

*Enige exemplaar*

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

## 's-Gravenhage

Oktober 1981

16e Jaargang  
No 3

Gemeentelijke Geneeskundige en  
Gezondheidsdienst van 's-Gravenhage

G.G. en G.D.  
's-Gravenhage

EPIDEMIOLOGISCH  
BULLETIN

Oktober 1981

16e Jaargang  
No. 3

IN DIT NUMMER

Redactioneel:

Het thema "registratie in de huisarts-  
praktijk".

Algemene epidemiologie:

"Een huisartsregistratiesysteem  
te 's-Gravenhage".

Epidemiologie van Infectieziekten:

"Rubella-vaccinatie van geslachtsrijpe  
vrouwen."

Epidemiologie van niet infectieuze  
ziekten:

"Psychiatrie en registratie in de  
huisartspraktijk".

Redactie:

Mw. drs. M.E. Kolkman-Nijsen  
Dr. A.H. Bergink, jeugdarts  
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog

Secretariaat:

Stafbureau Epidemiologie en  
Informatica, GG en GD,  
Hanenburglaan 284,  
2565 HC 's-Gravenhage  
Telefoon: 070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt viermaal  
per jaar en wordt toegestuurd aan  
huisartsen, specialisten en  
bestuurders in de gezondheidszorg  
te 's-Gravenhage.

Op verzoek kan het aan andere be-  
langstellenden worden toegestuurd.

---

REDACTIONEEL

---

Registratie in de huisartspraktijk

In deze uitgave van het epidemiologisch bulletin wordt aandacht besteed aan het thema "registratie in de huisartspraktijk". Aanleiding hiertoe is, dat bij de GG en GD ideeën bestaan om het bestaande "peilstationsysteem" te 's-Gravenhage te reorganiseren. Daarnaast echter is registratie in de gezondheidszorg een dermate actuele en complexe aangelegenheid, dat ook zonder onze plaatselijke aanleiding het de moeite waard is om er eens de aandacht op te richten.

In Nederland, evenals in het buitenland, is sprake van een toenemende belangstelling en activiteit op het gebied van de registratie in de eerste lijn, en met name in de huisartspraktijk. Dit geldt trouwens evenzeer voor de registratie in de overige echelons in de gezondheidszorg.

Tal van discussies en initiatieven, zowel bij huisartsen als ook bij organisaties betrokken bij de huisartsgeneeskunde, zijn getuigenis van deze ontwikkeling, die steeds meer nadruk lijkt te krijgen.

Als voorbeelden van registratieprojecten in de huisartspraktijk zijn te noemen: het Landelijk Peilstation Systeem (NHI); Peilstation Systeem Rotterdam (GG en GD); Peilstation Systeem A'dam (GG en GD); Morbiditeitsanalyse R'dam (Lamberts, 1972); Morbiditeit in de Huisartspraktijk (Oliemans, 1969)

Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (NUHI); Peilstation Systeem 's-Gravenhage (GG en GD).

Opzet en doelstellingen van de diverse projecten lopen nogal uiteen. Zowel over de beoogde informatie als de wijze, waarop deze het beste routinematig kan worden opgeleverd in de huisartsgeneeskunde, bestaat nog geen consensus.

Wel bestaat in het algemeen overeenstemming over de wenselijkheid om meer ge-

gevens ter beschikking te krijgen voor onderzoek van epidemiologische en organisatorische aard.

Ook in 's-Gravenhage bestaat dus een huisartsregistratiesysteem of peilstationsysteem. Sinds 1968 registreert hier een groep van 12 huisartsen continue 12 infectieziekten. Deze registratiegegevens worden verzameld en verwerkt door de Afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne van de GG en GD.

Vastgesteld kan worden, dat steeds sprake is geweest van een consequente oplevering van gegevens door het team huisartsen. Evenwel de samenstelling van het registratieteam is zodanig dat geen representatief beeld van 's-Gravenhage wordt weergegeven.

Derhalve is het moeilijk met behulp van de verkregen cijfers verantwoorde conclusies te trekken voor deze stad.

Over de reorganisatie van het bestaande peilstationsysteem is intussen overleg gaande met de PHV.

In dit nummer wordt een voorstel gepresenteerd om te komen tot een zodanige, nieuwe opzet van een huisartsregistratiesysteem te 's-Gravenhage, dat een betere basis ontstaat voor verantwoord wetenschappelijk onderzoek.

