

De huisarts, spil of buitenspel*

DOOR V. C. L. TIELENS, HUISARTS TE EINDHOVEN

Wanneer men de plaats van de huisarts ten aanzien van het drugprobleem tracht te bespreken, is het verstandig na te gaan of de huisarts in zijn praktijk wordt geconfronteerd met druggebruik en of hijzelf dit gebruik een probleem vindt. Om van een en ander een globaal overzicht te verkrijgen, werd een kleine enquête gehouden onder de huisartsen van de regio's 's-Hertogenbosch, Tilburg, Eindhoven, Helmond en Weert, in het totaal 375 huisartsen. Van hen hebben 221 (59 procent) medegewerkt aan deze enquête. Omdat een dergelijke respons te gering is om daaruit statistisch verantwoorde conclusies te trekken, dient men alle verder gegeven getallen uit deze enquête niet anders te zien dan als indicaties over zekere trends binnen deze huisartsenpopulatie. Uitdrukkelijk moet worden gewaarschuwd tegen het toepassen van deze uitkomsten op de gehele populatie van Nederlandse huisartsen.

Omdat slechts het geven van een globale indruk over de verschillende verhoudingen werd beoogd, lijkt het verantwoord de getallen weer te geven in percentages: 49 procent van de huisartsen is nog nooit geconfronteerd geweest met druggebruikers in de eigen praktijk, 51 procent wel eens in de eigen praktijk, 16 procent gedurende het afgelopen jaar driemaal of vaker. In het totaal zagen de huisartsen 267 druggebruikers, van wie 251 in het afgelopen jaar.

De verdeling naar leeftijdsgroepen was als volgt: pubers: 30 procent; adolescenten: 63 procent en volwassenen 7 procent.

Van de huisartsen in gemeenten met meer dan 25.000 inwoners is 65 procent wel eens geconfronteerd met druggebruikers, tegen 43 procent van de huisartsen in gemeenten met minder dan 25.000 inwoners. Een en ander lijkt in overeenstemming met het vermoeden dat het druggebruik in omvangrijke wooncentra groter is dan op het platteland (tabel 1).

Van de huisartsen vindt 25 procent dat zij in toenemende frequentie in aanraking komen met druggebruikers, 42 procent vindt dat niet en 33 procent geeft geen antwoord op de desbetreffende vraag.

* Naar een voordracht, gehouden tijdens het symposium „Jeugd, drugs en de medicus”, te Eindhoven, 13 en 14 mei 1971.

Of de ernst der klachten toeneemt, wordt bevestigend beantwoord door 14 procent der huisartsen. Van de huisartsen, die het afgelopen jaar driemaal of vaker werden geconfronteerd met druggebruikers (16 procent), vindt meer dan de helft (53 procent) dat de ernst der klachten toeneemt (tabel 2).

Op de vraag: „Vindt u dat er op dit gebied van een probleem kan worden gesproken?” werd door de verschillende categorieën geantwoord als weergegeven in tabel 3. Het lijkt erop dat, naarmate men als huisarts vaker wordt geconfronteerd met

Tabel 1. Verdeling naar urbanisatie.

Resultaten enquête	Stad met meer dan 25 000 inwoners. Percentages	Stad met minder dan 25 000 inwoners. Percentages
Wel geconfronteerd	65	43
Niet geconfronteerd	35	57
Totaal	100	100

Tabel 2. „Neemt de ernst van de klachten toe?”

Resultaten enquête	Ja Percentages	Neen Percentages	Geen antwoord Percentages	Totaal Percentages
Alle artsen tezamen	14	50	36	100
Niet geconfronteerd	2	37	61	100
Wel geconfronteerd	25	61	14	100
Driemaal of vaker geconfronteerd	53	38	9	100

Tabel 3. „Vindt u dat er op dit gebied van een probleem kan worden gesproken?”

