

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

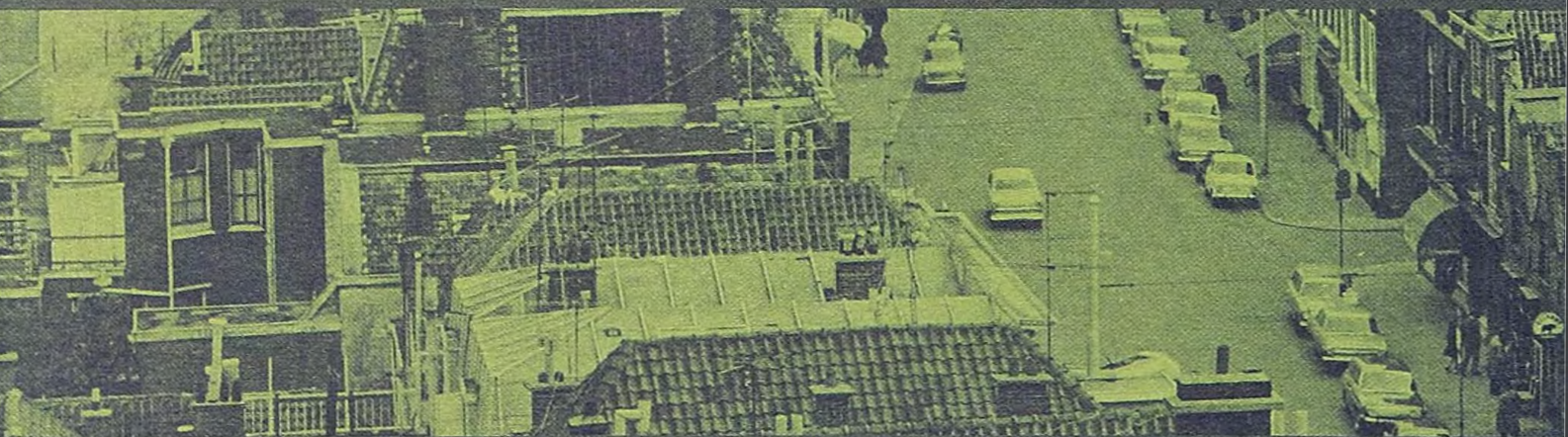
's-Gravenhage

Enig excerpt

18e Jaargang

No. 2

Mei 1983



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

EPIDEMIOLOGISCH
BULLETIN

Mei 1983

18e Jaargang
No. 2

IN DIT NUMMER

Redactioneel

Epidemiologie van niet infectieuze ziekten:

"Geneesmiddelengebruik door leerlingen van enkele Haagse LEAO- en MAVO-scholen".

"Geneesmiddelenmisbruik bij heroïneverslaafden".

Epidemiologie van infectieziekten:

"Is gonorrhoe voor Den Haag een verloren zaak?"

Redactie:

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

Tekstverzorging:

Mw. I. Verkade-Burger

Secretariaat:

Stafbureau Epidemiologie en
Informatica, GG en GD,
Hananburglaan 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 belangstellenden worden toegestuurd.

REDACTIONEEL

**EPIDEMIOLOGIE EN DE WET VOORZIENINGEN
GEZONDHEIDSZORG**

Het gonst de laatste tijd in ons land van de W(et) V(oorzieningen) G(ezondheidszorg). Terecht, want als alles doorgaat brengt deze raamwet voor allen die bemoeienis hebben met de gezondheidszorg op den duur nogal wat veranderingen met zich mee.

De W.V.G. beoogt meer samenhang tussen de verschillende voorzieningen, betere beheersbaarheid, democratisering en decentralisatie van bestuur.

Hier, in dit "redactioneel" wilden we een enkele opmerking maken over de rol van de epidemiologie bij de beoogde ontwikkelingen. Daarvoor moeten twee belangrijke principes uit de wet worden genoemd: regionalisatie en planning.

Het land zal worden verdeeld in zogenaamde "gezondheidsregio's" welke zullen functioneren als stelsels van voorzieningen welke samenhangend, beheersbaar etc. zijn.

Planning zal bij de ontwikkeling van de kwaliteit van deze stelsels een belangrijke rol krijgen. Inderdaad kan niet worden beweerd dat veranderingen in de gezondheidszorg in het verleden altijd plaatsvonden op basis van verantwoorde planning. De structuur van de gezondheidszorg was daarvoor ook niet geschikt. Planning betekent veranderen, verbeteren op basis van informatie. Deze informatie heeft deels een politiek, deels een bestuursmatig en deels een ontwikkelings- (inhoudelijk) karakter. Voor het laatste, het ontwikkelingsgedeelte van deze informatie is epidemiologie van belang. Immers op basis van epidemiologie kunnen we zicht krijgen op de omvang, aard en ontwikkelingen van de gezondheidsproblematiek van de bevolking. Tevens biedt epidemiologie de mogelijkheid om na te gaan in hoeverre we resultaten boeken met onze gezondheidszorgactiviteiten. Twee belangrijke stuk-

ken informatie die ons in staat stellen goed vorm te geven aan het stelsel van gezondheidszorg. Naast het politieke en bestuursmatige argument is dus het epidemiologische nodig voor verantwoorde planning.

Hoe moet dit nu in de toekomst?

Een voorbeeld om naar te kijken hebben we niet. Een epidemiologisch centrum voor de "gezondheidsregio" dat het inhoudelijke aandeel in de informatie kan leveren is nog nergens in den lande gerealiseerd, ook niet in Den Haag.

De W.V.G. is zeer onduidelijk over de organisatie van de regionale epidemiologie. Wel wordt duidelijk gemaakt dat diverse soorten gezondheids- en zorggegevens bijeen gebracht moeten worden om de gezondheidszorg in staat te stellen te weten waar zij naar toe moet. Echter bij welke instantie en hoe dit moet gebeuren wordt, voor deze complexe materie op zeer storende wijze, in het midden gelaten.

In artikel 59 van de W.V.G. wordt aan de basisgezondheidsdienst expliciet een niet nader omschreven epidemiologische taak toebedeeld. Met name het publiekrechtelijke karakter van de GG en GD vraagt als het ware om een hoofdrol in dit deel gezondheidszorg.

Het is absoluut zeker dat het epidemiologische argument meer dan voorheen gehoord zal worden bij de verbetering van onze gezondheidszorgvoorzieningen.

De GG en GD, de basisgezondheidsdienst van de toekomst, is het meest aangewezen instituut om deze regionale epidemiologische taak te dragen.

EPIDEMIOLOGIE VAN NIET INFECTIEUZE
ZIEKTEN

GENEESMIDDELENGEBRUIK DOOR LEERLINGEN
VAN ENKELE HAAGSE LEAO- EN MAVO-SCHOLEN

Dr. A.H. Bergink*

INLEIDING

Het toenemend gebruik van geneesmiddelen baart zorg. Niet alleen worden door huisartsen en specialisten veel medicijnen voorgeschreven, ook het innemen van geneesmiddelen op eigen initiatief, de z.g. zelfmedicatie vindt op grote schaal plaats. De publikaties over de toename en de nadelige gevolgen van de geneesmiddelenconsumptie hebben voornamelijk betrekking op oudere leeftijdsgroepen. Gegevens over de omvang en de trend van het geneesmiddelengebruik door scholieren zijn betrekkelijk schaars. Om te weten te komen of ook onder de jeugd het gebruik van geneesmiddelen aanzienlijk is, worden in een Haags schoolartsrayon door middel van mondelinge enquêtes periodiek gegevens verzameld over de geneesmiddelenconsumptie.

