

⁵ Sluijs ThA. Begeleiding bij (heroïne)verslaving in het algemene ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 266-8.

Zaandam, februari 1984

F. VAN SOEREN

Als men invloed wil krijgen op verslavingsgedrag met het doel dit te veranderen tot een sociaal-medisch aanvaardbare vorm, dan moet worden getracht met de verslaafde contact te krijgen. Met een grote groep heroïnegebruikers is het zeer wel mogelijk dat zich een relatie ontwikkelt, welke een positieve invloed heeft op de duur en de ernst van de verslaving. De ervaring leert dat de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke taak kan hebben in de hulp aan heroïnegebruikers. Het stigma van de „born loser” en „lost case” is onzes inziens geen goed uitgangspunt bij de behandeling van heroïneverslaving.

Amsterdam, maart 1984

L.C. BRABER
D. DE VRIES

Verslaafd worden aan zaken die bedoeld zijn om het leven te veraangemen, is door de eeuwen heen een bij alle volken voorkomend verschijnsel. Voorbeelden daarvan zijn: eten, snuiven, kauwen, drinken, roken enz. Verslaving is de resultante van een ingewikkeld samenspel van factoren, die betrekking hebben op het individu en (of) zijn omgeving. De samenleving bepaalt per tijdseenheid en per individu of aard en graad van een verslaving worden getolereerd. In de praktijk wordt door een aantal mensen een beroep gedaan op artsen om sedativa, psycho- of neuroleptica, morphinomimetica enz. voor te schrijven om een moeilijke of riskante periode het hoofd te kunnen bieden.

Het lijkt mij dat dit medisch-ethisch verantwoord is.

Amsterdam, maart 1984

TH.A. SLUIJS

De farmacotherapeutische aspecten van hulp aan heroïneverslaafden

In dit artikel werd gesteld dat de opiaatantagonisten niet mogen worden toegediend indien de verslaafde opiaten gebruikt, omdat dan acuut een onthoudingssyndroom wordt opgewekt.¹ Het maakt toch wel enig verschil of de verslaafde zich vrijwillig tot een medische instantie heeft gewend, of dat hij via justitie in behandeling is. In het laatste geval lijkt een strategie mogelijk om de betreffende, na een eerste ontwenning, via een regelmatige afkickproef onder controle te houden, bijv. door in de tijd gespreid telkens een paar dagen te worden geïsoleerd van mogelijke toevoer van opiaten. Ontwenning zonder medicamenten werd terloops in een van de andere artikelen in hetzelfde tijdschriftnummer genoemd, zonder het te verwerpen. Het acute onthoudingssyndroom na anti-opiaten lijkt een veel eenvoudiger controlemogelijkheid te bieden. Ik neem aan dat die onthoudingsverschijnselen dosis-afhankelijk optreden, en dat het veilig kan geschieden. Of is het zo dat men „principeel” actief afkicken verwerpt, maar passief afkicken toelaatbaar vindt?

Het verslavingsvraagstuk en alle maatschappelijke consequenties lijken mij ernstig genoeg om niet bij voorbaat een beleidsmogelijkheid buiten beschouwing te laten door het plaatsen van apodictische uitspraken.

LITERATUUR

¹ Fraenkel HM, Ree JM van. De farmacotherapeutische aspecten van hulp aan heroïneverslaafden. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 257-9.

Amsterdam, februari 1984

D.J. MULDER

Naar aanleiding van de ingezonden reactie van Mulder op ons commentaar willen wij het volgende opmerken. „Gecontroleerd” ontgiften van verslaafden aan morfinomimetica is, medisch-farmacologisch gezien, betrekkelijk eenvoudig. Hoe veiliger de setting, des te minder kunnen de onthoudingssymptomen zijn, zowel na het direct stoppen als bij het snel verminderen van de hoeveelheid opiaten. Onthoudingsverschijnselen kunnen afdoende worden tegengegaan, bijv. met benzodiazepinen. Voordelen van het toedienen van opiaatantagonisten lijken dan ook niet aanwezig, althans niet voor therapeutische doeleinden. Wel kan naloxon als diagnostisch hulpmiddel dienen, indien twijfel bestaat omtrent het bestaan en de mate van afhankelijkheid van opiaten.

Utrecht, maart 1983

H.M. FRAENKEL
J.M. VAN REE

Waarmee kunnen patiënten met diabetes mellitus het glucosegehalte in urine en bloed meten?

Collega Van Eijk somt de middelen op die voor dit doel ter beschikking staan.¹ Ik leg er echter de nadruk op dat de urinestrips voor de matig ingestelde insuline-afhankelijke diabeticus nauwelijks bruikbaar zijn, vooral wanneer de uitslag hiervan wordt aangewend voor aanpassing van de insuline-dosering.² Verder merk ik op dat het indicatiegebied voor een elektronische bloedsuikerbepalingsmeter breder is dan de groep „die moeite heeft met kleuren zien”.³

In onze huisartsenpraktijk hebben wij enige ervaring opgedaan met de combinatie van de Boehringer-strip (BM-test-BG) en de voor de patiënt zeer eenvoudig te bedienen Hypocount-„B”-meter (geen batterijen, geen ijkvlloeistof).^{2,4} Volledigheidshalve moet behalve de prijs van de teststroken ook de prijs van de meters worden genoemd (steeds inclusief BTW):

Glucometer	f 666,70
Hypocount „A” voor Ames Dextrostix-stroken	f 595,—
Hypocount „B” voor Boehringer BM-test-BG-stroken	f 649,—
Reflolux	f 678,50

De meeste ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars zijn inmiddels overgegaan tot gehele of gedeeltelijke vergoeding van een bloedsuikerbepalingsmeter.

LITERATUUR

¹ Eijk HG van. Waarmee kunnen patiënten met diabetes mellitus het glucosegehalte in urine en bloed meten? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 315-7.

² Ballegooie E van. Zelfcontrole met bloedstrips: met of zonder meter? Modern Medicine 1983; 671-86.

³ Wise P, et al. Comparative accuracy of portable blood-glucose monitors. JR Coll Physicians Lond 1983; 17.

⁴ Gries FA, Köschinsky T, et al. Netzunabhängige Kleinreflektometer zur Blutglucose-selbstkontrolle. Dtsch Med Wochenschr 1982; 107: 1135-9.

Raalte, februari 1984

J.C. PONTEN