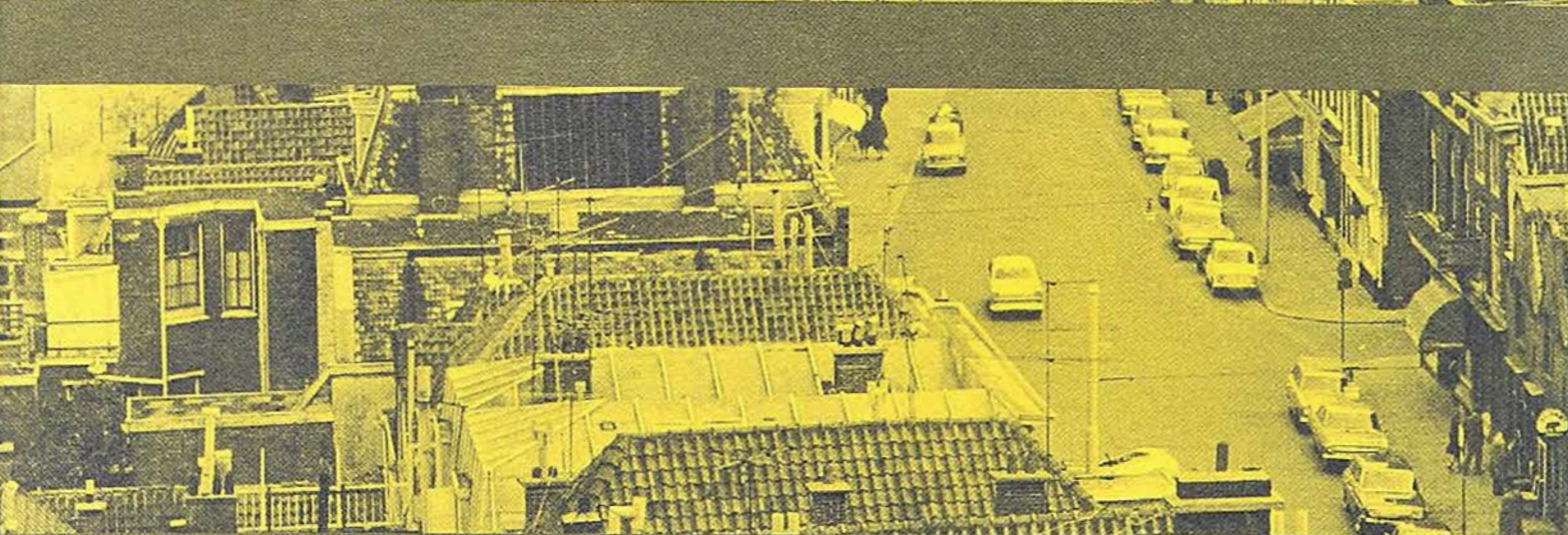
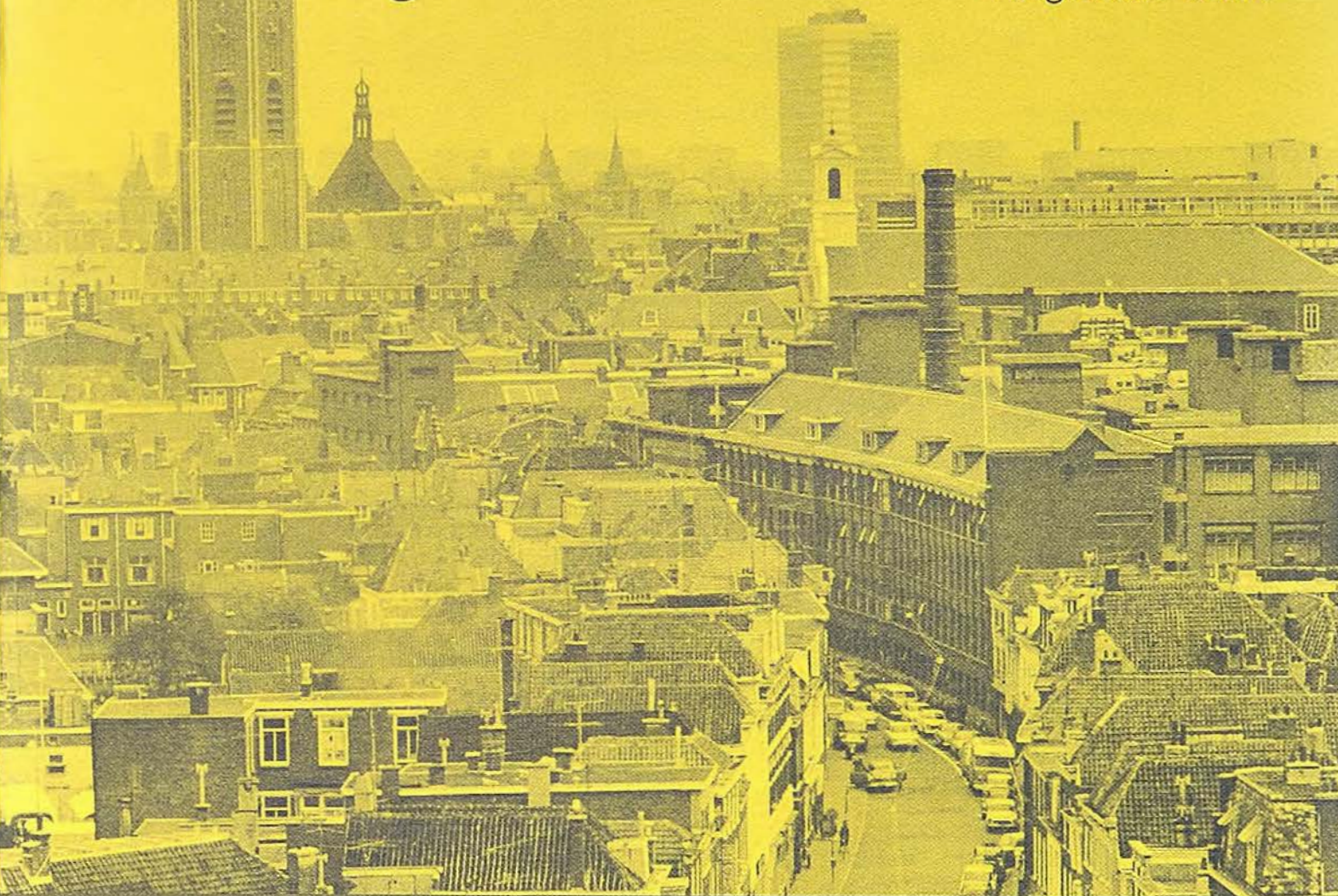


EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

19e Jaargang
No. 3

's-Gravenhage

Augustus 1984



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

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

Augustus 1984

19e Jaargang
No. 3

INHOUDSOPGAVE

Blz

Redactioneel

3

Epidemiologische berichten uit de
Haagse sociale psychiatrie:

I Suicide in Den Haag - 1982

4

II Lotgevallen van een groep Haagse
psychiatrische patiënten uit
1962/63

8

Prof. dr. W.J. Schudel

Redactie:

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

Tekstverzorging:

Mw. I. Verkade-Burger

Draaideurpatiënten in de ambulante
geestelijke gezondheidszorg

M. Horjus en Mevr. A. Verberne

13

Secretariaat:

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

Mededeling: Proefonderzoek Herpes
Genitalis

19

Aangifte infectieziekten: casuï-
stiek en/of epidemiologie

20

Het bulletin vormt een medium om epi-
demiologisch relevante informatie uit
Den Haag en omstreken in te publice-
ren. Hulpverleners en bestuurders in
de regio worden uitgenodigd kopij aan
te bieden of contact op te nemen om
een eventuele publicatie te bespre-
ken.

Tabel: Aangegeven gevallen van in-
fectieziekten in Den Haag over het
2e kwartaal 1984

22

Het bulletin verschijnt viermaal per
jaar en wordt toegestuurd aan huis-
artsen, specialisten en bestuurders
in de gezondheidszorg te 's-Graven-
hage.

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

REDACTIONEEL

De psychiatrische epidemiologie houdt zich bezig met de beschrijving en de bestudering van psychiatrische ziektebeelden en ziekten, zoals die vóórkomen verspreid over bevolkingen en bevolkingsgroepen. Hoewel het kwantitatieve element even belangrijk is als in andere toepassingsgebieden van epidemiologie, levert toch het kwalitatieve aspect van de psychiatrische morbiditeit onderzoekers vaak de meeste problemen op. Immers slechts weinig psychiatrische symptomen zijn zonder nadere definiëring en soms specifieke training eenduidig door onderzoekers te herkennen en te beoordelen. Gestandaardiseerde waarnemingen welke mogelijk zijn bij een leucocyten-telling, bloeddrukmeting en koortsmeting zijn uiterst zeldzaam in de psychiatrie. Daar komt nog bij dat de diagnostische praktijk internationaal gezien ondanks flinke vorderingen in de afgelopen 5 jaar nog veel spraakverwarring kent. Eén en ander heeft in het verleden veel afbreuk gedaan aan de psychiatrie als objectieveerbare wetenschappelijke discipline, binnen maar ook buiten de medische wereld. Slechts langzaam is de psychiatrie bezig zich uit die onaantrekkelijke positie omhoog te werken. De aandacht voor psychiatrisch disfunctioneren en het verwante maar geenszins synonieme gebied van de psychosociale problematiek is desondanks groot, zowel onder medici als onder het publiek.

In Den Haag heeft dit geresulteerd in een duidelijk toegenomen belangstelling van de kant van o.a. huisartsen en ziekenhuizen voor de epidemiologische activiteiten van het Stafbureau Epidemiologie en Informatica en de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD.

De geïntensiverde medewerking van de huisartsen aan het huisartsregistratiesysteem heeft geleid tot het opnemen van suïcidaal gedrag in het registratiepakket. De eerste resultaten zijn zeer be-

moedigend. Het ziet er naar uit dat de incidentie van suïcide in Den Haag vanuit de registratie-praktijken nauwkeurig kan worden geëxtrapoleerd. Van een belangrijke ondersignalering van suïcidaal gedrag in huisartspraktijken, zoals geregeld door Diekstra c.s. wordt beweerd (1), lijkt in Den Haag geen sprake te zijn.

Een ander onderwerp betreft een longitudinale follow-up-studie van een groep in 1962 opgenomen psychiatrische patiënten. Het in dit nummer opgenomen artikel is een voorbericht uit een omvangrijke cohort-studie, die hopelijk meer licht zal kunnen werpen op het veelbesproken probleem van de "chroniciteit" in de psychiatrie. Uit dit onderzoek en uit het feit dat een dergelijk onderzoek over zo'n lange tijd uitsluitend in Den Haag realiseerbaar bleek te zijn, moge blijken hoe belangrijk een goede en consequent voortgezette registratie is, juist voor de psychiatrische epidemiologie. Nog steeds immers is de psychiatrie bij uitstek de discipline, die het effect van haar bemoeienis op lange tot zeer lange termijn moet evalueren. Zodanig evaluatie-onderzoek vormt naast de beschrijvende epidemiologie een steeds belangrijker wordend onderdeel van het epidemiologisch vakgebied.

De redactie.

Literatuur

1. Diekstra RFW, de Graaf AC, van Egmond M. Over de epidemiologie van suicide pogingen: een sample-survey onderzoek in huisartspraktijken. Tijd Soc Geneesk 1982; 60: 398-404.

EPIDEMIOLOGISCHE BERICHTEN UIT DE HAAGSE
SOCIALE PSYCHIATRIE 1)

I SUICIDE IN DEN HAAG - 1982

In de uitgave van november 1982 van dit bulletin gaven wij een overzicht van de suicides die in 1981 in Den Haag hebben plaatsgevonden. Tevens werd in meer algemene zin ingegaan op het verschijnsel zelfmoordgedrag en de registratie daarvan door de GG en GD over de afgelopen 30 jaar. Het lijkt minder opportuun hier opnieuw een dergelijke beschouwing te presenteren, aangezien het merendeel van het destijds opgemerkte ook thans nog kan gelden. Doel van dit artikel is een beeld te geven van de geregistreeerde suicides in 1982 en te trachten de opmerkelijke waarnemingen te illustreren en te verklaren.

