

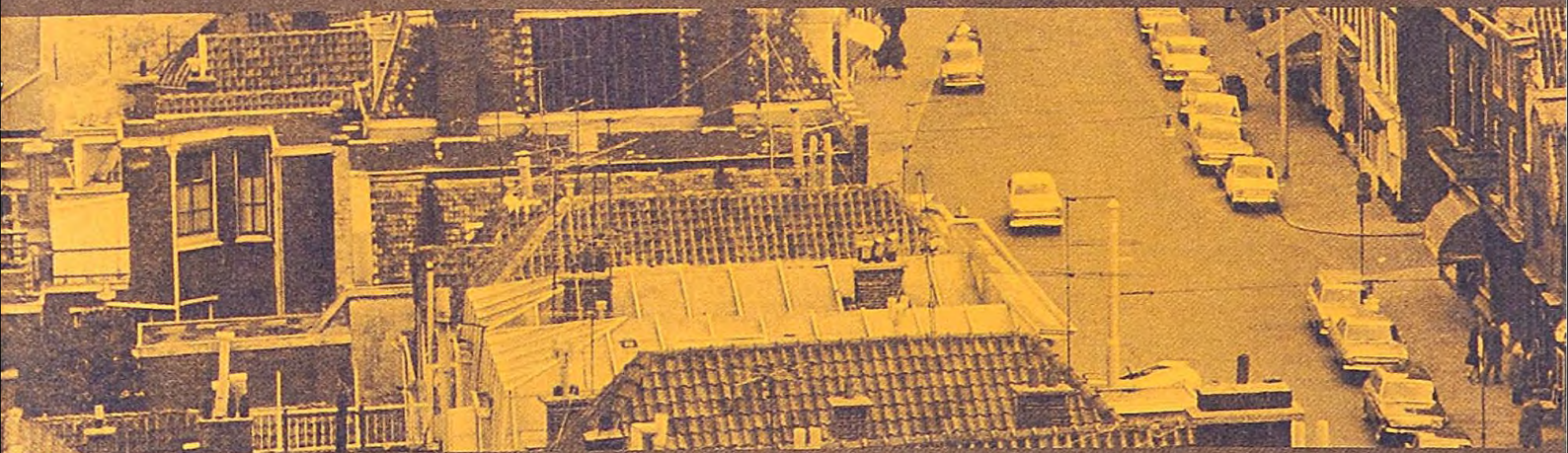
# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

17e Jaargang

No. 4

's-Gravenhage

November 1982



---

 REDACTIONEEL
 

---

Hoe staat het met het huisartsregistratiesysteem?

Sinds het oktobernummer 1981 heeft u behoudens een enkele opmerking weinig meer vernomen over de vorderingen die gemaakt zijn met het opzetten van een morbiditeitsregistratie bij huisartsen in Den Haag. Wat is er gebeurd?

In samenwerking met de Plaatselijke Huisartsen Vereniging is een verzoek tot deelname uitgegaan naar alle Haagse huisartsen. Daarop hebben 38 huisartsen positief gereageerd, welke een gezamenlijke praktijkbevolking vertegenwoordigen van zo'n 80.000 patiënten. Deze totale praktijkomvang gaat ver uit boven het streven om ongeveer 10% van de Haagse bevolking (45.430 personen) te bestrijken. Bovendien waren de geïnteresseerde huisartsen niet representatief over de stad verspreid. Derhalve moesten we zoeken naar een optimale selectie van huisartsen, die het meest representatieve beeld van Den Haag konden opleveren. Het uitvoeren van deze selectie was een tamelijk bewerkelijk proces.

Van de beschikbare 38 huisartsen werden diverse praktijkgegevens opgevraagd zoals verhouding ziekenfonds en particuliere patiënten, woonlocatie van de patiënten, percentage etnische minderheden en leeftijdsopbouw van de praktijkbevolking.

Na analyse van deze gegevens werd gezocht naar een selectie van huisartsen die in de gezamenlijke praktijkbevolking een representatief deel van ongeveer 10% van de Haagse bevolking omvatten. Dit proces nu nadert zijn afsluiting en lijkt een goed registratieteam te gaan opleveren van 24 huisartsen. Hierover zal binnenkort met alle huisartsen die zich opgegeven hebben contact opgenomen worden. Daarna wordt het zaak om te komen tot een begeleidingsgroep waarin

huisartsen en de GG en GD participeren. Deze groep zal zich ondermeer bezig moeten gaan houden met het vaststellen van zinvolle items (ziektes, handelingen) om te registreren, zodat aan de hand van studie hiervan meer inzicht ontstaat in de gezondheid van de Haagse bevolking. Uiteindelijk blijkt het opzetten van het registratiesysteem trager te verlopen dan oorspronkelijk verwacht werd. Van de zijde van de GG en GD blijft het enthousiasme echter groot om er mee aan de slag te gaan. De lange duur die ermee gemoeid is komt ons inziens voort uit de grote hoeveelheid betrokkenen. We gaan ervan uit dat dezelfde geleidelijkheid ook waarborg zal zijn voor Hollandse gelijkheid.