Resultaten enquête	Ja Percentages	Neen Percentages	Geen antwoord Percentages	Totaal Percentages
Alle artsen tezamen	45	30	25	100
Niet geconfronteerd	34	23	43	100
Wel geconfronteerd	56	39	8	100
Driemaal of vaker geconfronteerd	80	14	6	100

druggebruikers in de eigen praktijk, men pessimistischer wordt.

Van alle responderende huisartsen vindt dus 45 procent dat van een probleem kan worden gesproken, 30 procent vindt van niet en 25 procent geeft geen antwoord op de desbetreffende vraag. Hierbij valt op dat eenderde van de huisartsen, dat zelf nog nooit werd geconfronteerd met druggebruik in de eigen praktijk, toch vindt dat sprake is van een probleem.

Waaruit bestaat dit probleem? Een aantal jonge tot zeer jonge mensen is andere genotmiddelen gaan gebruiken dan de tot nu toe sociaal geaccepteerde, waaronder „rotmiddelen”. Het gebruik van laatstgenoemde verbindingen kan onder bepaalde omstandigheden tot verslaving leiden; in een aantal gevallen kunnen bij het gebruik complicaties optreden. De gebruikte stoffen vallen onder de huidige opiumwet, die het in het bezit hebben of verhandelen daarvan verbiedt.

Het gebruiken van bedoelde farmaca is begonnen door en wordt enigszins gepropageerd vanuit groepen jongeren, die diverse kenmerken van een subcultuur dragen en die zich op velerlei gebied afzetten tegen de „hoofdcultuur”. Aspecten van het generatie-conflict, maar ook identiteitsproblematiek, onvrede met de heersende maatschappijstructuur — die materialistisch, prestatiebewust en gevoelsarm wordt genoemd — modeverschijnselen en vluchtgedrag spelen hierbij een rol. De dragers van de hoofdcultuur hebben met deze verschijnselen duidelijk moeite. De overheersende reactie lijkt momenteel een afwijzende, waarbij het druggebruik geïsoleerd wordt benaderd en niet wordt gezien als een onderdeel van een omvangrijk psychosociaal gebeuren.

In hoeverre menen de geënquêteerde huisartsen een inzicht te hebben in de zojuist summier beschreven problematiek en in hoeverre bestaat behoefte aan nadere informatie? In *tabel 4* wordt een overzicht gegeven van de antwoorden op de vraag „Bent u van mening een redelijk inzicht te hebben in de drugproblematiek in uw praktijk?”

Opvallend is dat 22 procent van de huisartsen van mening is op dit gebied een redelijk inzicht te hebben, 60 procent meent echter dat inzicht niet te hebben en 18 procent heeft daarover geen mening gegeven. Van de huisartsen, die driemaal of vaker werden geconfronteerd met druggebruikers, heeft 86 procent de mening geen redelijk inzicht te hebben in de drugproblematiek in de eigen praktijk. Het lijkt erop alsof de huisartsen, die frequenter contact hebben met druggebruikers, bescheidener zijn ten aanzien van eigen inzicht in de drugproblematiek.

Op de vraag of men enig idee had van het totale druggebruik in de eigen praktijk antwoordde 75 procent ontkennend, slechts 15 procent bevestigend, 10 procent gaf hierop geen antwoord. Van de huisartsen, die driemaal of vaker werden geconfronteerd met druggebruikers, antwoordde 82 procent ontkennend en 18 procent bevestigend. De schattingen van het totale aantal gebruikers in de eigen praktijk varieerden van nul tot 200.

De behoefte aan betere informatie over drugs en druggebruik blijkt zeer groot te zijn met een lichte voorkeur voor inlichtingen over de behandeling en verwijsmogelijkheden (*tabel 5*).

Van de huisartsen vermeldde 12 procent nog andere aspecten van druggebruik, waarover zij betere informatie zouden willen hebben, zoals preventie van druggebruik, mogelijkheden van opvang van de ouders van het druggebruikende kind, distributie-apparaat, bestrijding van druggebruik.

