

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

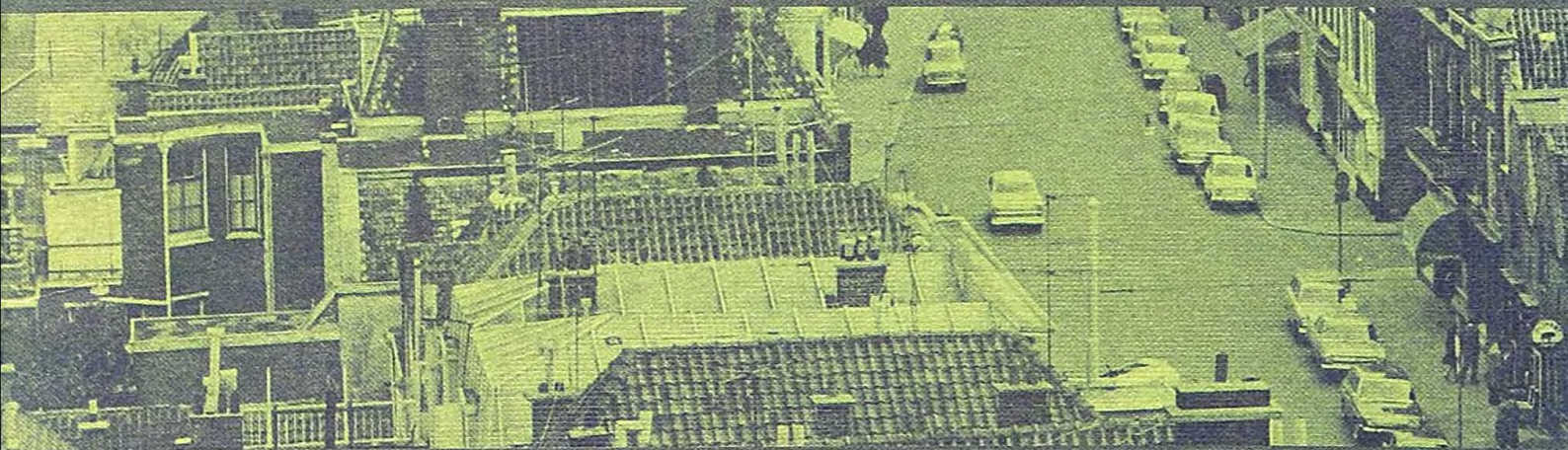
*Erige exp!*

18e Jaargang

No. 3

## 's-Gravenhage

Augustus 1983



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

EPIDEMIOLOGISCH  
BULLETIN

Augustus 1983

18e Jaargang  
No. 3

IN DIT NUMMER

Redactioneel

Epidemiologie algemeen:

"Het huisartsregistratiesysteem van  
start".

Harry G.J. Nijhuis

Epidemiologie van niet infectieuze ziek-  
ten:

"Tandcariës bij inheemse en uitheemse  
kinderen in Den Haag in 1981".

A.H. Bergink, W.L. ten Hoopen,  
K.G. König, H.M.H.M. Ruiken en  
G.J. Truin.

Redactie:

Prof. dr. W.J. Schudel, psychiater  
Dr. A.H. Bergink, jeugdarts  
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog

Tekstverzorging:

Mw. I. Verkade-Burger

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
 

---

Het epidemiologisch bulletin "nieuwe stijl" (d.w.z. met stukjes zowel over infectieziekten als over niet infectieuze aandoeningen, zaken betreffende de gezondheidszorg en algemene epidemiologie) wordt nu twee jaar uitgegeven. Wanneer we terugblikken op de inhoud in deze periode valt op dat kopij werd aangeleverd door een kleine groep personen voornamelijk afkomstig uit GG en GD-kring. Er was nauwelijks of geen sprake van een spontaan aanbod van stukjes van buitenaf. Wij betreuren deze eenzijdige toelevering van kopij.

Het epidemiologisch bulletin Den Haag zou kunnen uitgroeien tot een medium, een platform waarin voor Den Haag en omgeving wordt gecommuniceerd over epidemiologische zaken in bredere zin. De onderwerpen kunnen variëren van onderzoeken en incidentele epidemiologische observaties tot informatie over nieuwe ontwikkelingen of ideeën met betrekking tot de gezondheidszorg in de stad. Zo kan een observatie van een huisarts of specialist van een epidemische verheffing van bepaalde klachten en het verondersteld verband met een of andere milieuhygiënische omstandigheid met daarbij uiteraard de afloop van een dergelijke affaire een leerzaam onderwerp zijn om anderen over te informeren. Dergelijke ervaringen zijn de moeite waard om publicatie ervan in het bulletin te overwegen. Eventueel kan de uiteindelijke vormgeving van een stukje in samenwerking met de GG en GD, Stafbureau Epidemiologie en Informatica geschieden. Wanneer de inhoud van het epidemiologisch bulletin wordt gecreëerd door een groep auteurs van verschillend pluimage wordt niet alleen de inhoud gevarieerder, maar sluit deze ook met meer waar-

schijnlijkheid aan bij behoefte en belangstelling van het eveneens nogal gevarieerd lezerspubliek van het bulletin.

UW EPIDEMIOLOGISCHE NOTITIES ZIJN VAN HARTE WELKOM!

Tot slot van dit redactioneel willen wij een verandering in de samenstelling van de redactie onder uw aandacht brengen. Mevrouw M.E. Kolkman-Nijsen heeft in verband met haar verandering van werkring haar redacteurschap voor het epidemiologisch bulletin beëindigd. De redactie zegt haar dank voor het vitale aandeel dat zij als redacteur en als auteur heeft gehad in de ontwikkeling van het bulletin.

Het redacteurschap van mevrouw Kolkman wordt overgenomen door de heer W.J. Schudel, Hoofd Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD van Den Haag, tevens Hoogleraar Sociale Psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

De Redactie.

---

---

 EPIDEMIOLOGIE ALGEMEEN
 

---

 HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM VAN START
 

---

Harry G.J. Nijhuis

We hebben in dit bulletin al enkele malen aandacht gegeven aan het huisartsregistratiesysteem (peilstationsysteem) in Den Haag. Nu, per 4 juli j.l., na een voorbereidingstijd van ongeveer twee jaar, is deze registratie dan eindelijk gaan functioneren.

Wat was het ook alweer?

Het registratiesysteem is te zien als een observatie- en meetinstrument van zaken over gezondheid (zorg) onder de bevolking van Den Haag. De huisarts heeft primair de taak om de gezondheid van personen (gezinnen) in de gaten te houden. Het registratiesysteem houdt in een breder sociaal verband de vinger aan de pols van de volksgezondheid in de stad Den Haag. Het is een methode, een systeem om samen te kijken wat er aan de hand is in Den Haag. Waargenomen verschillen in ziektevoorkomen met andere steden of streken maken het daarbij bij-

zonder interessant om mogelijke oorzaken hiervan op het spoor te komen. Ook de vergelijking tussen wat zich voordoet binnen diverse huisartspraktijken in Den Haag kan bijzonder leerzaam zijn met name voor de huisarts zelf.