Een belangrijke tegenslag vormt het feit, dat het Centraal Bureau voor de Statistiek reeds geruime tijd verwickeld is in een ingrijpende reorganisatie van de eigen gegevens-verwerking. Hierdoor is een aanzienlijk oponthoud ontstaan in het beschikbaar komen van landelijke cijfers, met name wat betreft de doods-oorzaken. Wij moeten in deze publicatie dan ook noodgedwongen gebruik maken van de reeds eerder gepresenteerde gegevens die niet verder reiken dan 1980 (zie tabel 1). Het relateren van onze bevindingen aan de landelijke gegevens moet derhalve ditmaal met voorzichtigheid geschieden.

In tabel 2 zijn de aantallen suicides en de incidenties per 100.000 inwoners voor de jaren 1980, '81 en '82 weergegeven. De enorme toename in 1982 springt uiteraard direct in het oog. Een dergelijke sprongsgewijze toename heeft zich sinds het begin van onze suicide-registratie nog niet eerder voorgedaan. Integendeel,

tot dusverre frappeerde juist de geringe fluctuatie door de jaren heen, met een zeer geleidelijk stijgende tendens in de aantallen sinds 1970. Alvorens gepoogd wordt dit opmerkelijke gegeven te verklaren volgt eerst een nadere beschrijving aan de hand van de volgende tabellen. (Overigens wekken de voorlopige, nog niet gecorrigeerde gegevens over 1983 de indruk dat de bevindingen over 1982 inderdaad uitzonderlijk genoemd moeten worden. Het voorlopige cijfer voor 1983, in totaal 79 suicides is weer aanmerkelijk lager en veel meer in overeenstemming met de bevindingen in de voorgaande jaren).

Tabel 3 laat zien dat de gesignaleerde toename geheel in de hogere leeftijds-categorieën heeft plaatsgevonden, waarmee een positief-lineair verband tussen leeftijd en suicide-frequentie (incidentie) weer zichtbaar wordt.

Suicide bij kinderen wordt in Den Haag niet waargenomen en is bij adolescenten nog altijd zeldzaam, dit in tegenstelling tot de alarmerende berichten die via de media vooral vanuit het buitenland worden aangedragen.

De Verenigde Staten melden een suicide-voorkomen van 12,5 per 100.000 inwoners van 15-24 jaar in 1980 (dit was 8,8 per 100.000 in 1970). Dit getal ligt enigszins boven onze cijfers voor de suicide-incidentie in Den Haag (9,5 per 100.000 inwoners van 15-24 jaar in 1982). Wel lijkt er (in de Verenigde Staten althans) sprake te zijn van een zeker "inhaal-fenomeen" voor de jongere leeftijdsgroepen ten opzichte van oudere leeftijdsgroepen.

Voor Den Haag geldt dat 72% van alle suicides (71% bij de mannen en 74% bij de vrouwen) werd gepleegd door personen

1) Prof.dr. W.J. Schudel, psychiater, Hoofd afdeling Geestelijke Gezondheidszorg, GG en GD 's-Gravenhage.

Tabel 1. Suïcide in Nederland naar geslacht.*

Aantal gevallen per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder	100.000 inwoners van 15 jaar en ouder		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
1960:	12.9	7.8	10.3
1970:	15.3	9.2	12.2
1972:	15.3	9.7	12.5
1974:	16.5	10.7	13.5
1976:	17.3	10.1	13.6
1978:	16.1	11.5	13.8
1980:	18.4	10.3	14.3

* Bron: Gerechtelijke Statistiek, CBS

Tabel 2. Suïcide in Den Haag naar geslacht 1980-82.

	Absoluut aantal			Aantal gevallen per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
	1980 :	42	31	73	23.5	15.1
1981 :	43	31	74	24.0	15.1	19.2
1982 :	52	42	94	29.0	20.5	24.5

Tabel 3. Suïcide in Den Haag naar leeftijd en geslacht 1982.

	Absoluut aantal			Aantal gevallen per 100.000 inwoners		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
	1982(1981)	1982(1981)	1982(1983)			
15-24 jaar :	5 (3)	2 (3)	7 (6)	13.7	5.4	9.5
25-39 jaar :	10 (11)	9 (8)	19 (19)	18.9	19.1	19.0
40-64 jaar :	25 (23)	18 (10)	43 (33)	42.6	27.1	34.4
65 jaar e.o.:	12 (6)	13 (10)	25 (16)	38.8	24.1	29.4
Totaal :	52 (43)	42 (31)	94 (74)	29.0	20.5	24.5

Tabel 4. Suicide in Den Haag (1982 en 1981) en Nederland (1980) naar wijze van uitvoering en geslacht.

	Mannen				Vrouwen			
	Den Haag		Nederland		Den Haag		Nederland	
	1982	1981	1980		1982	1981	1980	
	Abs.	%	%	%	Abs.	%	%	%
Ophanging/verstikking:	16	30,7	32,5	44,2	7	16,7	16,1	25,5
Vuurwapen :	3	5,8	4,7	3,1	-	-	-	0,2
Medicijn/vergif :	16	30,8	25,6	15,6	22	52,3	38,8	30,4
Verdrinking :	8	15,4	20,9	14,8	8	19,1	25,8	20,5
Springen van hoogte :	2	3,8	7,0	7,6	4	9,5	16,1	9,4
Overrijding :	3	5,8	2,3	9,9	-	-	-	10,1
Snijwonden :	4	7,7	4,7	2,0	1	2,4	-	1,2
Diversen :	-	-	-	2,3	-	-	-	1,8
Onbekend :	-	-	2,3	0,5	-	-	3,2	0,9
Totaal :	52	100,0	100,0	100,0	42	100,0	100,0	100,0

Tabel 5. Anamnese van suïcidaal gedrag bij suïcides in Den Haag in 1982 naar geslacht.

	Mannen Abs. (%)	Vrouwen Abs. (%)
Suïcidaal gedrag in anamnese :	15 (29)	17 (40)
Geen suïcidaal gedrag in anamnese:	37 (71)	25 (60)
Totaal :	52 (100)	42 (100)

Tabel 6. Psychiatrische opnames bij suïcides in Den Haag in 1982 naar geslacht.

	Mannen		Vrouwen	
	Abs.	(%)	Abs.	(%)
Geen opname bekend :	30	(58)	14	(33)
Opname eindigd langer dan 3 maanden voor suïcide :	12	(23)	16	(38)
Opname beëindigd ¹⁾ 3 maan- den voor suïcide :	10	(19)	12	(29)
Totaal :	52	(100)	42	(100)

1) Inclusief opname ten tijde van suïcide: 14 personen (6 mannen en 8 vrouwen).

van 40 jaar of ouder.

