

documentatie omtrent alle 277 kinderen, 157 ouder en 120 jonger dan 1 jaar, bij wie in de loop van ruim negen jaar een bacteriëmie door pneumokokken, *H. influenzae* of meningokokken was vastgesteld. Bij 46 kinderen was gelijk met het eerste onderzoek tevens een lumbale punctie verricht. Deze had geen afwijkingen opgeleverd: minder dan acht cellen per ml, een normaal glucose- en eiwitgehalte, geen bacteriën in het Gram-preparaat, geen bacteriegroei. Zeven hunner bleken na enkele dagen toch meningitis te hebben, door dezelfde bacterie als uit het bloed was geïsoleerd, terwijl dat slechts bij twee van de overige 231 kinderen, die geen lumbale punctie hadden ondergaan, het geval was. De kans dat dit verschil op toeval berust is kleiner dan 1 op 1000. Nader onderzoek leerde dat de gevallen van meningitis uitsluitend zuigelingen betroffen, die in meerderheid geen antibiotica hadden gekregen voordat de uitslag van de bloedcultuur bekend was (5 van 6 die een lumbale punctie ondergingen tegenover één van 42 bij wie dit niet was

gebeurd). Deze uitkomst stemt overeen met die van proeven op dieren, waarbij bleek dat bacteriëmie niet tot meningitis leidde tenzij lumbale punctie werd verricht.

De kans op het ontstaan van meningitis na lumbale punctie bij bacteriëmie heeft klinische consequenties. Deze ingreep zal altijd moeten geschieden wanneer het vermoeden van bacteriële meningitis bestaat. Is het resultaat echter negatief en bestaan er aanwijzingen voor bacteriëmie, dan moet het kind, zeker onder de leeftijd van een jaar, klinisch geobserveerd blijven. Bij een positieve bloedcultuur moet de lumbale punctie herhaald worden ten einde vast te stellen of er alsnog een meningitis is ontstaan, hetgeen de verdere behandeling met antibiotica mede zal bepalen.

Literatuur: TEELE, D.W., B. DASHEFSKY, T. RAKUSAN e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 1097.

F. KUIPERS

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Prof.dr. J. Goslingsprijs

Op haar voorjaarsvergadering van 1983 hoopt de Nederlandse Vereniging van Reumatologen wederom over te kunnen gaan tot uitreiking van de tweejaarlijkse „Prof.dr. J. Goslingsprijs”. Dit is een aanmoedigingsprijs voor arts-assistenten-in-opleiding en jonge medisch wetenschappelijke onderzoekers op het gebied van de reumatologie of

daarmee nauwverwante wetenschapsgebieden, doch niet ouder dan 30 jaar.

Zij, die naar deze prijs willen meedingen, worden verzocht hun onderhavige wetenschappelijke publikaties, alsmede het curriculum vitae, in zesvoud in te zenden aan de voorzitter van het Concilium Rheumatologicum, prof.dr. J.K. VAN DER KORST, p.a. Jan van Breemen Instituut, Jan van Breemenstraat 1, 1056 AB Amsterdam, bij wie ook nadere inlichtingen zijn te verkrijgen.

INGEZONDEN

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

De zetpil

Wederom wil ik proberen de juiste wijze van het inbrengen van de zetpil in discussie te brengen. Zoals door mij in 1980 op grond van argumenten werd aangevoerd, dient de zetpil in het rectum te worden gebracht met de stompe, vlakke kant, waarbij de konische, spitse punt zich tussen de vingers bevindt. Van verscheidene zijden bereikte mij bewijs van instemming met deze methode en vele personen en instellingen handelen ernaar.

Waarom dan toch weer dit bericht? Ieder die hierover gelezen heeft, kan immers handelen naar het hem goed dunkt. Toch is er bezwaar tegen een te passieve houding. DE SMET en DRUKKER (1980) bestrijden mijn opvatting, en in een Editorial schrijft prof. MERKUS (1980) stekelig over het „officiële Nederlandse standpunt”: de zetpil dient met het spitse eind te worden ingevoerd. (De aanhalingstekens zijn van mij, want dat Nederland in deze een standpunt heeft of meent te moeten innemen, verbaast mij en is mijns inziens niet bekend.)

Het is mij overigens gebleken dat een internationale farmaceutische firma voor het gebruik van zetpillen in Zweden wel, en in Nederland niet een folder bijsluit, waarop getoond wordt dat de stompe kant het eerst wordt ingebracht. Een referent in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* (1980) verwijst naar mijn aanbeveling, ofschoon in verpleegkundige leerboeken anders wordt beschreven.

