

- LEAHEY, E. B., J. A. REIFFEL, R. H. HEISSEN BUTTEL e.a. (1979) *Arch. intern. Med.* 139, 519.
- MUNGALL, D. R., R. P. ROBICHAUX, W. PERRY e.a. (1980) *Ann. intern. Med.* 93, 689.
- OCHS, H. R., J. PABST, D. J. GREENBLATT e.a. (1980) *New Engl. J. Med.* 303, 672.
- PETERS, U., T. RISLER, B. GRABENSEE e.a. (1980) *Dtsch. med. Wschr.* 105, 438.
- REID, P. R. en A. G. MEEK (1979) *Johns Hopk. med. J.* 145, 227.
- RISLER, T., U. PETERS, B. GRABENSEE e.a. (1980) *New Engl. J. Med.* 302, 175.
- SCHENCK-GUSTAFSSON, K. en R. DAHLQVIST (1981) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 11, 181.
- SCHENCK-GUSTAFSSON, J., T. JOGESTRAND, R. NORLANDER e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 209.
- STEINESS, E. (1973) In: O. STORSTEIN, *Symposium on digitalis*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- STEINESS, E. (1974) *Circulation* 50, 103.
- STEINESS, E., S. WALDORFF, P. B. HANSEN e.a. (1980) *Clin. Pharmacol. Ther.* 27, 791.
- WALDORFF, S., J. D. ANDERSEN, N. HEEBØLL-NIELSEN e.a. (1978) *Clin. Pharmacol. Ther.* 24, 162.
- ZWIETEN, P. A. van (1978) *Medicamenteuze beïnvloeding van het hart en het vaatstelsel*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht.

Juni 1981

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Geven twee influenza-vaccinaties, in één seizoen, betere bescherming dan een enkele?

Vraag 54. Heeft het zin een tweede influenza-vaccinatie te geven in één seizoen? Als deze vraag positief beantwoord kan worden, welke groepen van patiënten komen dan daarvoor in aanmerking?

Antwoord. Vaccinatie tegen influenza A en B kort voor een influenza-epidemie wordt verwacht, is aanbevolen voor patiënten met bekend verhoogd risico (circulaire 141738, Geneeskundige Hoofinspectie mei 1981; zie deze jaargang, bl. 1091). Velen van hen zullen jaarlijks één injectie krijgen van een vaccin dat ten minste de belangrijkste antigenen bevat van de influenza-subtypen die in het voorafgaande seizoen circuleerden. Herhaalde toediening heeft nauwelijks invloed op hun immuniteit. Het is bovendien verstandig te wachten op het volgende vaccin, dat beter is afgestemd op nieuwe virusvarianten.

Een uitzondering vormen patiënten die jonger zijn dan 30 jaar en die nu voor het eerst op indicatie worden gevaccineerd. Zij hebben misschien het contact gemist met influenza A (H1N1), een subtype dat tussen 1957 en 1977 niet voorkwam. Het is mogelijk dat een tweede injectie (interval ten minste vier weken) hun de beste bescherming geeft.

De reacties op influenzavirus en -vaccin zijn nogal individueel. Ook natuurlijke infectie beschermt niet degelijk tegen een volgende aanval; re-infectie met dezelfde variant na een aantal maanden is beschreven.

INGEZONDEN

Mag de huisarts een geluxeerde schouder reponeren?

Wellicht is het antwoord op vraag 45 (1981) juist, maar dan wil ik wel bekennen dat ik in argeloze onwetendheid alle schouderluxaties die in mijn handen vielen zelf heb

gereponeerd. Mijn openbare excuses voor deze stoutigheid.

Nu ik toch eenmaal aan het bekennen ben, dan ook alles gezegd. In tegenstelling tot Bateman (geen flauw idee wie deze – blijkbaar gezaghebbende – figuur is) heb ik nimmer narcose nodig gehad. Waarschijnlijk is dat ook de reden dat repositie volgens Kocher nooit een fractuur heeft veroorzaakt. Maar . . . men moet rustig de tijd nemen, soms wel een kwartier, en maar steeds de patiënt aanmanen te ontspannen. Verbale narcose zo u wilt. De voldoening op het moment van de repositie bij arts en patiënt is vergelijkbaar met de emoties bij een partus.