Tabel 4 toont de suicides naar wijze van uitvoering. Vergelijking met 1981 en de cijfers voor Nederland (1980) levert weinig nieuwe gezichtspunten op. Verdrinking is als doodsoorzaak relatief afgenomen tot het gemiddelde percentage voor Nederland.

Daarentegen is suicide d.m.v. medicijnen (inclusief vergif) verder toegenomen tot bijna het dubbele percentage van wat voor Nederland wordt opgegeven. Hier kan men zich afvragen of er voor het gehele land wellicht sprake is van onderrapportage van suicide door overdosering.

Deze specifieke oversterfte (een epidemiologisch begrip) door medicijngebruik in Den Haag is anders naar onze mening moeilijk te verklaren. Het lijkt aannemelijk dat een aantal factoren - waaronder een relatieve onderrapportage - gezamenlijk van invloed zijn geweest.

Het aantal "harde" middelen (middelen waarbij de overlevingskans relatief gering is) fluctueert, zoals uit veel onderzoeken bekend is, minder dan de "zachte" middelen zoals medicijnen. Volgens de Londense epidemioloog Dr. R. Farmer is de beschikbaarheid van deze laatste groep middelen een niet te verwaarlozen factor. Helaas ontbreken in ons land betrouwbare gegevens over hoeveelheden voorgeschreven medicijnen. De veronderstelling dat bij suicide vooral voorgeschreven medicijnen worden aangewend kan dan ook (nog?) niet worden getoetst.

De tabellen 5 en 6 verschaffen enige informatie over de voorgeschiedenis. Een ruime meerderheid blijft bestaan uit personen met een blanco anamnese voor suïcidaal gedrag (tabel 5); bijna de helft is voor zover bekend nooit klinisch-psychiatrisch behandeld (tabel 6). Ongeveer een kwart van de overledenen was ten tijde van of kort voor de suicide nog opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis: een niet onaanzienlijk aantal.

Gevolgtrekkingen op dit punt zijn echter

eveneens moeilijk te maken. Is het veel? Is het té veel? Wat zijn de consequenties van een beleid dat gericht is op het voorkómen van suicides in of vanuit psychiatrische ziekenhuizen? Hoe verdraagt zo'n beleid zich met de veranderende opvattingen over patiëntenrechten en onvrijwillige verpleging c.q. behandeling?

Zonder twijfel bevat de vraagstelling te veel onbekende factoren om eenvoudig te kunnen worden beantwoord. Er moet echter wel over worden nagedacht.

Daarnaast moet de vraag worden gesteld of de "nazorg" optimaal plaats vindt. Zeker in een tijd waarin de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ingrijpend wordt veranderd dient de aandacht nauwlettend gevestigd te blijven op mogelijke schadelijke effecten, hoe moeilijk interpreteerbaar de feiten vaak ook mogen zijn.

Hierboven zijn enkele epidemiologische analyses van suïcidaal gedrag besproken. Niettemin blijft een grondige analyse van elk afzonderlijk geval van suicide verweg de belangrijkste bron van informatie. Voor een dergelijke analyse zou een standaardprocedure moeten worden afgesproken als feedback voor alle betrokken hulpverleners. Dit is in de Verenigde Staten en in Engeland op veel plaatsen een vast principe. Een aantal individuele bijzonderheden zijn ons inziens voldoende belangwekkend om hier te vermelden, hoewel de epidemiologisch-statistische relevantie ervan vrijwel zeker te verwaarlozen is. De diversiteit van de omstandigheden waaronder suicide plaats vindt en de grote variatie in achtergrond en andere persoonlijke karakteristieken van de suïcidanten wordt er wél door geïllustreerd.

Zo vond ook in het verslagjaar 1982 een dubbele suicide plaats van een bejaard echtpaar; voor dit gebeuren lijkt een lang bestaand taboe te zijn doorbroken. Bij twee van de zes suicides van uit Suriname afkomstige Hagenaars werd azijnzuurrensance gebruikt. Deze wijze van zelfdestructie was vroeger in ons land

onbekend, evenals trouwens het middel. Gezien het mutilerend effect van de slokdarmetsing bij hen die de inname van azijnzuuresence wél overleven zou een op preventie gerichte campagne bij de bevolkingsgroep at risk misschien te overwegen zijn. Al moet gezegd worden dat een soortgelijke actie jaren geleden in Suriname al eens zonder merkbaar resultaat is gevoerd.

Een vrouw suicideerde zich nadat zij haar kind had omgebracht.

Drie mannen die elders woonden kozen (onafhankelijk van elkaar) Den Haag uit voor hun suicide.

Een gedetineerde hing zich op in zijn cel.

Ook twee schoolgaande adolescenten kwamen om door asphyxie, de omstandigheden bleven voor ons onopgehelderd.

De oudste overledene was 90 jaar; nog eens vier waren de 80 gepasseerd. Vijf personen waren 10 maal of vaker verpleegd geweest in een psychiatrisch ziekenhuis; één van hen zelfs 23 maal. Het zal duidelijk zijn dat het bovenstaande kaleidoscopisch beeld geen ruimte laat voor algemene conclusies.

Resumerend kan voor de gesignaleerde toename van het aantal suicides binnen de gemeentegrenzen van Den Haag in 1982 geen passende verklaring worden gevonden. Mogelijk kan deze uitschieter worden veroorzaakt door het toeval. Het nauwkeurig blijven volgen van de ontwikkelingen is een eerste vereiste om meer inzicht in deze complexe materie te kunnen krijgen. Een consequente bestudering van afzonderlijke suicide-gevallen lijkt daartoe eveneens noodzakelijk.

De voortgezette medewerking van de Haagse huisartsen, zoals in geval van het huisartsregistratiesysteem, zal eveneens een belangrijke bijdrage kunnen leveren ten einde meer determinanten van suïcidaal gedrag op het spoor te komen.

