

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

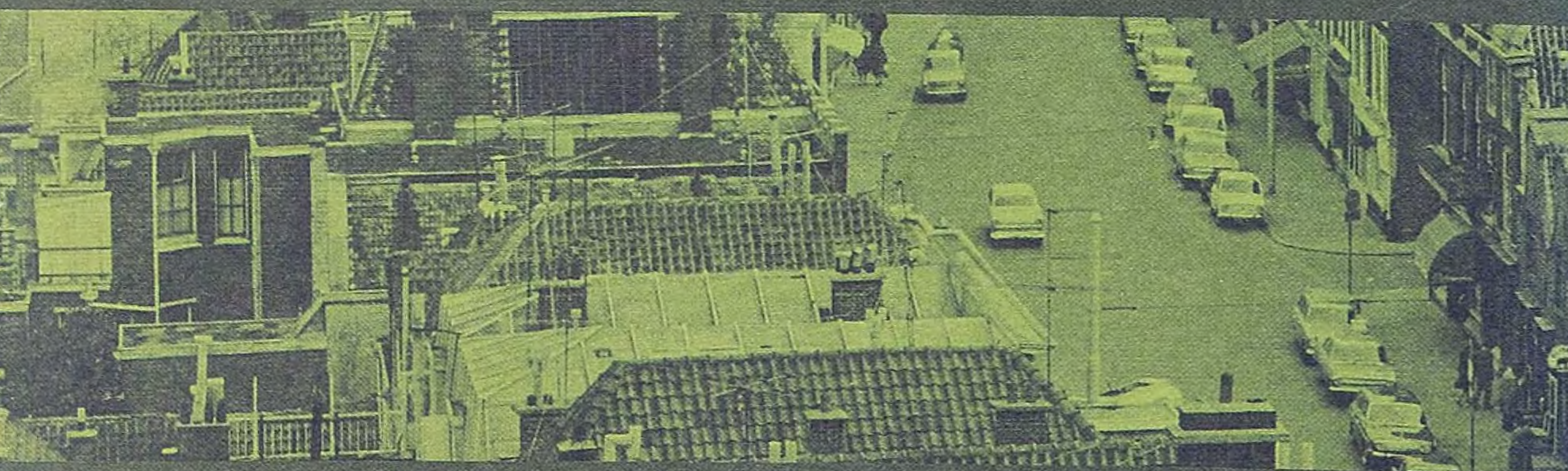
*Enige exempl*

18e Jaargang

No. 4

's-Gravenhage

November 1983



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

| EPIDEMIOLOGISCH  
| BULLETIN

| November 1983

| 18e Jaargang  
| No. 4

| IN DIT NUMMER

| Redactioneel:  
| "Het gebruik van epidemiologie".

| Epidemiologie algemeen:  
| "Migranten en hun huisarts".  
| J.J.M. Avezaat, M.J.Th. Lutjenhuis,  
| H.G.J. Nijhuis, H.W.A. Struben.

| Epidemiologie van niet infectieuze ziek-  
| ten:  
| "Rachitis onder eerste-generatie immi-  
| granten: Kennis en gedrag met betrekking  
| tot de ziekte en vitamine D-profylaxe".  
| H.G.J. Nijhuis, H.W.A. Struben, J.J.M.  
| Avezaat, M.J.Th. Lutjenhuis.

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 gebruik van epidemiologie

Het stafbureau epidemiologie en informatica bij de GG en GD (waarvan het bulletin een uitgave is) is opgezet om onderzoek te doen en informatie te produceren welke tamelijk direct te gebruiken is om de gezondheidszorg in Den Haag (eventueel incl. omstreken) te verbeteren. Waarom eigenlijk? Wat is de bijdrage hiervan?

Bij deze "toegepaste" vorm van epidemiologie gaat het niet om grensverleggend, fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Vaak komt het neer op het op een rijtje zetten van gegevens en daaruit conclusies trekken welke de hulpverlening kunnen verbeteren. Zo werd in het verleden op eenvoudige wijze de epidemische verheffing van rachitis in kaart gebracht en werd een antirachitiscampagne voor Den Haag voorgesteld.

Deze praktische toepassing van epidemiologie is volstrekt niet nieuw. Bovendien is de gezondheidszorg in Den Haag bepaald niet slecht. Men zou evenwel kunnen zeggen dat epidemiologie tot dusverre een zeer bescheiden rol is toebedeeld bij de totstandkoming van onze hulpverlening (van verloskundige tot geriater; van huisarts tot ziekenhuis).

Ontwikkelingen kwamen en komen grotendeels tot stand door persoonlijk inzicht en indrukken afkomstig uit de eigen werksituatie. Daarnaast speelt gefragmenteerd, niet systematisch aangeboden informatie van velerlei aard op meer indirecte wijze een rol.

Bepalend daarbij is de optiek en het gezichtsveld welke in onze werkzaamheden als hulpverlener aan de orde zijn. Vaak zijn deze individueel en patiëntgericht. Aan de positieve waarde ervan kan gezien de resultaten van onze gezondheidszorg

nauwelijks worden getwijfeld.

De epidemiologische optiek is anders georiënteerd dan die van de hulpverlener. Door de epidemiologische bril ziet men groepen patiënten, bepaalde risicodragende eigenschappen en meerdere voorzieningen naast elkaar.

De opvatting welke ten grondslag ligt aan de installatie van epidemiologie bij de GG en GD is dat de epidemiologische benaderingswijze van de gezondheidsproblemen een belangrijker plaats in ons werk dient te krijgen dan voorheen. Waarom?

Kijken we als voorbeeld naar de rachitisproblematiek bij migranten.

Uiteraard werd dit probleem voordat een epidemiologische bijdrage aan de orde was reeds in extenso bestreden door huisartsen, kinderartsen en op consultatiebureau's, waar individuele gevallen werden behandeld of moeders geadviseerd. Ongetwijfeld het meest wezenlijke aandeel van bestrijding. Echter blijkens de epidemiologische omvang van het probleem bestonden lacunes en tekortkomingen waarvoor samenwerking nodig was. Voor dit deel was epidemiologische informatie nodig om de situatie te objectiveren en om het startpunt te creëren voor de werkgroep rachitis Den Haag en daarmee een antirachitiscampagne. De campagne loopt nu sinds meer dan een jaar en is gebaseerd op informatie afkomstig uit epidemiologisch onderzoek. Met succes is epidemiologie in deze problematiek een aanvulling geweest op de bestaande meer individueel en curatief gerichte zorg. Het succesvolle is daarbij gelegen in de intensivering van de bestrijding, de gerichtheid op risicogroepen en -factoren en de realisering van samenwerking tussen verschillende

echelons en beroepsgroepen (huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen, wijkverpleegkundigen, voorlichters, epidemiologen). Dat is nu precies waar het om gaat!

Op deze wijze bezien - wat anders zou men verwachten in het redactioneel van een epidemiologisch blad - lijkt de epidemiologische bijdrage in de praktijk van onze zorgverlening vanzelfsprekend een belangrijke bijdrage toebedeeld. De werkelijkheid is echter anders. Meestal speelt epidemiologische informatie nauwelijks direct een rol bij onze keuzes of beslissingen in de gezondheidszorg. Vaak ook wordt onderzoek gedaan en komt epidemiologische informatie beschikbaar zonder dat het echt gebruikt wordt. Het kan zijn dat de informatie niet direct zinvol gebruikt kan worden. Informatie kan bijvoorbeeld niet bruikbaar zijn of adviezen niet uitvoerbaar vanwege structuur en mogelijkheden van ons zorgapparaat. Vaker evenwel is o.i. het geval dat de epidemiologische zienswijze van problemen en hun oplossing te weinig een rol spelen in onze gezondheidszorg. Het dient, uiteraard steeds in aangepaste vorm, een plaats te hebben in de spreekkamer van de huisarts, aan het bed van de specialist, op het bureau van de sociaal-geneeskundige en op het kantoor van het hoofd, de directeur en de bestuurder.

Krijgt epidemiologie een dergelijke plaats en functie dan mag heil verwacht worden van de rol van epidemiologie in de gezondheidszorg. Is dit niet het geval dan blijven gebruik en rendement van epidemiologische informatie (helaas) onderbenut.

De Redactie.

---

---

## ALGEMENE EPIDEMIOLOGIE

---

### MIGRANTEN EN HUN HUISARTS

Een onderzoek naar de praktijkopbouw en konsultfrequentie in een huisartsenpraktijk in de Schildersbuurt.

J.J.M. Avezaat, M.J.Th. Lutjenhuis,  
H.G.J. Nijhuis, H.W.A. Struben\*

#### INLEIDING

Na vijf jaar werken in een huisartsenpraktijk die voornamelijk bestaat uit migranten groeide bij ons de belangstelling voor de opbouw van onze praktijkbevolking en het konsumptiepatroon van de mensen. Met name de konsultfrequentie kwam ons nogal belangrijk voor daar regelmatig beweerd wordt dat er bij migranten sprake zou zijn van een overconsumptie van gezondheidszorg.

Deze stelling is min of meer een eigen leven gaan leiden terwijl er op dit gebied nog nauwelijks onderzoek is gedaan. Toen zich de gelegenheid voordeed om in samenwerking met het Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD een eerste onderzoek in de praktijk te starten naar deze onderwerpen hebben we dit met beide handen aangegrepen. Dit artikel is een eerste neerslag van de gegevens uit dit onderzoek.

De betreffende praktijk is gelegen in de Schilderswijk van Den Haag. De praktijk wordt gevoerd door een vrouwelijke huisarts (M. Lutjenhuis, voortaan 'L' ge-

noemd) en een mannelijke (J. Avezaat, 'A'). Het is van belang voor een juist begrip van de onderzoeksresultaten te vermelden dat de vrouwelijke huisarts het vrije ochtendspreekuur doet, met daarna enkele konsulten op afspraak en de mannelijke huisarts uitsluitend 's-middags spreekuur houdt volgens afspraak. De patiënten bepalen zelf wie zij konsulteren.