Nog ben ik mijn hoogleraar Lameris dankbaar dat hij onze generatie artsen heeft opgeleid tot doe het zelvvers. Dat heeft mij enorm veel bevrediging in mijn huisarts zijn gegeven. Als ik dan nu de schuchtere, heel voorzichtig gestelde vraag 45 lees en het antwoord erop, lijkt het me dat tegenwoordig de jonge huisarts onmondig wordt gehouden en beladen wordt met schuldgevoelens. Maar nogmaals, misschien is het beter zo. Wie ben ik?

Literatuur: Vraag 45 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1304.

Bergen (L.), augustus 1981

L. J. A. VERBERNE

Behandeling van decubitus met UV-lampen

Als fysiotherapeuten willen wij graag enige opmerkingen maken naar aanleiding van Vraag 39 (1981). Een paternalistische instelling komt tot uiting in de houding van de redactie: zij vraagt een dermatoloog en een chirurg om commentaar, zonder ook een fysiotherapeut of het Genootschap voor Fysiotherapie te raadplegen. Ook de beantwoording van de vraag is bevoogdend. Beide adviseurs zeggen dat er geen onderzoeken bekend zijn op het gebied van decubitus en UV. In dit Tijdschrift heeft een uitstekend artikel gestaan (HAALBOOM 1978). Deze schrijver onderscheidt verschillende stadia van decubitus en koppelt aan ieder stadium een specifieke behandeling. Ook voor de fysiotherapie is hierbij een plaats ingeruimd. Met name bij geïnfecteerde wonden wordt UV-bestraling toegepast, in minder ernstige stadia ultra-geluidstherapie.

Uit het antwoord van beide specialisten blijkt niet dat ze ervaring hebben met UV-bestraling bij decubitus. Zij hebben echter wel een afwijzende mening, die net zo veel of

weinig zegt als de mening van de desbetreffende fysiotherapeut. Op grond van het artikel van Haalboom, op grond van de bekende fysiotherapeutische praxis en op grond van onze eigen ervaring lijkt ons UV-bestraling bij decubitus, bij een goede indicatiestelling, zeker zin te hebben.

De opmerking over blaarvorming en dergelijke, na UV-bestraling bij decubitus, is dom. Een goede fysiotherapeut verstaat de kunst het niet zo ver te laten komen.

Literatuur: HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. – Vraag 39 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1171.

Zwolle, juli 1981

M. VAN DER BURG
D. DOORNEWAARD
K. PLANJER
J. LUCAS
R. KONING
C. SMALLENBROEK
A. RUYMSCHOOT
Y. BOTH

Fysiotherapeuten kunnen een belangrijk aandeel hebben in het voorkómen en behandelen van decubitus. Het is merkwaardig dat Van der Burg e.a. hun successen voor een zo belangrijk deel toeschrijven aan het gebruik van UV-licht, in plaats van ze als een geslaagde reactivering te beschouwen.

Aan de overzichtelijke uiteenzetting van Haalboom wordt ten onrechte bewijskracht ontleend. UV-licht vormde slechts bij 4 van zijn patiënten een onderdeel van de behandeling en dan nog slechts gedurende de eerste week. Over het effect hiervan op hun genezing wordt met geen woord gerept. Wel wordt gewaarschuwd dat de bactericide dosering tevens een zg. 4e-graadserythema opwekt en een schadelijk effect heeft op leukocyten en granulatiweefsel. Ook GUTTMAN (zie KENEDI e.a.) wijst op het gebrek aan effect van laag gedoseerd UV-licht en de schadelijke werking van een hogere dosering.

Het door de briefschrijvers ingenomen standpunt dat ieders mening even hoog aangeslagen dient te worden, is afkomstig uit de politiek waar het „one man, one vote” systeem geldt, omdat de mogelijkheid tot weging ontbreekt. Als zij menen gunstige resultaten te behalen met „UV-bestraling” van decubitus, dan loont het de moeite om dat nu in een goede proefopstelling aan te tonen, in een zg. controlled clinical trial. Als zij de resultaten daarvan hebben gepubliceerd, dan zullen zij ons daarmee wellicht kunnen overtuigen. Tot dan is terughoudendheid op haar plaats. Zolang het nuttige effect van een methode niet vaststaat, moet het risico van de toepassing niet genomen worden.

Literatuur: KENEDI, R. M., J. M. COWDEN en J. T. SCALLES, *Bed sore biomechanics* (Proceedings of a seminar on tissue viability and clinical applications). The Macmillan Press, Londen.

