

hepatitis B. Wij hebben de utiliteitswaarde niet uitgedrukt in geld, maar in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren. Overigens wagen ook Heijntink en Schalm zich niet aan de uitspraak of zij een uitgave van circa f 800.000 resp. f 1.600.000 verantwoord vinden om één geval van chronische hepatitis B te voorkomen, ondanks hun pleidooi voor een kostprijs, die aansluit bij maatschappelijke opvattingen over de waarde van het leven en de gezondheid.

Wij erkennen de onderrapportage van prikaccidenten in ons onderzoek. In Rotterdam houdt men rekening met een onderrapportage met een factor twee. In onze sensitiviteitsanalyse wordt zelfs rekening gehouden met een viervoudige ratio.<sup>3</sup>

De auteurs doen het voorkomen of onze keuze voor strategie 3 (alleen vaccineren na een prikaccident) uitsluitend is ingegeven door het kostenaspect. Wij hebben evenwel drie mogelijke preventieve strategieën gewogen op medische gevolgen (kans op hepatitis B), op kwaliteit gecorrigeerde levensverwachting (DEALE) en op kosteneffectiviteit. Hun conclusie, dat deze afweging niet verantwoord kan worden uitgevoerd, wijzen wij op grond van de aangevoerde argumenten en onze weerlegging daarvan dan ook van de hand.

#### LITERATUUR

- 1 Harris JR, Finger RF, Kabayashi JM, et al. The low risk of hepatitis B in rural hospitals. JAMA 1984; 252: 3270-2.
- 2 Mulley AG, Silverstein MD, Dienstag JL. Indications for use of hepatitis B vaccine, based on cost-effectiveness analysis. N Engl J Med 1982; 307: 644-51.
- 3 Botman MJ, Botterhuis JAM, Krieger RA de. Immunisatie tegen hepatitis B; kosten en baten in een Nederlands ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1748-52.
- 4 Beck JR, Pauker SG, Gottlieb JE, Klein K, Kassirer JP. A convenient approximation of life expectancy („The DEALE“). Use in medical decision making. Am J Med 1982; 73: 889-97.
- 5 Kahn HA. An introduction to epidemiologic methods. Oxford: Oxford University Press, 1983: 148.
- 6 Mooney GH, Drummond MF. Essentials of health economics. Br Med J 1982; 285: 1024-5.

Enschede, maart 1985

M.J. BOTMAN  
R. DE KRIEGER

In ons commentaar hebben wij gepoogd aan te tonen, dat het bepalen van het beroepsgebonden risico op hepatitis B zeer moeilijk is, en dat – naast statistische gegevens – gezond verstand van ervaren medewerkers waarschijnlijk onmisbaar is voor het vaststellen van een hepatitis B-preventiebeleid in Nederlandse ziekenhuizen. Het beperken van (preventieve) maatregelen tot „post-exposure“-profylaxe is een pas op de plaats bij de voortschrijdende mogelijkheden tot effectieve bescherming tegen de gevolgen van een infectieziekte waarvan de ernst voldoende bekend is. Misschien niet geheel representatief voor de Nederlandse situatie (naar wij hopen), maar wel zeer illustratief, beschrijven Dandoy en medewerkers een vijftal gevallen van post-exposure-profylaxe, wat daarbij misging en wat de kosten (f 3.000-f 24.000) voor het ziekenhuis bedroegen.<sup>1</sup> Daarbij komt het gegeven, dat post-exposure-profylaxe hoogstens 70% effectief is in de preventie van herkende prikaccidenten, terwijl een belangrijk deel van de besmettingen onopgemerkt blijft.

Wij staan een genuanceerd beleid voor, dat de bescherming van het individu centraal stelt. Het kostenaspect kan om prioriteitsstelling vragen en leiden tot het in fasen uitvoeren van een overeengekomen beleid. Toekomstige (synthetisch bereide) vaccins zullen naar verwachting niet meer kosten dan bijvoorbeeld een influenzavaccin. Het is nu echter van belang „high risk“-ziekenhuismedewerkers te

motiveren zich te laten vaccineren om daarmee zowel infecties als de steeds hoger wordende kosten van toediening van hyperimmunoglobuline te bestrijden.

#### LITERATUUR

- 1 Dandoy S, Kirkman-Liff B, Krakowski F. Multiple exposure of hospital employees to hepatitis B. Five case studies. Arch Intern Med 1984; 144: 720-3.

