke dag sterven verscheidene duizenden kinderen aan wanvoeding, omdat geboden oplossingen (nog) niet accepteerbaar zijn. Vele zijn geroepen, doch weinige zijn uitverkoren. En daaraan kunnen het mateloze optimisme en de welbedoelde beloftes weinig veranderen, althans niet binnen 7 of 23 jaar.

Terwijl Derde Wereld-ziektes zoals schistosomiasis, ankylostomiasis, gastro-enteritis, om maar enkele te noemen, door de arts en ander gezondheidspersoneel min of meer afdoende behandeld kunnen worden, valt het *voorkómen* van deze ziektes grotendeels buiten de competentie van de arts. „Environmental health” is duidelijk het terrein van de „sanitary engineer”, om van de gouvernementseconomen, die de fondsen beschikbaar moeten maken, maar te zwijgen. Dit wil niet zeggen, dat de arts geen waardevolle bijdrage kan leveren of zelfs de stoot kan geven om bepaalde programma's op gang te zetten.

Het voorkomen van wanvoeding, het grootste probleem van de ontwikkelingslanden, is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Ministeries van Landbouw, Economie, Opvoeding en Gezondheid. De arts stelt de diagnose, o.a. met behulp van surveys en ziekenhuisstatistieken. Maatregelen tegen wanvoeding, zoals het verhogen van de voedselproductie, het tegengaan van verlies (ratten, insecten, schimmels), het openleggen van het „Hinterland” (wegen), het invoeren van een prijsbeleid, enz. zijn geen gesneden koek voor de voedingsspecialist en zeker niet voor andere artsen en gezondheidspersoneel.

BERICHTEN

Buitenland

EUROPESE GEMEENSCHAP

Communautair onderzoekprogramma voor de geneeskunde. — De Raad van Europa heeft bij resolutie van 14 januari 1974 besloten geleidelijk een gemeenschappelijk beleid te ontwikkelen voor wetenschappelijk onderzoek en technologie in de landen van de Gemeenschap. Na drie jaren van oriëntatie publiceerde de Europese Commissie onlangs als Supple-

CRAVIOTO schrijft: „At community level, malnutrition is a *man-made disorder*, characteristic of the lower economic segments of society, particularly of the pre-industrial societies, where the social system (consciously or unconsciously) creates malnourished individuals generation after generation through a series of social mechanisms among which limited access to goods and services, limited social mobility, and restricted experimental opportunities at crucial points in life play a major role” (CRAVIOTO en DELICARDIE 1976).

Terloops zij opgemerkt, dat onze hulpprogramma's weinig hebben gedaan om de sociale structuur van de (landelijke) bevolkingen van de Derde Wereld te veranderen. Toch zal dit nodig zijn, opdat persoonlijke hygiëne en voeding van moeder en kind — om maar een paar dingen te noemen — een kans krijgen.

Gezondheids- en voedingsvoorlichting zijn een waardevol instrument, dat gezondheidspersoneel kan en behoort te hanteren. Eén van de belangrijkste taken van de voedingspecialist is de diagnose wanvoeding te stellen. Verder is het zijn opgave richtlijnen te geven zodat de reeds genoemde instanties de nodige maatregelen kunnen nemen.

Prof. JONGKEES merkt op: „Op de arts wordt steeds meer druk uitgeoefend om zich met maatschappelijke zaken bezig te houden zoals milieu, woningbouw, huwelijk en tegen de achtergrond van de kreet van de Wereldgezondheidsorganisatie over gezondheid lijkt dit de gezondheidszorg, die de arts is, te passen. Maar dit is schijn! De geneesheer is in deze zaken even deskundig of ondeskundig als de schoenmaker, maar die heeft tenminste steun in het spreekwoord over zijn leest.”

Bovenstaande opmerkingen zijn misschien geen antwoord op prof. JONGKEES vragen. Het zijn enkele losse gedachten van iemand, die in 1954 met veel enthousiasme naar de tropen ging, al gauw leerde, dat de wereld anders in elkaar zat dan hij dacht, en na vallen en opstaan tot de conclusie kwam, dat men alleen met *geduld* en een worm een vis kan vangen. Men kan de omstandigheden niet dwingen, ook niet in de tweede helft van de twintigste eeuw, zeker niet als men op andermans leest gaat schoeien. Te hoog gestelde idealen leiden tot onverdienen kritiek en teleurstellingen onder degenen, die op bescheiden wijze hun steentje bijdragen om *uiteindelijk* tot een betere samenleving te komen.

Qui trop embrasse, manque le train (de boot).

Literatuur: CRAVIOTO, J. en E. R. DELICARDIE (1976) *Food and Nutrition*, 2, 2. — JONGKEES, L. B. W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1345.

Nairobi, oktober 1977

A. A. J. JANSEN

ment 3/77 van het *Bulletin van de Europese Gemeenschappen* het rapport dat zij over de huidige stand van zaken aan de Raad heeft uitgebracht (Mededeling van de Commissie aan de Raad van 30 juni 1977). Behalve een schets van de doelstellingen en van de voorwaarden en selectiecriteria voor een communautair wetenschapsbeleid, zijn daarin globaal de onderzoekprogramma's vervat voor de eerste fase van een dergelijk beleid in de driejaarsperiode 1977-1980. De Commissie herinnert in haar inleiding aan het nieuw verworven inzicht in de fundamentele betekenis van wetenschap en techniek als