Tot slot nog een mededeling met betrekking tot een onderwerp dat niet echt epidemiologisch van aard is, maar het voorkomen van ziektes wel kan beïnvloeden.

Het blijkt namelijk onvoldoende bekend dat voorlichtingsmateriaal, bruikbaar in de huisartspraktijk, gratis verkrijgbaar is bij de gemeente Den Haag.

Het materiaal over diverse ziektes is aan te vragen bij:

Bureau Gezondheidsvoorlichting  
Burgemeester de Monchyplein 14  
2585 BD 's-Gravenhage.

De redactie.

---

---

 ALGEMENE EPIDEMIOLOGIE
 

---

INCIDENTIE EN PREVALENTIE

H.G.J. Nijhuis \*

De epidemiologische begrippen incidentie en prevalentie zijn zonder twijfel de moeite waard om eens wat extra aandacht aan te besteden. Het zijn twee concepten die men dikwijls tegenkomt in de binnen- en buitenlandse medische literatuur. Daarnaast vormen deze maten basisbegrippen in de epidemiologie. Door (voor sommigen wellicht ten overvloede) nog eens te beschrijven wat deze

begrippen inhouden, welke hun betekenis is, waar hun toepassing ligt en waarin ze precies verschillen, wordt zeker het inzicht in de epidemiologische benaderingswijze van gezondheidsproblematiek bevorderd.

Beschouwen we allereerst de statistische definitie en de epidemiologische inhoud van incidentie en prevalentie.

Incidentie = $\frac{\text{het aantal } \underline{\text{nieuwe}} \text{ gevallen van een ziekte}}{\text{de geëxponeerde bevolking}}$	gedurende een bepaalde <u>tijdsperiode</u>
Prevalentie = $\frac{\text{het aantal } \underline{\text{bestaande}} \text{ gevallen van een ziekte}}{\text{de totale bevolking}}$	op een bepaald <u>tijdsmoment</u>

In de teller van de incidentie-breuk staat het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte (bijv. coronairaan- doeningen) welke zich gedurende een bepaalde tijdsperiode in een bevolking voordoen (bijvoorbeeld 1 januari - 31 december 1981).

In de noemer wordt weergegeven het totaal aantal personen in die bevolking dat geëxponeerd is aan het risico om de bedoelde ziekte te krijgen (b.v. voor

coronairaan- doeningen globaal de leef- tijds- groepen ouder dan 30 jaar).

Bij de prevalentie-breuk zetten we in de teller het aantal bestaande gevallen van een bepaalde ziekte (b.v. coronairaan- doeningen) dat in een bevolking aanwezig is op een bepaald tijdsmoment (b.v. 1 januari 1981).

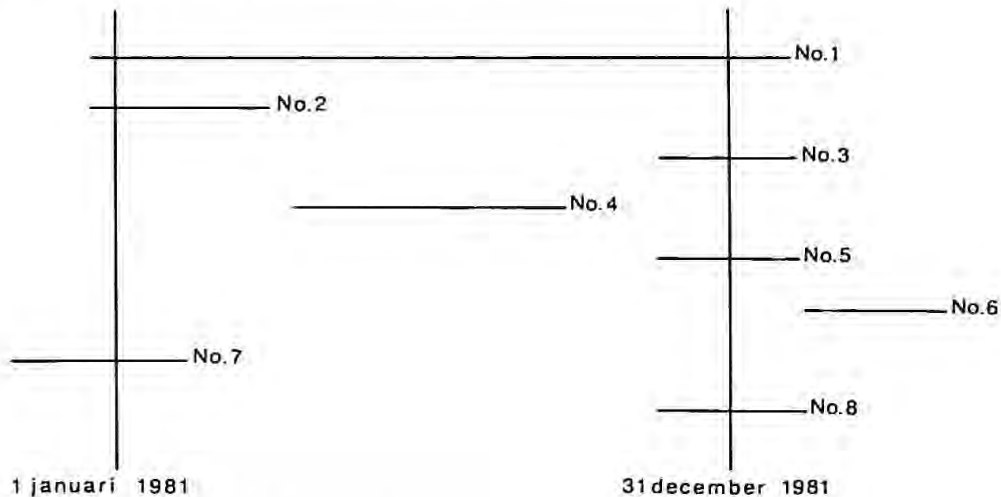
In de noemer staat het totaal aantal personen dat in de bevolking aanwezig is op datzelfde tijdsmoment.

---

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

Op de volgende pagina in figuur 1 wordt schematisch verduidelijkt hoe we aan de aantallen in de teller van de daaropvolgende twee breuken komen.

Figuur 1. Aantal ziektegevallen beginnend, verlopend en eindigend gedurende de tijdsperiode 1 januari - 31 december 1981.