Rotterdam, april 1985

R.A. HEIJTINK  
S.W. SCHALM

### *Een moeilijk, eenzijdig en geleerd boek!*

Deze kwalificatie gaf collega Offerhaus aan het boek *Algemene Farmacologie* van A. Witter en J.M. van Ree (1985; 565). Het is niet het boek betreffende de principes van de werking van geneesmiddelen zoals collega Offerhaus zich dat wenste. Hier dreigt echter het kind met het badwater te worden weggespoeld. Het boek van Witter en Van Ree is een goed, voor de Nederlandse geneeskunde ongewoon, boek. Het voorziet zeker in een behoefte, zij het dat het zich door de sterk theoretische inslag op het eerste gezicht vooral richt op farmaceuten, humaanbiologen, in het bijzonder biofarmaceuten en klinisch farmacologen. Ook de medische student en de geïnteresseerde arts vinden echter, desgewenst met voorbijgaan van de kleine letters, een bijdetijdse, gedegen bron van instructie en informatie. De tekst loopt vlot, leest plezierig en is systematisch en overzichtelijk ingedeeld. Hoewel de theoretische benadering in de regel vergezeld gaat van instructieve praktische voorbeelden zou een wat royale presentatie van tegen de theoretische figuren aanleunende experimentele, uit de praktijk gekozen, figuren en een wat duidelijker verschil in formaat tussen de grote en de kleine letters een deel van de ongetwijfeld bestaande drempelvrees hebben kunnen wegnemen. De farmacokinetische beschouwingen nemen een opmerkelijk ruime plaats in. Een wat nadrukkelijker toelichten van de relevantie daarvan voor de medische praktijk zou als „smaakmaker“ geen kwaad doen. Uiteraard zijn, zoals gebruikelijk, bij bepaalde details kanttekeningen te plaatsen. Zoals onder andere het hier en daar afwijken van de gebruikelijke symboliek voor farmacokinetische parameters.

De slotsom. Naar mijn mening, en ik sta daarin bepaald niet alleen, betekent dit boek een belangrijke stap vooruit in de voorziening met studiemateriaal van een wijde kring van lezers. Naar Nederlandse maatstaf is het een standaardwerk. Het is didactisch goed van opzet, helder geschreven en wordt aanbevolen, ook aan degenen die op het eerste gezicht zouden menen dat het buiten hun blikveld valt. Mijn complimenten voor de schrijvers. Hierbij tevens een uitnodiging aan collega Offerhaus om bij te dragen in de voorziening met een primair op de dagelijkse praktijk afgestemd leerboek betreffende de werking en daarmee samenhangend de toepassing van geneesmiddelen.

Nijmegen, april 1985

E.J. ARIËNS

Als geen ander emeritus farmacoloog heeft prof. Ariëns een universiteit achter zich gelaten waar toekomstige artsen goed in de praktische toepassing van geneesmiddelen werden en worden opgeleid, en waar deze erfenis zich uit in een levendige belangstelling voor de rationele en juiste toepassing van het geneesmiddel in de kliniek, alsmede farmacologisch en klinisch-farmacologisch onderzoek dat de toets van de internationale kritiek kan doorstaan. Het is

ook begrijpelijk dat hij door zijn jarenlange intense belangstelling voor de farmacokinetiek een grote waardering heeft voor de theoretische pennevruchten op dit terrein van zijn collegae in Nederland. Juist hij zou echter als auteur van de serie boekjes *Scholing en Nascholing: Geneesmiddelenleer* met mij moeten kunnen navoelen welke type onderwijs aan de toekomstige arts gegeven zou moeten worden.<sup>1</sup> Zoals ik in mijn boekbespreking heb gezegd, blijft de farmacokinetiek een hulpwetenschap, die oorspronkelijk uitgedacht is door een aantal mathematisch geïnteresseerde Duitse artsen die hun verbluffende theoretische kennis eigenlijk nooit in de praktijk hebben gebracht.<sup>2-6</sup> De kennis die de arts over dit onderwerp zou moeten hebben, kan in zeer kort bestek worden samengevat;<sup>7</sup> het strikte bewijs dat het bezitten van dergelijke kennis tot een verbetering van het farmacotherapeutisch handelen leidt ontbreekt. Het is begrijpelijk dat de farmacokinetiek de aankomende apotheker, door zijn grotere wiskundige belangstelling, meer zal aanspreken dan de arts. Ook in dit geval is niet bewezen dat het beheersen van meer dan de grondbeginselen van de farmacokinetiek door farmaceuten, biofarmaceuten of humaanbiologen buiten de industriële research tot heil van de geneeskunde strekt. Zelfs binnen deze onderzoeksafdelingen neemt men – met uitzondering van enkele Britse en Zweedse industrieën – in het algemeen niet de moeite zich grondig in deze discipline te verdiepen. De luttele klinische farmacologen in ons land zullen de voor hun werk nodige informatie gerichter en gemakkelijker kunnen vinden in gespecialiseerde Engelstalige standaardwerken.<sup>8,9</sup>