Alvorens het voorstel van een nieuwe registratieopzet te behandelen lijkt het goed wat dieper in te gaan op het belang van registreren in de huisartspraktijk.

Immers bij het lanceren van een dergelijk plan dringt zich de vraag op wat de betekenis is van het project. Met name de huisarts, die in deze de meest direct betrokkene en zwaarst belaste is, zal deze vraag passend beantwoord willen zien.

Men dient zich af te vragen welke nieuwe, nog niet beschikbare, informatie in het registratiesysteem wordt beoogd en welke belangen daar vervolgens mee worden gediend.

Op de vier onderscheiden belangengebieden, de wetenschap, de huisartspraktijk, het beleid en het onderwijs wordt in de rubriek "algemene epidemiologie" nader ingegaan. Onder "epidemiologie van infectieziekten" en "epidemiologie van niet infectieuze ziekten" wordt de betekenis van het huisartsregistratiesysteem nader geïllustreerd met respectievelijk een voorbeeld uit de infectieziektenbestrijding en de geestelijke gezondheidszorg.

Tot slot van deze redactionele inleiding zouden wij er nogmaals op willen wijzen, dat uw reacties op de inhoud van het epidemiologisch bulletin erg belangrijk zijn. Uw ideeën, voorstellen en commentaar leveren het voedsel, waardoor op den duur het bulletin verder kan uitgroeien tot een zinvol communicatiemiddel tussen de medici in de praktijk en de GG en GD. van deze stad.

---

---

## ALGEMENE EPIDEMIOLOGIE

---

H.G.J. Nijhuis, arts\*

### Een huisartsregistratiesysteem te 's-Gravenhage

In hetgeen nu volgt wordt nader ingegaan op het belang van een voorstel voor een nieuwe opzet van een huisartsregistratie hier ter stede.

Ter inleiding hierop is het wellicht verduidelijkend om in het kort te beschrijven welk soort nieuwe informatie nagestreefd wordt en welke gegevens uit de huisartspraktijk hiervoor geregistreerd zouden moeten worden. Als soorten informatie kan men globaal onderscheid maken tussen epidemiologische en praktijkanalytische informatie.

Met epidemiologische informatie wordt inzicht beoogd in de gezondheidstoestand van de bevolking. De benodigde gegevens zijn veelal diagnoses; evenwel kunnen ook symptomen, klachten of problemen het uitgangspunt vormen.

Praktijkanalyse vertelt meer over het functioneren van de huisartspraktijk. Het levert informatie op over verrichtingen van de huisarts, de praktijkorganisatie en de samenstelling van de praktijkbevolking.

Dit onderscheid indachtig tekenen zich als belangengebieden af: de wetenschap, de huisartspraktijk, het beleid en het onderwijs.

#### Het belang

Wat de wetenschap betreft is het vooral de epidemiologie, die belang heeft bij de registratie van ziektegegevens in de huisartspraktijk. Zij houdt zich bezig met het verzamelen, ordenen en analyseren van deze gegevens in groepen van mensen. Op deze wijze ontstaat epidemiologische kennis, die iets zegt over de omvang van een bepaald ziekteprobleem (incidentie of prevalentie), risicogroepen (bijv. voor geslachtsziekten),

risicofactoren (bijv. voor drugverslaving) en trendmatigheden (daling of stijging in het voorkomen in de tijd). Dit soort epidemiologische informatie kan zowel betrekking hebben op kleinere (bijv. 's-Gravenhage) als grotere groepen (bijv. Nederland).

In de huisartspraktijk nu komt 85% van de ziektegegevens over de nederlandse bevolking aan de oppervlakte. Het spreekt dus vanzelf, dat het systematisch registreren van enkele van deze ziektegegevens een aanzienlijke informatiebron is voor talrijk en veelsoortig epidemiologisch onderzoek.

Het belang van het bewaken en opsporen (surveillance) van diverse aandoeningen mag hier niet onvermeld blijven. Naast infectieziekten valt hierbij tegenwoordig zeer zeker ook te denken aan aandoeningen ten gevolge van milieuverontreiniging. Een goed registratiesysteem in de huisartspraktijk kan eventueel aanzienlijke kennis opleveren over gezondheidsbedreigende factoren in het milieu.

Het verzamelen en analyseren van verrichtingen en basisgegevens van patiënten heeft een meer direct belang voor de huisartspraktijk.