We zien in de bovenstaande figuur twee momenten aangegeven in het verloop van een aantal ziektegevallen in de tijdspe-

riode 1 januari - 31 december 1981. Voor deze periode geldt nu voor de ziektegevallen:

$$\text{Incidentie} = \frac{4}{\text{geëxponeerde bevolking}} \text{ per jaar}$$

$$\text{Prevalentie (op 1 januari)} = \frac{3}{\text{totale bevolking}}$$

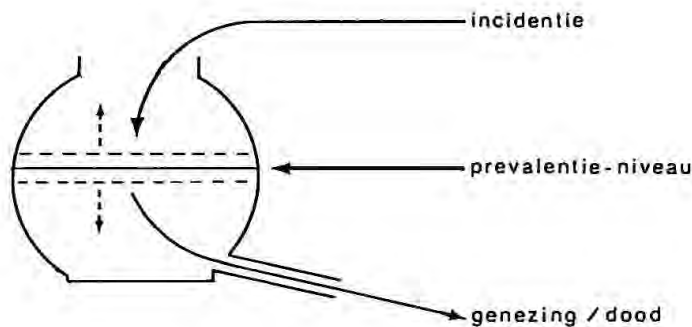
$$\text{Prevalentie (op 31 december)} = \frac{4}{\text{totale bevolking}}$$

De regel is dus dat voor incidentie alleen de nieuwe gevallen van een ziekte meetellen. De aanwezigheid van deze gevallen wordt beïnvloed door factoren die voor het moment van het begin van de ziekte zijn gelegen.

Bij prevalentie wordt als het ware het residu van een bepaalde incidentie van een ziekte gemeten. Het gaat daarbij meestal om min of meer chronische ziektebeelden.

Naast de aanvoer van nieuwe gevallen (de incidentie) wordt de prevalentie van een ziekte dus ook beïnvloed door factoren die de duur van de aandoening beïnvloeden. Genezing en dood zijn twee momenten die bij uitstek de duur van een ziekte bepalen. Ze zijn derhalve ook van invloed op het prevalentie-niveau in een bevolking. De "prevalentiepot" laat deze dynamiek van incidentie, duur (genezing of dood) en prevalentie zien.

Figuur 2. De Prevalentiepot.



De incidentie tracht het prevalentie-niveau te verhogen, genezing en dood doen het juist afnemen. Medisch ingrijpen waardoor genezing wordt bevorderd is dus een factor welke de prevalentie beïnvloedt terwijl de incidentie er onberoerd door blijft.

Wat betekenen nu deze begrippen en wat is hun juiste epidemiologische toepassing?

Bekijken we daarvoor in tabel 1 en 2 enkele resultaten uit de beroemde Framingham-studie in de Verenigde Staten waarbij nagenoeg de gehele volwassen bevolking van het stadje Framingham door de jaren heen onderzocht is op het voorkomen van hart- en vaatziekten.

Uit tabel 1 blijkt dat voor coronairaan- doeningen voor de leeftijdsgroep 30-39 jaar geldt:

incidentie voor mannen = 24,2 per 1000

incidentie voor vrouwen = 1,0 per 1000

Wat betekent dit?

Dit wil zeggen dat jonge mannen (30-39 jaar) een risico hebben van 24,5 per 1000 om een coronairaan- doening te krijgen in de aangegeven 8 jaar. Voor vrouwen is het risico slechts 1 per 1000. Vergelijkenderwijs is het risico voor coronairziekten voor mannen dus 24,5 maal zo groot dan bij vrouwen. In epidemiologische termen spreken we dan wel van "man zijn" als een ernstige risicofactor voor coronairziekten. In dit voorbeeld is nu een "klassieke" toepas-

sing van incidentie gegeven. Het wordt gebruikt in de betekenis van een risico en toegepast om risicofactoren te ontdekken ter meerdere kennis van de aetiologie van ziektes.

Uit tabel 2 blijkt dat voor coronair- ziektes voor de leeftijdsgroep 30-44 jaar geldt:

prevalentie voor mannen: 5 per 1000

prevalentie voor vrouwen: 5 per 1000

Dit betekent dat op het aangegeven tijdsmoment voor mannen zowel als vrouwen geldt, dat 5 op de 1000 personen aan een of andere bestaande vorm van coronairziekte leden.

Het prevalentiegetal zegt iets over het percentage van de bevolking dat aangedaan is met een ziekte op een bepaald moment. Het is derhalve een maat voor de omvang op het gewicht van een bepaald gezondheidsprobleem in een bevolking.

Prevalentiecijfers kunnen dan ook met vrucht worden gebruikt voor de planning van gezondheidsvoorzieningen. Zo kan de verpleeghuisbeddenscapaciteit in een regio worden gebaseerd op prevalentiecijfers van verpleegbehoefte in haar bevolking.

Dat incidentie en prevalentie niet verwisseld mogen worden spreekt duidelijk uit ons voorbeeld uit de Framingham-studie. Beiden zijn maten voor het voorkomen van ziektes maar hun betekenis en

Tabel 1. Incidentie van coronairziekten over een periode van 8 jaar, onder 4995 personen, 30-59 jaar oud, vrij van coronairziekten bij het eerste onderzoek (Framingham-studie).

Leeftijd	Aantal onderzochten	Mannen		Aantal onderzochten	Vrouwen		Totaal Incidentie
		Aantal met coronairziekten	%		Aantal met coronairziekten	%	
30-39 jaar:	825	20	24,2	1036	1	1,0	24,2
40-49 jaar:	770	51	66,3	955	19	19,9	3,3
50-59 jaar:	617	81	13,3	792	53	66,9	2,0
Totaal :	<u>2212</u>	<u>152</u>		<u>2783</u>	<u>73</u>		

Tabel 2. Prevalentie van coronairziekten op het moment van het eerste onderzoek, onder 4469 personen, 30-62 jaar oud (Framingham-studie).