De betekenis van het huisartsregistratiesysteem wordt verder wellicht het beste toegelicht in de beschrijving van het belang van de opname van de diverse registratie-items verderop in dit stukje.

Het is de bedoeling om ieder jaar, naar behoefte, te bepalen welke zaken door de huisartsen zullen worden geregistreerd. Met het registratiesysteem hebben we ter beschikking een epidemiologisch observatie-instrument dat ingesteld en gericht kan worden op die plekken in de gezondheid (zorg) waarvan we gezamenlijk vinden dat er eens beter naar gekeken moet worden.

 DE OPZET
 

---

De volgende groep van 25 artsen maakt deel uit van het huisartsregistratiesysteem.

J.J.M. Avezaat	M.J.Th. Lutjenhuis	F.H. Balder
K.F. van der Bent	H.J. Lamers	L. Beukman
P.C. van Braam van Vloten	F.D. Brons	H.A. Dirkse
H.T. Tan	J.L. Engelenburg	M.K. Floor
M. Hibbeln	R. Jamin	H.H.M. Kranendonk
P. van Leeuwen	M.A. Oorthuys	P.H. Oosterhout
J.C.B.M. Rensing	R. Schüchner	W. Twaalfhoven
P.R.H. Vermeulen	R. van Spronsen	J. Vermeyden
R.M. Wiersma		

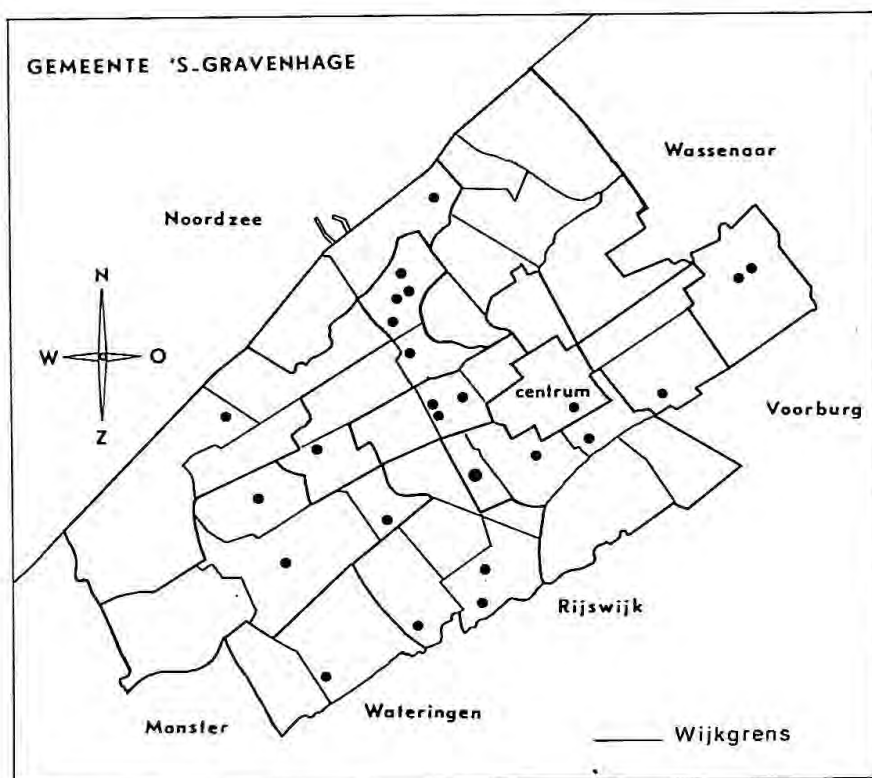
---

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

Zij bestrijken met de praktijken ongeveer 12 procent van de bevolking van Den Haag (+ 56.000 personen). Ziektepatronen verschillen met de aard van diverse bevolkingsgroepen zodat een zekere representativiteit van de gezamenlijke praktijkbevolking van de registratieartsen werd nagestreefd. Zo moeten gebieden van verschillend sociaal economisch niveau

evenredig vertegenwoordigd zijn. Het behaalde resultaat met de spreiding over verschillende delen van de stad wordt getoond in figuur 1.

Ook werd getracht om de verdeling ziekenfonds-particuliere patiënten zoveel mogelijk een afspiegeling van de Haagse situatie te laten zijn. Het resultaat staat in tabel 1.



Figuur 1. Locatie praktijkadressen in Den Haag van de huisartsen die deelnemen aan het huisartsregistratiesysteem.

Tabel 1. Verdeling ziekenfonds- en particuliere patiënten in Den Haag en de praktijkbevolking van het registratieteam.

	<u>Ziekenfonds</u> %	<u>Particulier</u> %
Den Haag <sup>1)</sup> :	69	31
Praktijkbevolking registratieteam:	73	27

<sup>1)</sup> Bron LISZ jaarboek 1980

De projectcoördinatie wordt gedaan door de GG en GD, Stafbureau Epidemiologie en Informatica. Hier worden ook de gegevens verzameld en geanalyseerd. Het brein achter het registratiesysteem vormt een begeleidingsgroep waarin zitting hebben:

voor de huisartsen:

F.A. Balder	huisarts
J.C.B.M. Rensing	huisarts
R. van Spronsen	huisarts

voor de GG en GD:

A.H. Bergink	jeugdarts
H.G.J. Nijhuis	arts-epidemioloog
H.W.A. Struben	methodoloog

Eénmaal per jaar komen alle registratieartsen bijeen om de resultaten van het geregistreerde en ideeën voor de aankomende periode te bespreken.

DE WERKWIJZE

De gegevens over ziektes of zorg worden door de huisarts opgetekend op zogenaamde weekstaten. Een dergelijke weekstaat wordt hiernaast getoond.

Iedere maandag worden de ingevulde weekstaten geretourneerd naar de GG en GD waar alle gegevens worden verzameld en geanalyseerd.

Elk kwartaal ontvangen deelnemende huisartsen overzichten van wat zich in de afgelopen periode in hun praktijk heeft voorgedaan. Eenmaal per jaar zal een speciale editie van het epidemiologisch bulletin worden gewijd aan de resultaten van het in het afgelopen jaar geregistreerde.

Het spreekt vanzelf dat over allerlei onderdelen van de werkwijze tussen de GG en GD en de huisartsen exacte afspraken moeten worden gemaakt. Deze zijn vastgelegd in een aparte handleiding.

Een zeer belangrijk onderdeel hiervan is het streven om zo gestandaardiseerd mogelijk te registreren. Bij de ene ziekte is dat makkelijker uitvoerbaar dan bij een andere. Een aandoening als influen-

za(-achtig) beeld is bijvoorbeeld aanzienlijk lastiger in een definitie te vatten dan hepatitis B (gediagnostiseerd op serologie). Gebrekkigheden in een goede, objectieve, hanteerbare definitie schaden de betrouwbaarheid van de registratie. In sommige gevallen is de acceptatie van zekere fouten hierbij onvermijdelijk. Toch is het maken van fouten niet altijd even dramatisch als het lijkt.