Zo kunnen inzichten worden geleverd over de specifieke aard van individuele praktijken, die de desbetreffende huisartsen bij hun werk van dienst zouden kunnen zijn.

Een bepaalde opbouw van de praktijkbevolking (leeftijd, sociaal niveau, etnische groeperingen), een bepaald probleemaanbod of bijzondere risicogroepen voor bepaalde ziektes zouden voor de huisarts aanleiding kunnen zijn om een meer gerichte of meer preventief gerichte aanpak van de problemen te realiseren. Te denken valt aan samenwerking met andere hulpverlenende instanties.

---

\*H.G.J. Nijhuis, arts epidemioloog, is hoofd van het stafbureau epidemiologie en informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.

In het huisartsregistratiesysteem zouden gegevens over de praktijkopbouw of praktijkvoering vergeleken kunnen worden met doorsnee-gemiddelden, welke informatie kan worden teruggerapporteerd aan individuele deelnemende artsen. Uiteraard slechts indien dit door de betrokken arts op prijs wordt gesteld.

De huisarts staat in zijn werk in relatie tot velerlei andere vormen van hulpverlening, zoals medische specialisten, kruisvereniging, maatschappelijk werk etc.

In het registratiesysteem kan informatie ontwikkeld worden over de wijze waarop en de mate waarin huisartsen samenwerken met en verwijzen naar andere instanties.

Zo wordt bijgedragen aan een beeld van het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, dat nodig is voor het beleid van diverse organisaties (ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatie, kruisvereniging etc.).

Voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde moet bekendheid bestaan met de problemen en de werkwijze in de huisartspraktijk. Kennis hierover is nog steeds in ontwikkeling en de huisartsgeneeskunde loopt in deze ernstig achter bij de klinisch, specialistische geneeskunde.

Het spreekt vanzelf, dat het opleveren van kennis voor onderwijs geen primaire taak zou zijn van een huisartsregistratiesysteem te 's-Gravenhage. Als onderdeel van een breder verband is het evenwel belangrijk en nodig om via objectieve beeldvorming over de huisartspraktijk een bijdrage aan onderwijs te leveren.

In een beschouwing van de vier belangengebieden treedt het collectieve element sterk naar voren. Het gaat over het registreren van aantallen ziektes of verrichtingen van groepen mensen of over een collectieve aanpak van problemen gericht op alweer een bepaalde groep personen.

De primaire taak, die de huisarts zichzelf stelt, is niet van collectieve, maar van individuele aard. Hij draagt op de allereerste plaats verantwoordelijk-

heid voor zijn patiënt, die met zijn problemen om hulp komt. De optiek van de huisarts is derhalve meer individueel georiënteerd. Het is daarom niet verwonderlijk, dat facetten van collectief georiënteerde zorg niet vanzelfsprekend geassimileerd worden in de huisartsgeneeskunde.

Toch is het onze opvatting, dat er een groot belanggelegen is in een beperkte integratie van een epidemiologische benadering en aspecten van collectieve zorg. Ook al is het maar op wijk- of buurtniveau.

In een goed functionerend gezondheidszorgsysteem dienen individuele zorg en de collectieve, vaak meer preventief gerichte, aanpak elkaars aanvullende componenten te zijn. De laatste, de collectieve component, is over het algemeen ver achtergebleven in ontwikkeling, ook in 's-Gravenhage. Het lijkt erop, dat deze slechts met resultaat ontwikkeld kan worden in een goede samenwerking met de huisartsen. Het huisartsenregistratiesysteem zou hierbij een belangrijke rol kunnen spelen.

#### De organisatie

Er zijn diverse varianten mogelijk in de opzet van een huisartsregistratie. In bestaande systemen in Nederland is afwisselend gekozen voor:

- registratie door een steekproef van huisartsen (peilstations);
- registratie door een selectie van huisartsen;
- registratie van enkele verrichtingen of ziektes;
- intermitterende of continue registratie van alle ziektes en verrichtingen.

Het bestaande peilstationsysteem te 's-Gravenhage bestaat uit een groep van twaalf huisartsen, die continue twaalf infectieziekten registreert. Het vermoeden bestaat evenwel, dat deze registratie geen representatief beeld oplevert van de daadwerkelijke morbiditeit, die zich voordoet in 's-Gravenhage.