In 1973 werd een enquête gehouden naar het medicijngebruik door schoolkinderen in de leeftijd van 6-11 jaar. Uit dit onderzoek, waarbij 1032 kinderen waren betrokken, bleek dat in de aan de enquête voorafgaande week 49 (5%) kinderen medicijnen hadden ingenomen welke op recept van huisarts of specialist waren verstrekt, terwijl 124 (12%) kinderen een huismiddel hadden geslikt. Geconcludeerd werd dat elke dag rond 3% van de schoolkinderen in het betrokken schoolartsrayon een huismiddel slikt (1). In dit artikel zullen de uitkomsten wor-

den medegedeeld van drie enquêtes gehouden in de lenten van de jaren 1974, 1979 en 1982 tijdens het systematisch onderzoek van de leerlingen van de tweede klassen van twee kleine MAVO(Middelbaar Voortgezet Onderwijs)-scholen en twee kleine LEAO(Lager Economisch en Administratief Onderwijs)-scholen. De vier betrokken scholen liggen in wijken van laag sociaal niveau. Bij het onderzoek in 1974 waren in totaal 147 leerlingen betrokken, 65 jongens en 82 meisjes, in 1979 werden 149 leerlingen geënquêteerd, te weten 67 jongens en eveneens 82 meisjes en in 1982 totaal 139 en wel 47 jongens en 92 meisjes (tabel 1). De leeftijd van de leerlingen tijdens het onderzoek varieerde van 13 tot 18 jaar. Gemiddeld waren de jongens en meisjes ongeveer 15 jaar oud. De leerlingen, waarvan het merendeel zonder ouders kwam, werden in het schoolartscentrum onderzocht. Tijdens het opnemen van de anamnese werd aan elke leerling gevraagd of hij of zij op de dag voorafgaande aan het onderzoek geneesmiddelen had ingenomen. Gedurende de gesprekken waarbij de dag voorafgaande aan het onderzoek zo goed mogelijk werd doorgenomen, werden veelvuldig gebruikte geneesmiddelen opgesomd zoals pijnstillers, hoestdranken, laxemiddelen en slaaptabletten. Alleen het innemen van geneesmiddelen voor inwendig gebruik werd ge-

* A.H. Bergink, Jeugdarts, verbonden aan de Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG en GD van 's-Gravenhage.

Tabel 1. Aantallen over geneesmiddelengebruik, geënquêteerde leerlingen van de tweede klassen van enkele haagse MAVO- en LEAO-scholen in 1974, 1979 en 1982.

	1974	1979	1982
Jongens:	65	67	47
Meisjes:	82	82	92
Totaal :	147	149	139

Tabel 2. Oraal medicijngebruik op de dag voor het onderzoek door leerlingen van de tweede klassen van enkele haagse MAVO en LEAO scholen in 1974, 1979 en 1982.

	1974			1979			1982		
	M	V	Tot.	M	V	Tot.	M	V	Tot.
Medicijngebruik op recept:	3	4	7	1	3	4	1	5	6
Zelfmedicatie :	3	4	7	4	4	8	0	8	8
Totaal :	6	8	14	5	7	12	1	13	14
Anticonceptiepil :	-	1	1	-	4	4	-	1	1

registreerd. Geneesmiddelen voor uitwendig gebruik werden buiten beschouwing gelaten. Geen enkele leerling weigerde om aan de enquête mee te werken. Nimmer rezen er twijfels dat er opzettelijk onvolledige of onjuiste gegevens werden verstrekt.

RESULTATEN

Een overzicht van de uitkomsten van de enquêtes vindt men in tabel 2. Hieruit blijkt dat in de jaren 1974, 1979 en 1982 de vraag naar het geneesmiddelengebruik op de dag voorafgaande aan het onderzoek door respectievelijk 14 (10%), 12 (8%) en 14 (10%) leerlingen bevestigend werd beantwoord. Voorts blijkt uit deze tabel dat in 1974 en in 1982 slechts één meisje een anticonceptiepil had ingenomen terwijl in 1979 dit aantal 4 bedroeg. In 1974 gebruikten 7 (4,8%) leerlingen geneesmiddelen op recept van huisarts of specialist (3 antibiotica, 3

antiépileptica en 1 cortisone tabletten), terwijl 7 (4,8%) leerlingen op eigen initiatief één of meer pijnstillers hadden ingenomen (2 wegens dysmenorrhoe, 2 wegens hoofdpijn, 2 wegens verkoudheid en 1 wegens keelpijn). In 1979 gebruikten 4 (2,7%) leerlingen geneesmiddelen op recept van de huisarts (2 staalpillen, 1 ponderal en 1 drank wegens maagklachten) op de dag voorafgaande aan het onderzoek, terwijl 8 (5,4%) leerlingen analgetica en/of hoestdrank hadden gebruikt (1 wegens dysmenorrhoe, 2 wegens hoofdpijn, 1 wegens spierpijn en 4 wegens verkoudheid). In 1982 tenslotte hadden 6 (4,3%) leerlingen geneesmiddelen ingenomen op recept van huisarts of specialist (2 antibiotica, 1 staalpillen, 1 eetlustremmers, 1 anti-allergica en 1 anti-rheumatica) en 8 (5,7%) hadden huismiddelen geslikt, 6 pijnstillers (5 wegens hoofdpijn en 1 wegens dysmenorrhoe) en 2 hoestdranken.

Uit deze enquêtes blijkt dat onder de

onderzochte adolescenten het geneesmiddelengebruik niet gering is. Geconcludeerd kan worden dat op de scholen voor voortgezet onderwijs in het betrokken schoolartsrayon elke dag globaal genomen rond 5% van de gezonde leerlingen een huismiddel slikt. Het aantal leerlingen dat af en toe pijn lijdt of andere onaangename lichamelijke verschijnselen ervaart blijkt groter te zijn dan menigeen zou veronderstellen. De gepresenteerde percentages dienen bovendien als minima te worden beschouwd. Verschillende leerlingen die ziek waren en die de oproep voor een periodiek geneeskundig onderzoek moesten afzeggen, zullen zeker ook medicijnen hebben gebruikt.

De uitkomsten van deze enquêtes van zeer beperkte omvang komen opmerkelijk goed overeen met die van een zeer omvangrijk onderzoek naar het medicijngebruik bij schoolkinderen dat kortgeleden in Noord-Brabant en Limburg werd gehouden. Bij dit onderzoek, dat werd uitgevoerd door de Werkgroep Epidemiologie van de schoolartsenvereniging Zuid Nederland, waren meer dan 100.000 scholieren betrokken. Ook uit deze enquête bleek dat 8 à 10% van de middelbare scholieren in de 24 uur voorafgaande aan het interview één of meerdere medicamenten had geslikt (2).