Wanneer bijvoorbeeld bij de registratie van influenza(-achtig) beeld voortdurend door het gezamenlijke registratieteam een constante fout van over- of onderregistratie wordt gemaakt heeft dit consequenties voor het beeld over de absolute omvang van dit ziekteprobleem in Den Haag. Echter bij het vaststellen van verschillen in voorkomen bijvoorbeeld over tijd (epidemieën) of naar wijk (sociaal economische gebondenheid) speelt deze fout, mits zij min of meer constant voorkomt, een minder belangrijke rol. Een tekort in de gestandaardiseerdheid van de registratie ("Wat de een griep noemt is bij de ander wat anders") heeft dus een selectief nadelige invloed op de kwaliteit van de resultaten.

DE REGISTRATIE-ITEMS 1983/1984

Hieronder volgen de items die de komende anderhalf jaar in Den Haag zullen worden opgetekend. Voor ieder van de ziektes wordt aangegeven volgens welke criteria de diagnose dient te worden opgesteld (zie standaardisatie). Daarnaast wordt beschreven met welk gepercipieerd belang de diverse items zijn gekozen.

INFLUENZA(-ACHTIG) BEELD

Alleen nieuwe gevallen registreren.

Definitie:

Diagnose op basis van het klinisch beeld:

- Acut begin, dus hoogstens een prodro-

Praktijkadres: \_\_\_\_\_

Periode: ma \_\_\_\_\_ t/m zo \_\_\_\_\_ Aantal dagen geregistreerd

Niet in te vullen

Jaartal      Weeknummer      Code praktijk

**INSTRUCTIES**

- a. Over de aangegeven periode uitsluitend gevallen uit eigen praktijk registreren.
- b. Het registratie-item is niet een persoon maar een toestand of aandoening (eventueel meerdere malen voorkomend in dezelfde persoon).
- c. De weekstaat heeft in principe betrekking op een 7-daagse rapportage (ma t/m zo).
- d. Door vakantie, ziekte of andere oorzaken kan de registratie zich over minder dan 7 dagen uitstrekken. Steeds het aantal dagen dat geregistreerd werd aangeven.
- e. De weekstaat van de voorgaande week op maandag insturen in antwoord-enveloppe.
- f. Informatie bij het secretariaat: tel. 614521 tst. 444.

		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65	
1. INFLUENZA(ACHTIG)-BEELD	M												M
	V												V
2. BOF	M												M
	V												V

BOF-COMPLICATIE

(Diagnose volgens gegeven criteria; registreren in week van diagnose onafhankelijk van "gewone" bofregistratie).

Orchitis:       Meningo/encephalitis:       Meningeale prikkeling:       Pancreatitis:

Leeftijd: \_\_\_\_\_ M/V\*

3. HEPATITIS B	M												M
	V												V

TRANSMISSIE

(Voor ieder geval van Hepatitis B tevens de wijze van transmissie registreren)

(Bloed)transfusie, injectie:       Acupunctuur:       Overige:

Homosexueel contact:       Tatoeage:       Onbekend:

4. HEPATITIS A EN NON A/B	M												M
	V												V
5. GONORROE	M												M
	V												V
6. HERPES GENITALIS	M												M
	V												V
7. OSGOOD SCHLATTER	M												M
	V												V

LOKALISATIE

(Voor ieder geval van Osgood Schlatter tevens de lokalisatie registreren)

Links:       Rechts:       Beiderzijds:

8. SUICIDAAL GEDRAG

(Voor twee gevallen bestaat onder respectievelijk A en B ruimte om enkele gegevens te registreren)

A	B
Overleden ja/nee*	Overleden ja/nee*
Datum _____	Datum _____
Leeftijd ____ M/V*	Leeftijd ____ M/V*

Laatste contactdatum met huisarts (indien minder dan 8 weken) :

Stond ten tijde van suicide(poging) onder psychosociale begeleiding :

Het middel was een aan de betrokkene voorgeschreven medicijn :

Is m.b.t. deze suicide(poging) gezien in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis :

Ja/Neen/Onbekend*	Ja/Neen/Onbekend*
Ja/Neen/Onbekend*	Ja/Neen/Onbekend*
Ja/Neen/Onbekend*	Ja/Neen/Onbekend*

Ruimte voor eventuele opmerkingen



- maal stadium van 3 tot 4 dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties).
- De infectie moet gepaard gaan met een temperatuursverhoging boven de 38 graden Celsius, rectaal.
  - Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.

Geregistreerd dienen te worden:

- Gevallen gediagnostiseerd door middel van directe observatie van de huisarts;
- Gevallen welke indirect worden vastgesteld (door middel van telefonische melding of waarnemingsrapport) maar waarvan met grote waarschijnlijkheid geldt dat voldaan is aan de diagnosecriteria.

Influenza staat onder "internationale surveillance". Plaatselijke explosies van influenza kunnen een signaal vormen voor het optreden van nieuwe influenza-virus-mutanten. Een snelle identificatie van dergelijke influenza stammen kan van groot belang zijn bij het ontwikkelen van influenza-vaccins die elders nog tijdig kunnen worden toegediend. Omdat steeds de plaatselijke registratie kan worden vergeleken met het landelijke patroon kan een redelijke indruk worden verkregen over de betrouwbaarheid van het plaatselijke registratiesysteem.

#### BOF EN BOFCOMPLICATIES

Alleen nieuwe gevallen registreren.

#### Definitie:

1. Ongecompliceerde bof  
Diagnose op basis van het klinisch beeld:
  - Temperatuursverhoging;
  - Gezwollen, pijnlijke speekselklieren of sublinguale/submaxillaire klieren.

#### 2. Gecompliceerde bof

Wanneer een complicatie wordt vermeld dient deze zo objectief mogelijk te zijn gediagnostiseerd. Dus in geval van:

- Orchitis d.m.v. het klinisch beeld (eventueel dus aangevuld met anamnese van contact met een bofgeval)
- Meningeale prikkeling d.m.v. het klinisch beeld
- Meningo/encephalitis d.m.v. liquoronderzoek (in geval van opname)
- Pancreatitis d.m.v. het klinisch beeld (evidente bovenbuiksklachten, braken).

Deze kinderziekte is met name belangrijk in verband met complicaties als meningitis, encephalitis, orchitis en pancreatitis. Juist in verband daarmee loopt op dit ogenblik een adviesaanvraag bij de Gezondheidsraad of bof-vaccinatie moet worden opgenomen in het kindervaccinatieprogramma in Nederland. Het voorkomen van bof en haar complicaties is in ons land weinig onderzocht. Volgens het aangiftesysteem van de Geneeskundige Hoofdinspectie gelden de volgende cijfers:

	Aantal gevallen	Incidentie (per 100.000)
1981:	753	5.3
1982:	405	2.8

In 15-25% van de mannelijke bof-gevallen na de puberteit zou sprake zijn van een orchitis.

Wat de incidentiecijfers van de Geneeskundige Hoofdinspectie betreft is zeker sprake van een forse onderaangifte. De werkelijke omvang van de bofproblematiek is derhalve onvoldoende bekend. Tegen de achtergrond van de discussie omtrent de bofvaccinatie is opname in het registratiesysteem op het ogenblik zinvol.