Dit nu is uiteraard wel de bedoeling. Ofschoon de volharding, waarmede door de registratiegroep gegevens werden inge-

stuurd, buiten kijf staat, is het gebrek aan representativiteit aanleiding geweest om een nieuwe opzette overwegen. Op basis van literatuurstudie en ervaringen elders in het land zijn intussen ideeën ontwikkeld en is enig werk verricht ter voorbereiding van een huisartsregistratiesysteem "nieuwe opzet" te 's-Gravenhage. Hieronder volgt het voorstel voor deze nieuwe organisatie.

#### Wie registreert?

De basis van de registratie wordt een representatieve groep van huisartsen, die ongeveer 10% van de bevolking te Gravenhage bestrijkt. Bij een totaal van iets meer dan 200 huisartsen zou dit inhouden, dat tussen de 20 en 25 artsen zouden moeten deelnemen. Van groot belang is, dat de gezamenlijke praktijkbevolking van deze groep representatief is voor 's-Gravenhage. Voor dit doel is de stad verdeeld in 13 gebieden, die ieder min of meer homogeen zijn voor een aantal kenmerken (zie bijgevoegde kaart en lijst van gebieden van 's-Gravenhage). Met andere woorden voor ieder gebied kan globaal gezegd worden, dat het sociaal niveau, de leeftijdsopbouw en het percentage etnische groeperingen ongeveer gelijk is. Zo wordt gebied 1 (Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Laakkwartier, Spoorwijk en Binckhorst) gekenmerkt door een laag sociaal niveau, veel kinderen, weinig bejaarden en een relatief hoog percentage etnische groeperingen. Een gebied als 12 is volstrekt anders gekarakteriseerd. Het streven in dit plan zou zijn om te komen tot een groep van registratie-artsen met een praktijkbevolking zodanig, dat ieder van deze gebieden in verhouding tot het inwonertal is vertegenwoordigd. Met andere woorden, wanneer 25 artsen nodig zijn om 10% van de bevolking te dekken dient wijk 2 (10% van de haagse bevolking) met twee en halve arts (10% van 25) vertegenwoordigd te zijn. Volgens deze methode zou het in principe mogelijk zijn om een representatieve groep huisartsen te formeren, die een juist beeld zouden kunnen opleveren van wat er in de huisartspraktijk in 's-Gravenhage omgaat.

#### Wat wordt geregistreerd?

Om te bepalen welke items precies geregistreerd gaan worden (ziektes, symptomen, klachten, verrichtingen etc.) dient o.i. een programmacommissie in het leven geroepen te worden. De commissie zou kunnen bestaan uit vertegenwoordigers van de haagse huisartsen en van de GG en GD. In onderling overleg kan dan overwogen worden welke items met welke doelstellingen geregistreerd zullen worden.

Om een indruk te geven van een mogelijk registratieprogramma is hieronder weergegeven het programma van het peilstation-systeem van Amsterdam, 1981.

- influenza (-achtig) ziektebeeld;
- pediculosis pubis (schaamluis);
- trichomoniasis;
- varicella (waterpokken);
- herpes zoster (gordelroos);
- alcoholmisbruik;
- irritable bowel syndrom;

Uit deze lijst spreekt reeds het belang van het gezamenlijk opstellen van werkbare definities, zodat fouten ten gevolge van verschillen in interpretatie van observaties zo klein mogelijk gehouden worden.

#### Wie coördineert en verwerkt de gegevens?

De opbouw en het onderhoud van het systeem wordt begeleid door de programmacommissie. De coördinatie, de gegevensverwerking en de terugrapportage wordt gedragen door de GG en GD, Stafbureau Epidemiologie en Informatica. Met name de regelmatige terugrapportage naar de huisartsen van onderzoekresultaten, analyses en praktijkgegevens wordt derzijds gezien als een absolute voorwaarde om de registratie een succes te laten worden.

Verder is het van belang op te merken, dat op landelijk niveau (NHI) initiatieven ontwikkeld worden om de eerste lijnsregistratieprojecten wat meer op elkaar af te stemmen. Er zal naar gestreefd moeten worden om de reeds gelegde contacten hierover met het NHI verder uit te bouwen.

### Hoe nu verder?

Bij de GG en GD zijn momenteel toereikende faciliteiten aanwezig om haar aandeel in de huisartsregistratie te dragen. Ook is het enthousiasme dusdanig, dat op redelijke termijn een start gemaakt zou kunnen worden met de opzet.