De in de slotzin gestelde uitdaging om dan zelf het ideale

boek te schrijven, zou ik graag aannemen, ware het niet dat in een klein taalgebied als het onze het commerciële succes van een leerboek uitsluitend wordt bepaald door de studentenmarkt. Men besteedt geen maanden aan het schrijven van een boek om het tenslotte te laten verramsjen. Als recensent van een geneeskundig tijdschrift was het ook gezinszins mijn bedoeling het boek als zodanig in een minder gunstig daglicht te stellen, maar wel de opzet van het onderwijs dat men beoogt te geven met behulp van dit, ver van het ziekbed staande, boek.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Ariëns EJ, Simonis AM. Scholing en nascholing: Geneesmiddelenleer. Deel I e.v. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1978-1980.
- <sup>2</sup> Dost FH. Der Blutspiegel. Leipzig: VEB Thieme, 1953.
- <sup>3</sup> Krüger-Thieme E. Formal theory of drug dosage regimens. *J Theor Biol* 1966; 13: 212-35.
- <sup>4</sup> Dost FH. Grundlagen der Pharmakokinetik. Stuttgart: George Thieme, 1968.
- <sup>5</sup> Gladtko E, Hattingberg HM von. Pharmakokinetik. Berlijn: Springer, 1977.
- <sup>6</sup> Dettli L. Dosierungstheorie für die repetierte Applikation reversibel wirkender Pharmaka bei Eliminationsinsuffizienz. In: Dengler HJ, ed. Pharmacological and clinical significance of pharmacokinetics. Stuttgart: Schattauer, 1970.
- <sup>7</sup> Greenblatt DJ, Koch-Weser J. Drug therapy - Clinical pharmacokinetics. *N Engl J Med* 1975; 293: 702-5; 964-70.
- <sup>8</sup> Wagner JG. Fundamentals of clinical pharmacokinetics. Hamilton Ill: Drug Intelligence Publications Inc, 1975.
- <sup>9</sup> Rowland M, Tozer TN. Clinical pharmacokinetics: Concepts and applications. Philadelphia Pa: Lea & Febiger, 1980.

Amsterdam, april 1985

L. OFFERHAUS

## EPIDEMIOLOGISCHE MEDEDELINGEN

### Aangifte van infectieziekten

#### H. BIJKERK

In de afgelopen jaren hebben met betrekking tot de aangifte van infectieziekten enkele wijzigingen plaatsgevonden, waardoor nu hier en daar wat onzekerheid bestaat over de vraag of een bepaald ziektegeval nu wel of niet moet worden aangegeven. Voor de goede orde vermelden wij hieronder nog even de infectieziekten waarvoor thans nog een aangifteplicht geldt.

*Groep A.* Aan te geven binnen 24 uur na vermoeden of vaststelling.

Febris typhoidea	Pest
Lassakoorts en andere vormen van Afrikaanse virale hemorrhagische koorts	Poliomyelitis anterior acuta
	Rabies
	Variola

*Groep B.* Aan te geven binnen 24 uur na vaststelling.

Anthrax	Diphtheria
Botulisme	Dysenteria bacillaris
Brucellosis	Febris recurrens
Cholera	Gele koorts

Hepatitis A	Q-koorts
Hepatitis B	Rubella (inclusief congenitaal rubella-syndroom bij de neonatus)
Lepra	Scabies
Leptospiroses	Tetanus
Malaria*	Trichinosis
Meningococcosis	Tuberculosis***
– meningitis cerebrospinalis epidemica	Tularaemia
– sepsis	Typhus exanthematicus
Morbilli	Voedselvergiftiging/-infectie†
Ornithosis/psittacosis	
Paratyfus B	
Pertussis**	

\* De diagnose dient door middel van een uitstrijkpreparaat of dikke druppel bevestigd te zijn.

\*\* De diagnose dient bacteriologisch of serologisch bevestigd te zijn.

\*\*\* Betreft patiënten met elke vorm van actieve tuberculose waarvoor behandeling noodzakelijk wordt geacht en is niet beperkt tot tuberculose die wordt veroorzaakt door *M. tuberculosis* of *M. bovis*.

† Betreft patiënten met een voedselvergiftiging of voedselinfectie: (a) werkzaam in de levensmiddelen- of horecasector, dan wel beroepsmatig belast zijn met de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen; (b) die behoren tot een groep van twee of meer personen die binnen een tijdvak van 24 uur hetzelfde hebben gegeten of gedronken. Voorts patiënten met een voedselvergiftiging veroorzaakt door een in het voedsel aanwezige chemische stof.

Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid, afd. Infectieziekten, Postbus 439, 2260 AK Leidschendam. Dr. H. Bijkerk.