

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

door de huisarts ten zeerste ontraden wordt; het zou hem zelfs bij de wet verboden moeten worden. Voor het oplossen van meningsverschillen zou het misschien zin hebben ex cathedra-uitspraken, geboden en verboden te vermijden. Er zou eerst eens nagegaan moeten worden hoe een bepaalde aanpak werkt, zonder deze op voorhand af te wijzen. Natuurlijk is de verstrekking van methadon door huisartsen niet dé oplossing van het heroïneprobleem, maar deze verstrekking is een te overwegen onderdeel van mogelijke wijzen van hulpverlening aan heroïneverslaafden.

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

Amsterdam, april 1982

D. DE VRIES

Proteus-infectie van de urine?

SLORS, RASKER en NETELENBOS (1982) mogen gelukgewenst worden met hun publikatie waarin zij de aandacht vestigen op de rol van de ureum splitsende bacteriën in de pathogenese van urinewegstenen. Zoals ROSENSTEIN e.a. (1980) hebben beschreven, komt het nogal eens voor dat in de literatuur over stenen in de urinewegen geen of nauwelijks aandacht wordt besteed aan infectiestenen. De schrijvers pleiten voor een nauwkeurig en voortdurend onderzoek naar urinestenen wanneer een patiënt lijdt aan een Proteus-urineinfectie, speciaal wanneer de klinische symptomen dit suggereren. Zij verduidelijken hun standpunt met twee interessante praktijkgevallen. Mijns inziens zou een onderzoek bij een groter aantal patiënten een beter inzicht in de relatie tussen steenvorming en Proteus-urineinfectie gegeven hebben dan deze twee casuïstische mededelingen.

Hoewel *Escherichia coli* de meest voorkomende pathogene bacterie bij urineinfectie is, zijn Proteus sp. niet zeldzaam bij patiënten in een huisartspraktijk. BROWN e.a. (1971) stelden Proteus sp. verantwoordelijk voor 9% van de urineinfecties. HALLETT e.a. (1976) hebben het veelvuldig voorkomen van Proteus-urineinfecties aangetoond bij jonge mannelijke patiënten. Bij 71 jongens werden geen urinestenen gevonden. STAMEY (1980) stelt: „The physician should beware of the patient with recurrent bacteriuria due to *P. mirabilis*. To be sure, *P. mirabilis* is not an uncommon cause of bacteriuria (about 25% of us carry *P. mirabilis* in our fecal flora), and most *P. mirabilis* infections are not associated with formation of struvite stones. Most of these latter instances, however, are of short duration, while struvite formation is associated with a protracted infection with *P. mirabilis*.”

Het is duidelijk dat het wenselijk zou zijn criteria te hebben om de patiënten te selecteren, bij wie een intensief onderzoek wenselijk is. Van de lijst van bacteriën die volgens de schrijvers ureum splitsend vermogen hebben, zijn Proteus sp. sterke ureaseproducenten, evenals *Staphylococcus saprophyticus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas*-stammen en *Klebsiella* zijn veel zwakker positief, terwijl *E. coli* bijna altijd negatief is. Men dient terughoudend te zijn om bacteriële species „zwak urease-positief” te noemen. Het is bekend, dat andere enzymen, bijv. arginine-dihydrolase, een stijging van pH in ureumbouillon kunnen veroorzaken na langere incubatie, en aldus de indruk wekken dat de bacterie zwak urease-positief is.

De schrijvers vestigen onze aandacht op het feit dat niet iedereen het er mee eens is dat infectie met urease producerende micro-organismen leidt tot de ontwikkeling van urinewegstenen; sommigen geloven dat het ureolytische vermogen van bacteriën slechts een bestaande steen doet groeien. Wanneer zij zeggen „de primaire oorzaak van steenvorming zou een kristallisatie in de bacterie zelf zijn”, denk ik dat zij bedoelen „kristallisatie rondom de bacterie”. Over intrabacteriële kristallisatie is mij niets bekend.

Het mag aanmatigend lijken voor een bacterioloog in discussie te treden over een behandeling, maar ik heb altijd begrepen dat het probleem met geïnfecteerde stenen de aanwezigheid van hele kleine steentjes is, die de chirurg niet kan zien en die aanleiding geven tot het weer opleven van de infectie.

De schrijvers leggen er terecht de nadruk op hoe belangrijk chemotherapie is, eventueel aangevuld met aanzuren van de urine. Hoe staat het met de toepassing van ureaseremmers? Samen met chirurgie en chemotherapie zouden ze een rol kunnen spelen bij de behandeling van infectiestenen, en ze zijn zeker de moeite van overwegen waard.

Ik hoop dat dit artikel de interesse in het onderzoek in de richting van het probleem van de infectiestenen zal stimuleren.

Literatuur: BROWN, P.C.C., M.C. DONAGHY, P.H. DOOTSON e.a. (1971) *Practitioner* 207, 819. – HALLETT, R.J., L. PEACH en R. MASKELL (1976) *Lancet* II, 1107. – ROSENSTEIN, I., J.M.T. HAMILTON-MILLER en W. BRUMFITT (1980) *J. Infection* 3, 211. – SLORS, J.F.M., F.M.T. RASKER en J.C. NETELENBOS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 225. – STAMEY, T.A. (1980) *Pathogenesis and treatment of urinary tract infections*, bl. 181. Williams & Wilkins, Baltimore.

Amsterdam, februari 1982

D.M. MACLAREN

Urethra-aandoeningen door fietsen

De door collega VAN GOOSWILLIGEN (1982) geciteerde opmerking van „onze” oud-wereldkampioen – en wielrenner – Kneteman dat „een vrouw niemand beter kan treffen dan een goed getrainde wielrenner”, gaf mij aanleiding tot overpeinzen. Onze wielrenner lijkt ervan uit te gaan, dat „een vrouw” het niet anders dan verrukkelijk kan vinden als er zo'n goed getrainde en potente sportfiguur op haar weg komt. Wat mij nu intrigeert is, of collega Van Gooswilligen – dat blijkt niet uit zijn stuk – het met deze opvatting van Kneteman eens is. Er is dacht ik, nogal wat af te dingen op deze uitspraak. De laatste tijd komen er ook uit emancipatoire vrouwenkringen andere geluiden, waarin bijv. ook aan de factor „tederheid” grote betekenis wordt toegekend.

Verder heb ik bij mijn weten voor 't eerst gelezen, dat training libido verhogend werkt. Dit roept ook weer vragen bij mij op: Zou toediening van testosteron dan toch een therapie voor impotentie kunnen zijn? Ik meen, dat ik altijd had gehoord van niet. En hoe staat het met de libido van onze goed getrainde zwemmers, boksers, schaatsers, voetballers en balletdansers? Wat is de invloed van „trimmen” op de libido? Heb ik alle 20 jaar, dat ik huisarts was, niet geweten van zijn eenvoudig advies als „ga flink sporten” bij impotentieklachten? En een laatste vraag: Staat inderdaad vast, dat er een verband bestaat tussen conditie en libido dan wel potentie?