" Een klein begin is een goed begin", lijkt hierbij het juiste motto. Het woord is nu echter min of meer aan de huisartsen te 's-Gravenhage. Of verder ontwikkelingen plaats zullen vinden zal in sterke mate afhangen van het oordeel van de haagse huisarts. Om kennis te nemen van uw visie op deze voorstellen wordt het plan voor een huisartsregistratiesysteem te 's-Gravenhage langs deze weg aan u ter beoordeling voorgelegd. Ook met de PHV bestaat hierover intussen overleg.

### Literatuur:

Oliemans, A.P.: Morbiditeit in de Huisartspraktijk. H.E. Stenfert Kroese N.V., Leiden, 1969.

NHI : "Naar een informatie-netwerk in de eerste lijn", rapport project classificatie/registratie in de huisartspraktijk, 1981.

Amsterdams Peilstationproject: jaarverslagen 1979, 1980.

Fry, J.: Common Diseases, 2nd edition, MTP Press Limited Falcon House Lancaster England, 1979.

NUHI: Gewone ziektes, Nijmegen, 1980.

Gezondheidsraad: Advies inzake registratie van medische en psychologische gegevens en de bescherming van de persoonlijke levensfeer, Rijswijk, 1978.

Logan, W.P.D.: Morbidity statistics from general practice, London.

NHI.: Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland, Utrecht, jaarverslagen 1970 t/m 1980.

ICD, Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, WHO, Geneve, 1975 revision.

---



---

EPIDEMIOLOGIE VAN INFECTIEZIEKTEN

---

RUBELLA-VACCINATIE VAN GESLACHTSRIJPE  
VROUWEN

M.L.Petit, arts \*

Rubella is een mild verlopende virus-ziekte met als belangrijkste symptomen een maculopapuleus exantheem in het gelaat, op de romp en de ledematen, gepaard gaande met een postauriculaire en/of suboccipitale lymphadenopathie.

Deze ziekte komt het meest voor bij kleuters en is moeilijk te onderscheiden van de andere exanthematische ziekten bij kinderen.

De kinderen zijn meestal niet ziek, hoogstens wat hangerig, maar vormen, zoals u weet, een potentieel gevaar voor zwangere vrouwen.

Het probleem is dus het Congenitaal Rubella Syndroom bestaande uit een variatie van congenitale anomalieën, reeds bij de geboorte vast te stellen, tot aan gedragsafwijkingen, die zich pas op 5 of 6 jarige leeftijd manifesteren. De doelstelling van het rubellabestrijdings programma nu is het voorkomen van CRS terug te dringen.

Welk beleid moet gekozen worden om dit te realiseren?

Het doormaken van de ziekte op jonge leeftijd lijkt de meest voor de hand liggende en praktische methode om antilichamen voor het leven te kweken.

Toen het verzwakte levende rubella-vaccin in de zestiger jaren beschikbaar kwam, werd dan ook in de Verenigde Staten besloten tot het massaal vaccineren van jonge kinderen, in de hoop het circuleren van het wilde virus te beperken of tot stilstand te brengen en zo de ziekte uit de samenleving te laten verdwijnen. Achteraf bleek dit niet te gebeuren. De incidentie van rubella verplaatste zich naar groepen jonge volwassenen o.a. militaire recruten en jonge universiteitsstudenten, die in instituten zoals legerkampen en universiteiten bij elkaar wonen.

Daarentegen werd in Nederland en Engeland voor een selectief immunisatieprogramma gekozen.

De redenen daartoe waren onder meer de onbekendheid met de duur van de immuniteit, teweeegebracht door de vaccinatie, en het onbekende effect, dat het vaccin-virus eventueel zou kunnen hebben op de ongeboren vrucht.

De doelgroep is dan ook geworden meisjes van 11 of 12 jaar oud. Jongens werden dus niet gevaccineerd met de bedoeling, dat zij de infectie met het wilde rubella virus zouden doormaken. Aldus zou er een rubellareservoir in de bevolking blijven bestaan, dat de immuniteit in de bevolking in stand zou houden.