II LOTGEVALLEN VAN EEN GROEP HAAGSE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN UIT 1962/63

Medio 1983 is bij de GG en GD een onderzoek in gang gezet gericht op het ontstaan van chroniciteit na een eerste psychiatrische opname. In samenwerking met de Engelse epidemioloog Farmer en met indirect geldelijke steun van het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur wordt een omvangrijk katamnestic cohort-onderzoek uitgevoerd. De patiënten die voor de eerste maal opgenomen worden in psychiatrische ziekenhuizen in de jaren 1962/63, 1967/68, 1972/73 en 1977/78 vormen de vier opname-cohorten die vervolgens vijf jaar worden gevolgd ter zake van de patiënten-carrière in en buiten het ziekenhuis.

De primaire vraagstelling is in welke mate chroniciteit ontstaat en of de ontwikkeling van tussenvoorzieningen en andere semi- en extramurale activiteiten weerspiegeling vinden in de trends tot chroniciteit bij vergelijking van de vier genoemde cohorten.

Inmiddels wordt de laatste hand gelegd aan de registratie van de follow-up gegevens van de ruim 6.000 personen. Helaas heeft een onzer ongeregelde bezoekers halverwege het onderzoek vrij aanzienlijke schade toegebracht aan de voor het onderzoek gebruikte computer, waardoor een fikse vertraging is ontstaan. De uiteindelijke resultaten van het onderzoek zullen dan ook pas in de loop van dit jaar beschikbaar zijn.

Voor deze eerste mededeling hebben wij de dossiers van de eerste 100 patiënten van het eerste cohort nader onderzocht. Het betreft personen, die begin 1962 voor het eerst opgenomen werden in een psychiatrisch ziekenhuis. In 1962 werden door bemiddeling van de GG en GD in totaal 868 personen opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen (+ 145 per 100.000 inwoners). Ter vergelijking was het aantal opnemingen twintig jaar later zo'n 2.600, bij een bevolking iets boven de

450.000 (+ 578 per 100.000 inwoners). Overigens is de totale capaciteit aan bedden van de gezamenlijke psychiatrische ziekenhuizen in deze regio over dezelfde periode aanzienlijk gedaald. Tot zover de achtergrondinformatie.

Het hier gepresenteerde cohort omvat patiënten van 15 tot 65 jaar.

De patiënten van 65 jaar en ouder zijn niet betrokken in het cohort. Zij vormden in die tijd een geheel andere categorie; zij vertoonden vrijwel uitsluitend dementie-syndromen en leenden zich nauwelijks voor follow-up. Dat laatste blijkt ook al uit het gegeven dat de gemiddelde leeftijd (alsmede de leeftijdsmediaan) van mannen zowel als vrouwen voor die 65+ groep op 80 jaar lag (een curieuze bevinding uit demografisch oogpunt).

Het eigenlijke cohort omvat dus de eerste 100 Hagenaars van 15-65 jaar, die vanaf 1 januari 1962 voor het eerst van hun leven in een psychiatrisch ziekenhuis werden opgenomen. Onder hen waren

45 mannen en 55 vrouwen (zie tabel 1). De gemiddelde leeftijd bij opname liep tussen de sexen weinig uiteen.

In tabel 2 staat weergegeven de frequentieverdeling voor verschillende opnameduur voor het onderzochte cohort. Van de 100 patiënten werden er 59 binnen 3 maanden ontslagen, nog eens 22 binnen 6 maanden (dat is samen dus 81%) en nog eens 14 binnen een jaar (samen 95%).

Van de 5 patiënten die een jaar onafgebroken opgenomen bleven waren er twee ernstig lichamelijk ziek en overleden vrij spoedig daarna.

Slechts 2 patiënten waren te beschouwen als echte long-stay en bleven 5 jaar aan één stuk opgenomen. Eén van die twee was een zwakzinnige, die later naar een zwakzinnigen-internaat werd overgeplaatst.

De ene patiënte, die aansluitend aan haar eerste opname langdurig intramuraal verbleef, werd wegens familiebanden opgenomen in Brabant in plaats van in Den Haag. Zij kwam pas 9 jaar later voor ontslag in aanmerking.

Tabel 1. Gemiddelde leeftijd bij eerste opname in een psychiatrisch ziekenhuis naar geslacht.

Geslacht	Aantal	Gemiddelde leeftijd
Man :	45	38,4 jaar
Vrouw :	55	40,8 jaar
Totaal :	100	39,7 jaar

Tabel 2. Frequentieverdeling duur eerste opname naar geslacht.

Opnameduur	Man	Vrouw	Totaal
< 3 maanden :	27	32	59
3- 6 maanden :	9	13	22
6-12 maanden :	6	8	14
>12 maanden :	3	2	5
waarvan overleden:	2	-	2
Totaal :	45	55	100

In tabel 3 worden de verdere gegevens betreffende de opnameduur en -frequentie vermeld.

Het gehele cohort overziende is de intramurale verblijfsduur bescheiden te noemen, zeker als we bedenken dat het over 1962 gaat.

In de 5 jaar vanaf de datum van de eerste opname beleefde ons cohort 144 opnames (dus 44 heropnames in 5 jaar). De gemiddelde opnameduur in die 5 jaar bedroeg per patiënt ongeveer 6,5 maand, dat wil zeggen 89% van de tijd werd doorgebracht in de maatschappij tegen 11% in het psychiatrisch ziekenhuis. Het gehele cohort bezette gedurende 5 jaar gemiddeld 11 bedden in psychiatrische ziekenhuizen.

Hoewel exact analoge cijfers van soortgelijk onderzoek ontbreken, imponeren

deze eerste gegevens door de geringe mate van chroniciteit in klassieke zin die eruit naar voren komt. Er doen zich vrijwel geen nieuwe long-stay patiënten voor (ook de aanvankelijke langblijvers werden toch weer ontslagen) en er wordt een klein beslag gelegd op de intramurale capaciteit.

Tabel 4 laat de psychiatrische lotgevallen zien van de cohortleden.

Het merendeel van de patiënten hebben wij meer dan 10 jaar kunnen volgen, hoewel door de jaren heen contactverlies en verhuizingen hun tol eisten.

Na 5 jaar bevinden 8 patiënten zich in een psychiatrisch ziekenhuis, 3 in een tussenvoorziening in engere zin en 14 zijn overleden. Met 60 patiënten is geregeld contact; zij zijn zeker "thuis". Na 10 jaar zijn er 6 heropgenomen, 4

Tabel 3. Gegevens betreffende opnameduur en -frequentie naar geslacht gedurende 5 jaar na eerste opname.