#### METHODE VAN ONDERZOEK

Praktijkopbouw en konsumptiepatroon worden beschreven aan de hand van een steekproef van personen welke staan ingeschreven bij de genoemde huisartsen. Uit het totale personenbestand werd een systematische steekproef getrokken: één op elke acht gezinsmappen werd gelicht (139 van de 1127). In deze steekproef zaten 431 van de in totaal 3007 personen die op 1 april 1982 in de praktijk ingeschreven waren. Van elke persoon werden o.a. de volgende items genoteerd: afkomst; geslacht; leeftijd; samenstelling huishouden; positie in het gezin; jaar

---

\* J.J.M. Avezaat, huisarts in de Schilderswijk te 's-Gravenhage.  
M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts in de Schilderswijk te 's-Gravenhage.  
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.  
H.W.A. Struben, methodoloog werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.

van aankomst in Nederland (voor zover van toepassing); aantal konsulten van 1 oktober 1981 tot en met 30 september 1982; huisarts bij wie konsult plaatsvond.

De gegevens werden gehaald uit de bestaande patiëntendossiers hetgeen de betrouwbaarheid van enkele resultaten enigszins zou kunnen beïnvloeden. Voor het beoogde doel van dit onderzoek (praktijkopbouw, konsultfrequentie) vormden de dossiers echter bruikbare gegevensbronnen.

#### KENMERKEN VAN DE PRAKTIJKBEVOLKING

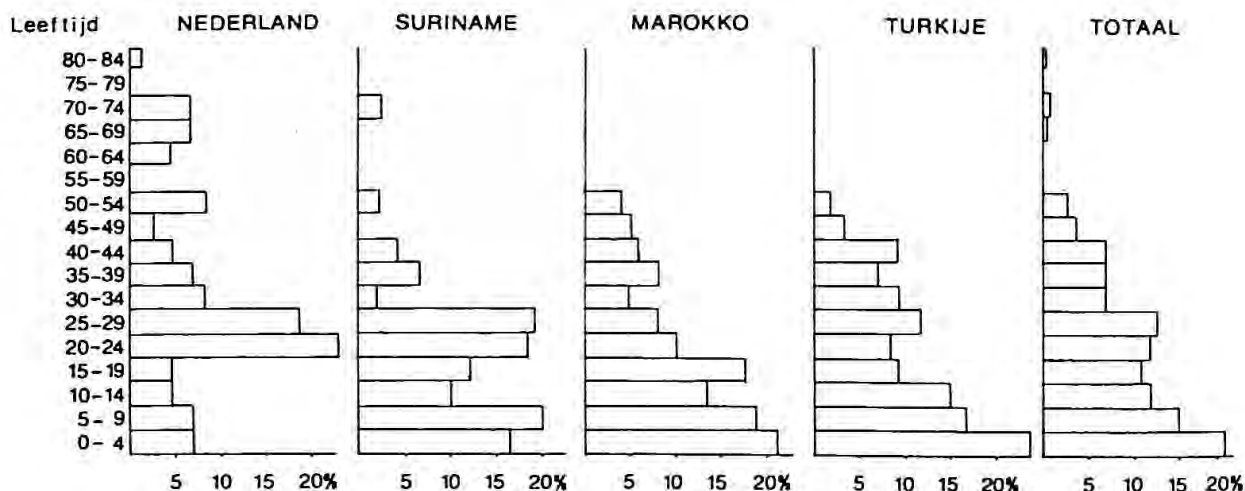
De praktijkbevolking wordt beschreven aan de hand van percentageverdelingen voor herkomst, geslacht, leeftijd, samenstelling huishouden en duur van het verblijf in Nederland.

Het aandeel van niet-autochtone Nederlanders in de praktijk is 87,7%. De Turken vormen daarbinnen veruit de grootste groep. Bij Turken en Marokkanen en voor het totaal zijn mannen enigszins in de meerderheid (tabel 1).

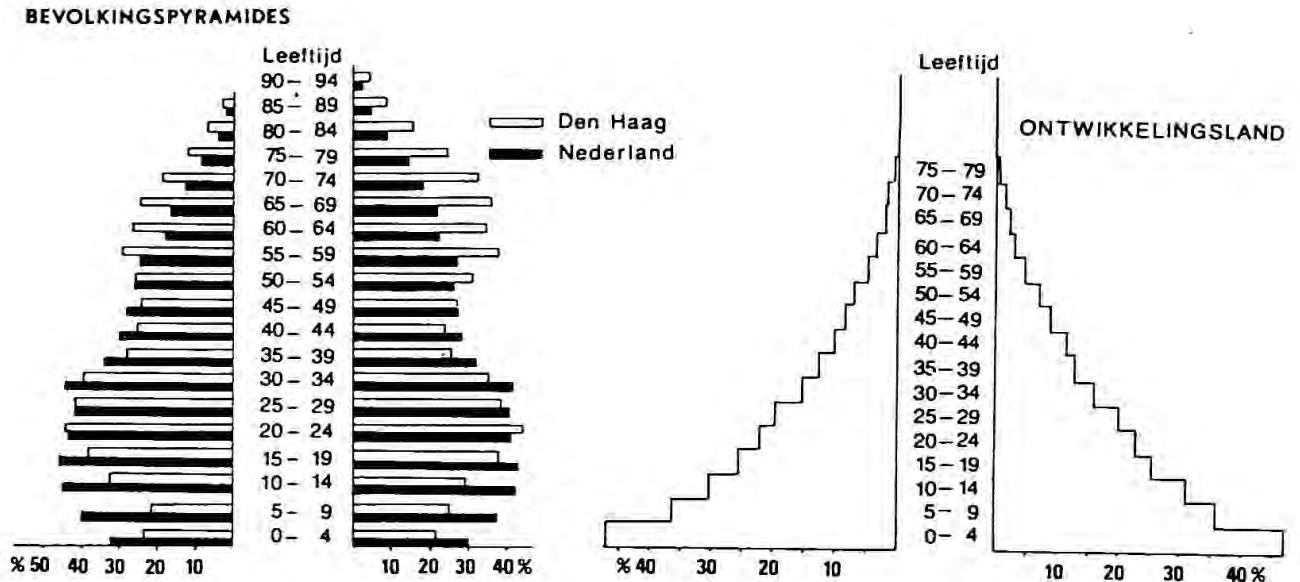
Tabel 1. Praktijkbevolking naar land van herkomst en naar geslacht.

Land van herkomst	Geslacht	
	Mannen	Vrouwen
Turkije :	45,3%	54,9%
Marokko :	24,8%	45,1%
Suriname :	13,0%	59,8%
Nederland:	12,3%	50,0%
Elders :	4,6%	45,3%
Totaal :	100,0%	55,2%
		44,8%

#### BEVOLKINGSPYRAMIDE PRAKTIJK



Figuur 1. Leeftijdsopbouw (voor mannen en vrouwen samen) naar land van herkomst.



Figuur 2. Leeftijdsofbouw van de Haagse en Nederlandse bevolking (per 1 januari 1980) en de bevolking in een ontwikkelingsland (Bron: Afdeling Statistiek en Onderzoek Den Haag).

In de bevolkingspyramide van het ontwikkelingsland wordt het typerende patroon van een land dat in demografische overgang (bevolkingsexplosie) verkeert zichtbaar (brede basis, smalle top). Een vergelijking van de gepresenteerde pyramides in figuur 1 en 2 levert het volgende op:

- De leeftijdsopbouw van de Nederlanders in de praktijk is afwijkend van die van de Nederlandse bevolking. Er zijn weinig Nederlandse kinderen; slechts 15,1% is jonger dan 15 jaar, terwijl er een "piek" zit in de leeftijd van 20-30 jaar. Tevens blijkt dat het aantal bejaarden in de praktijk gering is, naar wat we zouden verwachten op basis van de leeftijdsopbouw in Nederland.
- De Surinaamse populatie is opvallend jong, 85,7% van deze groep is jonger dan 30 jaar (bij Nederlanders: 56,6%). Verder vertoont het patroon bij Surinamers gelijkenis met dat van Neder-

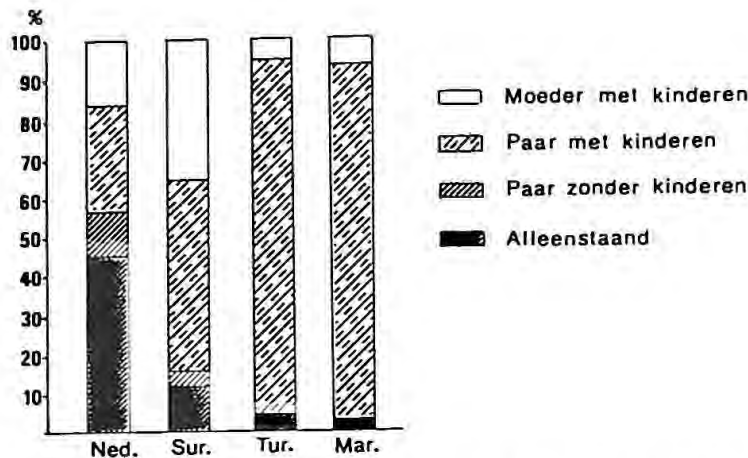
landers.

- De leeftijdsopbouw van de Turkse en Marokkaanse groepen vertoont duidelijke overeenkomsten met die welke over het algemeen in landen in demografische overgang verkerend gevonden wordt. Bij deze groepen zien we weinig of geen bejaarden, daarentegen een aanzienlijke kinderrijkdom.

In figuur 3 wordt de praktijkbevolking weergegeven naar samenstelling van huishouden en land van herkomst. Hieruit blijkt dat:

- Van de Nederlanders 45,3% alleenstaand is, tegenover 12,5% van de Surinamers. Slechts 4,6% van de Turken en 3,7% van de Marokkanen wonen alleen.
- Paren zonder kinderen alleen voorkomen in de Nederlandse (11,3%) en Surinaamse (3,6%) bevolkingsgroep.





Figuur 3. Praktijkbevolking naar samenstelling van huishouden en land van herkomst 1).

1) Niet opgenomen in de figuur zijn enkele gevallen van Turkse en Marokkaanse vaders met kinderen.

Tabel 2. Praktijkbevolking naar gemiddeld aantal kinderen per huishouden en land van herkomst.