Met de Amerikaanse benadering werden in de loop der jaren rubella-epidemieën voorkomen in tegenstelling tot in Nederland, waar wij mei/juni 1979 nog een rubella-epidemie hadden. Zo werden in 1979 op de G.G. en G.D. te 's-Gravenhage 1139 werkelijk of vermeende contacten van zwangere vrouwen met rubella geregistreerd. Hiervan bleken er 96 seronegatief te zijn (8,4 %). In 1980 werden 280 contacten geregistreerd, waarvan 34 seronegatief (12 %), in 1981 t/m september 119, waarvan 20 seronegatief (16,8 %).

In het begin van de jaren 70 werden in de Verenigde Staten sera van 50.000 personen onderzocht op rubella-antilichamen. Hiervan bleek 14 % seronegatief te zijn. Het merendeel van deze sera kwam van geboorteregelings-poliklinieken uit verschillende delen van het land, dus van vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd.

Al met al blijkt uit de literatuur weinig verandering in rubella-immuniteit bij vrouwen in de reproductieve leeftijd, met andere woorden er blijft een ontvankelijke groep vrouwen bestaan, die risico loopt om tijdens zwangerschap een rubella-infectie op te lopen. De incidentie van CRS daalt dan ook niet (tenzij er met de curette of tegenwoordig prostaglandine-infuus ingegrepen wordt).

---

\* M.L.Petit, arts, hoofd van de Afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne.

Daar het voorkomen van CRS het uiteindelijke doel van rubellapreventie is, ligt het voor de hand alle vrouwen in de reproductieve leeftijd, dus van 17 tot 45 jaar, te vaccineren.

Alleen met deze aanpak mag verwacht worden, dat het CRS in de naaste toekomst kan worden teruggedrongen.

Voor deze vaccinatie van geslachtsrijpe vrouwen bestaat in 's-Gravenhage geen programma. Het is derhalve zaak om zoveel mogelijk vrouwen in de reproductieve leeftijd in de huisartspraktijk te vaccineren. Bij deze rubella vaccinatie gelden de volgende regels:

- vaccinatie wordt uitsluitend tijdens de menstruatie of in het kraambed uitgevoerd;

- er mag geen zwangerschap volgen in de twee maanden na de vaccinatie.

Bij deze richten wij een oproep aan de huisartsen om zoveel mogelijk de rubellavaccinatie van geslachtsrijpe vrouwen ter hand te nemen. Om enige regelmaat aan te brengen zou men het onderwerp kunnen aanroeren tijdens anticonceptiecontroles.

Eventueel kunnen vrouwen ook voor vaccinatie terecht bij de Afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne van de G.G. en G.D., Waldeck Pyrmontkade 4 te 's-Gravenhage. Na telefonische afspraak worden op de entkamer vaccinaties toegevend.

Van de vaccinatie van 11 en 12 jarige meisjes, die in 1973 begonnen is, mag pas op den lange duur effect worden verwacht.

Hoe kunnen we nu nagaan of deze gezamenlijke inspanning van huisarts en G.G. en G.D. te 's-Gravenhage om geslachtsrijpe vrouwen te vaccineren effectief geweest is?

Hiertoe zou uitstekend gebruik gemaakt kunnen worden van het huisartsregistratiesysteem door bij een representatieve groep vrouwen uit de Haagse bevolking de rubella-serologie na te gaan. Uit een daling van het percentage seronegatieven zou het succes spreken van deze vorm van bestrijding van het CRS.

#### Literatuur:

Prelud S.B. et al.: "Rubella vaccination in the United States: a ten-year review" *Epidemiologic Reviews*, J. Hopkins University, Baltimore, U.S.A., 1980.

#### AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

Een overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten in Den Haag over het 3de kwartaal 1981 wordt gegeven in tabel 1.

Hieronder volgt voor enkele infectieziekten enige casuïstiek en/of epidemiologie.

#### Febris Typhoidea

Er werden 2 gevallen aangegeven. Eén patiënt kwam uit Caïro en was in Nederland met vakantie, de ander was lid van een dansgroep uit Sri Lanka, welke in Scheveningen logeerde.

#### Dysenteria Bacillaris

Er werden 17 gevallen aangegeven (S. Sonnei 11, S. Fleneri 6); 11 patiënten werden in het buitenland besmet; 7 patiënten werden opgenomen in een ziekenhuis.

#### Hepatitis A

Er werden 4 gevallen aangegeven, waarvan 1 in het buitenland besmet werd.