	Man	Vrouw	Totaal
Aantal opnames :	67	77	144
Gemiddelde opnameduur per patiënt in maanden :	7.5	5.9	6.6
Gemiddelde opnameduur in maanden :	5.0	4.2	4.6
Gemiddeld percentage I.C.D. ¹⁾ :	87,5	90,2	89,0
Gemiddelde bedbezetting :	5.6	5.4	11.0

1) I.C.D. = In Community Days (Dagen in de maatschappij).

Tabel 4. Frequentieverdeling van de verblijfplaats respectievelijk na 5, 10 en 20 jaar follow-up.

Verblijfplaats	5 jaar	10 jaar	20 jaar
Psychiatrisch Ziekenhuis :	8	6	3
Tussenvoorziening :	3	4	4
"Thuis" :	60	42	12
Verhuisd :	7	10	10
Overleden :	8	19	44
Onbekend :	14	19	27
Totaal :	100	100	100

bevinden zich in een tussenvoorziening en 19 zijn overleden. Het aantal verhuisd en contactverloren is dan inmiddels tot 29 gegroeid. Wél zeker is dat in elk geval niet méér patiënten dan geregistreerd zijn opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen in de Haagse regio. Over eventuele opnames daarbuiten weten wij niets.

In tabel 5 wordt de verdeling van de gestelde diagnoses over het cohort getoond. Zoals te verwachten was bij relatief weinig opnames per eenheid van de bevolking zijn de diagnoses wat je kunt noemen "aan de zware kant". De diagnose bij eerste opname betrof in 5,3% van de gevallen een psychose, waar-

van 22 schizofrenieën.

De laatste categorie, het sub-cohort schizofrenen, wordt in tabel 6 nog vergeleken met het gehele cohort in de veronderstelling dat de schizophrene patiënten zich in zorgbehoefte zouden onderscheiden.

Gedeeltelijk blijkt dit inderdaad het geval. Het sub-cohort schizofrenie had per patiënt gemiddeld 25% meer opnames in 5 jaar. De gemiddelde opnameduur (in 5 jaar) was 9 maanden langer. Toch is het opmerkelijk dat ook deze toch zieke categorie over het geheel genomen 74% van de tijd in die eerste vijf jaar buiten het ziekenhuis doorbracht (ter vergelijking: voor allen samen: 89%). Voor zover ons bekend bevinden zich 20

Tabel 5. Diagnose bij eerste opname naar geslacht.

Diagnose	Man	Vrouw	Totaal
Dementie :	1	1	2
Organische syndromen :	5	6	11
Schizofrenie :	13	9	22
Affectieve psychose :	5	4	9
Overige psychose :	4	5	9
Neurotische depressie :	5	16	21
Neurotische stoornissen :	1	6	7
Persoonlijke stoornissen :	5	3	8
Verslavingen :	6	3	9
Oligofrenie :	-	1	1
Geen psychiatrische diagnose :	-	1	1
Totaal :	45	55	100

Tabel 6. Gegevens betreffende opnameduur en -frequentie naar geslacht gedurende 5 jaar na eerste opname voor het subcohort schizofrenen.

	Man	Vrouw	Totaal
Aantal opnames :	24	15	39
Gemiddelde opnameduur in maanden per patiënt :	15.4	15.9	15.6
Gemiddelde opnameduur in maanden :	8.3	9.5	8.8
Gemiddeld percentage I.C.D. :	74,4	73,5	74

jaar na dato slechts 2 van de schizofrenen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Vanzelfsprekend moeten de hier gepresenteerde cijfers met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Enerzijds omdat het aantal onbekenden in de loop van de onderzoeksperiode sterk is toegenomen. Anderzijds hebben zich tal van veranderingen in de afgelopen twintig jaar voltrokken en een reconstructie van de toenmalige situatie vraagt evenveel historische als psychiatrische deskundigheid. Den Haag telde in 1962 zo'n 150.000 inwoners méér dan thans het geval is en het aandeel van diverse etnische groeperingen was ook een geheel andere. Trouwens de demografie vertoonde ongetwijfeld op veel meer punten aanmerkelijke verschillen.

De sociaal-psychiatrische dienst (SPD) van de Haagse GG en GD was onder leiding van Speijer volop in opbouw. Zijn hele afdeling bestond aan het einde van dat jaar uit 66 medewerkers, waaronder 11 psychiaters.

De vraag dringt zich op in hoeverre Den Haag ook toen in Nederland een uitzonderlijke positie innam. Ik denk dat dit punt wel overweging verdient. In het jaarverslag 1962 van Speijer wordt in een historisch overzicht melding gemaakt van het openen in Den Haag van de eerste twee psychiatrische verpleeghuizen van Nederland in 1954 en 1956, alsmede het oprichten van de eerste sociëteit voor ex-psychiatrische patiënten (de Hermann Simon Stichting) in 1961. Ook tussenvoorzieningen avant la lettre zijn ruimschoots aanwezig.

Bij het volgen van de dossiers duiken voortdurend namen op van vertrouwde pensionhoud(st)ers en kleine tehuizen waarop voor deze categorie patiënten een beroep kan worden gedaan. De W.S.W. stond open voor ex-psychiatrische patiënten en een specifieke werkvoorziening, die later naar Speijer genoemd zou worden, was reeds operationeel.

De dossiers geven nog meer onkwantificeerbare aanwijzingen: voor veel patiën-

ten was de nazorg zeer intensief. Het totaal aantal patiënten dat bij de SPD in zorg was, was net zo groot als 20 jaar later: bijna 2.000. Tientallen contacten zijn verbatim weergegeven in de medische aantekeningen en aan de indruk is niet te ontkomen dat de klassieke nazorg-functie sterk heropname-vermijgend heeft gewerkt.

Men krijgt de indruk dat het ontstaan van chroniciteit in de vorm van langdurige c.q. permanente institutionalisering zeldzamer was dan wij vermoeden en algemeen werd en wordt verondersteld. Uit het totale cohort-onderzoek zal moeten blijken of deze uitspraak verder wordt ondersteund. Hopelijk kan door vergelijking met de gegevens van de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid ook wat meer inzicht worden verkregen in de ontwikkelingen op landelijke schaal en de eventuele discrepantie tussen de Haagse gegevens en die voor de rest van ons land.