Samenvattend kan men concluderen dat bij de geënquêteerde huisartsen een grote behoefte be-

Tabel 4. „Bent u van mening een redelijk inzicht te hebben in de drugproblematiek in uw praktijk?”

Resultaten enquête	Ja Percentages	Neen Percentages	Geen antwoord Percentages	Totaal Percentages
Alle artsen tezamen	22	60	18	100
Niet geconfronteerd . . .	21	47	32	100
Wel geconfronteerd	24	72	4	100
Driemaal of vaker geconfronteerd	11	86	3	100

Tabel 5. Behoeftte aan betere informatie over de volgende onderwerpen.

Onderwerpen	Ja	Neen	Geen antwoord
Drugs (werking, symptomen, farmacologie) .	66	20	14
Druggebruikers (psychologie, sociologie)	72	15	13
Behandeling (medicamenten, verwijzing)	79	8	13

Tabel 6. Mogelijkheden ter voorkoming van druggebruik.

Voorkomen van druggebruik	Ja Percentages	Neen Percentages
Strengere straffen op misbruik	40	60
Voorlichting door de kerk	54	46
Voorlichting door de ouders	70	30
Strengere controle op invoer en handel.	74	26
Voorlichting door pers, radio, T.V. . . .	77	23
Voorlichting op scholen	94	6

staat aan meer informatie omtrent drugproblematiek en dat zij overwegend van mening zijn dien-aangaande geen goed inzicht te hebben. Een en ander rechtvaardigt het houden van dit symposium.

Wat kan de taak zijn van de huisarts bij dit probleem waarmee hij blijkens de enquête weinig wordt geconfronteerd en waarvan hij zegt weinig af te weten? Naar mijn mening kan de huisarts hierbij vijf taken hebben.

1 De huisarts moet in staat zijn de symptomen van druggebruik te herkennen. De informatie uit het Geneesmiddelen Bulletin — (1970) 4, nrs. 16 tot 23 — dat geheel is gewijd aan de omgang met psychotrope stoffen, lijkt mij voldoende om in deze goed beslagen ten ijs te komen.

2 Hij dient terstond hulp te kunnen bieden bij acute complicaties van druggebruik. Naast psychologische benadering van de in moeilijkheden geraakte druggebruiker staan de huisarts enige farmacotherapeutische middelen ter beschikking. Zo nodig moet hij opnemings trachten te realiseren.

3 Hulpverlening bij verslaving. Wat dit betreft zal de huisarts zelf vrij machteloos staan. Zijn taak bestaat uit het realiseren van een verwijzing naar een drugteam en/of een kliniek voor verslaafden.

4 Psycho-sociale opvang van druggebruikers en van personen uit hun omgeving, bijvoorbeeld van de ouders.

5 De huisarts kan een van degenen zijn die het druggebruik ziet als een signaal, dat verwijst naar structurele maatschappelijke problematiek en dat daarbij vraagt om een maatschappijkritische analyse.

De twee laatstgenoemde taken van de huisarts zijn minder vanzelfsprekend en niet gemakkelijk te realiseren. Door de responderende huisartsen wordt de vraag of voldoende wordt gedaan ter voorkoming van druggebruik, slechts door 14 procent positief beantwoord, 58 procent vindt dat niet genoeg wordt gedaan en 28 procent heeft geen antwoord op de vraag gegeven. Mogelijkheden tot verbetering zag men in de in *tabel 6* genoemde maatregelen, gerangschikt naar opklimmend percentage van voorstanders.

Van de gelegenheid om andere mogelijkheden te noemen die preventief kunnen werken, maakte eenvierde van de deelnemers aan de enquête gebruik. De suggesties varieerden van „de harde lijn” — drugs weer in de taboesfeer brengen, strenge aanpak handelaren, directe gedwongen ontweningskuur, mindere en lagere studiebeurzen — tot opmerkingen als: „Ik word ook niet gestraft voor mijn borreltje”, „Gebruik van soft drugs kan alleen worden bestreden wanneer hetzelfde gebeurt met

het gebruik van tabak”, en „Legalisatie van soft drugs, gecontroleerd gebruik in jeugdcentra”. Voorts werd veelvuldig aangedrongen op objectieve voorlichting, onderzoek, maatschappijverandering, opvangmogelijkheden zoals drugteam en jeugdadviescentrum.