DISCUSSIE

De vraag of de geneesmiddelenconsumptie door de jeugd is toegenomen valt moeilijk met zekerheid te beantwoorden. Over de omvang van het gebruik in vroeger jaren zijn geen gegevens voorhanden. Ongetwijfeld zijn er factoren aan te wijzen die de omvang van de zelfmedicatie doen toenemen. Door de gestegen welvaart is vrijwel iedereen in staat zich van geneesmiddelen te voorzien die in apotheken en drogisterijen vrij te koop zijn. Ook aan kinderen en minderjarigen worden allerlei pijnstillers en huismiddelen grif afgeleverd. Dit brengt de aanwezigheid van medicijnen binnen ieders be-

reik. Daarnaast is de reclame een factor van betekenis. In vele reclameboodschappen wordt gesuggereerd dat gezondheid, fitheid en levenslust alleen dan terugkeren indien dit of dat geneesmiddel wordt gebruikt. Voorts lijkt het waarschijnlijk dat de tolerantie ten aanzien van pijn is afgenomen. De omvang van de zelfmedicatie duidt erop dat de behoefte om medicamenten te slikken groot is. Activiteiten gericht op het verminderen van het medicijngebruik lijken gerechtvaardigd. Het ligt voor de hand om bij de jeugd te beginnen. Gezondheidsvoorlichting nieuwe stijl aan adolescenten zal zich ook bezig moeten houden met de overmatige geneesmiddelenconsumptie. Gezond gedrag houdt in beperking van het medicijngebruik. De voorlichting over het medicijngebruik dient niet gebaseerd te zijn op indoktrinatie. Adolescenten staan voor de opgave om zelf uit te zoeken en te bepalen aan welke regels zij zich houden met betrekking tot het behoud van de gezondheid. Zij zullen de signalen van het eigen lichaam die wijzen op een verstoring van het evenwicht moeten leren verstaan. Adolescenten moeten weten dat deze signalen niet zo gauw mogelijk uitgeschakeld dienen te worden door het slikken van geneesmiddelen en dat het niet nodig is om bij alle ongemakken en onprettige gevoelens direct met geneesmiddelen klaar te staan. Zij moeten geholpen worden het goede antwoord op deze signalen te vinden en leren inzien dat er een verband bestaat tussen leefwijze en gezondheid. In GVO-programma's gericht op het onderwijs zal hieraan de nodige aandacht moeten worden besteed.

Het spreekt vanzelf dat de schadelijke neveneffecten van geneesmiddelengebruik hierbij niet onbesproken kunnen blijven. Geneesmiddelen zijn lichaamsvreemde stoffen die meestal afgebroken moeten worden alvorens uitscheiding mogelijk is. Geneesmiddelen of de afbraakproducten hiervan kunnen fysiologische processen beïnvloeden of verstoren. Vele geneesmiddelen hebben bijwerkingen. Bij regelmatig gebruik gaat het organisme

zich hierop instellen. Aan adolescenten zal duidelijk gemaakt moeten worden dat vele geneesmiddelen aanleiding kunnen geven tot afhankelijkheid en verslaving. Bij de voorlichting over het medicijngebruik aan meisjes van het voortgezet onderwijs dient speciale aandacht te worden besteed aan het medicijngebruik in de zwangerschap en de daaraan verbonden risico's. Hoe noodzakelijk dit is blijkt uit een vrij recente publikatie van Meire e.a. (3) die aantoonde dat ondanks vele waarschuwingen het geneesmiddelengebruik op eigen initiatief tijdens de zwangerschap buitensporig hoog is.

Het gevaar van onnodig en overmatig geneesmiddelengebruik dient zo vroeg mogelijk gesignaleerd te worden. Niet zo zelden blijkt dat er bij jongeren reeds sprake is van gewenning aan pijnstillende middelen of aan neusdruppels bijvoorbeeld. Bij de preventie van addictie hebben zowel curatief werkzame artsen als artsen werkzaam in de preventieve gezondheidszorg een taak.

Literatuur

1. Bergink AH. Enkele gegevens over het gebruik van medicamenten, vitaminepreparaten en fluoridetablietjes door een groep Haagse schoolkinderen. *Maandschr Kindergeneesk* 1974; 42:338-58.
 2. Zielhuis GA. Medicijngebruik bij schoolkinderen in het zuiden van Nederland. *Tijd Soc Geneesk* 1982; 60: 60-7.
 3. Meire F, Vuylsteek K, Buylaert W, Bogaert M. Geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap. *Ned Tijdschrift Geneesk* 1979; 123:703-6.
-

GENEESMIDDELENMISBRUIK BIJ HEROINEVER-
SLAAFDEN*

E.A. Noorlander

Het gebruik van tranquillizers en slaapmiddelen door verslaafden aan opiaten is de laatste jaren sterk toegenomen. De redenen van deze ontwikkeling en de functie die psychofarmaca-gebruik heeft voor de heroïnegebruiker worden uiteengezet, evenals de consequenties die er zijn voor de hulpverlening in de dagelijkse praktijk. Verder wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende technieken die verslaafden gebruiken om aan de felbegeerde "pillen" te komen. Betoogd wordt dat verslaving aan opiaten een contra-indicatie is voor het voorschrijven van psychofarmaca tenzij aan duidelijk omschreven voorwaarden wordt voldaan.

In de hulpverlening aan verslaafden aan illegale middelen is het toenemend gebruik van psychofarmaca een ernstig probleem. De verslaafde die zich beperkt tot opiaten met zo nu en dan wat speed of cocaïne begint tot het verleden te behoren. Vroeg in de verslavingsgeschiedenis begint het gebruik van benzodiazepinen, barbituraten en methaqualon; steeds vaker neemt het gebruik van psychotrope stoffen een aanvang met het slikken van pillen. De "pillen" worden dan in het begin verkregen door diefstal (vaak van medegezinsleden) of worden van vrienden gekocht. De gevorderde druggebruiker heeft andere methoden tot zijn beschikking. Men kan overgaan tot apothekroof of diefstal van doktersrecepten of men kan een repertoire van verhalen samenstellen om op legale manier de gewenste medicamenten van artsen los te krijgen.

Funcities van "pillen"gebruik voor jongeren die reeds tot opiatengebruik zijn overgegaan

Ten eerste natuurlijk de stoffen zelf. Het geforceerd wakker blijven na het innemen van een forse dosis slaapmiddelen is een "kick" die door sommige verslaafden bijzonder gewaardeerd wordt. Ten tweede de prijs. Deze is over het algemeen veel lager dan die van opiaten, zodat het pillengebruik iets kan krijgen van gebruik "door de week" met opiaten als weekeindtractatie. Ten derde zijn de pillen in staat om een opiaten-onthoudingsbeeld ten dele te ondervangen, zodat bij gebruikers die flink verslaafd aan opiaten zijn, "pillen" geliefd zijn wanneer de heroïne wat moeilijker te krijgen is. Om dezelfde reden gaan mensen in afkick-methadonprogramma's snel over op "pillen"gebruik. De daarbij gevolgde redeneringen zijn typisch voor mensen met het denkpatroon van de verslaafde. Men voelt zich minder goed tijdens het afkickproces, men is gespannen, men heeft last van slapeloosheid, spierkrampen etc. en men zoekt daar zorgvuldig de juiste pillen bij: Wat Valiumpjes want ik ben zo zenuwachtig: een paar Depronalletjes voor de spierpijn en een paar Isonoxjes om te slapen". Intussen is men dan ingelukkig omdat het "afkickproces" toch zo goed verloopt. Hulpverleners die erop wijzen dat deze verslavingsruil weinig met "clean worden" te maken heeft, worden als zwartkijkers en spelbrekers ervaren. De gevolgen laten zich raden: steeds hogere doses "pillen" zijn nodig en uiteindelijk komen de opi-

aten bijna altijd toch ook weer om de hoek kijken. Men mag dan al blij zijn als er tegen die tijd geen volledig ontwikkelde barbituratenverslaving is ontstaan.