HEPATITIS B EN DE WIJZE VAN TRANSMISSIE

Alleen nieuwe gevallen registreren.

Definitie:

Diagnose op basis van het klinisch beeld en positieve serologie (positief Hb S AG en positief anti-Hb S Ag).

Hepatitis B staat op het ogenblik nogal in de belangstelling in verband met de onlangs geïntroduceerde hepatitis B-vaccinatie voor bepaalde risicogroepen. Met name in Amsterdam wordt veel aandacht gegeven aan het probleem bij homosexuele mannen. Uit onderzoek in Amsterdam is gebleken dat de incidentie circa 50 per 100.000 per jaar is. Het komt bij mannen veel frequenter voor dan bij vrouwen. In het gewone aangiftesysteem van de Geneeskundige Hoofdinspectie is sprake van een sterke onderaangifte. Over de omvang van het probleem en het risicoprofiel in Den Haag is weinig bekend. Meer kennis hierover is nuttig bij het onder de aandacht brengen van de mogelijkheid tot vaccinatie bij verschillende risicogroepen. Het is verder van belang voor de bestrijding weet te hebben van de wijze waarop de ziekte wordt overgedragen. Bekende transmissiemechanismen zijn:

- (Bloed)transfusie; Injectie;
- Tatoeage; Acupunctuur;
- Homosexueel contact.

Het registratiesysteem kan een bijdrage leveren aan een beter inzicht in de epidemiologie van hepatitis B.

HEPATITIS A EN HEPATITIS NON A, NON B

Alleen nieuwe gevallen registreren.

Definitie:

Diagnose op basis van serologie (positief Hepatitis A specifiek IgM of negatief voor Hepatitis A en B) en het klinisch beeld.

Daar in het kader van de hepatitis B-registratie serologische diagnostiek wordt gepleegd bij alle gevallen van hepatitis is het mogelijk hieraan gekoppeld een epidemiologisch beeld te ontwikkelen van hepatitis A en andere (niet nader te diagnostiseren) vormen van hepatitis.

GONORROE

Zowel eerste als recidief-gevallen registreren.

Definitie:

- Diagnose op basis van:
- Klinisch beeld (etterige afscheiding, pijn, jeuk); of
  - Direct microscopisch preparaat of
  - Kweek.

De gonorroe-problematiek lijkt nog steeds toe te nemen. Op basis van de aangifte infectieziekten gelden voor Den Haag onderstaande cijfers.

Het blijkt dat huisartsen nogal eens vergeten deze aandoening aan te geven, zodat sprake is van een zekere mate van

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

onderschatting van de problematiek met deze cijfers.  
Bekendheid met de werkelijke gonorroesituatie voor Den Haag is van belang voor de Dienst Geslachtsziektenbestrijding welke resulteert onder de GG en GD. Hierover kan middels de huisartsregistratie een vollediger beeld worden opgebouwd.

### HERPES GENITALIS

Zowel nieuwe als recidief-gevallen registreren.

#### Definitie:

Diagnose op basis van het klinisch beeld:

- Groep(en) kleine blaasjes welke purulent worden, vervolgens indrogen en later soms pijnlijke ulcera achterlaten (bij mannen: op het binnenblad van het praeputium en de sulcus; bij vrouwen: op het vestibulum en de labia eventueel begeleid door cervicitis);
- Eventueel pijnlijke lymfklierzwellingen en algemene verschijnselen.

Herpes genitalis staat de laatste jaren volop in de belangstelling. Dit komt voornamelijk door berichten uit de Verenigde Staten die spreken van een geweldige toename.

Over het voorkomen van herpes genitalis in Nederland is zeer weinig bekend, met name geldt dit ten aanzien van de diagnose-frequentie in de huisartspraktijk. Hierbij moet worden aangetekend dat gezien de onbetrouwbaarheid van de diagnostiek (van herpes genitalis), epidemiologisch onderzoek met de nodige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd. Toch lijkt opname in het registratiesysteem uitermate zinvol omdat op het ogenblik een nagenoeg paniekerig klimaat wordt aangetroffen rondom het onderwerp zonder dat hierover voldoende objectieve informatie bestaat.

### OSGOOD - SCHLATTER EN LOCALISATIE

Alleen nieuwe gevallen registreren.

#### Definitie:

Diagnose op basis van het klinisch beeld:

- Pijn (bij druk, flexie knie) over de tuberositas tibiae ter plaatse van de aanhechting van het ligamentum patellae (kniepees); of
- Palpabel knobbeltje op de tuberositas tibiae met of zonder ontstekingsverschijnselen.

De ziekte van Osgood - Schlatter is een chronische aandoening van de tuberositas tibiae ter hoogte van de aanhechting van de kniepees welke voorkomt bij wat oudere kinderen en waarvan de aetiologie nog niet geheel opgeklaard is. De klachten treden vooral op bij aanspannen van de kniepees (kruipen, traplopen, springen). Betrouwbare prevalentie-cijfers over deze aandoening zijn niet voorhanden. Wel bestaat het vermoeden dat zij toch frequenter voorkomt dan vaak geschat wordt. Registratie binnen het huisartsregistratieproject lijkt daarom zinvol.

### SUICIDAAL GEDRAG

Zowel eerste als recidief-gevallen registreren.

#### Definitie:

Een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgemaakt dat de betreffende persoon:

- Zichzelf wilde doden of ernstige lichamelijke schade wilde toebrengen.
- "Suïcidaal" gedrag vertoonde om andere redenen dan zichzelf te willen doden of ernstig lichamelijke schade toebrengen.

In Den Haag wordt sinds 1950, op initiatief van Prof.dr. N. Speijer, een suïcide(poging)-register bijgehouden waaraan ziekenhuizen en politie bijdragen leveren. Uit dit voor Nederland unieke register is reeds veel belangwekkende informatie betreffende de zelfdodingsproblematiek voortgekomen. Onder meer bleek dat in Den Haag voor mannen en vrouwen respectievelijk 30% en 45% meer suïcides worden geregistreerd dan voor ons land als geheel. Ook bleek hier een relatief hoog suïcide-cijfer te bestaan voor mannen van 40-64 jaar (38,6 per 100.000 in 1981). Tevens valt op het frequente gebruik van de zelfdodingsmethodes medicijnen/vergif en verdrinking. Een tekortkoming van de bestaande registratie is dat de gevallen welke uitsluitend door de huisarts worden gezien er niet in voorkomen.

Opname in de huisartsregistratie zou derhalve een belangrijke aanvulling betekenen op het bestaande register.

Naast de informatie over de frequentie van voorkomen is het belangrijk in preventieve zin om weet te hebben van het verband van diverse factoren met de suïcide(poging).