Samenvattend kan men vaststellen dat 58 procent van de huisartsen van oordeel is dat niet genoeg wordt gedaan ter voorkoming van druggebruik. Als mogelijke verbetering hierin bepleit 40 procent strengere straffen op misbruik.

Op het eerste gezicht lijkt dit resultaat niet een pleidooi voor een psycho-sociale opvang van de gebruikers en wijst het niet op het zien van druggebruik als een signaal van onvrede in de maatschappelijke verhoudingen. Toch zal naar mijn mening de huisarts wel degelijk een rol kunnen spelen bij de psycho-sociale opvang van de druggebruiker en zijn omgeving en bij het registreren en het werkzaam maken van de „signaaltaal”. Er zal dan echter wel het een en ander dienen te veranderen.

De veranderingen welke de huisarts zal moeten ondergaan heeft de zenuwarts *Pols* voortreffelijk beschreven, (1971) huisarts en wetenschap 14, 58; uit zijn voordracht zijn de volgende punten samen te vatten:

Het is duidelijk dat de huisarts die door zijn patiënten tot een autoriteit is gemaakt, respectievelijk zich thuisvoelt in een vaderlijk directief contact nemen, zichzelf buitenspel zet bij de behandeling van deze groep jongeren, indien hij niet bereid is het hanteren van zijn contacten in deze gevallen te herzien en te corrigeren. De huisarts meent nog te vaak dat hij de taak heeft zelf alle problemen op te lossen. Omdat hij dat niet kan, wil hij de problemen niet zien. Hij zal moeten leren dat hij slechts de hulpzoekende behulpzaam kan zijn bij het zoeken naar een oplossing. De arts zal zijn moraliserende houding moeten laten varen. De arts zal zich steeds moeten realiseren wat de patiënt in wezen bij hem zoekt, dus wat diens wezenlijke motivatie is.

Behalve deze wijzigingen in de persoonlijkheid en de attitude van de huisarts zelf, zal hij zich tevens moeten bezinnen op zijn functie als arts in het totaal van de gezondheidszorg en van de gezondheidszorg in het totaal van onze maatschappij. Het is duidelijk geworden dat de opvang van het drugprobleem niet de taak is van één man of van één discipline, maar de taak van een team van verschillende vertegenwoordigers van de verschillende disciplines, zoals artsen, psychologen, sociologen, maatschappelijke werkers, apothekers en mogelijk politie.

Wanneer de huisarts een reële rol wil gaan spe-

len bij de oplossing van het drugprobleem zal hij zichzelf beter inschakelbaar dienen te maken in het totaal van de werkers in het eerste echelon van de gezondheidszorg. Het zal duidelijk zijn dat dit velerlei consequenties zal hebben ten aanzien van taakopvatting, organisatiestructuur, honoreringsstructuur, enzovoorts. Men kan de vraag stellen of, aangezien voor het oplossen van een relatief klein probleem zoveel zal moeten veranderen, dit niet beter kan worden overgelaten aan anderen dan aan huisartsen.

Het feit dat de huisarts bij het drugprobleem

dermate buitenspel staat, is naar mijn mening echter een teken dat hij te weinig oog heeft voor de werkelijke behoeften van de mens en dat hij zich te veel beperkt tot symptoomtherapie. Wanneer de huisarts zich in dit opzicht niet gaat bezinnen, zal hij steeds verder buitenspel worden geplaatst door de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hij moet daarvan echter ook niet de spil willen worden, want dat moet de hulpzoekende zijn. De huisarts heeft als taak om in het team van hulpverleners rondom deze spil zijn partijtje mede te spelen.