Ten vierde is er de functie van "pillen" bij de zwaar verslaafden, die op hoge onderhoudsdoseringen methadon staan, in de hoop hun criminaliteit wat te drukken en hun sociale omstandigheden wat te verbeteren. Het volgende proces speelt zich dan af. Deze cliënten zijn b.v. gewend aan methadondoseringen tussen de 50 en 100 mg per dag. Dat onderdrukt hun ziekzijn, maar levert geen kick of stonedheid meer op. Deze verslaafden doen dan pogingen die effecten met bijgebruik van heroïne te bereiken, maar ontdekken vaak tot hun schrik dat er een gedeeltelijke blokkering is opgetreden, waardoor een shotje van f.50,- of f.100,- geen effect oplevert. Er zijn dan vaak shots van f.250,- of meer nodig om het gewenste doel te bereiken. Gezien de werkingsduur van heroïne zou dan een bedrag van minstens fl.000,- per dag nodig zijn. Het alternatief om dan maar een aantal uren of dagen per week redelijk nuchter door te brengen blijkt ondenkbaar te zijn; een noodsprong richting "pillen" en alcohol is dan het gevolg. Het gebruik van psychofarmaca kan dan een werkelijk bizarre omvang aannemen. Termen als therapeutische dosis en therapeutische breedte verliezen alle betekenis; de ingenomen hoeveelheden kunnen alleen nog omschreven worden als "handenvol". Twee- of driehonderd mg Valium (diazepam) per dag is normaal voor deze cliënten, tien of vijftien slaaptabletten 's-avonds ook, waarbij dan geslikt wordt wat toevallig voorhanden is, benzodiazepinen, methaqualon en barbituraten, alles door elkaar heen. Dit verschijnsel doet zich bij de langdurig zwaar verslaafde het opvallendst voor, maar treedt in wat geringere mate op bij de meeste methadongebruikers, ook in niet primair op afkicken gericht programma's.

De "pillen" zijn goedkoper dan bijgebruik van heroïne; veel urinecontroles

zijn alleen op opiatengebruik gericht. De cliënt heeft vaak zelf het idee dat hij veel gezonder bezig is dan wanneer hij heroïne zou gebruiken. De methadon haalt de stoom van de ketel van de heroïnejacht, zodat de cliënt de keus terugkrijgt zijn geld te besteden aan illegale opiaten of veel goedkopere "pillen". Het percentage verslaafden dat voor uitgebreid pillengebruik kiest is groot genoeg om langzamerhand psychofarmaca-misbruik te gaan beschouwen als een serieuze complicatie van methadonverstrekking.

Ten vijfde is er de financiële functie van pillenbezit. Handige heroïneverslaafden kunnen een comfortabel extra inkomentje hebben van een paar honderd gulden in de week door het doorverkopen van "pillen". Altijd weer goed voor een aardig aantal shotjes heroïne of cocaïne.

Consequenties van dit verschijnsel voor de methadonverstreckende hulpverlener

1. Voortdurend nadenken is nodig over de gevolgen van laagdrempelige methadonverstrekking, vooral met hoge doseringen. De confrontatie kan erg vervelend uitpakken. De cliënt die het programma binnenkomt is opgejaagd en half of helemaal ziek, met grote sociale problemen maar meestal nog wel alert, aanspreekbaar en bezig. Een aantal van deze mensen is maanden later veranderd in suffig rondstrompelende ledepoppen, niet opgejaagd of ziek meer, maar met dezelfde of nog grotere sociale problemen. De vraag moet gesteld blijven of men dan iets bereikt heeft wat de moeite waard is of juist niet.
2. Alertheid van de kant van medische hulpverleners is geboden op het gebied van lichtelijk bizarre intoxicaties (enige casuïstiek: het slikken van een 10-tal Trikolpon-vaginaal tabletten (combinatiepreparaat); het intraveneus spuiten door een mannelijke cliënt van gestolen ampullen

depot-Provera (medroxyprogesteron); het innemen van door een dierenarts voorgeschreven tabletten, bestemd voor een zieke hond, etc. etc.).

3. Er ontstaan moeilijkheden als deze cliënten iets gaan mankeren waardoor b.v. adequate pijnstilling of narcose nodig is. Het is meestal niet na te gaan hoe hoog de tolerantie bij deze cliënten is voor welke stoffen; normale doseringen pijnstillende medicatie lopen vaak op een lachertje uit; cliënten slikken zonder pijn al het vier- of vijfvoudige. Naarmate de categorie zwaar verslaafden groeit en de cliënten ouder worden, kunnen we in de toekomst netelige problemen op dit gebied verwachten.
4. Ook bij minder zwaar verslavende middelen kunnen bij staken indrukwekkende onthoudingsverschijnselen ontstaan als deze stoffen lang geslikt zijn in drie tot vier keer de normale therapeutische dosis. Zelfs onder de cliënten zelf zijn wat dat betreft de benzodiazepinen berucht.
5. Bijna alle drugoverdoseringsberusten momenteel op excessief psychofarmacagebruik bovenop een dagdosis opiaten; meestal nog gecombineerd met een half liter alcohol.

De herkomst van psychofarmaca die op de zwarte markt rouleren

Natuurlijk ziet de drughulpverlener maar een klein gedeelte van de roulerende "pillen". Veel cliënten pretenderen niets te slikken, omdat in veel programma's sancties staan op dit gebruik. Ook urinecontroles zijn betrekkelijk. Dageijkse controle op zoveel verschillende stoffen is gewoon te duur. Hoewel dus slechts het topje van de ijsberg werkelijk gezien wordt, gaat het dan al om zulke grote hoeveelheden dat zich een soort verbijstering van de hulpverleners meester maakt, in de stijl van "Waar halen ze het in vredesnaam allemaal vandaan?" Onze indruk is dat verschijnselen

als apothekeroof en receptendieftal betrekkelijk weinig voorkomen. De risico's zijn te groot en de opbrengsten niet groot genoeg. De meeste pillen zijn afkomstig van legale voorschriften. Hieronder een aantal van de hiervoor gebruikte technieken.

1. Meestal zijn de medicamenten niet afkomstig van de eigen huisarts en eigenlijk nooit alléén van deze. De eigen huisarts is vaak te goed op de hoogte om zich voor dit karretje te laten spannen.
2. Huisartsen van vrienden of familieleden worden benaderd met vurige afkickverhalen: al zolang geen heroïne gebruikt, helemaal geen behoefte meer aan; maar ja, die afschuwelijke spanningen en die slapeloosheid, daar moet iets aan gebeuren want anders móét er wel weer heroïne aan te pas komen. Dus graag wat slaapmiddelen en wat tranquilizers. De eigen huisarts vertrouwen ze niet, daarom hebben ze zich gewend tot déze dokter waar hun familieleden van gezegd hebben dat die ze vast niet in de steek zou laten. Op dit thema zijn natuurlijk nogal wat variaties mogelijk, zoals:
 - Ik heb geen eigen huisarts want mijn uitkering is nog niet rond.
 - Of: mijn eigen huisarts is familie van me en daar schaam ik me zo voor.
 - Of: mijn huisarts denkt dat ik clean ben en ik durf hem niet te vertellen dat het weer mis is.
 - Of: mijn huisarts is een homeopaat en zijn tabletjes helpen niet.
 - Of: mijn huisarts is in een complot met het consultatiebureau voor drugs om mij te laten verrekken. Zo zijn er nog wel meer. Het tijdstip van zo'n gesprek wordt vaak met zorg zo gekozen dat direct intercollegiaal overleg niet mogelijk is; en de hulp moet direct gegeven worden, want anders is het de schuld van de dokter als de cliënt weer aan de heroïne gaat.
3. Waarnemende artsen worden benaderd met verhalen over voorraden pillen voor lange vakanties (afkicken in buitenland!) die gestolen zijn, waar

de recepten van zijn zoekgeraakt, die per ongeluk in het water zijn gevallen enz.