Land van herkomst	Gemiddeld aantal kinderen per huishouden
Nederland:	1.3
Suriname :	2.1
Turkije :	2.8
Marokko :	4.3

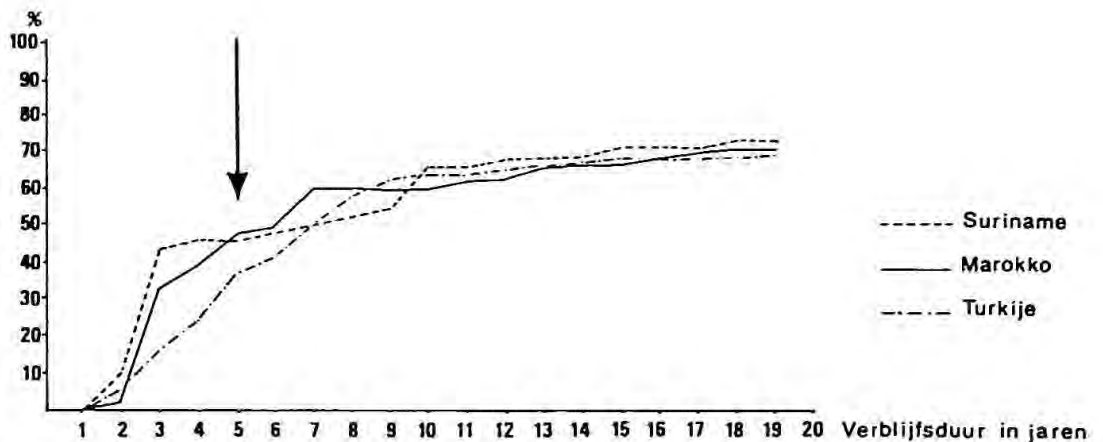
Tabel 3. Praktijkbevolking naar duur van verblijf in Nederland en land van herkomst of land van herkomst van de ouders.

Land van herkomst	Migranten				Hier geboren
	5 jaar	5-9 jaar	10 jaar	Onbekend	
Suriname:	46,4%	8,9%	17,9%	8,9%	17,9%
Marokko :	39,3%	22,4%	10,3%	13,0%	15,0%
Turkije :	24,6%	37,4%	8,7%	6,2%	23,1%
Totaal :	32,4%	28,5%	10,6%	8,7%	19,8%

- Van de Turkse patiënten leeft 90,2% in gezinsverband, bij de Marokkaanse patiënten is dit 89,7%. Bij de Surinamers en Nederlanders zijn deze cijfers

respektievelijk 50% en 26,4%.

- Het aantal onvolledige gezinnen bedraagt 17,0% van de praktijkpopulatie



Figuur 4. Verblijfsduur in Nederland naar land van herkomst weergegeven in een cumulatieve curve.

in haar geheel. Vader alleen met kinderen komt alleen voor bij Marokkanen (1,9%) en Turken (1,5%). Dit zijn in het algemeen vaders die met zoon(s) in Nederland zijn om voor de financiële middelen te zorgen voor de in het thuisland achtergebleven gezinsleden. Alleenwonende vrouwen met kinderen zien we voornamelijk bij Surinamers (33,9%) en in mindere mate bij Nederlanders (17,0%).

Tabel 2 laat zien dat Marokkaanse gezinnen de grootste kinderrijkdom hebben.

In tabel 3 en figuur 4 wordt duidelijk dat de grootste groep migranten in onze praktijk minder dan 5 jaar in Nederland is. Een vijfde deel is in Nederland ge-

boren. Bij de Turken is dit bijna een kwart.

#### BEZOEKFREQUENTIE

Er wordt een beeld gegeven van het bezoekerspatroon en de bezoekfrequentie aan de huisartsenpraktijk. Konsulten in de avond en nacht, in het weekend en tijdens vakantie, alsmede huisbezoeken werden niet betrokken in het onderzoek; evenmin injecties en andere handelingen welke door de doktersassistente worden verricht.

De patiënten uit de steekproef bezochten in het onderzoeksjaar 1576 maal een van beide huisartsen. De verdeling naar geslacht is in tabel 4 af te lezen.

Tabel 4. Percentages van verrichtte konsulten in het onderzoeksjaar naar geslacht vergeleken met de praktijkopbouw naar geslacht.

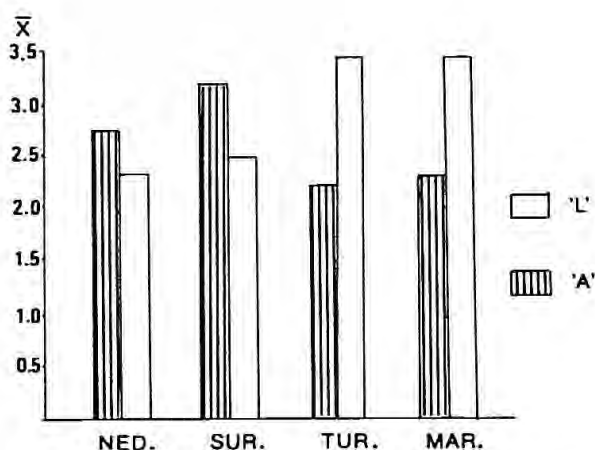
Geslacht	Konsulten %	Praktijkopbouw %
Mannen :	50,4	55,2
Vrouwen:	49,6	44,8
Totaal :	100,0	100,0

Tabel 5. Gemiddeld aantal konsulten per dag gedaan door de huisartsen onderverdeeld naar geslacht.

Geslacht	'A'	'L'	Totaal
Mannen :	11.2	12.4	23.6
Vrouwen:	9.5	13.7	23.2
Totaal :	20.7	26.1	46.8

Tabel 6. Gemiddelde bezoekfrequentie in het onderzoeksjaar bij de huisartsen onderverdeeld naar geslacht.

Geslacht	'A'	'L'	Totaal
Mannen :	1.55	1.72	3.27
Vrouwen:	1.59	2.29	3.89



Figuur 5. Gemiddelde bezoekfrequentie in het onderzoeksjaar naar herkomst verdeeld naar 'A' en 'L'.

Wanneer we deze cijfers omrekenen naar de totale praktijkpopulatie komt dit neer op een geschat totaal van 10.816 spreekuurbezoeken per jaar aan onze praktijk. Per werkdag zijn dit 46,8 konsulten (exclusief 6 weken vakantie) die verdeeld zijn zoals weergegeven in tabel 5.

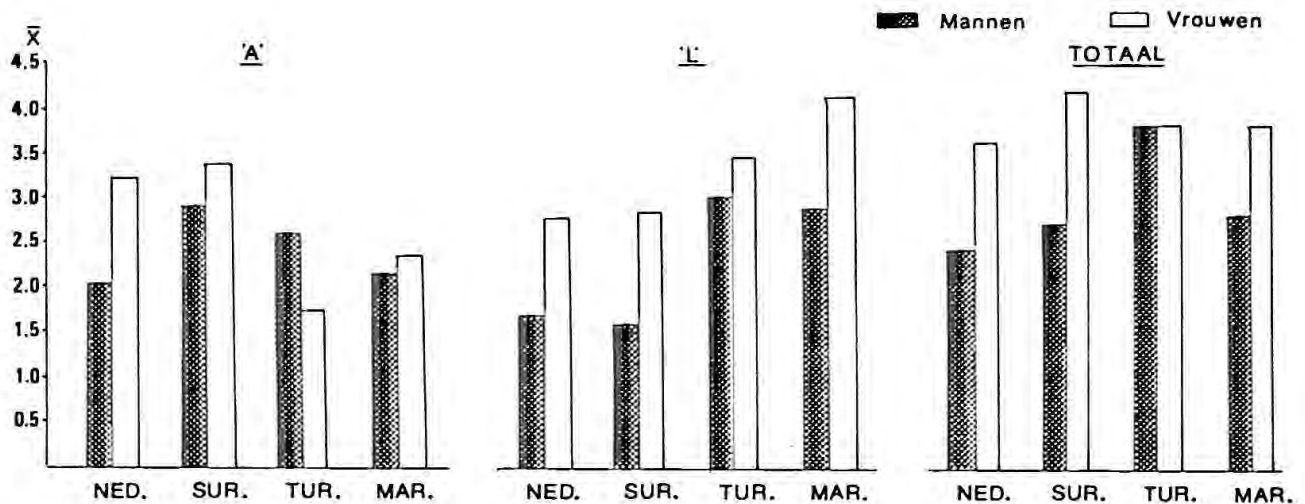
Uit tabel 5 blijkt verder dat:

- 'A' meer mannelijke patiënten ziet dan vrouwelijke;
- 'L' vrijwel evenveel mannelijke als vrouwelijke patiënten ziet;

- 'L' meer patiënten ziet dan 'A' en dat het surplus voor 'L' vooral bestaat uit vrouwelijke bezoekers.

In het vervolg laten cijfers en figuren zien wie met welke frequentie de huisarts bezoeken.

Bekijken we de gemiddelde bezoekfrequentie per huisarts naar geslacht (tabel 6) dan hebben vrouwen een hogere bezoekfrequentie, waarbij opvalt dat bij 'L' vrouwen frequenter komen dan mannen. Bij 'A' is dit verschil tussen mannen en



Figuur 6. Gemiddelde bezoekfrequentie in het onderzoeksjaar naar herkomst en geslacht. (Voor "A" en "L" afzonderlijk en te zamen).

vrouwen minder sterk.

In figuur 5 ziet men dat de Nederlanders en Surinamers die bij 'A' patiënt zijn het meest komen. Bij 'L' is het zo dat de Turkse en Marokkaanse patiënten het frequentst komen.

In figuur 6 wordt de gemiddelde bezoekfrequentie nog eens voor mannen en vrouwen apart uitgezet.

Bij 'A' geldt dan dat de hoge bezoekfrequentie bij vrouwen voor een groot deel veroorzaakt wordt door Nederlandse en Surinaamse vrouwen.

Bij 'L' is het zo dat het frequente bezoek bij vrouwen terug te voeren is op de Turkse en Marokkaanse groep. Bij 'L' zien we verder dat ook bij mannen de bezoekfrequentie gemiddeld hoger ligt bij Turken en Marokkanen.