Daarom worden in de registratie gegevens opgenomen over:

1. Leeftijd en geslacht;
2. Eerste of recidief poging;
3. Laatste contactdatum huisarts voorafgaand aan de suïcide(poging);
4. Het bestaan van psychosociale begeleiding van uiteenlopende aard;
5. Aan de betrokkene voorgeschreven medicijn(en) als middel tot suïcide;
6. Het met betrekking tot de suïcide(poging) wel of niet gezien zijn in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis.

#### SLOT

Sommigen zullen de waarde van een of meerdere registratie-items betwijfelen of andere items met een groter belang voor de volksgezondheid suggereren. Men

bedenke zich daarbij dat dit de beginfase is van het registratiesysteem en dat het derhalve nog niet raadzaam is om veel hooi op de vork te nemen. Het systeem, de samenwerking tussen huisartsen en GG en GD, moet de tijd krijgen om goed op gang te komen zodat (nog) niet alle wenselijke items in aanmerking kwamen voor registratie. Wat verder de keuze van de items aangaat zal het - ook bij registratiesystemen - wel zo blijven dat de een om allerlei redenen een groter belang hecht aan bijvoorbeeld de influenzasurveillance, of de gonorroebestrijding dan de ander.

Wat dit aangaat houdt de begeleidingsgroep zich aanbevolen voor suggesties, ook van niet aan het huisartsregistratiesysteem deelnemende huisartsen!

Verder is binnen het huidige systeem niet ieder onderzoek dat wenselijk bevonden wordt mogelijk. Een aantal beperkingen komen voort uit het feit dat in de registratie slechts een bevolking van een beperkte omvang wordt waargenomen (56.000 personen).

Om deze reden kunnen zeer zeldzame ziekten slechts met de nodige methodologische problemen epidemiologisch worden onderzocht. "Bofcomplicaties" levert in dit opzicht waarschijnlijk problemen op. Eveneens vanwege de beperkte opzet van het systeem is het niet mogelijk met voldoende verfijning na te gaan of er verschillen in voorkomen van bepaalde ziektes bestaat tussen verschillende wijken, laat staan buurten. Effecten van de omgeving in materiële zin (milieuhygiëne), alsook in sociale zin (sociale hygiëne) op de volksgezondheid laten zich nauwelijks onderzoeken in de huidige opzet van het systeem.

Aan het huisartsregistratiesysteem neemt nu slechts circa 12% van de Haagse huisartsen deel. Op het ogenblik is evenwel sprake van een beginfase in een ontwikkeling die ons moet leiden naar een betere kennis en een beter begrip van de gezondheid en de zorgbehoeftes van de Haagse bevolking.

Het is onze overtuiging dat het huis-  
artsregistratiesysteem verder kan worden  
uitgebouwd tot een waardevol informatie-  
systeem voor de bevolking, de huisartsen  
en andere instituten van gezondheidszorg  
in de stad. Om deze ontwikkeling te sti-  
muleren zullen wij u via het bulletin  
goed op de hoogte houden van de resulta-  
ten en vorderingen van het registratie-  
systeem.

---

---

EPIDEMIOLOGIE VAN NIET INFECTIEUZE  
ZIEKTEN

---

TANDCARIES BIJ INHEEMSE EN UITHEEMSE  
KINDEREN IN DEN HAAG IN 1981

Een vergelijking met onderzoekgegevens uit de jaren 1969-1978; een beschouwing over het toekomstig cariërisico.

A.H. Bergink, W.L. ten Hoopen, K.G. König, H.M.H.M. Ruiken en G.J. Truin\*

INLEIDING

In 1968 ging in Den Haag een voorlichtingsactie gericht op verbetering van voeding en tandzorg van start. Ouders, onderwijsgevenden en professionele hulpverleners ontvangen sindsdien regelmatig voorlichtingsmateriaal ten behoeve van de kinderen die aan hun zorgen zijn toevertrouwd. Deze "Haagse Aktie" richtte zich aanvankelijk voornamelijk op de ouders van zuigelingen en peuters. In de loop der jaren werd ook de jeugd van kleuter- en lagere scholen bij de voorlichtingsactiviteiten betrokken.

Om ontwikkelingen in de gebitsgezondheid van de Haagse jeugd te kunnen vaststellen werd periodiek tandheelkundig onderzoek verricht door een epidemiologisch onderzoeksteam van de subfaculteit tandheelkunde van de Nijmeegse universiteit. De eerste resultaten werden gepubliceerd in 1974 op grond van onderzoeken die werden uitgevoerd in 1969 en 1972 (1).

Onderzoeken die in 1975 en in 1978 werden verricht gaven voor het eerst opmerkelijke verbeteringen te zien in de gebitstoestand van de Haagse jeugd. In 1975 werd vooral bij de vijf-jarigen een aanzienlijke verbetering gevonden ten opzichte van 1969 en 1972 (2). In 1978 werden zowel bij kleuters als lagere schoolkinderen beduidend minder carieuze en als gevolg van het cariësproces geresatureerde gebitselementen aangetroffen dan bij hun leeftijdgenoten in 1975 (3). De uitkomsten van het onderzoek in 1978 wezen ook uit dat kinderen uit sociaal zwakkere groeperingen speciale aandacht vragen. Besloten werd daarom de GVO-activiteiten op een aantal kleuter- en lagere scholen in sociaal zwakkere wijken uit te breiden met wekelijkse fluoride-mondspoelingen. Om de doeltreffendheid van deze toegevoegde preventieve maatregel na te gaan is een longitudinaal tandheelkundig onderzoek gestart. Het eerste onderzoek dat in dit kader

---

\* A.H. Bergink, jeugdarts, verbonden aan de Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG & GD te 's-Gravenhage.

W.L. ten Hoopen, hoofd Bureau Gezondheidsvoorlichting gemeente 's-Gravenhage.

K.G. König, hoofd Instituut voor Preventieve en Sociale Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

H.M.H.M. Ruiken verbonden aan het Instituut voor Conserverende Tandheelkunde voor Volwassenen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

G.J. Truin verbonden aan het Instituut voor Conserverende Tandheelkunde voor Volwassenen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

werd verricht vond plaats in 1981 (4). In het onderhavige artikel zullen de onderzoekgegevens die hierbij werden verkregen worden besproken. Tevens zal een vergelijking worden gemaakt met de verkregen onderzoekresultaten uit de periode 1969-1978, terwijl voorts de zorgen voor morgen aan een beschouwing zullen worden onderworpen. Eventuele effecten van fluoridespoelen op scholen zullen pas blijken wanneer een soortgelijk onderzoek dat in het najaar van 1984 is gepland, zal zijn uitgevoerd.