Leeftijd	Aantal onderzochten	Mannen		Aantal onderzochten	Vrouwen		Totaal Prevalentie
		Aantal met coronairziekten	%		Aantal met coronairziekten	%	
30-44 jaar:	1083	5	5	1317	7	5	1,0
45-62 jaar:	941	43	46	1128	21	19	2,4
Totaal :	<u>2024</u>	<u>48</u>		<u>2445</u>	<u>28</u>		

toepassing zijn totaal verschillend. De incidentie toonde ons dat bij mannen het risico om coronairziekten te krijgen 25 maal zo groot was dan bij vrouwen, terwijl we op basis van de prevalentie-cijfers konden stellen dat evenveel mannen als vrouwen de ziekte hadden. Het verschil in uitkomst laat zich als volgt verklaren: Meer mannen dan vrouwen in de aangeduide jonge leeftijdsgroepen lijden aan ernstige vormen van coronairziekten (acute hartdood, myocardinfarct). Mannen met de ziekte hebben daardoor een hogere sterftekans, een kortere ziekteduur en verdwijnen daardoor met een hogere "rate" uit de bevolking. Vrouwen daarentegen hebben vaker mildere vormen van coro-

nairlijden (angina pectoris), waaraan zij minder snel overlijden. Daardoor hebben zij een langere ziekteduur en blijven langer aanwezig in de bevolking. Om nogmaals met de prevalentiepot te spreken:

In vergelijking met vrouwen komen mannen met de ziekte met een veel hogere incidentie-"rate" in de pot. Zij worden er echter door een veel hogere sterfte-"rate" ook sneller uit verwijderd. Het resultaat is dat het prevalentie-niveau voor mannen en vrouwen, die met een coronairaanandoening in de prevalentiepot overblijven, ongeveer even hoog is.

Het moge duidelijk zijn dat de betekenis van incidentie en prevalentie geheel

verschillend is. Het is dan ook onjuist om deze begrippen door elkaar te gebruiken. Toch worden nog wel eens op basis van prevalentiecijfers suggestieve uitspraken gedaan over risicofactoren of de aetiologie van ziektes.

Dat is ook wel erg verleidelijk. Immers prevalentiecijfers zijn vaak met aanzienlijk minder onderzoekinspanning te bemachtigen dan incidentiecijfers. Prevalentie kan in principe in éénmalig onderzoek worden gemeten terwijl voor incidentie twee metingen of een goed aangiftesysteem nodig zijn.

---

---

 EPIDEMIOLOGIE VAN NIET INFECTIEUZE  
 ZIEKTEN
 

---

SUÏCIDE IN DEN HAAG - 1981

Prof. dr. W.J. Schudel \*

Zelfmoord is niet een typisch grotestads probleem en dus ook niet een typisch Haags probleem. Wel heeft het zelfmoordgedrag van de Haagse bevolking in de loop der jaren steeds nadrukkelijk in de belangstelling gestaan. Met Speijers benoeming (in 1950) tot hoofd van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG en GD is de registratie van zelfmoorden en zelfmoordpogingen ingevoerd. Sindsdien worden de gegevens met grote nauwkeurigheid bijgehouden. Naast de wetenschappelijke belangstelling voor het zelfmoordvraagstuk, resulterend in zijn belangrijke monografie uit 1969, introduceerde Speijer ook de systematische aanpak van de preventie van recidiven van zelfmoordpogingen en de analyse van voltooide zelfmoorden ter algemene instructie.

Tot op de dag van vandaag is het suïcideregister van de GG en GD een belangrijke bron van informatie, vooral ook door de continuïteit van de registratie, die al meer dan 30 jaar overspant. Zo is in de loop der jaren in samenwerking met de ziekenhuizen en de politie de gegevensverzameling geoptimaliseerd, hetgeen telkens blijkt bij vergelijking met landelijke registratie-cijfers of steekproefonderzoek. In deze bijdrage wil ik mij beperken tot de suïcide in engere zin; de tentamina suïcidii komen een

andere keer aan de orde. In het algemeen spreekt men in de literatuur van suïcide, indien aan een drietal voorwaarden is voldaan. De suïcide-pleger moet aan zijn daad zijn overleden, hij moet de intentie hebben gehad om te overlijden of althans het mogelijk overlijden als uitkomst van zijn handelen hebben aangevaard, en hij moet de dood als oplossing hebben gekozen voor een anderszins door hem onoplosbare situatie.