Verder valt over het totaal bekeken op: voor mannen de hoge bezoekfrequentie bij Turken; voor vrouwen de hoge bezoekfrequentie bij Surinamers.

Figuur 7 laat zien welk percentage van de patiënten naar herkomst en geslacht

het spreekuur het meest bezoekt.

Als definitie voor "meest frequent bezoeken" wordt gehanteerd een aantal van 5 of meer bezoeken per jaar.

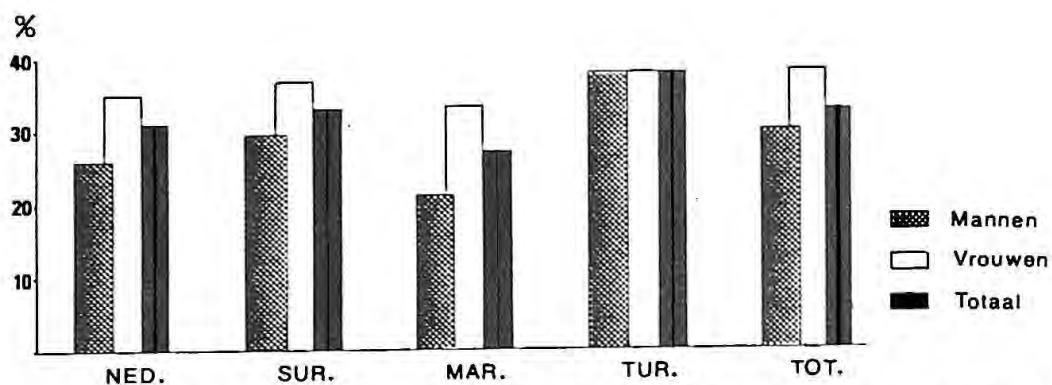
Van de patiënten komt rond 30% 5 of meer keer per jaar op het spreekuur. Van deze groep meest frequente bezoekers is het merendeel vrouw. Bij Turken treffen we het hoogste percentage meest frequente bezoekers aan.

In figuur 8 staan gegevens over de bezoekfrequentie voor verschillende leeftijdsgroepen en geslacht.

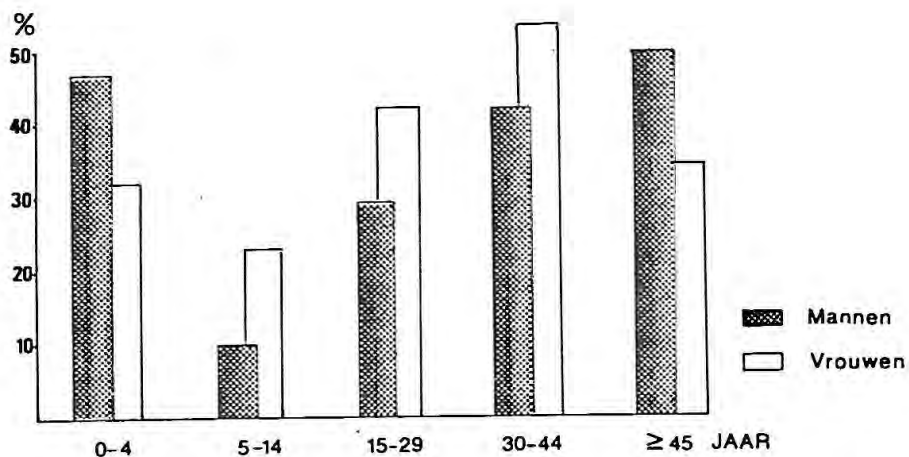
In deze figuur valt op dat:

- in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar de jongens vaker komen dan de meisjes;
- kinderen tussen 4 en 15 jaar het minst komen;
- de hoogste frequentie voorkomt bij vrouwen in de leeftijdscategorie 30-44 jaar;
- de bezoekfrequentie van mannen met de leeftijd toeneemt; bij de vrouwen geldt dit eveneens behalve in de hoogste leeftijdscategorie.

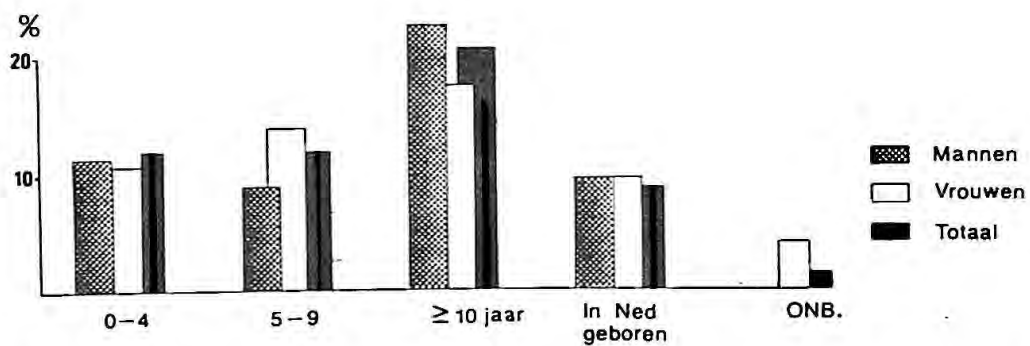
In figuur 9 wordt de relatie tussen ver-



Figuur 7. Percentages "meest frequente bezoekers" naar herkomst en geslacht.



Figuur 8. Percentages "meest frequente bezoekers" naar leeftijd en geslacht.



Figuur 9. Percentages "meest frequente bezoekers" naar verblijfsduur in Nederland en geslacht.

blijfsduur in Nederland en de bezoekfrequentie uitgezet (uiteraard exclusief de Nederlanders).

Het blijkt dat een verblijfsduur van 10 jaar of langer in Nederland bij mannen gepaard gaat met een hoge bezoekfrequentie, terwijl dit voor vrouwen minder uitgesproken is.

### SAMENVATTING EN BESPREKING

Beschrijvend onderzoek werd gedaan in een huisartsenpraktijk in de Haagse Schilderswijk naar opbouw en konsult/bezoekfrequentie.

De patiënten uit de betreffende praktijk blijken voor 45% uit Turkije, 25% uit Marokko, 13% uit Suriname en 5% uit andere landen afkomstig te zijn. De resterende 12% zijn autochtone Nederlanders.

De vrouwen uit de praktijk bezoeken het spreekuur opvallend vaker dan de mannen. Vrouwen tussen de 30 en 44 jaar komen het meest frequent bij de twee huisartsen. Op oudere leeftijd komen vrouwen wat minder. Bij vrouwen hangt de bezoekfrequentie niet duidelijk samen met een langere verblijfsduur in Nederland. Bij mannen neemt de bezoekfrequentie toe met de leeftijd, ook na het 44ste levensjaar. Bovendien bestaat bij mannen een positieve korrelatie tussen verblijfsduur in Nederland en konsultfrequentie.

In publikaties wordt er wel op gewezen dat bij langer verblijf in Nederland de draaglast de draagkracht van de migrant te boven gaat waardoor er meer psychosomatische klachten op zouden treden (1) (2)(3). Uit het onderzoek is niet direkt op te maken of deze gevonden positieve korrelatie hiermee te maken heeft.

Opvallend is verder de hoge bezoekfrequentie bij 0-4 jarige jongetjes. Met betrekking hiertoe wordt wel gezegd dat in Turkse en Marokkaanse gezinnen jongetjes beter verzorgd worden dan meisjes. Of dit ook inderdaad het geval is blijft een vraag.

Wat betreft de Turkse patiënten blijken de mannen de hoogste bezoekfrequentie te vertonen.

Turken bezoeken meer het spreekuur van 'L'. Bij de vrouwen is dit uitgesproker dan bij de mannen.

Voor de Marokkaanse gezinnen geldt dat zij het grootste aantal kinderen hebben en eveneens een voorkeur hebben voor 'L'. Een patroon dat ook hier weer sterker is bij de vrouwen. Of dit vooral bepaald wordt doordat vrouwen een voorkeur zouden hebben voor een vrouwelijke huisarts of voor andere eigenschappen van 'L' ofwel dat dit het gevolg is van het open ochtendspreekuur is onduidelijk. Het afspraakspreekuur in de middaguren bij 'A' zou mogelijkwijs een drempel kunnen zijn voor slechter Nederlands sprekende Turken en Marokkanen.

Zowel voor Turkse als Marokkaanse patiënten geldt dat zij voor 90% in gezinsverband verblijven. Het lijkt erop dat voor deze beide groeperingen in onze praktijk de gezinshereniging voltooid is.

De Surinaamse populatie is opvallend jong: 85% is jonger dan 30 jaar. Eënderde van de Surinamers komt uit huishoudens welke bestaan uit alleenstaande vrouwen met kinderen. Surinaamse vrouwen vertonen in het onderzoek de hoogste bezoekfrequentie van alle patiënten. Bij hen bestaat een duidelijke tendens om het middagspreekuur van 'A' te bezoeken.

De Nederlandse patiënten hebben als opvallende kenmerken dat bijna de helft alleenstaand is en dat meer vrouwen dan mannen ingeschreven staan (in tegenstelling tot andere groepen). Er zijn relatief weinig kinderen en bejaarden in deze groep. Verder wordt door Nederlanders het afspraakspreekuur van 'A' het meest bezocht. De Nederlandse mannen hebben van alle patiënten de laagste konsultfrequentie.

Van migranten wordt wel eens gezegd dat zij de huisarts veelvuldiger bezoeken dan Nederlanders. Wil men hierover stellige uitspraken doen dan dient men hierbij leeftijds- en geslachtsverdeling van de migrantenpopulatie t.o.v. de Nederlandse in de analyse te betrekken. Immers een relatief oudere of jongere bevolkingsgroep doet een hogere konsultatiefrequentie verwachten.

Dergelijke zogeheten korrektes voor leeftijd en geslacht waren niet haalbaar in dit onderzoek. Dit impliceert dat generalisaties over hogere of lagere bezoekfrequentie van migranten ten opzichte van Nederlanders niet zijn te maken. Ook kon in het onderhavige onderzoek de redenen voor huisartskonsulten bij migranten ten opzichte van Nederlanders niet worden vergeleken.