4. Ouders en andere familieleden worden naar artsen gestuurd met kant en klare verhalen die pillen moeten opleveren. Geen wonder dat je als moeder van een verslaafde Valium nodig hebt om op de been te blijven, nietwaar? Er zijn ouders die in hun wanhoop zelfs heroïne voor hun kind gaan halen; daarbij vergeleken zijn een paar leugentjes bij de huisarts altijd nog wat meer aanvaardbaar.
5. Specialisten door wie men onderzocht wordt in verband met vage klachten zijn ook nog wel eens goed voor wat kalmerende tabletjes, die dan soms weer door de huisarts gecontinueerd kunnen worden.
6. Het in snel tempo wisselen van huisarts, bij voorkeur ook buiten de stad, zodat het voor korte tijd onduidelijk wordt wie wat eigenlijk precies heeft voorgeschreven. Zodra de nieuwe huisarts hier duidelijkheid in heeft en orde op zaken wil stellen wordt er weer gewisseld.

Al deze technieken zijn natuurlijk ook zeer bruikbaar om methadon los te praten in steden en streken waar de verstrekking van methadon door huisartsen gebeurt. In de Rotterdamse situatie gebeurt dat bijna niet meer en is het geheel in de richting van de psychofarmaca omgebogen. Ook de arts heeft namelijk vaak het gevoel dat het voorschrijven van tranquillizers en slaapmiddelen in elk geval minder schadelijk en minder verslavend is dan het geven van methadon.

Dat zou ook wel zo zijn, als deze cliënten deze stoffen zouden slikken in doseringen die in de buurt liggen van de normale therapeutische dosis.

Op dit gebied gaan de veranderingen snel. Steeds meer huisartsen en specialisten raken ingespeeld op de problematiek, wat meestal inhoudt dat de "pillenkraan" dichtgaat. Als reactie daarop ontwikkelt de cliëntenpopulatie weer nieuwe technieken. Voorlopig wil dat

meestal zeggen: uitwijken naar andere artsen. Dit zal zo doorgaan tot het tot de hele medische stand van Nederland is doorgedrongen dat verslavingsproblemen verre van een indicatiegebied op te leveren, een contraïndicatie vormen voor het ambulant voorschrijven van welk psychofarmacon dan ook, tenzij er sprake is van een duidelijk omljnd, op de individuele cliënt afgestemd behandelingsplan.

Gelukkig wordt steeds vaker in nauw overleg met alle artsen die bij een bepaalde cliënt betrokken zijn afgesproken welke behandelaar zich met de verslavingsproblematiek zal bezighouden. Dit kan goed functionerende, soepel verlopende samenwerkingsafspraken opleveren die niet alleen van nut zijn voor de betrokken artsen, maar die, wat tenslotte het meest belangrijk is, ook duidelijkheid en orde scheppen in de situatie van de cliënt. Want uiteindelijk is geen enkele heroïneverslaafde erbij gebaat, als hij opgescheept raakt met nog twee of drie andere verslavingen.

 EPIDEMIOLOGIE VAN INFECTIEZIEKTEN

 IS GONORROE VOOR DEN HAAG EEN VERLOREN
 ZAAK?

H.G.J. Nijhuis *

DE TOENAME VAN GONORROE IN DEN HAAG

Lezers van het bulletin kunnen zich afvragen of er niets belangrijkers is dan geslachtsziekten in Den Haag. Immers in dit bulletin en langs andere wegen hebben wij bij herhaling informatie hierover gegeven.

Er zijn inderdaad veel grotere medische problemen dan die met betrekking tot gonorrhoe. Echter er zijn enkele omstandigheden die ons ertoe brengen deze aandacht wat op de voorgrond te plaatsen.

Niet van alle medische problemen kan worden gezegd dat ze in Den Haag van jaar tot jaar zo onrustbarend toenemen. Evenmin kan van veel aandoeningen worden gezegd dat zoveel over het natuurlijk verloop, de epidemiologie, de behandeling en de profylaxe bekend is dat een georganiseerde bestrijding reële kansen heeft.

Bovendien bestaat er een stedelijk appa-

raat, de dienst geslachtsziektenbestrijding van de GG en GD, welke samen met de behandelende artsen de bestrijding aan kan pakken.

Het gonorrhoe-probleem in Den Haag wordt maar groter! Opnieuw heeft het jaarverslag 1982 (1) ons geconfronteerd met de realiteit. Laten we daarbij niet vergeten dat van de vrouwelijke gonorrhoe-patiënten een deel wordt gecompliceerd met salpingitiden met alle gevolgen vandien. In tabel 1 staan cijfers over het voorkomen van gonorrhoe.

Onze gezamenlijke curatieve en preventieve inspanningen vermogen blijkbaar niet de gonorrhoe-situatie in de stad onder controle te krijgen.

Wat ons betreft ligt hier een uitdaging naar wegen te zoeken om de situatie beter te beheersen.

Tabel 1. Aantal gevallen en incidenties van gonorrhoe, Den Haag, 1978-1982.

	Aantal	Incidentie (per 10.000)
1978:	725	15
1979:	910	19
1980:	1007	22
1981:	1398	30
1982:	1560	34

(Bron: Jaarverslag Geslachtsziektenbestrijding noordelijk Zuid-Holland)(1)

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.

We willen daarom nogmaals bespreken wat ten grondslag ligt aan de gonorroë-epidemie en wat we eraan kunnen doen.

HOE HET ZOU MOETEN ZIJN

Het zou zo moeten zijn dat alle gonorroë-infecties worden behandeld voordat er sexueel contact is geweest tussen een geïnfecteerde en een andere persoon. Dan kan de ziekte zich niet meer verspreiden hetgeen tot een vermindering van het aantal gevallen zal leiden.

WAAROM LOOPT HET FOUT?

Laten we systematisch de mogelijkheden bekijken die een verklaring kunnen vormen voor de geweldige verspreiding van gonorroë de laatste decennia.

Een vrijer sexueel klimaat

Hierover is, ook met betrekking tot geslachtsziekten, reeds veel gezegd en geschreven. Het veranderde, vrijer klimaat rondom sexueel verkeer van de laatste tientallen jaren, heeft zonder twijfel mede de omvang van het gonorroëprobleem beïnvloed. Dit verband ligt voor de

hand. Het is echter nimmer in onderzoek echt goed gekwantificeerd.

Wel is gemakkelijk op basis van een rekensommetje te laten zien hoe het verband ligt tussen de frequentie van sexuele contacten en de kans op het oplopen van een gonorroë-infectie. Hierbij zijn nodig een gegeven percentage geïnfecteerde contacten en de kans om de infectie op te lopen bij sexueel verkeer met een geïnfecteerde. Tabel 2 laat zien wat dit oplevert.