Betekenis van de vaccinatie tegen rodehond voor de huisarts

DOOR DR. M. WABEKE TE AMSTERDAM

Elke nieuwe ontwikkeling vraagt een zekere latente periode voordat de praktizerende arts van deze ontwikkeling profijt kan hebben. Zo is het ook met de vaccinatie tegen rodehond. Sinds enkele maanden is deze vaccinatie in Nederland toegestaan. Dit feit onttrekt zich echter nog grotendeels aan het gezichtsveld van huisarts en van andere praktizerende artsen omdat directe informatie over de problematiek en over het nut van de vaccinatie tot nu toe pover is geweest.

In het algemeen is de arts van mening weinig congenitale afwijkingen te hebben gezien ten gevolge van rodehond infectie van de moeder. Door de aanstaande moeders wordt gedacht dat door het ingespoten gammaglobuline wordt voorkómen dat het later geboren kind afwijkingen vertoont. Beide opvattingen zijn aanvechtbaar, maar zij hebben waarschijnlijk toch geleid tot het feit dat zowel het serologische onderzoek naar antistoffen ter bepaling van de immuniteit, als de vaccinatie niet die belangstelling hebben gekregen, welke deze preventieve maatregelen verdienen.

Tot het klassieke rubellasyndroom rekent men cataract, doofheid, hartafwijkingen en mentale retardatie. Deze afwijkingen, alleen of gecombineerd voorkomend, doen denken aan een eventuele rubella-infectie in het begin van de zwangerschap. Sinds onderzoek in het laboratorium (viruskweek en antistofbepaling in het serum) mogelijk is geworden, bleek echter dat ook andere afwijkingen bij de pasgeborene uitingen zijn van rubella-infectie van de moeder. Deze symptomatologie, vooral bekend geraakt sinds de recente grote epidemie in 1964, noemt men het „uitgebreide rubellasyndroom”. Hierbij wordt in elk geval vaak een laag geboortegewicht (onder 2 500 gram) en een achter-

stand in de groei ondanks goede voeding waargenomen.

De oogafwijkingen omvatten behalve cataract ook microphthalmie, retinopathie, glaucoom, strabismus en afwijkingen aan de cornea. De retinopathie is waarschijnlijk de meest voorkomende oculaire anomalie; de typische pigmentveranderingen zijn een waardevol diagnostisch kenmerk, echter pas waar te nemen na de cataract operatie, indien een dergelijke combinatie van afwijkingen bestaat.

Congenitaal gehoorverlies is zelden absoluut en vaak (50 tot 60 procent) de enige anomalie. Deze beide factoren zijn de oorzaak dat de afwijking vaak pas in het tweede of derde levensjaar of zelfs nog later wordt ontdekt. Omdat de diagnose gehoorverlies pas laat wordt gesteld en men zich dan niet meer kan herinneren of indertijd rodehondinfectie dan wel contact met een patiënt lijdende aan rodehond is geweest, kunnen achteraf de anamnestiche gegevens geen zekerheid meer verschaffen. Wel is inmiddels bij kinderen met „idiopathische doofheid” gebleken, dat deze doofheid zeer waarschijnlijk in een vrij aanzienlijk percentage is terug te voeren tot rubella-infectie tijdens de graviditeit met name omdat deze nog jonge kinderen in een veel hoger percentage (74 procent) rubella-antistoffen bleken te bezitten dan een normale controlegroep (30 procent). Zo werd bij een studie na een epidemie in 1961 op het eiland Trinidad geconcludeerd, dat doofheid het gevolg kan zijn van rubella-infectie van de moeder. Tevens werd het waarschijnlijk dat deze infectie bij sommige moeders subklinisch was verlopen.

Wat betreft de hartafwijkingen is een open ductus arteriosus (Botalli) het meest voorkomende, soms het enige, hartdefect. Veelal bestaat echter een