Kortom, er heerst een impasse zodat het noodzakelijk wordt te beslissen wie het bij het rechte eind heeft.

Literatuur: MERKUS, F.W.H.M. (1980) *Pharmacy int.* december. – Referaat (1980) *T. Ziekenverpleg.* 33, 995. – SMET, P.A.G.M. DE en J. DRUKKER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1615. – WAGENINGEN, P.J. VAN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1082, 1615.

Harderwijk, mei 1982

P.J. VAN WAGENINGEN

Op grond van de beschikbare wetenschappelijke gegevens kan men zich niet onttrekken aan de indruk, dat in wezen alle modificaties op de cilindervorm van de zetpil therapeutisch irrelevant zijn; nieuwere rectale toedieningsvormen van geneesmiddelen, waaruit het pharmacon door osmose verdwijnt, hebben dan ook een zuivere cilindervorm. Dat de anus zich minder gemakkelijk zou ontsluiten als er van de binnenzijde uit een puntvormig object tegen drukt dan indien er een stomp voorwerp tegen drukt, is op geen enkele wijze aangetoond, terwijl er wél aanwijzingen zijn dat het tegengestelde het geval is (MOOLENAAR en SCHOONEN 1980; DE SMET en DRUKKER 1980).

Collega Van Wageningen gaat er ten onrechte van uit, dat de stompe kant van de zetpil een bepaald doel heeft; het is echter niet meer dan een historisch overblijfsel uit de tijd dat zetpillen in houten blokken werden gegoten; de stompe kant

vormt de open zijde van het gietblok. De discussieproblemen zouden geheel kunnen worden opgelost indien de zetpil de vorm zou hebben van een cilinder met twee gelijke afgeronde uiteinden.

Literatuur: MOOLENAAR, F. en A.J.M. SCHOONEN (1980) *Pharm. int.* 1, 144. – SMET, P.A.G.M. DE en J. DRUKKER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1615.

REDACTIE

Methadonverstrekking aan heroïnegebruikers in de algemene praktijk

N.a.v. het commentaar van prof.dr E.L. NOACH (1982) het volgende:

Het is goed dat er discussie gevoerd wordt over wel of niet methadon voorschrijven door de huisarts. Voor- en tegenstanders bezinnen zich over een dringend probleem; verslaving komt uit de taboesfeer. Er zijn argumenten voor en tegen methadonverstrekking door de huisarts. Het is zeker niet zo dat dit voor iedere gebruiker geïndiceerd is.

Beleidsmatig zijn er drie argumenten voor hulpverlening aan drugverslaafden in de huispraktijk.

1. Naar schatting bevinden zich 8.000 heroïnegebruikers in Amsterdam, van wie ongeveer 3.000 om methadon vragen. De categorale instellingen kunnen aan deze vraag niet voldoen. De praktijk is dat er al jaren in de eerstelijnsgezondheidszorg methadon wordt verstrekt. Dit ligt voor de hand, heeft geleid tot deskundigheid in de eerste lijn en heeft ook zijn waarde bewezen.

2. De nieuwste epidemie van heroïnegebruik betreft vooral jonge mensen die pas kort gebruiken en die relatief goed in gezin en buurt zijn geïntegreerd. Voor hen kan gespecialiseerde verslavingstherapie gecontra-indiceerd zijn. Maatschappelijke hulp en begeleiding kan hier het begin betekenen van herstel. De huisarts kan hiervoor samenwerken met andere disciplines in de eerste lijn.

3. In de gezonde omgeving van een algemene huisartsenpraktijk wordt de druggebruiker niet gestigmatiseerd en blijft hij vrij van de negatieve invloed van concentraties van druggebruikers die hij op een drugs-polikliniek zou ondergaan.

Nu iets over de door collega Noach genoemde nadelen van methadonverstrekking door huisartsen: in Amsterdam wordt in opdracht van de Stichting Vervangende middelen onder verantwoordelijkheid van de GG en GD de methadonverstrekking centraal geregistreerd. Dit systeem is ook voor huisartsen direct toegankelijk om dubbelverstrekingen uit te sluiten. Bij twijfel over de diagnose heroïneverslaving beschikt de huisarts wel degelijk over de mogelijkheid van urinecontrole.