Psychosomatische klachten zijn in dit opzicht een veel gehoorde kontaktreden (1)(2)(3).

Een onderzoek dat zich ten doel stelt meer licht te werpen op deze aspecten van bezoekfrequentie lijkt ons in navolging van deze oriënterende studie zeer geïndiceerd om een beter inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van migranten en hun bezoek aan de huisarts.

#### Literatuur

1. Limburg-Okken AG, Limburg JJM. Marokko, migratie, acculturatie en psychiatrie. Oegstgeest, Psychiatrische Universiteitskliniek Jelgersma, 1981 (ref. 125).
  2. Kabelá M, Meer van der PHJ. Ziek of niet ziek bij Marokkanen. Muiderberg: Dick Coutinho, 1983.
  3. Jongmans DG. Ziektebeleving en ziektegedrag bij Mediterrane werknemers. In: De gemeenschappelijke medische dienst en de buitenlandse werknemers uit het Mediterrane gebied. GMD, 1983: 3-19.
-

---

EPIDEMIOLOGIE VAN NIET INFECTIEUZE  
ZIEKTEN

---

RACHITIS ONDER EERSTE-GENERATIE IMMI-  
GRANTEN

Kennis en Gedrag met betrekking tot de  
ziekte en vitamine D-profylaxe.

H.G.J. Nijhuis, H.W.A. Struben,  
J.J.M. Avezaat, M.J.Th. Lutjenhuis \*

INLEIDING

Eerste-generatie immigranten vormen op  
het ogenblik een aanzienlijke bevol-  
kingsgroep van Den Haag. Te zamen maken  
"Surinamers", "Turken" en "Marokkanen"  
circa 10% van de totale Haagse bevol-  
king uit.

Vooraf ten gevolge van factoren welke  
samenhangen met migratie en sociaal-cul-  
turele omstandigheden presenteren deze  
groeperingen een specifieke gezondheids-  
problematiek (1). Deze verschilt vaak  
aanzienlijk van de huidige inheemse pro-  
blematiek.

Een van deze, aan de status van eerste-  
generatie immigrant gebonden problemen  
is vitamine D-deficiënte rachitis (so-  
ciale rachitis, Engelse ziekte). Deze  
kinderziekte die bestaat uit botverwe-  
king ten gevolge van een tekort aan vi-  
tamine D kwam vroeger in Nederland veel  
voor als een echte volksziekte onder de  
armere bevolkingsgroepen, vooral in de  
industriesteden. Sinds de tweede wereld-  
oorlog echter was de aandoening in ons

land door toedoen van een wijd verbrei-  
de vitamine D-profylaxe (levertraan, AD-  
druppeltjes) en voldoende blootstelling  
aan zonlicht nagenoeg verdwenen (2).  
Evenwel sinds ongeveer 10 jaar wordt so-  
ciale rachitis hier weer aangetroffen  
onder kleine kinderen uit gezinnen beho-  
rend tot de groep eerste-generatie immi-  
granten (3)(4)(5).

Dat de ziekte juist bij deze gezinnen  
voorkomt hangt waarschijnlijk samen met  
een complex van factoren van sociaal-  
culturele aard (profylaxe, blootstelling  
aan zonlicht, kleding, voeding e.a.)  
welke voor een belangrijk deel ongunstig  
uitpakken voor eerste-generatie immi-  
granten (5).

De onbekendheid met het belang van vita-  
mine AD-profylaxe en blootstelling aan  
zonlicht bij kinderen zou hierbij een  
belangrijke rol kunnen spelen.

Sinds 1982 wordt zoals werd voorgesteld  
in een eerder verschenen publicatie (5)  
in Den Haag gewerkt aan een antirachi-  
tiscampagne waarvan voorlichting over de  
ziekte en over het gebruik van vitamine

---

\* H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.  
H.W.A. Struben, methodoloog werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.  
J.J.M. Avezaat en M.J.Th. Lutjenhuis, huisartsen in de Rubenshoek te 's-Gravenhage.



AD deel uitmaken. Hierbij wordt o.a. gebruik gemaakt van een geluid-dia-serie die in een drukbezocht gezondheidscentrum, de Rubenshoek werd afgedraaid. Voor het efficiënt en effectief opzetten van voorlichtingsactiviteiten is voldoende bekendheid met de onderliggende oorzaken van de geattaqueerde problematiek nodig. Deze is de reden dat het onderhavige onderzoek werd gedaan. Het werd uitgevoerd onder leiding van het Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD te Den Haag, in nauwe samenwerking met de huisartsenpraktijk van J. Avezaat en M. Lutjenhuis.

#### METHODE

Het onderzoek werd uitgevoerd onder een steekproef van immigrantengezinnen met kinderen in de leeftijdsgroep 0-6 jaar welke deel uitmaken van de genoemde huisartsenpraktijk. De steekproef was 77 gezinnen groot. De betreffende praktijk bestaat voor 74% uit "buitenlandse" gezinnen (Turks: 40,3%; Marokkaans 17,9%; Surinaams 15,8%). Van de steekproefgezinnen had een deel (N=23) ongeveer 2 maanden voor het onderzoek voorlichting genoten over het onderwerp rachitis. Kennis en gedrag bij de gezinnen werd onderzocht d.m.v. een interview van één of beide ouders thuis. De interviews waren semigestructureerd van karakter en werden afgenomen door een interviewster en een tolk, welke vooraf uitgebreid instructie en training hadden ondergaan. Voor de analyse van het kennisniveau werd een systeem gebruikt om de afzonderlijke kennisvragen gezamenlijk te waarderen. Van de vragen betreffende het gedrag was een deel anamnestic van karakter. De informatie over de aanwezigheid en preparaatvorm van vitamine AD werd verkregen door feitelijke vaststelling door de interviewster. Ofschoon zich bij het onderzoek een aantal methodologische en technische pro-

blemen voordeden zal hierop in dit artikel niet verder worden ingegaan.

#### RESULTATEN

Beschreven worden voor de onderzochte groep gezinnen het kennisniveau, het gedrag en informatiebronnen over rachitis en vitamine AD-profylaxe. Voor zover relevant worden deze uitkomstvariabelen beschreven naar afkomst, verblijfsduur van de moeder in Nederland, gezinsgrootte en leeftijd van de moeder. Daarnaast wordt de relatie tussen kennisniveau en gedrag nader onderzocht.

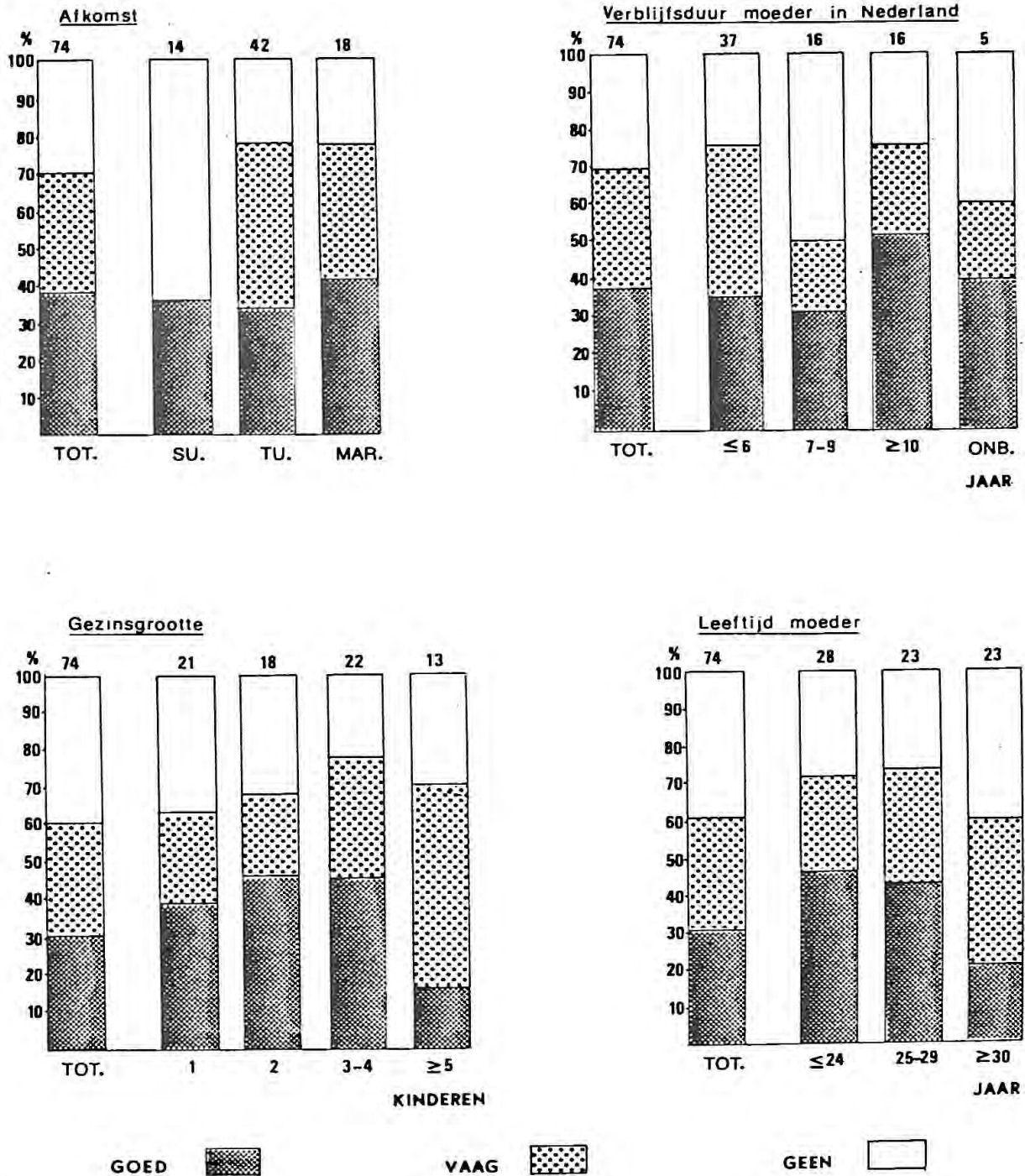
##### Kennisniveau

De resultaten van het onderzoek naar het kennisniveau staan weergegeven in figuur 1.