#### ONDERZOEKMETHODE

##### De steekproeftrekking

Door middel van een steekproef werd de onderzoekgroep van 1981 met de gewenste representativiteit samengesteld. De samenstelling van de steekproef naar gemiddeld sociaal niveau van de verschillende stadswijken werd gebaseerd op gegevens die door de afdeling onderwijs van de gemeentesecretarie van Den Haag ter beschikking werden gesteld. Deze afdeling beschikt over een indeling van de stadswijken naar sociaal niveau welke in 1979 werd gemaakt op basis van een beroepenstratificatie van de ouders. In overleg met voornoemde afdeling werden uit deze stadswijken een aantal lagere scholen gekozen die representatief waren voor de sociale niveaus midden en laag. Kinderen (scholen) uit het hoge sociale niveau werden in 1981 niet in de steek-

proef opgenomen, omdat uit eerder onderzoek gebleken was dat het cariërisico bij deze kinderen tot een minimum was gedaald. Wel werd ernaar gestreefd om zoveel mogelijk die scholen in de steekproef op te nemen, die ook bij de voorgaande onderzoeken waren betrokken. Uiteraard werd er bij de steekproeftrekking voor gezorgd dat een zo gelijk mogelijke verdeling werd verkregen van scholen die wel en niet deelnemen aan het fluoride-spoelen.

Het onderzoek beperkte zich tot kinderen uit de tweede klas van de lagere school. Kinderen uit de laatste klas van de kleuterschool en de vierde en zesde klas van de lagere school werden in tegenstelling tot de voorgaande jaren, niet onderzocht. Dit impliceert dat alleen voor de 7 à 8 jarige kinderen een vergelijking kan worden gemaakt van het verloop en de verbreiding van cariës in de periode 1969-1981. In tegenstelling tot 1978 werden in 1981 uitheemse kinderen wel bij het onderzoek betrokken ten einde de mogelijkheid te hebben hun gebits-toestand met die van inheemse kinderen te kunnen vergelijken. De uitheemse kinderen vormden een heterogene groep. Het grootste deel was afkomstig uit Suriname of in Nederland geboren uit Surinaamse ouders. Een minderheid kwam uit de landen rondom de Middellandse Zee en wel voornamelijk uit Marokko en Turkije. Daarnaast maakten kinderen uit Pakistan en de Antillen deel uit van deze groep. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal kinderen dat in 1981 werd onderzocht

Tabel 1. Aantallen (percentages) en gemiddelde leeftijd in jaren van de onderzochte kinderen in 1981, uitgesplitst naar sociaal niveau en origine.

Origine	Sociaal niveau	Aantal (%)	Leeftijd
Inheems :	Laag :	229 ( 31%)	7.10
	Midden:	272 ( 36%)	7.9
Uitheems:	Laag :	217 ( 29%)	8.3
	Midden:	26 ( 4%)	7.10
	Totaal:	744 (100%)	7.11

uitgesplitst naar sociaal niveau en origine. Er waren 501 Nederlandse kinderen bij het onderzoek betrokken en 243 kinderen van immigranten.

#### Het tandheelkundig onderzoek

Bij epidemiologisch onderzoek naar tandcariës wordt meestal de DMF-index gehanteerd. Deze index geeft het netto resultaat van alle carieuze aantastingen en behandelingen (vullingen of extracties) van door cariës aangetaste gebitselementen. Hierbij hebben de letters D, M en F de volgende betekenis:

- D: decayed, door cariës aangetast;  
 M: missing, ontbrekend ten gevolge van extractie;  
 F: filled, gevuld of gerestaureerd.

Een DMF-telling kan worden uitgevoerd per gebitselement (Tooth) of per tandvlak (Surface), hetgeen resulteert in een DMF-T-getal of DMF-S-getal. Omdat bij dergelijke tellingen de verstandskiezen meestal buiten beschouwing worden gelaten, kan het DMF-T-getal een waarde aannemen van 0 tot maximaal 28. Bij meer verfijnde studies wordt de DMF-S-index bepaald. Deze kan variëren van 0 tot 128 (4 vlakken per tand, 5 vlakken per kies). Om de cariësgegevens van de tijdelijke of melk-gebitselementen te ver-

melden worden de kleine letters gebruikt (dmf-t-getal en dmf-s-getal). Bij het onderhavige onderzoek werden niet alle vlakken van alle tanden en kiezen onderzocht. Evenals in de voorgaande jaren werden de gebitselementen beoordeeld volgens een partial recording systeem en wel de reduced count methode (5). In 1981 werd echter op één punt van deze methode afgeweken in die zin dat de in deze methode opgenomen approximale vlakken niet röntgenologisch maar klinisch werden onderzocht. Reden hiervoor vormde een onderzoek van Ruiken e.a. waaruit geconcludeerd kan worden dat bij 7 à 8-jarige kinderen met een lage cariës-experience er een sterke mate van overeenstemming bestaat tussen de klinische- en röntgenologische cariësdiagnose van de approximale vlakken van gebitselementen (6). Derhalve kan bij deze kinderen bij epidemiologisch onderzoek röntgendiagnostiek achterwege blijven hetgeen ook uit een oogpunt van stralingshygiëne verkieslijk is.

#### RESULTATEN

##### Aantallen tijdelijke en blijvende gebitselementen

Tabel 2 geeft de gemiddelde aantallen tijdelijke en blijvende gebitselementen per kind, uitgesplitst naar sociaal ni-

Tabel 2. Gemiddelde aantallen tijdelijke (Tijd.) en blijvende (Blijv.) gebitselementen, die waren doorgebroken en werden beoordeeld, per kind naar sociaal niveau en origine.

Origine	Sociaal niveau	Tijd.	Blijv.
Inheems :	Laag :	13,5	10,4
	Midden:	14,2	9,6
	Totaal:	13,9	9,8
Uitheems:	Laag :	13,6	10,3
	Midden:	13,8	10,2
	Totaal:	13,6	10,3



veau en origine. Het blijkt dat er zowel bij inheemse als uitheemse kinderen slechts kleine verschillen bestonden in het gemiddelde aantal tijdelijke en blijvende gebitselementen tussen de sociale niveau's.

Inheemse kinderen uit het sociale niveau midden hadden gemiddeld minder blijvende en meer tijdelijke gebitselementen in vergelijking met de inheemse kinderen uit het sociale niveau laag en met de uitheemse kinderen. Inheemse kinderen uit het sociale niveau midden blijken de tijdelijke gebitselementen wat langer te behouden in vergelijking tot de overige groepen. Hoewel de gevonden verschillen zeer gering zijn dient hiermee wel rekening te worden gehouden bij de interpretatie van de onderzoekgegevens.

#### Cariës-experience van de blijvende gebitselementen

De gemiddelde DMF-S en DMF-T score per kind, uitgesplitst naar sociaal niveau en origine, staan in tabel 3.

Deze tabel laat zien dat inheemse kinderen uit het sociale niveau midden gemiddeld minder carieuze en gevulde gebitsvlakken hadden dan hun leeftijdgenoten uit het sociale niveau laag. De verschillen waren significant (student-t-toets;  $P < 0,01$ ). Bij de uitheemse kinderen daarentegen bestonden geen significante verschillen in de DMF-S en DMF-T

scores tussen de kinderen uit het lage en midden sociale niveau.

Tabel 3 laat ook zien dat tussen inheemse en uitheemse kinderen uit het lage sociale niveau geen beduidende verschillen bestonden in de DMF-S en de DMF-T scores. Alleen de uitheemse kinderen uit het sociale niveau midden hadden een significant hogere DMF-T score dan hun inheemse leeftijdgenoten van gelijk sociaal niveau.<sup>21</sup> Hierbij dient opgemerkt te worden dat de reeds eerder geconstateerde verschillen in het gemiddelde aantal aanwezige blijvende gebitselementen tussen de inheemse en uitheemse kinderen uit het sociale niveau midden dit cariësbeeld enigszins vertekend kunnen hebben ten gunste van de inheemse kinderen uit het midden niveau.