Deze theoretische definiëring is evenwel nauwelijks te hanteren, wanneer na het overlijden van de persoon in kwestie tot reconstructie van het gebeuren moet worden overgegaan. In de praktijk beschouwen we elk overlijden door eigen handelen als suïcide, indien een ongeval redelijkerwijs kan worden uitgesloten. Overlijden door een val van een tientallen meters hoge flat wordt als suïcide aangemerkt; evenzo spreken wij van suïcide, wanneer iemand door een tram wordt overreden, ook al zijn er geen directe getuigen van het voorval. Twijfel aan de intentie van de betrokkene is er ook bij de dood door overdosering van geneesmiddelen. Hier is de eigen actie evident, maar er bestaat geen zekerheid of de betrokkene alleen maar een suïcidale geste (= parasuïcide) wilde uitvoeren. Toch zullen wij ook bij dit laatste voorbeeld suïcide aannemen.

Overwegingen als deze blijken telkens een rol te spelen bij de classificatie van suïcidaal gedrag in nationale en internationale statistieken. Interpretatie van gegevens uit verschillende bronnen dient dan ook met grote voorzichtigheid te geschieden. De hier represen-

---

\* Prof. dr. W.J. Schudel is hoofd van de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD en buitengewoon hoogleraar in de Sociale Psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.



teerde cijfers betreffen alle geregistreerde suïcides die in 1981 in de gemeente Den Haag plaatsvonden. Ook niet-Hagenaars, die zich binnen de gemeente suïcideerden, zijn opgenomen, terwijl Haagse inwoners, die zichzelf buiten de gemeente om het leven brachten ontbreken. Om een redelijke indruk op te leveren over de incidentie van zelfmoorden in Den Haag zullen echter de suïcidecijfers worden gerelateerd aan de demografische gegevens van de Haagse bevolking.

Onze overigens onverifieerbare veronderstelling daarbij is, dat vrijwel evenveel Hagenaars zich buiten de gemeente suïcideren als buiten-Hagenaars binnen de gemeentegrenzen. Wij accepteren de eventuele foutenbron als een onvermijdelijke, maar menen op deze wijze de realiteit zo goed mogelijk te kunnen benaderen. In tabel 1 en 2 zijn een aantal suïcidecijfers naar geslacht weergegeven voor Nederland en voor Den Haag in absolute aantallen en per 100.000 inwoners.

Tabel 1. Suïcide in Nederland naar geslacht.\*

	Aantal gevallen per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
1960	12,9	7,8	10,3
1970	15,3	9,2	12,2
1972	15,3	9,7	12,5
1974	16,5	10,7	13,5
1976	17,3	10,1	13,6
1978	16,1	11,5	13,8
1980	18,4	10,3	14,3

\* Bron: Gerechtelijke Statistiek, CBS

Tabel 2. Suïcide in Den Haag naar geslacht.

	Absoluut aantal			Aantal gevallen per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
1980	42	31	73	23,5	15,1	19,0
1981	43	31	74	24,0	15,1	19,2

Het aantal per bevolkingseenheid geregistreerde suïcides neemt in Nederland door de jaren heen geleidelijk maar onmiskenbaar toe. De progressie met ongeveer 2% per jaar is nauwelijks beduidend en zeker niet schokkend te noemen, maar vraagt wel om een verklaring. Van vele kanten worden dergelijke verklaringen dan ook min of meer regelmatig

aangedragen, meestal in het verlengde van de maatschappij-visie van de betreffende auteur.

Over de ware oorzaak van het verschijnsel valt nog geen zinnig woord te zeggen zolang de vele onbekende factoren nog onvoldoende zijn onderzocht. Kortheids halve noem ik de drie hoofdfactoren die van invloed kunnen zijn op de toename.

1. een nauwkeuriger registratie, al dan niet beïnvloed door een afnemende stigmatisering van zelfmoordgedrag in het algemeen.
2. een verruiming van de criteria van wat suïcide genoemd wordt en wat niet.
3. een werkelijke toename van het verschijnsel suïcide.

Bij de beschrijving van de Haagse gegevens voert een dergelijke algemene discussie te ver, maar het is goed te bedenken dat ook op zichzelf duidelijke trends niet alles bewijzen omtrent het werkelijke voorkomen van suïcides.

Den Haag heeft de nationale trend in suïcide de laatste 30 jaar redelijk weerspiegeld, zij het dat de Haagse

cijfers altijd aanzienlijk hoger zijn geweest.

Vergelijking van de tabellen 1 en 2 laat zien dat in Den Haag bij de mannen zo'n 30% en bij de vrouwen zo'n 45% méér suïcides worden geregistreerd. De man/vrouw verhouding is daarentegen vrijwel gelijk. Ook in voorgaande jaren heeft dit zelfde beeld zich voorgedaan; een geleidelijke stijging van het aantal suïcides in Den Haag, telkens op een hoger niveau dan de landelijke cijfers en als regel met een vergelijkbare man/vrouw verhouding. Overigens hebben wij sinds 1979 tot medio 1982 geen verdere stijging in Den Haag waargenomen; deze periode is evenwel te kort om nu reeds tot conclusies te leiden. Wij verwachten volgend jaar hier nader op in te kunnen gaan.