- Gezien de arbitraire opbouw van het waarderingsstelsel voor kennis moet de uitslag van het onderzoek van het kennisniveau in absolute zin met voorzichtigheid worden beoordeeld. Onder deze voorwaarde kan worden vermeld dat in het gehanteerde stelsel ongeveer bij een derde van de eerste-generatie immigranten een kennisniveau van "geen", bij een derde deel "vaag" en bij een derde "goed" werd vastgesteld.
- Voor Surinamers, Turken en Marokkanen was het kennisniveau ongeveer hetzelfde.
- De verblijfsduur van het gezin in Nederland hing niet samen met het niveau van kennis.
- De gezinsgrootte hing eveneens niet samen met het kennisniveau.
- Bij verschuiving van de onderscheidingsgrens in de kenniswaardering was aantoonbaar dat jongere moeders een beter kennisniveau hebben dan oudere.

##### Gedrag

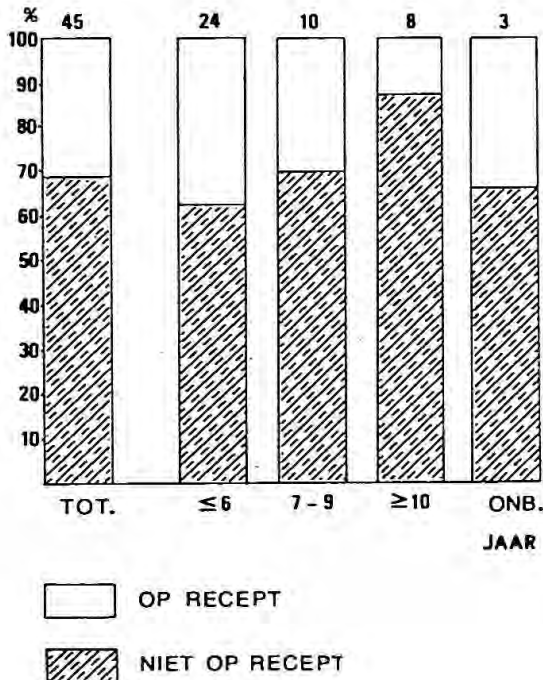
De resultaten van het onderzoek van gedrag dat betrekking heeft op vitamine AD-profylaxe als belangrijk preventicum voor rachitis staan weergegeven in figuur 2.



Figuur 1. Kennisniveau naar afkomst, verblijfsduur van de moeder in Nederland, gezinsgrootte en leeftijd van de moeder.

- Bij 60,8% van de gezinnen was vitamine AD thuis aanwezig.
- Surinaamse gezinnen hadden het middel vaker in huis (78,6%) dan Turkse en Marokkaanse gezinnen (56,7%). ( $P < 0.06$ ).
- De verblijfsduur in Nederland hing niet samen met het in huis hebben van vitamine AD.
- In kleinere gezinnen ( $\leq 2$  kinderen) werd het middel significant vaker aangetroffen (71,8%) dan bij grotere gezinnen ( $> 2$  kinderen) (48,6%).
- Een jongere leeftijd van de moeder leek samen te gaan met het vaker in huis hebben van vitamine AD ofschoon de gevonden verschillen slechts zwak significant waren. ( $P < 0.06$ )

In figuur 3 staat de preparaatvorm waarin vitamine AD (indien aanwezig) thuis werd aangetroffen, gerelateerd aan verblijfsduur van het gezin in Nederland.



Figuur 3. Preparaatvorm van vitamine AD naar verblijfsduur van de moeder in Nederland.

- Van de gezinnen die vitamine AD in huis hadden had 68,9% het middel in een of andere handelsvorm "over de toonbank" gekocht bij apotheker of drogist. 31,1% Had vitamine AD aangeschaft op recept.
- Een langere verblijfsduur van de gezinnen in Nederland leek samen te gaan met het frequenter aanschaffen van het middel in een of andere handelsvorm. ( $P < 0.15$ ).

Op de vraag of men in het verleden ooit vitamine AD had aangeschaft of gekregen antwoordde 91,9% van de gezinnen met "ja", 8,1% met "neen".

I.v.m. de anamnesticke aard van dit gegeven moeten deze cijfers met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Er bleken verder geen verschillen te bestaan naar afkomst, verblijfsduur, gezinsgrootte en leeftijd van de moeder bij de beantwoording van deze vraag.

De gegevens over de correctheid van dosering zijn eveneens anamnesticke van aard. Als criteria voor correctheid gelden voor de courante preparaten: druppels: 4-8 per dag, tabletten: 2-3 per dag.

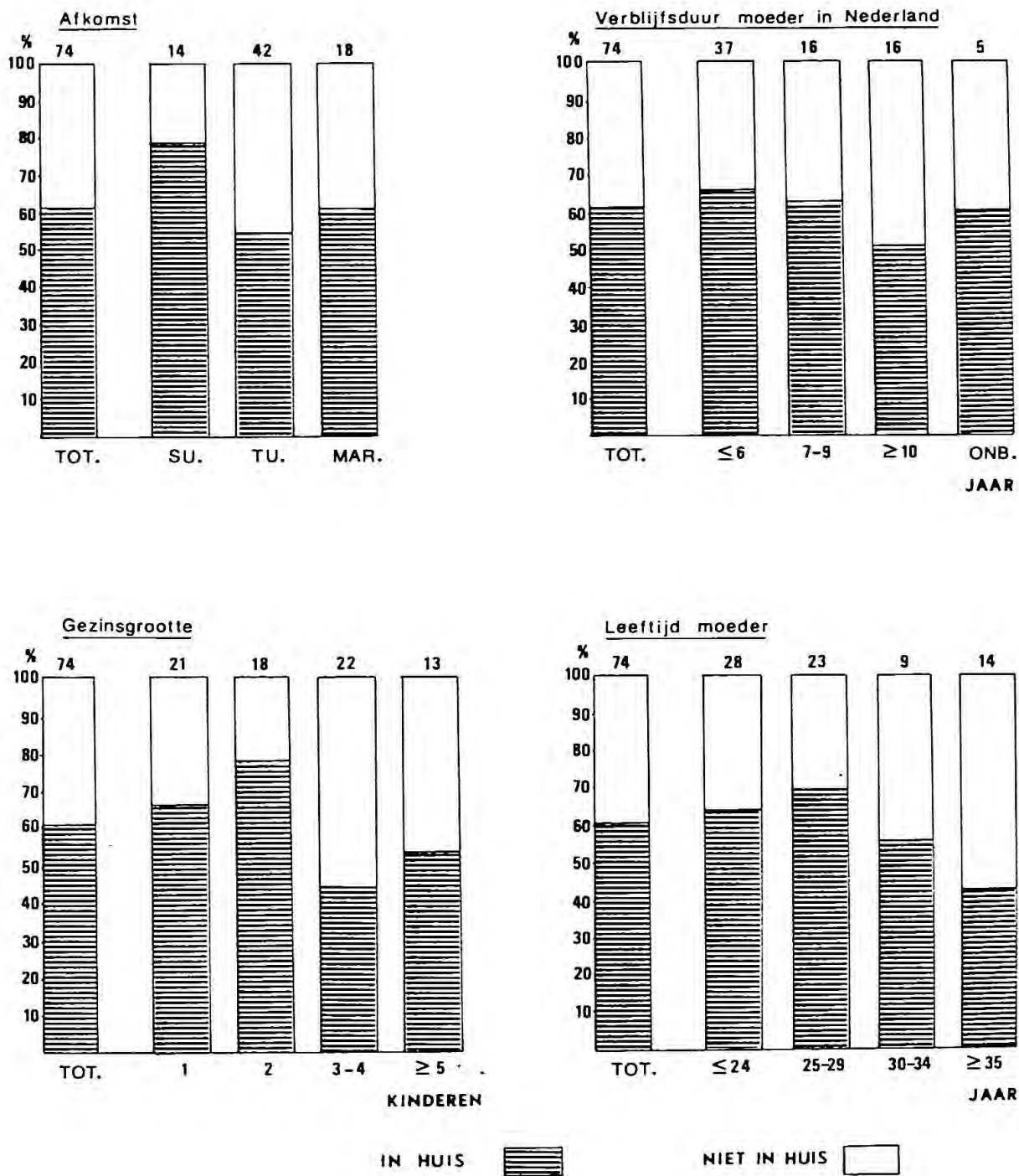
Van de gezinnen vermeldde 37,8% een correcte, 59,5% een tekortschietende en 2,7% een overmatige dosering van vitamine AD.

Voor afkomst, verblijfsduur in Nederland, gezinsgrootte en leeftijd van de moeder werden geen verschillen gevonden in de opgave van de gehanteerde doseringen.

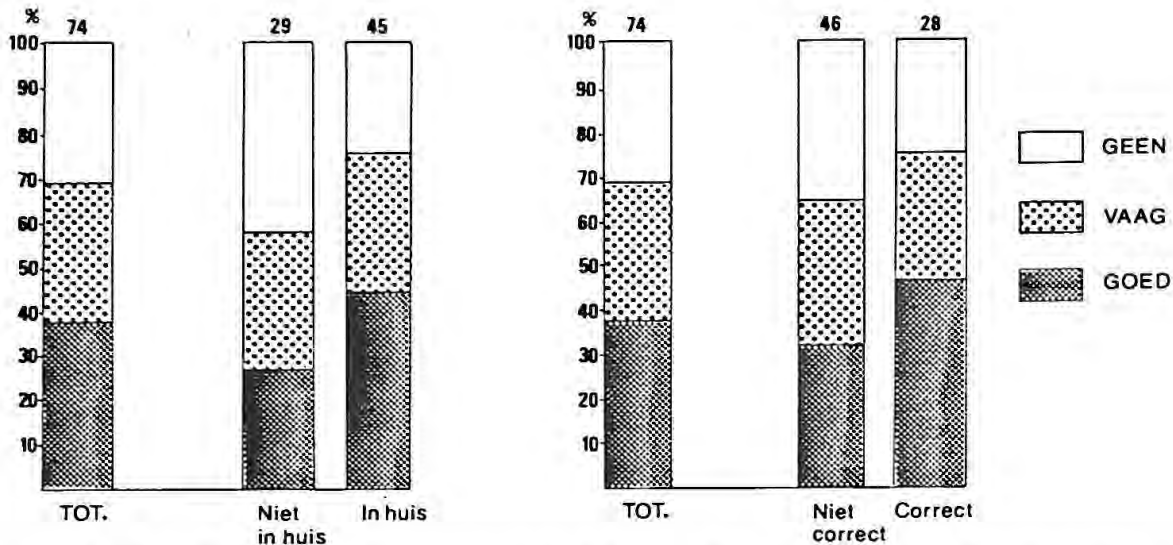
Aanschaf van het middel op recept gaf eveneens geen beter of slechter doseren te zien dan aanschaf over de toonbank.