Redactie

Prijsbewuste receptuur

Het antwoord op vraag 41 (1981) over prijsbewuste receptuur munt niet uit in een zorgvuldigheid welke ik van dit tijdschrift mag verwachten. De redactie stelt Stesolid tegenover Valium. De door de redactie aangehaalde informatie leert dat het CMPC-advies van juni 1980 over Valium zegt, dat Valium door de recente prijsaanpassingen

voor Ziekenfondsrekening kan worden voorgeschreven. Prijsvergelijking volgens dit advies: 10 tabletten Stesolid à 10 mg f 1,79; 10 tabletten Valium à 10 mg f 1,82. In de nieuwste uitgave van de periodieke informatie over de prijzen van geneesmiddelen nr. 92 onder het hoofd Slaapmiddelen, uitgave mei 1981 van de Commissie Voorlichting Prijzen Geneesmiddelen (de zg. Arnhem Commissie), is de prijs van Valiumtabletten en Stesolidtabletten zelfs totaal gelijk gesteld. Ook mag ik verwijzen naar bl. 216 van de (inmiddels wat verouderde) uitgave 1979 *Voorlichting prijzen geneesmiddelen* waarin de dagprijs voor 30 mg voor Stesolid 34 cent bedraagt, voor Valium 36 cent.

Volgens de eveneens aangehaalde toelichting prijzen Repertorium is de particuliere prijs voor 500 tabletten Stesolid van 2 mg f 38,50. Valium staat slechts vermeld in verpakkingen van 2000 tabletten, en komt op f 160,15, een vrijwel identieke prijs.

Navraag bij mijn apotheek leert mij dat de particulier voor 30 tabletten Valium à 2 mg f 3,10 betaalt, en voor 30 tabletten Stesolid à 2 mg f 3,05.

Arnhem, juli 1981

W. DERKSEN

In de rubriek „Vraag en Antwoord” is in het antwoord op vraag 41 (1981) een onjuistheid geslopen. In regel 10 van de eerste alinea wordt vermeld: „(klassiek voorbeeld: Stesolid van de Fa. Gea. . .)”. Aangezien Stesolid een product is van de Fa. Dumex verzoeken wij u vriendelijk de onjuistheid te corrigeren.

Hilversum, augustus 1981

G. J. SCHOOR,
Dumex B.V.

Het antwoord op Vraag 41 (1981) is eenzijdig en vraagt om aanvulling. Het is niet waar dat „de” groothandel vanuit andere landen goedkoop aangeschafte spécialités in Nederland parallel importeert. Dat gebeurt door handelshuizen met een beperkt assortiment, waaraan onder meer de service-preparaten ontbreken.

Terecht is gesteld dat de zg. farmaceutische preparaten (daaronder vallen de „loco's”, een uitsluitend in ons land gangbare benaming) aan dezelfde overheidsnormen dienen te voldoen als de ingeschreven spécialités. Het gaat hierbij niet alleen om de zuiverheid, doch eerder om eventuele verschillen in biologische beschikbaarheid. Breimer zei in zijn inaugurele rede (oktober 1976) „dat ons Nederlandse geneesmiddelenpakket in dit opzicht beter dient te worden onderzocht. Indien dit niet gebeurt, aanvaarden wij bewust een factor die variaties in zich bergt die feitelijk onnodig zijn”. Het Nederlandse registratiecollege komt aan dat onderzoek niet voldoende toe. Bij de behandeling van de begroting voor 1981 deelde de Staatssecretaris mede, dat van de ongeveer 2.900 farmaceutische preparaten er ca. 150 waren ingeschreven.

Bij de discussie over de zg. FNA-preparaten dient eraan gedacht te worden dat de inderdaad strenge voorschriften van het Formularium op meer dan 900 plaatsen in Nederland uitgevoerd kunnen worden. Het is mogelijk dat dit leidt tot kwaliteitsverschillen in de afgeleverde producten. Op bedoelde voorschriften wordt door het registratiecollege tot nu toe geen controle uitgeoefend. De preparaten zijn evenmin klinisch-farmacologisch onderzocht.

Dat artsen geen farmaceutisch kwaliteitsoordeel kunnen vellen, is duidelijk. Het ontbreekt hun aan de middelen daartoe. De gemiddelde praktijk-apotheker heeft wel de kennis om zulks te doen. Doch ook hij zal veelal niet over alle nodige middelen beschikken. Uiteraard blijft dan voor