Tabel 3. Suïcide in Den Haag naar leeftijd en geslacht in 1981.

	mannen		vrouwen	
	Absoluut	Aantal per 100.000	Absoluut	Aantal per 100.000
tot 15 jaar :	0	0	0	0
15-24 jaar :	3	8.0	3	8.0
25-39 jaar :	11	21.4	8	17.4
40-64 jaar :	23	38.6	10	14.7
65 jaar e.o. :	6	19.3	10	18.5
Totaal :	43	24.0	31	15.1

Tabel 4. Suïcide in Den Haag (1981) en Nederland (1980) naar wijze van uitvoering en geslacht.

	mannen			vrouwen		
	Den Haag abs.	%	Nederland %	Den Haag abs.	%	Nederland %
Ophanging/verstikking :	14	32	44.2	5	16	25.5
Vuurwapen :	2	5	3.1	-	-	0.2
Medicijn/vergif :	11	26	15.6	12	39	30.4
Verdrinking :	9	21	14.8	8	26	20.5
Springen van hoogte :	3	7	7.6	5	16	9.4
Overrijding :	1	2	9.9	-	-	10.1
Snijwonden :	2	5	2.0	-	-	1.2
Diversen :	-	-	2.3	-	-	1.8
Onbekend :	1	2	0.5	1	3	0.9
Totaal :	43	(100)	(100)	31	(100)	(100)

Tabel 3 bevestigt grotendeels de algemene constatering dat suïcide een verschijnsel is dat frequenter voorkomt bij oudere leeftijdsgroepen. Een direct lineair verband met de leeftijd is in Den Haag echter niet (meer) aantoonbaar. Nog steeds is suïcide zeer zeldzaam onder jonge adolescenten, maar in het algemeen vertoont de leeftijdscurve een vlakker verloop dan tot dusverre gebruikelijk was. De cijfers voor Nederland en de internationale statistieken vertonen nog steeds een uitgesproken correlatie met de leeftijd. Maar tegelijkertijd geeft het CBS aan dat de toename van de suïcides in Nederland is toe te schrijven aan een toename bij de jongere (beter: minder oude) leeftijdscategorieën.

De relatieve zeer hoge frequentie in de groep mannen van 40-64 jaar verdient in elk geval onze aandacht. Ook hier ontbreekt tot nu toe een verklaring.

Bij de keuze van het suïcidemiddel (tabel 4) zien we weer vrij veel overeenstemming tussen Den Haag en Nederland. Bij enkele verschillen zijn voor de hand liggende verklaringen te bedenken, zij het met alle voorbehoud wat betreft de bewijsbaarheid. Het geringe aantal Haagse doden door overrijding kan worden toegeschreven aan de stedelijke bebouwing. Deze categorie bestaat vooral uit overrijding door de trein en traditiegetrouw kiest het a.s. slachtoffer daarvoor een landelijk traject en slechts zelden een station uit. Aangezien het aantal suïcides per bevolkingseenheid in Den Haag aanzienlijk groter is dan het

geregistreerde aantal in Nederland is het van belang na te gaan welke wijzen van uitvoering in Den Haag relatief vaker voorkomen dan in het hele land. Langs deze weg zou een verklaring kunnen worden gevonden voor de verschillen in incidentie van suïcide.

Als wijzen van uitvoering zijn verdrinking en gebruik van medicijnen en/of vergif bij de Haagse populatie oververtegenwoordigd. Voor verdrinking kan nog wel een verklaring worden gevonden in de "natte" locatie van de stad met grachten, binnenhavens en de zee. De relatieve hoge frequentie van zelfvergiftiging is veel minder eenvoudig te verklaren. Men zou eerder geneigd zijn juist voor deze middelen min of meer een constante waarde aan te treffen. De positieve afwijking bedraagt zo'n 30 à 40 % t.o.v. de Nederlandse cijfers en dat is ongeveer het verschil tussen de totale incidenties in Den Haag en Nederland. Zou het kunnen zijn dat vooral suïcides d.m.v. zelfvergiftiging op landelijke schaal minder nauwgezet gerapporteerd worden? Immers bij zelfvergiftiging zal de arts actief tot melding moeten overgaan, terwijl bij de meeste overige wijzen van suïcideren de justitie vaak al door derden op de hoogte is gebracht. Op een andere plaats beslist een nadere beschouwing waard; maar wij keren terug naar de Haagse suïcides van 1981 en beschouwen de relatie van de suïcianten met de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD ten tijde van de suïcide (tabel 5).

Tabel 5. Suïcides in Den Haag naar relatie met de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD in 1981.

	Absoluut aantal	%
In behandeling of opgenomen in kliniek :	25	34
Ooit in behandeling geweest :	7	9
Bekend, maar nooit behandeld :	12	16
Onbekend :	30	41
Totaal :	<u>74</u>	<u>100</u>

Zoals alle jaren blijkt ook nu weer dat de grootste groep bestaat uit zogenaamde "stille" suïcides. Personen met een blanco anamnese voor psychiatrische problematiek en suïcidaal gedrag die zich niet wenden tot de geëigende hulpverlening en zich inééns doeltreffend suïcideren. Slechts 27 van de 74 personen zijn bekend met een tentamen suïcide in de anamnese. Bijna tweederde deel van de overledenen deed voorzover wij weten tevoren géén suïcidepoging.

Een sombere constatering met het oog op preventie van suïcide (zie ook de discussie tussen Diekstra en schrijver dezes in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, juli/september 1982).