#### Hepatitis B

Er werden 8 gevallen aangegeven. Over de wijze van besmetting kan het volgende worden opgemerkt:

- intraveneus druggebruik : 4 personen
- homoseksueel contact : 2 personen
- in het buitenland : 1 persoon
- onbekend : 1 persoon

#### Lepra

Er werd 1 geval afkomstig uit Afrika aangegeven.

#### Malaria

Er werd 1 geval aangegeven (plasmodium vivax). De patiënt had tijdens zijn reis naar Soedan wél profylaxe ingenomen, maar had dit verzuimd na thuiskomst.

#### Meningococcocis

Er werden 2 gevallen aangegeven. Het eerste geval betrof een kind van 18 maanden, dat aan een meningococcen sepsis overleed. Het tweede patiëntje (5 jaar) herstelde geheel na behandeling in een ziekenhuis.

#### Ornithosis

Er werd 1 geval aangegeven, dat in een ziekenhuis was opgenomen. Patiënte had sinds 1 jaar een parkiet in huis.

Pertussis

Er werd 1 geval aangegeven.

Rubella

Er werden 4 gevallen aangegeven. Van de 34 verrichte H.A.R.-testen waren er 7 (20,6%) negatief. Aan 29 vrouwen werd anti-rubellavaccin (Ervevax) toegediend.

Salmonellosis

Er werden 116 gevallen aangegeven, waarvan er 43 in een ziekenhuis opgenomen werden.

Tuberculose

Er werden 26 gevallen aangegeven, waarvan er 8 opgenomen werden in een ziekenhuis.

---

EPIDEMIOLOGIE VAN NIET INFECTIEUZE  
ZIEKTEN

---

Psychiatrie en registratie in de  
huisartspraktijk

Prof. Dr. W.J. Schudel\*

Bij de nieuwe opzet van een representatief registratiesysteem voor de Haagse huisartsen lijkt het gewettigd ook enige aandacht te besteden aan de psychiatrische morbiditeit in de huispraktijk. Er bestaan immers hardnekkige vermoedens, dat de bevolking van de grote steden gemiddeld meer psychiatrische pathologie vertoont dan de plattelandsbevolking. De aanwezigheid van sociaal-psychiatrische diensten, die van oudsher vooral in de grote steden een belangrijke functie vervullen, bevordert in elk geval een snellere signalering en verwijzing. Zo heeft de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de Haagse GG en GD al vele jaren een wisselwacht-functie, waardoor een redelijk overzicht over het stedelijk gebeuren is verkregen. Een opvallende constatering is de schijnbaar sterk ongelijke verdeling van verschillende psychiatrische problemen over de diverse huisartspraktijken. Het ligt voor de hand te veronderstellen, dat de variatie veroorzaakt wordt door verschillen in signalering, maar een dergelijke veronderstelling dient uiteraard te worden onderbouwd.

De voorgestelde reorganisatie van het huisartsregistratiesysteem biedt een goede gelegenheid de hierboven geschetste problematiek aan te pakken.

Een bescheiden doelstelling is daarbij noodzakelijk om overbelasting van de deelnemers van het systeem te voorkomen. Een tweetal sociaal-psychiatrische syndromen zou ik echter voor opname in het registratie-systeem willen aanbevelen en wel de suïcidepogingen en de verslavingen.

Een uitgesproken positief verband tussen zelfmoordpogingen en verslavingsgedrag is herhaaldelijk overtuigend aangetoond. Deze dienst registreert al vele jaren

het zelfmoordgedrag in Den Haag, terwijl sinds kort ook een registratie van heroïne-verslaafden is opgezet.

Tot nu toe wordt echter slechts gebruik gemaakt van de gegevens, die door instanties vanuit de tweede en derde lijn van de gezondheidszorg worden verstrekt. Het is niet onaannemelijk, dat daardoor een belangrijk deel van de pathologie niet of pas veel later boven water komt, waardoor een onjuist, of op zijn minst een onvolledig beeld van de situatie in Den Haag kan ontstaan. Ik wil dan ook pleiten voor het opnemen van beide genoemde categorieën in het registratiesysteem. In elk geval is de bestaande gedachtenwisseling over deze materie met de PHV en het Stafbureau Epidemiologie uiterst zinvol en gewenst. Overigens zullen wij binnenkort in dit bulletin de reeds beschikbare gegevens presenteren en wat nader toelichten.

---

\*Prof. Dr. W.J. Schudel is hoofd van de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD te 's-Gravenhage benevens buitengewoon hoogleraar sociale psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.