DRAAIDEURPATIENTEN IN DE AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG¹⁾

INLEIDING

In de sociale psychiatrie wordt het fenomeen draaideurpatiënt gehanteerd. Dit begrip wordt gebruikt om patiënten aan te duiden, die over een relatief korte periode veelvuldig, en daarmee vaak kortdurend, in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen. Na ontslag vallen deze patiënten weer snel in dit zorgkader terug (1)(2)(3)(4)(5).

De acute psychiatrische hulpverlening heeft een belangrijke zorgfunctie in de vorm van de 24-uursdienst. Deze functie zat van oudsher bij de GG en GD en is op het ogenblik in een samenwerkingsverband tussen RIAGG en GG en GD geïnstitutionaliseerd. De zorg wordt door psychiatrisch verpleegkundigen of psychiaters verleend tijdens bezoeken aan huis, politiebureau of in een algemeen ziekenhuis.

Laatstgenoemde locatie betreft vooral contacten i.v.m. tentamen suïcidii. Ook vinden contacten plaats op de centrale post waar hulpzoekenden gedurende 24 uur per dag terecht kunnen voor psychiatrische hulp.

Aanleiding voor het onderhavige onderzoek was de indruk die bestond bij de GG en GD Den Haag, dat er een vaste groep patiënten was, die veelvuldig een beroep deed op deze 24-uursdienst. Daarbij zou sprake zijn van een draaideurfenomeen in ambulante zin; onderscheiden dus van het bestaande draaideurfenomeen in de zin van frequente opnames. Gezien de werkwijze van de dienst lijkt een aantal van 4 of meer contacten binnen één jaar een goede parameter om de

draaideurpatiënten te identificeren. Mogelijk is voor deze personen geen goed zorgkader beschikbaar waardoor zij genoodzaakt zijn op deze vorm van hulpverlening terug te vallen.

In dit artikel wordt niet primair ingegaan op inhoudelijke aspecten en op de betekenis van het draaideurfenomeen. In algemene termen beoogt deze studie een eerste identificatie van het fenomeen in de AGGZ te Den Haag te zijn. Meer specifieke vraagstellingen van dit onderzoek zijn:

1. Bestaat er inderdaad een draaideurfenomeen binnen de AGGZ en wat is de omvang van de groep draaideurpatiënten?
2. Zijn er karakteristieken die de draaideurpatiënt onderscheidt van andere patiënten in de AGGZ? (Hiermee zou een beter inzicht in de problematiek te verkrijgen zijn teneinde een preventieve benadering te faciliteren).
3. Is continue registratie van draaideurpatiënten mogelijk teneinde de begeleiding te kunnen intensiveren?

METHODE

Van alle bezoekers die in de maanden januari, februari en maart 1982 contact hadden met de 24-uursdienst werden gedurende één vervolgjaar al deze contacten geregistreerd. Vervolgens werden 4 groepen samengesteld naar frequentie van contacten met de 24-uursdienst binnen dat jaar.

1) Marco Horjus en Anja Verberne, studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden, tijdelijk werkzaam op de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD 's-Gravenhage.

De volledige groep met 4 of meer contacten (draaideurgroep) bestond uiteindelijk uit 55 personen. De overige groepen (1, 2 of 3 contacten) werden door middel van een aselechte steekproef gekozen tot een aantal van elk 55 personen. Bij controle bleken deze groepen representatief te zijn voor hun basispopulaties. Over het jaar voorafgaande aan de genoemde maanden werd geen informatie ingewonnen. De consequentie hiervan is dat de groep draaideurpatiënten meer personen zou kunnen bevatten dan in het onderzoek naar voren komt.

De vier groepen werden vervolgens vergeleken naar een aantal variabelen. Hierbij werd vooral gezocht naar verschillen tussen de draaideurgroep en de overige groepen. De volgende variabelen werden in de vergelijking betrokken:

- Persoonsgegevens: geslacht; leeftijd (jonger dan 30, 30 tot 40, 40 tot 50, 50 of ouder); burgerlijke staat; sociaal-economisch niveau; geboorteland. Voor deze persoonskenmerken werd tevens een vergelijking gemaakt met de bevolkingssamenstelling in Den Haag.

- Psychiatrische aspecten: plaats van contact (centrale post, politiebureau, algemeen ziekenhuis, thuisbezoek, elders); diagnose (dementie, organische psychose, schizofrenie, affectieve psychose, overige psychosen, neurotische depressie, overige neurosen, persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, geen psychiatrie, onbekend); tentamen suïcidiï; aantal opnames en opnameduur gedurende het onderzoeksjaar (in een psychiatrisch ziekenhuis, crisiscentrum of consultatiebureau voor alcohol en drugs (C.A.D.)); voorgeschiedenis (aantal opnames voor het onderzoeksjaar, vroegere contacten met 24-uursdienst en/of bekend bij de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD te Den Haag).

Jeugd-psychiatrische en psycho-geriatrische zorg is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Een scherpe afgren-

zing was echter niet altijd mogelijk. De gegevens werden verzameld uit de dagstaten en dossiers van de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD te Den Haag. Een belangrijk gegeven is dat alle opnames van ziekenfondsverzekerden binnen de regio Den Haag lopen via het spreekuur of 24-uursdienst van deze afdeling.

RESULTATEN

In totaal werden 60 mensen 4 of meer keer in het onderzoeksjaar gezien bij de 24-uursdienst. Dit is 8,9% van de totale onderzoeksgroep (n=671). De uiteindelijke groep draaideurpatiënten waarvan de gewenste informatie kon worden verkregen bevatte 55 personen.

De vergelijking van de groepen met verschillende contactfrequenties naar onderstaande variabelen leverde het volgende op.

Persoonsgegevens:

Er is geen verschil in geslacht tussen de groepen; 52% is van het mannelijke geslacht.

In de groep draaideurpatiënten valt het grote aantal personen met een leeftijd jonger dan 40 jaar op (tabel 1).

De draaideurgroep bevat relatief veel ongehuwden (60%) en weinig gehuwden (9%) (tabel 2).

Achtentwintig personen (13%) zijn niet in Nederland geboren; tussen de groepen onderling bestaat geen verschil.