Selectie van patiënten die voor methadonverstrekking in aanmerking komen blijft natuurlijk belangrijk. Criteria zijn dat de patiënt behoort tot de praktijkpopulatie, dat zijn sociale omstandigheden bekend zijn en dat een vertrouwensrelatie mogelijk is.

Onze stelling is dat methadonverstrekking door huisartsen in een kader waarbinnen dit verantwoord is een belangrijk hulpmiddel kan zijn voor vele heroïnegebruikers.

Literatuur: NOACH, E.L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 430.

Amsterdam, april 1982

C. VAN SANTEN

NOACH concludeert in zijn commentaar „dat de verstrekking van methadon door huisartsen zonder verdere maatregelen in de meeste gevallen niet in het belang van verslaafden is en geen wezenlijke bijdrage levert tot de oplossing van de problemen ten gevolge van het gebruik van heroïne”. Met die conclusie kan ik slechts instemmen voorzover de nadruk wordt gelegd op „zonder verdere maatregelen in de meeste gevallen”, maar gezien het korte antwoord op het „Wat dan wel”? acht Noach die verdere maatregelen in de meeste gevallen kennelijk zonder meer niet te verwelkomen in de eerstelijnsgezondheidszorg. En daar ben ik het niet mee eens. Te meer daar Noach zich bij de voorwaarden voor een nauwgezet therapeutisch programma beperkt tot „op enigerlei wijze beperking van de persoonlijke vrijheid”.

Deze stelling zou betekenen, dat het gebruik van methadon in een ontwenningbehandeling van heroïneverslaving slechts mogelijk is via een opname (met rechterlijke machtiging) op een gesloten psychiatrische afdeling of in een Huis van Bewaring. Het is mij onduidelijk waarom Noach geen andere mogelijkheden ter sprake brengt, en zich bij de voorgestelde beperking van het ius praescribendi beperkt tot de huisarts.

Mijn stelling is niet dat de verstrekking van methadon door de huisarts dé oplossing van het heroïneprobleem is, maar ik ben wel van mening dat er in de eerstelijnsgezondheidszorg voorwaarden te scheppen zijn, of bestaan, die zinvolle hulpverlening aan heroïneverslaafden mogelijk maken. Juist in de eerste lijn is de essentiële sociale rehabilitatie – met medewerking van (nog) aanwezige relaties in buurt en familie – mogelijk wanneer verschillende hulpverleners zoals huisarts, maatschappelijk werk, straat-hoekwerk, sociale raadslieden enz. daartoe samenwerken. Wij hebben daarmee althans met het samenwerkingsproject in onze wijk goede ervaringen.

In onze groep patiënten/cliënten zagen we vooral herstel van de sociale bereikbaarheid en aanspreekbaarheid. Blijvende resultaten bleken vooral ook afhankelijk te zijn van herstel en opbouw van familie- en vriendschapsrelaties, van werk- en studiemogelijkheden, van aanwezigheid van woonruimte, enz. Het is geen hoera-verhaal, maar er zijn wél resultaten.

Het is niet alléén de afkick, die telt, maar ook wat er verder gebeurt. Er bestaan de laatste tijd nogal wat meningsverschillen over de aanpak van de hulpverlening aan drugverslaafden. Punten daarin zijn: Wie behoort het te doen? Uitsluitend de specialist (psychiater of in verslaving gespecialiseerde algemeen arts) of heeft de huisarts ook een taak en een plaats in dezen? Waar moet dat gebeuren? Intramuraal (al dan niet via gedwongen opname, al dan niet in een Huis van Bewaring) of ambulant, hetzij via categorale instellingen, CAD's, drugspoli's, methadonposten, methadonbussen, hetzij in de eerstelijnsgezondheidszorg? Hoe is de aanpak? Drugsvrij of met behulp van methadon, clonidine en andere middelen, die de afkick verlichten? Moet de nadruk op de medische en medicamenteuze kant, of op de sociale en psychologische liggen?

Het gemeentelijke en rijksoverheidsbeleid is in dezen allerminst duidelijk. De hoofdinspectie verbiedt het voorschrijven van methadon door huisartsen, de directeur van de GG en GD stelt dat dat bericht genegeerd kan worden, en de minister zelf stelt, evenals eerder zijn hoofdinspecteur Van Gruting, dat het juist goed zou zijn als ook huisartsen drugshulp zouden verlenen. Een nogal verwarrende situatie lijkt mij, waaraan het Commentaar van Noach niets verhelderends toevoegt. Dit tijdschrift publiceert met al zijn gezag een Commentaar, waarin het voorschrijven van methadon