#### Relatie kennis en gedrag

Om na te gaan of een goede kennis van zaken samengaat met een gunstig gedrag en omgekeerd worden in figuur 4 kennisniveau en een tweetal gedragsaspecten gerelateerd.



Figuur 2. Aanwezigheid van vitamine AD naar afkomst, verblijfsduur van de moeder in Nederland, gezinsgrootte en leeftijd van de moeder.



Figuur 4. Kennisniveau naar aanwezigheid van vitamine AD in huis en correctheid van dosering.

- Er bestaat een zwak significante samenhang tussen een samengesteld hoger kennisniveau en het aanwezig zijn in huis van vitamine AD.
- Bij de afzonderlijke kennisvragen ("welke ziekte", "waardoor ontstaan", "wat te doen") was wel significant aantoonbaar dat een hoger kennisniveau samenhang met het in huis hebben van vitamine AD.

- Een hoger kennisniveau ging eveneens samen met het correct doseren van vitamine AD.

#### Informatiebronnen

Onderzocht werd tevens op welke manier men over rachitiszaken en vitamine AD had vernomen. De resultaten hiervan staan in tabel 3.

Tabel 3. Frequentie waarmede informatiebronnen over rachitis alleen of in combinatie met een of meerdere worden genoemd.

Bron	Aantal	(%)
Consultatiebureau en kinderarts :	52	(70)
Huisarts :	50	(68)
Televisie "thuis" :	13	(18)
Sociale omgeving :	10	(13)

- Het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters bleek de meest frequent genoemde bron van informatie over rachitis gevolgd door de huisarts (inclusief de geluid-dia-serie in de Ru-

benshoek). Televisie "thuis" en de sociale omgeving, de twee niet-medische categorieën, bleken minder belangrijk in de kennisoverdracht over rachitis en vitamine AD.

## BESPREKING

Bij herhaling is beschreven dat het probleem van de vitamine D-deficiënte vorm van rachitis bij immigranten in het Westen samenhangt met de specifieke sociaal-culturele onaangepastheid aan de nieuwe levensomstandigheden (5)(6)(7). Een min of meer vast onderdeel van het leven in Nederland is het routinematig bedrijven van rachitispreventie door het nemen van vitamine AD, voldoende blootstelling aan zonlicht (buiten spelen) en het nemen van vitamine D-verrijkt voedsel (margarine). Deze "routines" zijn door de inheemse Nederlandse bevolking volledig aangeleerd en ingeburgerd met het resultaat dat het rachitisprobleem onder Nederlanders nagenoeg verdwenen is.

Bij eerste-generatie immigranten die nog maar kort in ons land verblijven komt rachitis bij kleine kinderen relatief veel voor. In Den Haag wordt een voorkomen geschat op 60 gevallen per jaar (m.a.w. 1,2% van de kinderen jonger dan 5 jaar onder immigranten). Voor Surinamers, Turken en Marokkanen is deze incidentie hetzelfde. Verder zijn er aanwijzingen dat, ook binnen de immigrantenpopulatie een laag sociaal-economisch niveau determinant is voor het rachitisprobleem (5)(8).

De hypothese, welke aan de basis ligt van het onderhavige onderzoek is dat een gebrekkig kennisniveau over rachitis en het belang van vitamine AD-profylaxe de grondslag vormt voor de problematiek. In samenhang daarmee zouden gedragspatronen bestaan, welke een oorzakelijk verband onderhouden met het rachitisprobleem.

Het kennisniveau, voor rachitis relevante gedragspatronen en de relatie tussen deze wordt belicht a.h.v. de onderzoeksresultaten.

De generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten is beperkt. De verbondenheid aan een specifieke huisartsenpraktijk, met een aantal kwalificaties

vandien beïnvloedt uiteraard de resultaten van het onderzoek. Ook is het overwegend Hindoestaanse karakter van de Surinaamse groepering een beperkende factor voor generalisaties voor Surinamers in het algemeen.

Het blijkt dat onder eerste-generatie immigranten ongeveer een derde deel totaal "geen" weet heeft van rachitiszaken en vitamine AD-profylaxe. Een even groot deel heeft een "vage" en eveneens een derde heeft een "goede" kennis van zaken.

Men bedenke daarbij dat de genoemde kwalificaties afgeleid zijn uit het gehanteerde waarderingssysteem zodat deze geen absolute waarde hebben.

Van de gezinnen had 60,8% vitamine AD in een of andere vorm in huis.

Een goede kennis over rachitiszaken was echter zeker niet sterk gerelateerd aan het in huis hebben van het middel, en omgekeerd. Wel was, met name bij de afzonderlijke kennisvragen, een verband aan te tonen tussen een goede kennis en het in huis hebben van vitamine AD. Niet echter in die zin, dat een gedegen kennis garant staat voor het in huis halen ervan. Deze constatering relativeert de waarde van kennisvermeerdering per sé als gedragsmodifier.

Vitamine AD werd eveneens aangetroffen in gezinnen waar weinig of geen kennis over rachitis aanwezig was. De simpele instructie, dat vitamine AD genomen moet worden in Nederland, zonder verdere kennisverhogende uitleg, kan blijkbaar zeer wel tot de gewenste gedragsmodificatie leiden. Dit gegeven zou in te passen zijn in de inhoud van de g.v.o.-boodschap welke informatie over rachitis beoogt.

Bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse gezinnen was het kennisniveau hetzelfde. Wel werd bij Surinamers vitamine AD vaker aangetroffen (78,6%) dan bij Turken en Marokkanen (56,7%).

Dat de kennis, en in zekere mate ook het gedrag m.b.t. rachitiszaken bij bevol-

kingsgroepen met een zo uiteenlopende etnische en culturele achtergrond dermate overeenstemt accentueert het "eerste-generatie-migratie"-gebonden karakter van het probleem. De risicofactoren, in de zin van een tekortschietend kennisniveau en bepaald gedrag zijn in dezelfde mate aanwezig bij deze zo verschillende groepen.

Deze observatie is volstrekt in overeenstemming met het epidemiologisch beeld, dat rachitis evenzeer voorkomt bij Suri-naamse, Turkse en Marokkaanse kinderen (5).

De verblijfsduur van moeder en kinderen in Nederland geldt als een gemeenschappelijke parameter voor de kwalificatie "eerste-generatie" d.w.z. nieuwe immigrant.

Tussen het kennisniveau en de duur van het verblijf bestond geen verband. Ook werd bij gezinnen die langere tijd in Nederland wonen vitamine AD niet vaker thuis aangetroffen.

Wel zagen we dat na een verblijf van meer dan tien jaar het middel vaker over de toonbank in de vorm van een handelspreparaat wordt aangeschaft.

In het onderhavige onderzoek is het niet mogelijk geweest met voldoende betrouwbaarheid verbanden te leggen tussen kennis of gedrag en verblijfsperioden van langer dan tien jaar. Veranderingen na langere verblijfsduur kunnen derhalve niet worden vastgesteld.

Het kopen van vitamine AD over de toonbank kan worden gezien als een Nederlandse routine om het middel aan te schaffen. Nederlandse moeders kopen vitamine AD "in de winkel".

Dat eerste-generatie immigranten deze routine gaan overnemen na tien jaar is een blijk van sociaal-culturele aanpassing welke belang heeft voor de rachitispreventie.

Van de gezinnen waar vitamine AD in huis was had 31,1% het middel "op recept" aangeschaft. Deze voor Nederlandse begrippen ongebruikelijke procedure om vitamine AD in huis te halen wordt terecht

geactiveerd door consultatiebureaus en huisartsen. In de eerste fase van de kennismaking met de routinematige vitamine AD-profylaxe kan het bevoorradingscircuit "op recept" het tekort aanvullen dat ontstaat omdat de immigrantengezinnen nog niet zover zijn dat ze het middel spontaan aanschaffen in de winkel. Ongetwijfeld kan bij de 40% die vitamine AD nog niet in huis had in hetzelfde circuit van consultatiebureaus en huisarts het gebruik gestimuleerd worden door het middel - in de aanvangsfase "op recept" - aan te reiken. In dit verband is het wenselijk dat ook de consultatiebureau-arts vitamine AD op recept kan verstrekken.

Wat het gebruik van vitamine AD aangaat meldde meer dan 90% van de gezinnen de profylaxe ooit genomen te hebben. Verder noemde 37,8% een correcte regelmatige (d.w.z. dagelijkse en juiste) dosering van de druppeltjes of tabletten.

Van de gebruikers neemt dus meer dan 60% het middel te weinig en onregelmatig. Bij een enkel gezin was sprake van een te hoge dosering.

Uiteraard valt uit dit onderzoek niet op te maken of de rachitis-patiëntjes afkomstig zijn uit 10% van de gezinnen waar nooit profylaxe is genomen, of uit de onregelmatige gebruikers. Wel richt deze anamnestiche informatie de aandacht nogmaals op de noodzaak om bij de voorlichting de nadruk te leggen op het regelmatig en voldoende gebruiken van druppeltjes of tabletten. De angst voor overdosering lijkt op basis van deze resultaten ongegrond.

De grootte van het gezin hangt niet samen met het kennisniveau. Wel hadden kleinere gezinnen het middel vaker in huis (71,8%) dan de wat grotere gezinnen (48,6%).