Het beeld is duidelijk: bij mannen neemt de kans op een infectie sterk toe met een intensievere contactfrequentie. Bij een contactfrequentie van iets meer dan eenmaal per week (64x per jaar) en een kans om een geïnfecteerde partner te treffen van 25% loopt een man de kans om eenmaal per kwartaal een infectie op te lopen.

Daar vrouwen met nagenoeg 100% zekerheid een infectie overnemen bij contact met een besmette man ligt voor haar het risico veel ongunstiger.

Naast de sexuele contact-frequentie spelen bij een "vrijer sexueel klimaat" natuurlijk ook het minder selectief te werk gaan bij de partnerkeuze en eventueel

Tabel 2. Mannen : gemiddelde duur (in jaren) voordat een gonorroë-infectie plaatsvindt;
gegeven: 25% kans op infectie (zonder voorzorgen).

Aantal contacten per jaar	Kans op aanwezigheid infectie bij partner (%)				
	5%	10%	25%	50%	100%
1	80 jr	40 jr	16 jr	8 jr	4 jr
2	40 jr	20 jr	8 jr	4 jr	2 jr
4	20 jr	10 jr	4 jr	2 jr	1 jr
8	10 jr	5 jr	2 jr	1 jr	0,5 jr
16	5 jr	2,5 jr	1 jr	0,5 jr	0,25jr
32	2,5 jr	1,25jr	0,5 jr	0,25jr	0,13jr
64	1,25jr	0,63jr	0,25jr	0,13jr	0,06jr

Met gedeeltelijke voorzorgen (12,5% kans op infectie) wordt de duur verdubbeld.
Met complete voorzorgen (2,5% kans op infectie) wordt de duur vertienvoudigd.
(Bron: Catterall) (2).

eel het minder voorzorgen treffen een negatieve rol (epidemiologisch gesproken).

De "stille" verspreider

Het merendeel van de met gonorrhoe geïnfecteerde vrouwen zijn asymptomatische carriërs. De onbekendheid met het bestaan van een infectie is uiteraard geweldig problematisch voor de verspreiding van de ziekte.

Op het ogenblik bestaan er tevens aanwijzingen dat ook bij een fors deel van de geïnfecteerde mannen de infectie in asymptomatische vorm voorkomt. Onlangs verscheen een publicatie (3) waaruit bleek dat rond de 60% van de mannelijke contacten van de groep vrouwelijke patiënten met een salpingitis-complicatie de infectie asymptomatisch aanwezig was. Verontrustende berichtgeving voor de geslachtsziektenbestrijding omdat blijkbaar dus ook onder mannen meer dan verwacht "stille" verspreiders voorkomen. Het asymptomatische verspreidingscircuit komt niet of veel te laat onder de aandacht van de betrokkenen, laat staan de hulpverlening. Het vormt een groot epidemiologisch probleem.

"Patient's delay"

Patiënten, dat wil zeggen symptomatische gonorrhoegevallen, vormen een gelijksoortig probleem als hierboven beschreven wanneer zij zich te laat onder behandeling stellen. Immers ook zij verspreiden de infectie bij sexueel contact in de geïnfecteerde, niet behandelde periode.

Inadequate behandeling

Geïnfecteerden die hun antibioticum/chemotherapeuticum-kuur niet goed afmaken worden mogelijkerwijs niet genezen. Ook zij die zich onttrekken aan de controle van een arts wanneer de kweekuitslag (positief; resistentiepatroon) om ver-

dere behandeling vraagt vormen een mogelijke bron voor verspreiding.

Ook de arts zelf kan het mis hebben met de diagnose. Met name is de kans dat de penicillinase vormende gonococ gemist en inadequaet behandeld wordt groot, wanneer niet gekweekt wordt.

De asymptomatische (of zeer lichte) gevallen die men kan ontdekken middels diagnostiek bij contactopsporing of bij screening worden zeer zeker gemist zonder kweken.

Steeds is bij inadequate vormen van behandeling opnieuw het epidemiologisch probleem dat geïnfecteerden de kans krijgen om gonorrhoe verder te verspreiden.

Mutaties van de bacil

Tenslotte moet als mogelijke - overigens puur hypothetische - verklaring voor de persisterende of zelfs toenemende gonorrhoe-problematiek worden genoemd eventuele mutaties in de bacil. Deze zouden het natuurlijk verloop van de infectie bij de mens in de loop der jaren hebben kunnen beïnvloeden in ongunstige zin. Zo kan het zijn dat de pathogeniteit (bijv. veranderingen in de incubatieperiode of een verschuiving naar meer asymptomatische gevallen), virulentie of besmettelijkheid dusdanig zijn veranderd dat hiermede de toename van de gonorrhoe-problematiek zou zijn te verklaren.

In dit geval zouden verklaringen als het veranderd sexueel gedrag of een falende aanpak wat meer naar de achtergrond verdwijnen.

Nu we de mogelijke verklaringen voor de toename van gonorrhoe op een rijtje hebben zouden we kunnen proberen om de hoofdschuldige aan te wijzen en daarop door te gaan. Dat is echter onmogelijk simpelweg omdat ons daartoe de informatie ontbreekt. Nog nimmer is in onderzoek aangetoond hoe het complex van de aan de gonorrhoe-explosie ten grondslag liggende factoren er precies uit ziet.

WAT KAN ER GEDAAN WORDEN?

Laten we om te bepalen wat we eraan kunnen doen nogmaals het rijtje mogelijke verklaringen onder de loep nemen.

Het vrijer sexueel klimaat

De geaardheid van het sexueel verkeer is een cultureel gedragspatroon dat zich nauwelijks laat beïnvloeden in het kader van een gezondheidsprogramma op schaal van de geslachtsziektenbestrijding. Wel kan uiteraard waar dat nodig is het gebruik van profylactische middelen (condoom, pessarium, pasta's etc.) worden gepropageerd. Erg veel mag hier evenwel ons inziens niet van verwacht worden.

De "stille" verspreiders

Hier ligt een reële mogelijkheid voor een bestrijdingsaanpak. Deze zou erop gericht moeten zijn om zoveel mogelijk asymptomatische verspreiders van gonoroebacillen te ontdekken en te behandelen.

Dat nu gebeurt bij contactopsporing en behandeling. Met name de groep contacten van gonorroevallen die geen klachten hebben zullen zich niet snel op eigen initiatief tot een arts wenden om zich te laten nakijken door middel van een kweek. Het opsporen en aansporen kan op verschillende manieren geschieden.

De arts kan een patiënt nadrukkelijk adviseren om zijn of haar contacten te waarschuwen en naar een arts te sturen. Hij kan daarbij gebruik maken van de z.g. contactslip. Dit zou eventueel kunnen worden ondersteund met een kaartje of een folder.

Ook de sociaal-verpleegkundige van de dienst geslachtsziektenbestrijding kan hierbij worden ingeschakeld. Zij kan eveneens de patiënt in deze adviseren en - uiteraard na toestemming - stappen nemen om de contacten op de hoogte te stellen van een mogelijk sluimerende in-

fectie en de verdere verspreiding door henzelf.

Wanneer nu inderdaad contacten zich tot een arts wenden kunnen twee benaderingen worden gevolgd:

1. De betrokkene wordt, zonder verdere diagnostiek vooraf, behandeld (epidemiologische behandeling). Deze nogal agressieve methode is in zwang in de Verenigde Staten. Uiteraard kan daarbij de keuze worden gemaakt om alleen contacten van bepaalde (risico)groepen patiënten te behandelen (bijv. prostituées, repeaters etc.).
2. Een voorzigtiger aanpak is allereerst diagnostiek plegen (direct preparaat, kweken) en vervolgens op basis daarvan wel of niet behandelen. Deze wat conservatievere benaderingswijze wordt over het algemeen meer toegepast in Europa (waaronder Nederland). Bij bepaalde (risico)groepen wordt echter ook wel epidemiologisch behandeld.