Tabel 4 geeft een overzicht van het percentage kinderen met cariësvrije blijvende gebitselementen ( $DMF-S=0$ ). Dit percentage bedroeg voor de inheemse kinderen uit het lage en midden sociale niveau respectievelijk 57,2 en 68,8 procent. Bij de uitheemse kinderen was dit percentage 52,1 procent voor de kinderen uit het lage niveau en 50,0 procent voor de kinderen uit het midden niveau.

#### Cariës-experience van de tijdelijke gebitselementen

In tabel 5 staan de gemiddelde dmf-s en dmf-t score per kind voor inheemse en

Tabel 3. Blijvende gebitselementen. Gemiddeld aantal carieuze (D), geëxtraheerde (M) en gevulde (F) vlakken (S) en tanden (T) per kind naar sociaal niveau en origine.

Origine	Sociaal niveau		Totaal	
	Laag	Midden		
Inheems :	DMF-S :	1,53	0,92	1,20
	DMF-T :	0,98	0,64	0,80
Uitheems:	DMF-S :	1,68	1,69	1,68
	DMF-T :	1,06	1,23	1,08

Tabel 4. Percentage kinderen met cariësvrije blijvende gebitten (DMF-S=0) naar sociaal niveau en origine.

Origine	Sociaal niveau		Totaal
	Laag	Midden	
Inheems : DMF-S=0:	57,2%	68,8%	63,4%
Uitheems: DMF-S=0:	52,1%	50,0%	51,8%

Tabel 5. Tijdelijke gebitselementen. Gemiddeld aantal carieuze (d), ontbrekende (m) en gevulde (f) vlakken (s) en tanden (t) per kind naar sociaal niveau en origine.

Origine	Sociaal niveau		Totaal	
	Laag	Midden		
Inheems :	dmf-s:	9,16	5,95	7,42
	dmf-t:	5,03	3,33	4,11
Uitheems:	dmf-s:	11,33	6,85	10,85
	dmf-t:	6,21	4,04	5,98

uitheemse kinderen uitgesplitst naar sociaal niveau. Hieruit blijkt dat de toestand van het melkgebit van de inheemse kinderen uit het midden sociale niveau veel beter was dan die van de inheemse kinderen uit het niveau laag. Eenzelfde beeld werd aangetroffen bij de uitheemse kinderen. Ook hier waren de gemiddelde dmf-s en dmf-t waarden bij de kinderen uit het midden sociale niveau significant lager dan bij de kinderen uit het lage sociale niveau.

Tabel 5 laat voorts zien dat de toestand van het melkgebit van de inheemse kinderen van laag sociaal niveau beter was dan die van de uitheemse kinderen van gelijk sociaal niveau. De gemiddelde dmf-s en dmf-t scores van kinderen uit het lage sociale niveau verschilden significant ( $P < 0,01$ ) ten gunste van de inheemse kinderen. Deze resultaten stemmen overeen met die van een onderzoek dat in 1979 in een Haagse wijk van laag sociaal niveau werd verricht en dat betrekking had op de cariësverbreding bij inheemse en uitheemse kleuters (7).

De toestand van het melkgebit van inheemse en uitheemse kinderen uit het midden sociale niveau was ongeveer gelijk. De dmf-s en dmf-t getallen vertoonden voor deze groepen geen significante verschillen. Hierbij dient eveneens opgemerkt te worden dat de geconstateerde verschillen in het gemiddelde aantal aanwezige melkelementen tussen de midden sociale niveau's van invloed kunnen zijn op de resultaten (zie tabel 2).

#### VERGELIJKING MET DE EERDER VERKREGEN ONDERZOEKRESULTATEN

Voor de vergelijking van de onderzoekresultaten van 1981 met die van voorgaande jaren zijn alleen de gegevens van de blijvende gebitselementen van de inheemse kinderen gebruikt. Met de verschillen in sociaal niveau werd geen rekening gehouden. Vermeld dient te worden dat in de vijf onderzoeks-jaren de gemiddelde leeftijd van de onderzochte kinderen ongeveer gelijk was. Ook waren er slechts

Tabel 6. Het gemiddelde aantal carieuze, gevulde en geëxtraheerde vlakken van blijvende gebitselementen bij Haagse tweede klassers in de periode 1969-1981.

Jaar van onderzoek	Gemiddelde DMF-S score
1969:	3,46
1972:	2,78
1975:	2,15
1978:	1,77
1981:	1,20

Tabel 7. Het percentage Haagse tweede klassers met gave blijvende gebitten (DMF-S = 0) in de periode 1969-1981.

	Jaar van onderzoek				
	1969	1972	1975	1978	1981
Cariësvrij:	2%	6%	14%	52%	63%

minimale verschillen in het gemiddelde aantal aanwezige en beoordeelde gebitselementen. Tabel 6 geeft een overzicht van de DMF-S score van blijvende tanden en kiezen bij Haagse tweede klassers in de vijf onderzoeks-jaren. Hieruit blijkt dat in 1969 het gemiddelde aantal aantastingen van de blijvende elementen berekend over alle niveaus 3,46 bedroeg. In 1978 was dit cijfer gedaald tot 1,77. In 1981 werd een verdere afname naar 1,20 gevonden.

Met name deze laatste gunstige ontwikkeling was tegen de verwachtingen in, omdat kinderen met de doorgaans beste gebitstoestand, afkomstig uit het hoogste sociale niveau, niet meer aan het onderzoek meededen. Geconstateerd kan worden dat de trendmatige teruggang van tandcariës, zoals die sinds 1969 bij de Haagse schoolkinderen werd waargenomen, zich ook tussen 1978 en 1981 verder heeft doorgezet.

Deze consistente verbetering van de gebitstoestand blijkt ook uit de sterke toename van het percentage tweede klassers met cariësvrije blijvende gebitselementen (DMF-S=0) in de periode 1969-

1981 (Tabel 7).

Het is niet precies bekend welke cariësvremmende invloeden de geconstateerde verbeteringen bij Haagse kinderen tot stand hebben gebracht. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat verbeterde mondhygiëne, andere voedingsgewoonten en frequent fluoridegebruik met name in tandpasta de afgelopen jaren een belangrijke rol hebben gespeeld bij de verbetering van de gebitsgezondheid. Uit andere onderzoekingen blijkt dat de in Den Haag waargenomen teruggang in cariës zich in dezelfde periode bij de gehele Nederlandse jeugd heeft voorgedaan (8). Diverse risicofactoren voor cariës lijken zich daarom ten goede te hebben gekeerd. Daarnaast mag niet worden uitgesloten dat de cariësreduktie bij de kinderen in de residentie gedeeltelijk moet worden toegeschreven aan de "Haagse Actie".