Wat de leeftijd van de moeder aangaat blijkt dat jonge moeders een beter kennisniveau hebben van rachitis dan oudere moeders. Ook hadden jongere moeders vitamine AD vaker in huis.

Gezinsgrootte en leeftijd van de moeder zijn - uiteraard - onderling gecorreleerd.

Grote gezinnen vormen voor tal van sociaal-economisch gedetermineerde gezondheidsproblemen een risicogroep. Vitamine D-deficiënte rachitis vormt daarop als "sociale ziekte" waarschijnlijk geen uitzondering (bijvoorbeeld door slecht consultatiebureaubezoek). De afwezigheid van vitamine AD bij grote gezinnen, als risicofactor voor sociale rachitis, is hiervan een blijk.

Oudere leeftijd van de moeder als risicofactor voor rachitis is mogelijk te verklaren vanuit een groter sociaal-cultureel aanpassingsvermogen op jongere leeftijd. Tevens geldt de correlatie met gezinsgrootte bij het duiden van dit verschijnsel.

Bij de oplossing van het rachitisvraagstuk bij eerste-generatie immigranten is het verschaffen van kennis over rachitizaken of het geven van instructies over het "routine"-gebruik van vitamine AD een belangrijk aanknopingspunt. Bekendheid met de gebruikte kanalen van informatie is daarom van belang.

Uit het onderzoek blijkt dat het consultatiebureau en de huisarts veruit de meest genoemde informatiebronnen zijn. Het zou kunnen zijn dat deze bronnen in vergelijking met de "niet-medische" bronnen (televisie, sociale omgeving) inderdaad veel actiever zijn.

Het zou eveneens zo kunnen zijn dat het consultatiebureau en de huisarts niet zozeer de meest actieve dan wel de meest effectieve kanalen zijn voor informatie-overdracht over rachitis. Het onderzoek brengt hierover geen duidelijkheid. Het intensiveren van de g.v.o. via zowel de "medische" als "niet-medische" kanalen blijft daarom aan te bevelen.

In samenvatting komt uit het beschrijvend onderzoekdeel naar voren dat het rachitisprobleem bij eerste-generatie immigranten in Nederland in wezen een immigratie- en daarmee tijdelijk pro-

bleem is.

Het kennisniveau en gedrag m.b.t. rachitis schieten voor Surinaamse, Turkse en Marokkaanse gezinnen, groeperingen met totaal verschillende etnische en culturele achtergronden, in opvallend gelijke mate tekort.

Jonge moeders, met een hoger kennisniveau en adequater gedrag, passen zich mogelijk sneller aan aan een aantal Nederlandse in dit opzicht gunstige patronen.

Ook zien we na een verblijf van meer dan tien jaar een aanpassing aan de Nederlandse wijze van aanschaf van vitamine AD.

In Engeland komt op het ogenblik twintig jaar na de aanvang van de immigratie van Aziaten uit Oost-Afrika de oplossing in zicht (9). In een stad als Glasgow waar georganiseerd de bestrijding van rachitis heeft plaatsgevonden is het probleem aan het verdwijnen (10). In Nederland bevindt zich de problematiek nu, ongeveer tien jaar na het begin van de massale immigratie uit Suriname, Turkije en Marokko, nog op piek-niveau (11). Hoogstwaarschijnlijk zal het rachitisprobleem ook in Nederland op den duur wel geleidelijk aan "spontaan" verdwijnen ten gevolge van de voortschrijdende acculturatie van de getroffen groepen. Echter in deze periode zullen (on)nodige slachtoffers van rachitis vallen.

Het is aan ons gezondheidszorgsysteem om ervoor te zorgen dat dit aantal tot een minimum beperkt blijft door nu campagne te voeren tegen het rachitisprobleem. Over tien jaar is het te laat!

Voorlichting over vitamine AD, het stimuleren van "risico-gezinnen" om het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters te bezoeken en het tijdig herkennen van milde vormen van rachitis zijn (wederom) actuele zaken geworden voor wijkverpleegkundigen, jeugdartsen, huisartsen en andere hulpverleners die in aanraking komen met eerste-generatie immigranten.



Literatuur

1. Verveen-Keulemans EM. Buitenlandse kinderen in de jeugdgezondheidszorg. *Tijd Soc Geneesk* 1979; 57: 21-9.
  2. Ruys JM. *Ned Tijdschr Geneesk* 1964; 108: 69.
  3. Schulpen TWJ. Engelse ziekte terug in Nederland. *Tijdschr Jeugdgezondh* 1980; 12: 42-5.
  4. Schulpen TWJ. Opnieuw rachitis in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 610-3.
  5. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, de Jong GM. Rachitis in Den Haag 1970-1980. *Tijdschr Jeugdgezondh* 1982; 14: 82-7.
  6. Stamp TCB, Walker PG, Perry W, Jenkins MV. Nutritional Osteomalacia and Late Rickets in Greater London, 1974-1979: Clinical and Metabolic Studies in 45 Patients. *Clin Endoc Metabol* 1980; 9: 81-105.
  7. Hodgkin P, Hine PM, Kay GH, Lumb GA. Vitamin-D deficiency in Asians at home and in Britain. *Lancet* 1973: 167-71.
  8. Lapatsanis P, Deliyanni V, Doxiadis S. Vitamin D deficiency rickets in Greece. *J. Pediatr* 1968; 73: 195-202.
  9. Goel KM, Campbell S, Logan RW, Sweet EM, Attenburrow A, Arneil GC. Reduced prevalence of rickets in Asian children in Glasgow. *Lancet* 1981: 405-6.
  10. Dunnigan MG, McIntosh WB, Sutherland GR et al. Policy for prevention of Asian rickets in Britain; a preliminary assessment of the Glasgow rickets campaign. *Br Med J* 1981; 282: 357-60.
  11. Het voorkomen van rachitis in Rotterdam en Den Haag. Een evaluatie van de rachitiscampagne te Den Haag. GG en GD, Stafbureau Epidemiologie en Informatica, 1983 (niet gepubliceerd).
-

AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

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

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

Dysenteria Bacillaris

Er werden 16 gevallen aangegeven (8 shigella sonnei; 6 shigella flexneri en 2 shigella boydii).

Negen patiënten werden in het buitenland besmet. Bij de overigen bleef de bron onbekend. Vier gevallen werden in een ziekenhuis opgenomen.

Hepatitis A

Er werden 4 gevallen aangegeven, waarvan 2 in het buitenland besmet werden.

Hepatitis B

Er werden 3 gevallen aangegeven. Twee werden in een ziekenhuis opgenomen. Over de wijze van besmetting kan het volgende worden opgemerkt:

- sexueel contact : 1 persoon
- buitenlandse reis :  
(bezoek aan tandarts) : 1 persoon
- onbekend : 1 persoon

Lepra

Er werd 1 geval afkomstig uit Suriname aangegeven.

Morbilli

Er werden 4 kinderen aangegeven, welke geen van allen waren gevaccineerd.

Paratyfus B

Er werden 2 gevallen aangegeven, beiden afkomstig uit hetzelfde gezin. Eén geval werd in het ziekenhuis opgenomen. De bron van deze gevallen bleef onbekend.

Pertussis

Er werden 3 kinderen aangegeven, waarvan er 2 in een ziekenhuis werden opgenomen.

Eén kind was volledig gevaccineerd, één gedeeltelijk en het derde was niet gevaccineerd.

Rubella

Er werden 6 gevallen aangegeven. Twaalf J.G.G.-testen werden verricht en bleken positief.

Aan 23 vrouwen werd anti-Rubella vaccin (Ervevax) toegediend.

Salmonellosis

Er werden 110 gevallen aangegeven, waarvan 50 personen in een ziekenhuis opgenomen werden.

Scabies

Er werden 10 gevallen aangegeven, waarvan 1 persoon in een ziekenhuis opgenomen werd.

Tuberculosis

Er werden 23 gevallen aangegeven, waarvan 11 patiënten in een ziekenhuis opgenomen werden.

Voedselinfectie

Er werden 45 gevallen aangegeven, waarvan 8 in een ziekenhuis opgenomen werden. Bij alle patiënten bleek de campylobacter-bacterie de oorzaak van de infectie.

Yersinia enterocolitica-infectie

Er werden 4 gevallen aangegeven.

Gonorrhoea

Er werden 419 gevallen aangegeven.

Syphilis

Er werden 16 gevallen aangegeven.

Parotitis epidemica

Er werden 4 gevallen aangegeven.

## Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag, 3e 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	m	v	m	v				
<b>Groep A</b>																				
Febris typhoidea																				
Lassakoorts e.a.																				
Pest																				
Poliomyelitis																				
Rabies																				
Variola																				
<b>Groep B</b>																				
Anthrax																				
Brucellosis																				
Cholera																				
Diphtheria																				
Dysenteria bac.	2	1	1	4					3	4	1						7	9	16	4
Febris recurrens																				
Gele koorts																				
Hepatitis A																				
Hepatitis B																				
Lepra																				
Leptospirosis																				
Malaria																				
Meningococcosis																				
Morbilli																				
Ornithosis																				
Paratyfus B	1			1													1	1	2	1
Pertussis	2		1														3	-	3	2
Q-koorts																				
Rubella		1	1		3	1											4	2	6	-
Salmonellosis	18	16	11	3	4	6	1	2	14	10	1	3	2	4	8	7	59	51	110	50
Scabies	1				1		1		1	2	2	1				1	6	4	10	1
Tetanus																				

## 3e 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	m	v	m	v				
<b>Vervolg groep B</b>																				
Trichinosis																				
Tuberculosis		1		1		1	2	1	5	3		2	3	1		3	10	13	23	11
Tularaemia																				
Typhus exanth.																				
Voedselinfectie	4	1	2	2	5	2	1		7	9	3	1	5	3		27	18	45	8	
Yersinia enterocoli-tica-infectie		1			1				1				1			3	1	4	-	
<b>Groep C</b>																				
Gonorrhoea	1						9	17	227	112	36	2	10	3	2	285	134	419	-	
Syphilis(prim. sec.)								1	7	3	3	1	1			8	8	16	-	
Syphilis congenita																				
Parotitis epidemica			1		1			1		1						2	2	4	-	