Voorstanders van de epidemiologische behandeling stellen dat door het "diagnostic delay" teveel personen uit het zicht verdwijnen of opnieuw de kans krijgen om de ziekte te verspreiden.

In Den Haag worden de sociaal-verpleegkundigen van de dienst geslachtsziektenbestrijding te weinig ingeschakeld voor contactopsporing en advisering. De indruk bestaat dat ook buiten de dienst om zeer weinig van deze contactadviesring terecht komt.

Toch is dit een van de weinige handvaten waarmee we de bestrijding van gonorroe kunnen aanpakken.

We verzoeken dan ook alle artsen die geslachtsziekten behandelen hetzij zelf de nodige stappen te nemen om de "stille verspreiders" op te sporen of daarbij de sociaal-verpleegkundige van de dienst in te schakelen (telefoonnr. 647036).

Een alternatief voor contactopsporing om asymptomatische gonorroe-geïnfecteerden te ontdekken en behandelen is screening. Screening wil zeggen dat personen die zich niet tot de arts wenden met klach-

ten over een bepaalde aandoening daarop worden nagekeken op initiatief van de arts.

In de Verenigde Staten heeft men dit systematisch gedaan bij vrouwen die in bepaalde poliklinieken werden onderzocht en waarbij vaginaal onderzoek was geïndiceerd (obstetrische/gynaecologische en geslachtsziektenpoliklinieken). Men vond bij 4,7% van de onderzochte vrouwen een gonorrhoe-infectie. Ofschoon sommigen de dalende trend in het voorkomen van gonorrhoe in de Verenigde Staten wel toeschrijven aan dit poliklinische screeningsprogramma dat sinds 1972 plaatsvindt moeten we zeer terughoudend staan t.o.v. dit soort dure, moeilijk te evalueren massale screeningsprogramma's.

Iets dergelijks gebeurt ook wel in ons land bij groepen met een verhoogd risico voor geslachtsziekten. Het periodiek onderzoek van prostituees is hiervan een voorbeeld. Ook de screeningsprogramma's van homoseksuele mannen in sexsauna's en bars zijn hiervan een voorbeeld. Screening dient in een georganiseerd verband plaats te vinden en ligt daarom niet voor iedere arts voor de hand. In Den Haag wordt op het ogenblik op dit gebied nog te weinig gedaan.

"Patient's delay" en inadequate behandeling.

Deze ongunstige epidemiologische gedragskenmerken kunnen worden beïnvloed door voorlichting. De behandelend arts treft een patiënt in een ontvankelijke situatie aan (hulpvrager-hulpverlener). Dit is een goede gelegenheid voor kennisoverdracht en motivatie. Om het te laat komen voor behandeling en het belang van het afmaken van een behandelingskuur te bespreken is dit een goede situatie.

Het zou een routine moeten zijn voor iedere arts om in geval van vermijdbare besmettelijke ziekten kort en krachtig te spreken over deze zaken van preventief belang.

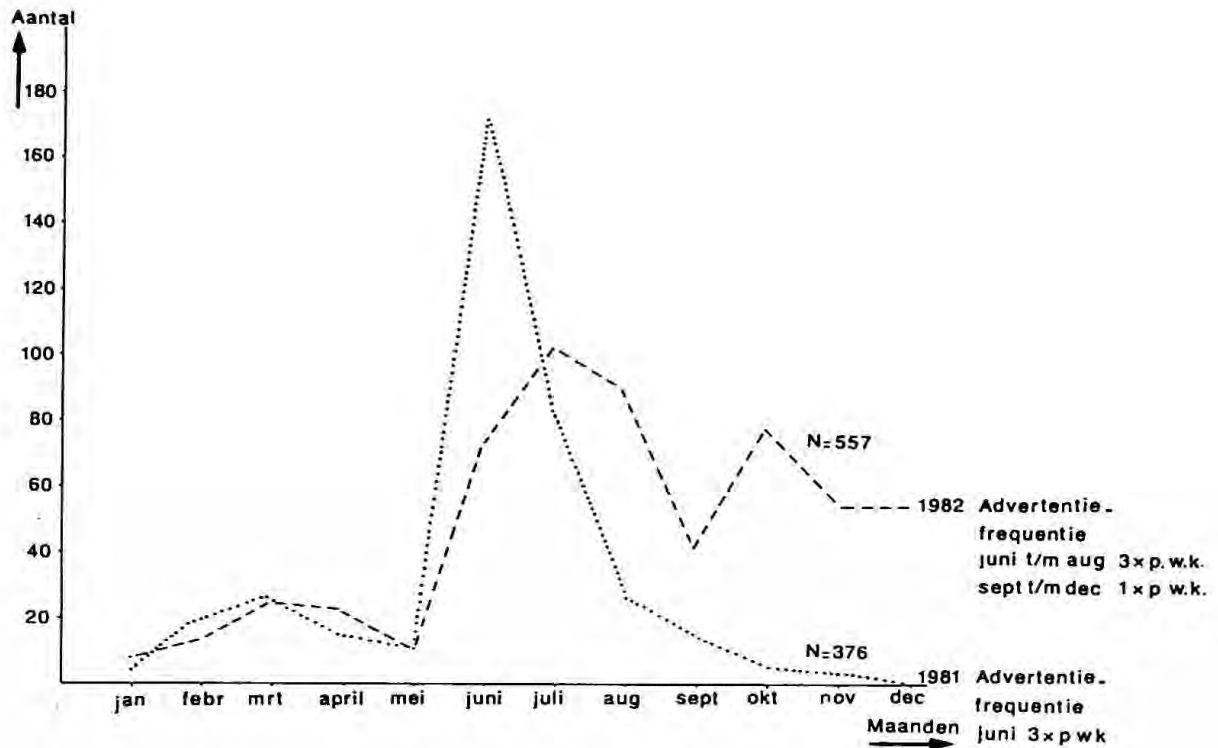
De geweldige toename van gonorrhoe de laatste jaren wijst ons erop dat we het niet alleen moeten hebben van de behandeling van de druipeer.

WAT DOET DE DIENST GESLACHTSZIEKTENBESTRIJDING

De sociaal-verpleegkundigen van de dienst geslachtsziektenbestrijding assisteren bij de beschreven contactopsporing en -advisering. Zij zijn daarvoor te benaderen bij de GG en GD Afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne Waldeck Pyramontkade 3, Den Haag Telefoon: 070 - 61 45 21

Verder verricht de dienst voorlichting over geslachtsziekten. Ofschoon op het gebied van de voorlichting aan het publiek, op scholen en aan risicogroepen nog veel moet gebeuren is met de telefonische informatieservice over geslachtsziekten reeds enige ervaring opgebouwd. Op een speciaal telefoonnummer (647036) wordt overdag in een persoonlijk gesprek door sociaal-verpleegkundigen informatie gegeven over geslachtsziekten en de hulpverlening. s'Avonds, s'nachts en in de weekends wordt de service (voor zover mogelijk) verricht door een automatische telefoonbeantwoorder (2 min.).