Indeling van 's-Gravenhage in 13 gebieden naar sociaal niveau (s.n.), kindertal (ki.), bejaardental (bej.) en percentage etnische minderheden (e.m.)

Gebieds no.	Gebieds-omschrijving	Karakterisering	Inwoners (%)	Gebieds no.	Gebieds-omschrijving	Karakterisering	Inwoners (%)
1.	Stationsbuurt ) Schildersbuurt ) Transvaalkwartier ) Laakkwartier ) Spoorwijk ) Binckhorst )	s.n. laag ki. hoog bej. laag e.m. hoog	105725 (22)	7.	Archipelbuurt ) Willempark )	idem	6909 (2)
2.	Valkenboskwartier ) Regentessekwartier ) Zeeheldenkwartier )	s.n. midden laag ki. hoog bej. laag e.m. hoog	46949 (10)	8.	Bezuidenhout	idem	16090 (4)
3.	Duindorp ) Scheveningen )	s.n. midden laag ki. laag bej. vrij hoog e.m. laag	25452 (6)	9.	Kraayenstein ) Loosduinen ) Waldeck ) Leyenburg )	s.n. midden hoog ki. vrij laag bej. vrij hoog e.m. laag	44690 (10)
4.	Morgenstond ) Zuiderpark ) Moerwijk ) Groente Fruitmarkt ) Rustenburg )	idem	63807 (14)	10.	Geuzen-Statenviertel ) Duinoord ) Bomen-Bloemenbuurt ) Vruchtenbuurt )	s.n. midden hoog ki. vrij hoog bej. vrij hoog e.m. laag	53805 (12)
5.	Centrum )	s.n. midden laag ki. laag bej. laag e.m. laag	9970 (2)	11.	Vogelwijk ) Bohemen ) Kijkduin Ockenburg )	s.n. hoog ki. laag bej. hoog e.m. laag	11679 (3)
6.	Bouwlust ) Vredarust )	s.n. midden ki. laag bej. laag e.m. laag	30371 (7)	12.	Oostduinen ) Belgisch Park ) Westbroekpark ) Benoordenhout ) v. Stolkpark ) Zorgvliet )	idem	24976 (5)
				13.	Mariahoeve	idem	16199 (13)

TABEL 1

Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag, 3e kwartaal 1981

INFECTIEZIEKTE	Leeftijd en geslacht																Sub-totaal		Totaal	Opge-nomen
	0-1		2-4		5-14		15-19		20-39		40-49		50-65		66 +		m	v	m + v	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v				
<b>Groep A</b>																				
Febris typhoidea									2								2	-	2	2
Lassakoorts e.a.																				
Pest																				
Poliomyelitis																				
Rabies																				
Variola																				
<b>Groep B</b>																				
Anthrax																				
Brucellosis																				
Cholera																				
Diphtheria																				
Dysenteria bac.	1		3	1	1	2				4	2		2		1	10	7	17	7	
Febris recurrens																				
Gele koorts																				
Hepatitis A					1		1		1						1	1	3	4		
Hepatitis B					1				4	1	1				1	7	1	8	2	
Lepra													1			1		1		
Leptospirosis																				
Malaria									1							1		1	1	
Meningococcosis		1				1											2	2	2	
Morbilli																				
Ornithosis															1		1	1	1	
Paratyfus B																				
Pertussis		1															1	1		
Q-koorts																				
Rubella		2		2													4	4		
Salmonellosis	8	16	16	9	4	3	3	6	13	11	2	1	6	7	4	7	56	60	116	43
Scabies	1									1						1	1	2	1	
Tetanus																				

INFECTIEZIEKTE	Leeftijd en geslacht														Sub-totaal		Totaal	Opge-nomen		
	0-1		2-4		5-14		15-19		20-39		40-49		50-65		66 +		m	v	m + v	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v						

Vervolg groep B

Trichinosis																12	14	26	8
Tuberculosis	1				2	1			4	4		3	2	3	3				
Tularaemia																			
Typhus exanth.																			
Voedselinfectie																			
Yersinia enterocol- ica-infectie				1													1	1	1

Groep C

Gonorrhoea							9	15	209	71	30	2	7	2	3	1	258	91	349	
Syphilis(prim. sec.)							1		8	3				1		9	4	13		
Syphilis congenita																				
Parotitis epidemica	1			2	1	1										2	3	5		
Ulcus Molle									3							3		3		