Een nadere analyse van de verschillende variabelen d.m.v. kruistabellen leverde nog één belangwekkend gegeven op: de overledenen uit de oudste categorie (65 jaar en ouder) zijn significant vaker totaal onbekend voor hun suïcide, terwijl de jongeren vaak wél bekend waren, vaker een tentamen suïcide deden en vaker werden opgenomen.

Een nadere analyse over een grotere populatie (meerdere jaren) zal nodig zijn om te kunnen vaststellen of er sprake is van verschillende deelpopulaties elk met eigen karakteristieken.

Uit de praktijk van de sociale psychiatrie is de veronderstelling gegroeid dat er inderdaad zulke deelpopulaties bestaan. In de eerste plaats de nu reeds beschreven groep bejaarden met een blanco psychiatrische anamnese, die wellicht door eenzaamheid of angst voor lichamelijke lijden tot suïcide komen. Daarnaast de jongere, psychiatrisch duidelijk belaste groep, voor wie suïcide veelal een onvermijdelijke consequentie wordt van een destructief gedragspatroon, op basis van een diepgaande persoonlijkheidsstoornis.

Op basis van het hier gepresenteerde materiaal is bovenstaande veronderstelling niet of nauwelijks te onderbouwen. De afdeling Geestelijke Gezondheidszorg blijft evenwel streven naar het verwer-

ven van meer inzicht in het fenomeen van suïcidaal gedrag in deze gemeente. Coöperatie van alle huisartsen en ziekenhuizen is daarbij ook voor de toekomst onontbeerlijk.

## BIJ HET AFSCHIED VAN MEVROUW LEWY

Met ingang van 1 januari 1983 zal mevrouw U. Lewy haar werkzaamheden bij de GG en GD van Den Haag beëindigen. Zij maakt gebruik van de regeling tot vervroegde uittreding. De tabellarische overzichten van de aangegeven gevallen van infectieziekten in het onderhavige nummer van het Epidemiologisch Bulletin zijn de laatsten van een lange reeks die door mevrouw Lewy met grote nauwkeurigheid zijn samengesteld. Hier en nu betaamt het haar hiervoor te bedanken en tegelijkertijd enkele levensbijzonderheden te memoreren.

Mevrouw Lewy, die op 30 december 1920 te Berlijn werd geboren en in haar geboortestad een gymnasiale opleiding ontving, trad in 1963 in dienst van de GG en GD van Den Haag. Na enkele jaren werkzaam te zijn geweest op de Afdeling Bedrijfs-geneeskunde aanvaardde zij in 1968 haar huidige functie op de toenmalige Afdeling Volksgezondheid. In datzelfde jaar ging het z.g. peilstationonderzoek van start toen een aantal Haagse huisartsen bereid werd gevonden wekelijks opgave te verstrekken van een aantal infectieziekten welke niet werden genoemd in de toen vigerende Besmettelijke Ziektenwet. Van meet af aan heeft mevrouw Lewy met hart en ziel de administratie voor dit peilstationonderzoek gevoerd. Zij maakte de gedetailleerde tabellen die regelmatig in het Epidemiologisch Bulletin verschenen.

Mevrouw Lewy werd tevens belast met de administratieve werkzaamheden ingevolge de Wet op de Lijkbezorging en het Crematiebesluit. Zij droeg zorg voor de door de gemeentelijke lijkschouwers af te geven verklaringen van overlijden. Ook deze werkzaamheden, die over het algemeen veel tact vergen, verrichtte zij intelligent, snel en accuraat. Als er ergens onraad was bespeurde zij dat onmiddellijk. Dit werk bracht haar in contact met vele functionarissen buiten de GG en

GD zoals huisartsen, ambtenaren van de burgerlijke stand, rechercheurs van het politiekorps en begrafenisondernemers. Haar grote kennis van zaken betreffende de uitvoering van de Wet op de Lijkbezorging maakte haar een vraagbaak voor velen. Ook buiten de kantooruren en in de weekenden was zij bereikbaar. Als er problemen waren in verband met het invullen van een overlijdensverklaring, met het uitstel van begraven of met het transport van stoffelijke overschotten klopte men nimmer tevergeefs bij haar aan. Steeds wist zij de zaken in goede verstandhouding met de gemeentelijke lijkschouwers te regelen. De gemeentelijke lijkschouwers zijn haar hiervoor grote dank verschuldigd.

Mevrouw Lewy hield zich stipt aan gemaakte afspraken en zij verwachtte zulks ook van degenen met wie zij in haar werk in aanraking kwam. Begrafenisondernemers waren als de dood voor haar als zij haar moesten mededelen dat zij gemaakte afspraken niet konden nakomen. Mevrouw Lewy kon dan flink uit haar vel springen. De telefoon op het bureau van mevrouw Lewy stond vaak roodgloeiend, hetgeen nogal eens tot een paniekerige ambiance leidde. Vele malen per dag moest zij telefonische adviezen geven over infectieziekten en over de aanbevolen intentingen voor reizigers naar de tropen. Mensen die het haar daarbij lastig maakten kon zij goed van repliek dienen. Zij stond erop dat de voorschriften en spelregels werden nageleefd.