We hebben aan het bestaan van dit telefoonnummer de afgelopen twee jaren op twee verschillende manieren bekendheid gegeven in advertenties in Haagse kranten. In 1981 is 1 maand 3x per week geadverteerd; in 1982 3 maanden 3x per week en vervolgens permanent 1x per week. Figuur 1 laat zien hoe de respons op de telefoonservice verliep. We hebben nu een indruk over het effect bij verschillende frequenties van adverteren. Om een redelijke voortdurend gebruik van de telefonische informatie te onderhouden moet tenminste 1x per week worden geadverteerd. Degenen die belden waren voor het merendeel mannen tussen



Figuur 1. Aantal telefoongesprekken per maand bij de geslachtsziekten-telefoon-service Den Haag 1981 en 1982.

Tabel 3. Een vergelijking tussen twee vormen van gezondheidszorg voor geslachtsziekten in de Verenigde Staten.

	"Public clinics"	"Private physicians"
Aandeel in behandeling :	20 - 30%	70 - 80%
Aangifte infectieziekten:	100%	15 - 20%
Contactopsporing :	ja	wisselend
Voorlichting :	wisselend	wisselend
Kwaliteit van zorg :	wisselend	wisselend
Laboratorium-diagnostiek:	toegepast	onvoldoende toegepast
Betaling consult :	neen	ja

(Bron: Catterall)(2)

de twintig en veertig jaar. Het gesprek ging meestal (59%) over hoe hulp verkregen kon worden.

We hopen aan de hand van dergelijke evaluaties deze service verder af te stemmen op de behoeftes van de mensen.

WAT DOEN DE ARTSEN

De artsen vormen de ruggesgraat van de geslachtsziektenbestrijding. Ofschoon daarover geen harde gegevens voorhanden zijn bestaat de stellige indruk dat diagnostiek en behandeling van gonorrhoe, ook in Den Haag, op een hoog niveau staan.

M.b.t. de bestaande zorg is het interessant om de resultaten van een onderzoek uit de Verenigde Staten (2) te bekijken. (zie tabel 3).

Uiteraard zijn om diverse redenen deze resultaten niet van toepassing op de Nederlandse situatie. Evenwel er zijn waarschijnlijk wel enkele overeenkomsten te vinden in een vergelijking tussen onze "open poliklinieken" en vrij gevestigde artsen aan de hand van het vergelijk tussen "Public Clinics" en "Private Physicians".

De tabel spreekt voor zich. Waar van toepassing en waar nodig zouden wij ons deze resultaten ter harte moeten nemen. Met name in de preventieve sfeer kunnen wij waarschijnlijk aanzienlijk meer presteren dan nu het geval is.

IS GONORROE NU EEN VERLOREN ZAAK?

Wanneer het heil gezocht moet worden in het beïnvloeden van het "vrije sexueel klimaat" liggen de kansen op korte termijn niet erg gunstig.

Ook wanneer bacilmutaties ten grondslag zouden liggen aan de toename van gonorrhoe is er reden tot pessimisme.

Dat gonorrhoe een verloren zaak is is een steeds meer gehoord geluid. We spannen ons in om het probleem terug te dringen

en het lijkt nauwelijks te beïnvloeden. De frustraties hierover liggen voor de hand.

Wij wilden hierover de volgende, min of meer beschouwende opmerking maken. Het is onze overtuiging dat het ons beschikbare arsenaal van bestrijdingsmogelijkheden op het ogenblik nog onvoldoende wordt aangesproken. We denken aan voorlichting over "patiënts delay" en een volledige behandeling, aan het belang van "stille verspreiders" en contactopsporing en screening. Daarom is de gonorrhoe bacil aan de winnende hand. Toch hebben we voldoende manschappen in de strijd en wapens ter beschikking, ook in Den Haag.

Gonorrhoe is zeker geen verloren zaak als wij al die wapens ook gaan gebruiken.

Literatuur

1. Jaarverslag 1982 dienst geslachtsziektenbestrijding noordelijk Zuid-Holland.
2. Catterall RD, Nicol CS. Sexually Transmitted Diseases. Academic Press London 1976.
3. Potterat JJ, King RD. A new approach to gonorrhoea control JAMA 1981;245:578-80.

le kwartaal 1983

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					
<u>Vervolg groep B</u>																					
Trichinosis																					
Tuberculosis		1		1	4	1	1	1	5	2	3					4	1	17	7	24	14
Tularaemia																					
Typhus exanth.																					
Voedselinfectie							1		8	3	1		1	1	2		13	4	17	3	
Yersinia enterocol- ica-infectie																					
<u>Groep C</u>																					
Gonorrhoea							8	15	184	101	50	9	17	2	1		260	127	387		
Syphilis (prim. sec.)									8	8	1	2		1			9	11	20		
Syphilis congenita																					
Parotitis epidemica	1		1		1		5		1								7	2	9		

AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

Een overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten in Den Haag over het eerste kwartaal 1983.

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

Febris typhoidea

Er werden 2 gevallen aangegeven. Beide patiënten werden in een ziekenhuis opgenomen. Eén patiënt werd tijdens vacantie in India besmet. Bij de ander openbaarde de ziekte zich bij een galblaas extirpatie.

Dysenteria Bacillaris

Er werden 5 gevallen aangegeven (alle shigella flexneri). Drie patiënten werden in het buitenland besmet. Bij 2 personen bleef de bron onbekend. Drie werden in een ziekenhuis opgenomen.

Hepatitis A

Er werden 5 gevallen aangegeven, waarvan 2 personen in het buitenland besmet werden. De overigen behoorden tot één gezin, hierbij bleef de bron onbekend.

Hepatitis B

Er werden 9 gevallen aangegeven. Over de wijze van besmetting kan het volgende worden opgemerkt:

- intraveneus druggebruik: 1 persoon
- sexueel contact : 5 personen
- onbekend : 3 personen

Lepra

Er werden 2 gevallen aangegeven, beiden afkomstig uit Suriname. (Tuberculoid)

Malaria

Er werden 2 gevallen aangegeven. Een patiënt liep de infectie op in Tanzania (P. falciparum), de ander in Madagascar. Eén persoon werd in een ziekenhuis opgenomen.

Meningococcosis

Er werd 1 geval aangegeven. Dit betrof een meisje van 17 jaar, dat voor behandeling in een ziekenhuis werd opgenomen.

Ornithosis

Er werd 1 geval aangegeven. Vermoedelijke besmettingsbron: parkiet.

Pertussis

Er werd 1 geval aangegeven. Het meisje was niet gevaccineerd.

Rubella

Er werden 5 gevallen aangegeven. Van de 30 verrichte H.A.R.-testen waren er 8 negatief. Aan 49 vrouwen werd anti-Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

Salmomellosis

Er werden 40 gevallen aangegeven, waarvan 22 personen in een ziekenhuis opgenomen werden.

Scabies

Er werden 7 gevallen aangegeven.

Tuberculose

Er werden 24 gevallen aangegeven, waarvan 14 patiënten in een ziekenhuis opgenomen werden.

Voedselinfectie

Er werden 17 gevallen van voedselinfectie aangegeven, waarvan 3 in een ziekenhuis opgenomen werden. Alle gevallen werden veroorzaakt door campylobacterbacterie.

Gonorrhoe

Er werden 387 gonorrhoe gevallen aangegeven.

Syphilis

Er werden 20 gevallen aangegeven.

Parotitis epidemica

Er werden 9 gevallen gemeld.