#### BESCHOUWINGEN OVER DE TOEKOMST

De gebitstoestand van de jeugd blijft wankel. Een vrij laag cariëscijfer nu

wil nog niet zeggen dat de gebitsgezondheid goed blijft. Ook gave gebitten van nu kunnen alsnog carieus worden. Het weer vaker gebruiken van suikerhoudend voedsel plus wat minder tandenpoetsen en fluoridegebruik kunnen het evenwicht weer naar de ongunstige kant doen doorslaan. Terugval naar een gebitssituatie van voorheen is dan niet uitgesloten. Het dichtst bij zo'n terugval staan de kinderen uit immigranten families. In principe geldt hetzelfde voor de inheemse jeugd.

Tot slot een afzonderlijk woord over fluoride-bevattende tandpasta's. Het is in onderzoek bij schoolkinderen bewezen dat deze van nut zijn in de preventie van cariës. In Nederland is dit een belangrijke zaak geworden nu het marktaandeel van deze tandpasta's vanaf 1977 tot 1980 van 25% tot 85% van de totale tandpastaverkoop is gestegen (9). Ongetwijfeld heeft dit bijgedragen aan de gebitsverbetering van de laatste jaren. Nu lijkt bij de tandpastafabrikanten de mening post te vatten dat fluoride-toevoeging in commerciële zin te vanzelfsprekend is geworden en dat er voor de aantrekkelijkheid naar een nieuwe samenstelling van tandpasta's moet worden gestreefd.

De vervanging van een werkzaam preventief middel door een in dit opzicht onzekere factor zou echter een verontrustende ontwikkeling zijn. Dit kan in de hand worden gewerkt door berichten uit binnen- en buitenland over dalende cariësciïfers (8). In de Verenigde Staten van Amerika zijn er aanwijzingen dat deze berichten bij het publiek tot de voorbarige conclusie leiden dat het cariës-probleem al is opgelost. Hierdoor werden de praktische preventieve maatregelen weer verwaarloosd (10).

Zal de huidige daling van de cariësciïfers verder doorzetten of is er een terugval op komst? Het antwoord op deze vraag is niet te geven. Het devies dient echter te blijven: voorkomen is beter dan restaureren!

#### Literatuur

1. Plasschaert AJM, König KG, Vogels ALM, Bergink AH. Tandcariës bij 5-, 7- en 9-jarige Haagse kinderen in 1969 en 1972. Ned Tijdschr Tandheelkd 1974; 81: 129-43.
2. Plasschaert AJM. König KG, Truin GJ, Vogels ALM. Tandcariës bij 5-, 7-, 9- en 11-jarige Haagse kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1977; 84: 14-20.
3. Truin GJ, König KG, Vogels ALM, Ruiken HMHM, Carpay J. Tandcariës en gingivitis bij 5-, 7-, 9- en 11-jarige Haagse kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1980; 87: 15-22.
4. Truin GJ, König KG, Ruiken HMHM, Roeters J, Alphen F van. Tandcariës, gingivitis en glazuurafwijkingen bij inheemse en uitheemse 8-jarige Haagse schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd Geaccepteerd voor publicatie.
5. Marthaler TM. A standardized system of recording dental conditions. Helv Odontol Acta 1966; 10: 1-18.
6. Ruiken HMHM, Truin GJ, König KG. Feasibility of radiographical diagnosis in 8-years-old schoolchildren with low caries activity. Caries Res 1982; 16: 398-403.
7. Bergink AH. Cariës bij inheemse en uitheemse kleuters. Voeding 1981; 42: 72-5.
8. Kalsbeek H. Het effect van T.G.V.O.-projecten bij de preventie van tandcariës. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 106-17.
9. Nederlands Instituut Agrarisch Marktonderzoek. Brief dd 19 januari 1981 aan de Gezondheidsraad; Commissie Bestrijding Tandbederf.
10. Horowitz HS. The future for self-applied fluorides. Journal of public Health and Dentistry 1981; 41: 255-59.

AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

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

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

Febris typhoïdea

Er werd 1 geval aangegeven. De ziekte openbaarde zich bij een galblaas-extirpatie.

Dysenteria Bacillaris

Er werden 14 gevallen aangegeven (4 shigella sonnei; 6 shigella boydii en 4 shigella flexneri). Acht patiënten werden in het buitenland besmet. Bij de overigen bleef de bron onbekend. Vijf werden in een ziekenhuis opgenomen.

Hepatitis A

Er werden 5 gevallen aangegeven, waarvan 3 in het buitenland besmet werden. Twee patiënten kwamen uit hetzelfde gezin. In totaal werden 2 personen in een ziekenhuis opgenomen.

Hepatitis B

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

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

Lepra

Er werden 3 gevallen aangegeven. Allen waren afkomstig uit Suriname.

Meningococcosis

Er werd 1 geval aangegeven. Dit betrof een meisje van 5 maanden, dat voor behandeling in een ziekenhuis werd opgenomen.

Morbilli

Er werden 7 gevallen aangegeven. Alle

kinderen waren niet gevaccineerd.

Ornithosis

Er werden 3 gevallen aangegeven. Vermoedelijke besmettingsbronnen: duiven; papegaaï.

Pertussis

Er werden 2 gevallen aangegeven. In beide gevallen bleken de patiënten niet gevaccineerd te zijn.

Q-koorts

Er werd 1 geval aangegeven. Hiervan bleef de bron onbekend.

Rubella

Er werden 11 gevallen aangegeven. Van de 22 verrichte H.A.R.-testen was er 1 negatief. Verder werden 2 J.G.M.-testen uitgevoerd, waarna bij 1 patiënt abortus volgde. Aan 27 vrouwen werd anti-Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

Salmonellosis

Er werden 49 gevallen aangegeven, waarvan 20 personen in een ziekenhuis opgenomen werden.

Scabies

Er werden 11 gevallen aangegeven.

Tuberculosis

Er werden 28 gevallen aangegeven, waarvan 12 patiënten in een ziekenhuis opgenomen werden.

Voedselinfectie

Er werden 19 gevallen aangegeven, waarvan 2 in een ziekenhuis opgenomen werden. De campylobacter-bacterie was in alle gevallen de oorzaak van de infectie.

Yersinia enterocolitica-infectie

Er werd 1 geval aangegeven.

Gonorrhoea

Er werden 333 gevallen aangegeven.

Syphilis

Er werden 14 gevallen aangegeven.

Parotitis epidemica

Er werden 10 gevallen aangegeven.

---



## 2e 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	2	1	1	2	8	2	3	1	2		3	2	19	9	28	12
Tularaemia																				
Typhus exanth.																				
Voedselinfectie	2	1	3	4	1	2	1		3					1	1	12	7	19	2	
Yersinia enterocol- ica-infectie									1								1	-	1	-
<u>Groep C</u>																				
Gonorrhoea							19	11	187	74	26	3	8	3	-	2	240	93	333	
Syphilis(prim. sec.)									8	2	2	1	1				11	3	14	
Syphilis congenita																				
Parotitis epidemica	1		1	3	2	2			1								5	5	10	