Mevrouw Lewy is een kleine kordate vrouw. Haar persoonlijk leven ging niet over rozen. In 1937 werd zij gedwongen haar geboorteland te ontvluchten. Zijnde van Joodse afkomst moest zij in de oorlogsjaren 1940-1945 heel veel ellende doorstaan. Na de oorlog stond zij als moeder jarenlang alleen voor de opvoeding van haar dochter. Van 1968 tot heden heeft mevrouw Lewy

de aangifte van gevallen van infectieziekten op grond van de Besmettelijke Ziektenwet en van de sedert 1976 van kracht zijnde Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteorzaken bijgehouden. Zoals reeds vermeld heeft zij elk kwartaal stipt op tijd en vrijwel foutloos het cijfermateriaal geleverd voor het Epidemiologisch Bulletin. Ook had zij al die jaren een groot aandeel in de productie en de verspreiding van deze periodiek. Voor de wijze waarop zij zich heeft ingezet en voor de uitputtende arbeid die zij heeft verricht is de redactie haar zeer erkentelijk. Zij wenst haar voor de toekomst het allerbeste toe. Zij hoopt dat mevrouw Lewy nog talloze malen in goede gezondheid naar de Verenigde Staten zal mogen reizen, waar haar dochter, schoonzoon en kleindochter wonen en dat zij nog een lange reeks van jaren van haar pensioen zal mogen genieten samen met allen die haar dierbaar zijn.

A.H. Bergink

---

AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

Een overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten in Den Haag over het derde kwartaal 1982.

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

Febris typhoidea

Er werden 2 gevallen aangegeven. Eén patiënt was waarschijnlijk carrier. De andere patiënt werd tijdens vakantie in Italië besmet.

Dysenteria Bacillaris

Er werden 13 gevallen aangegeven. 11 Patiënten werden in het buitenland besmet. Bij de anderen bleef de besmettingsbron onbekend. Eén persoon werd opgenomen in een ziekenhuis.

Hepatitis A

Er werden 4 gevallen aangegeven, waarvan 1 persoon in het buitenland besmet werd. Bij de anderen bleef de besmettingsbron onbekend.

Hepatitis B

Er werden 7 gevallen aangegeven. Over de mogelijke wijze van besmetting kon het volgende worden opgemerkt:

- intraveneus druggebruik : 1 persoon
- sexueel contact : 2 personen
- onbekend : 4 personen

Twee personen werden in een ziekenhuis opgenomen.

Ornithosis

Er werden 2 gevallen aangegeven. Vermoedelijke besmettingsbron: o.a. papegaai.

Q-koorts

Er werden 2 gevallen aangegeven.

Rubella

Er werden 3 gevallen aangegeven. Van de 26 verrichte H.A.R.-testen waren er 6 negatief.

Aan 87 vrouwen werd anti-Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

Salmonellosis

Er werden 105 gevallen aangegeven, waarvan 35 personen in een ziekenhuis opgenomen werden.

Scabies

Er werden 10 gevallen aangegeven.

Tuberculose

Er werden 24 gevallen aangegeven, waarvan 8 patiënten in een ziekenhuis opgenomen werden.

Voedselinfectie

Er werden 21 gevallen van voedselinfectie aangegeven, waarvan 2 in een ziekenhuis opgenomen werden. Alle gevallen werden veroorzaakt door de campylobacter-bacterie.

Gonorrhoe

Er werden 350 gevallen aangegeven.

Syphilis

Er werden 50 gevallen aangegeven.

Parotitis epidemica

Er werden 3 gevallen gemeld, waarvan 1 patiënt van 65 jaar.

## TABEL

Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag, 3e kwartaal 1982

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	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	1	1	1		3	3		2			1	6	7	13	1	
Febris recurrens																				
Gele koorts																				
Hepatitis A						1			1	1				1		1	3	4	-	
Hepatitis B			1				1		5							7		7	2	
Lepra																				
Leptospirosis																				
Malaria																				
Meningococcosis																				
Norbilli																				
Ornithosis			1											1		1	1	2	2	
Paratyfus B																				
Pertussis																				
Q-koorts	1												1			2		2	2	
Rubella				2	1											1	2	3	-	
Salmonellosis	6	10	15	12	6	6	3	5	7	10	2	4	1	6	11	1	51	54	105	35
Scabies				1	1	1	1	1	3			1	1			6	4	10	-	
Tetanus																				



## 3e kwartaal 1982

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					
<u>Vervolg groep B</u>																					
Trichinosis																					
Tuberculosis			1					3	4	3	1	1			2	6	3	12	12	24	8
Tularaemia																					
Typhus exanth.																					
Voedselinfectie	1	2	2	1	1			1	6	1	1			2	1	1	1	14	7	21	2
Yersinia enterocol- ica-infectie																					
<u>Groep C</u>																					
Gonorrhoea							10	15	119	73	70	21	35	6	1		235	115	350		
Syphilis (prim. sec.)							1	1	11	5	14	2	14	1	1		41	9	50		
Syphilis congenita																					
Parotitis epidemica				1	1											1	2	1	3	-	
Ulcus Molle																					