Voor alle onderscheiden groepen tezamen is het aantal personen zonder vast adres (11%) opvallend. Tussen de groepen onderling bestaat met betrekking tot sociaal-economisch niveau geen verschil (tabel 3).

Psychiatrische aspecten:

Gemiddeld vindt 31% van de contacten op de centrale post, 20% op een politiebureau, 17% in een algemeen ziekenhuis en 25% via thuisbezoek plaats. Tussen de groepen onderling bestaan geen opvallen-

Tabel 1. Contactfrequentie met 24-uursdienst naar leeftijd.

Leeftijd	Aantal contacten				Totaal
	1	2	3	4 of meer	
Jonger dan 30 jaar :	9	16	12	18	55
30 tot 40 jaar :	19	14	15	22	70
40 tot 50 jaar :	9	10	13	12	44
50 jaar en ouder :	18	15	15	3	51
Totaal :	55	55	55	55	220

Tabel 2. Contactfrequentie met 24-uursdienst naar burgerlijke staat.

Burgerlijke staat	Aantal contacten				Totaal
	1	2	3	4 of meer	
Ongehuwd :	19	23	13	33	88
Gehuwd :	21	10	17	5	53
Gescheiden:	12	15	18	12	57
Weduwe :	1	4	4	0	9
Onbekend :	2	3	3	5	13

Tabel 3. Contactfrequentie met 24-uursdienst naar sociaal-economisch niveau.

Sociaal-economisch niveau	Aantal contacten				Totaal
	1	2	3	4 of meer	
Laag :	14	12	12	10	48
Middenlaag :	12	19	22	19	72
Midden :	9	6	3	5	23
Middenhoog :	2	10	10	7	29
Hoog :	5	1	1	5	12
Zonder vast adres :	7	5	6	7	25
Onbekend :	6	2	1	2	11

de verschillen.

In de groep draaideurpatiënten komen de diagnoses schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen relatief veel voor. De diagnose verslaving wordt vrij vaak gesteld, zonder dat daarbij verschil tussen de groepen bestaat (tabel 4). Verslavingsproblematiek in het algemeen komt voor bij 47% van de onderzoekspopulatie. Hierbij gaat het in 87% van de verslaafden om alcoholproblematiek. Contacten in verband met tentamen suïcidii zijn gelijk over de groepen verdeeld. Bij hoogfrequente groepen wordt een groter aantal opnames in het onderzoeksjaar gezien dan bij laag frequente groepen (tabel 5). Uitsplitsing naar opnameduur of opnemende instantie geeft geen verschil tussen de groepen. Gemiddeld vindt 65% van de opnames plaats in een psychi-

atrisch ziekenhuis, 20% in een crisiscentrum en 15% in een C.A.D.

Personen met opnames in de voorgeschiedenis blijken in het onderzoeksjaar relatief meer contacten te hebben met de 24-uursdienst. Dezelfde tendens wordt gevonden bij personen met frequente contacten in de voorgeschiedenis.

Nieuw ingeschreven personen blijken vooral laag frequent contacten te hebben.

BESPREKING

Het draaideurfenomeen bij de 24-uursdienst in de AGGZ blijkt inderdaad te bestaan. In Den Haag valt 8,9% van het patiëntenbestand van deze instelling in deze categorie.

Tabel 4. Contactfrequentie met 24-uursdienst naar diagnose.

Diagnose	Aantal contacten				Totaal
	1	2	3	4 of meer	
Verslavingen	: 13	15	12	16	56
Neurotische depressie	: 10	8	10	5	33
Overige neurosen	: 3	2	2	4	11
Dementie + org. psychose	: 1	1	1	0	3
Schizofrenie	: 1	6	7	9	23
Affectieve psychose	: 8	5	7	3	23
Overige psychosen	: 7	7	7	6	27
Persoonlijksheidsstoornissen	: 1	9	6	11	27
Geen psychiatrie	: 4	1	1	1	7
Onbekend	: 7	1	2	0	10

Tabel 5. Contactfrequentie met 24-uursdienst naar aantal opnames in het onderzoeksjaar.

Aantal opnames	Aantal contacten				Totaal
	1	2	3	4 of meer	
Geen:	21	7	8	4	40
Eén :	30	18	13	11	72
Twee:	4	24	24	14	66
Drie:	-	2	7	11	20
Vier:	-	4	3	15	22

Bij onderzoek naar specifieke kenmerken van deze groep wordt het volgende gevonden.

Draaideurpatiënten zijn overwegend jonger dan 40 jaar en/of ongehuwd. In deze groep worden de diagnoses schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen relatief veel gesteld. Tevens wordt hierin een groot aantal opnames gedurende het onderzoeksjaar gevonden. Dit zou onder meer verklaard kunnen worden door de opnameprocedure in Den Haag. Ook zou dit kunnen betekenen dat het draaideurfenomeen in de AGGZ wijst op dezelfde groep patiënten en mogelijk op identieke onderliggende problematiek als het draaideurfenomeen in de klinische psychiatrie.

Ook blijkt dat draaideurpatiënten relatief veel contacten en/of opnames in de voorgeschiedenis hebben.

Aangezien tevens zichtbaar werd dat nieuw ingeschreven personen voornamelijk in de laagfrequente groepen terecht komen, lijkt het alsof er een min of meer stabiele draaideurgroep bestaat die frequent terugvalt op de zorg van de 24-uursdienst.

Voor de overige variabelen (geslacht, geboorteland, sociaal-economisch niveau, plaats van contact, tentamen suïcidii, opnemende instantie, totale opnameduur) werd geen verschil tussen de 4 groepen gevonden.

Bij een vergelijking van de persoonskenmerken van de gehele onderzoekspopulatie met de bevolkingssamenstelling van Den Haag in de leeftijdsgroepen 20-60 jaar kan een beeld gevonden worden van de typische kenmerken van de 24-uurs-cliënte.

Het aantal gehuwden blijkt laag te zijn (23% ten opzichte van 53% in Den Haag). De sociaal-economische klassen "hoog" en "middenhoog" komen relatief weinig voor in de 24-uursdienst-cliënte. Vergelijking van de overige persoonsgegevens geeft geen bijzonderheden te zien.

Tenslotte komt in de onderzoekspopulatie veel verslavingsproblematiek voor. Hier-

bij staat het alcoholprobleem duidelijk op de voorgrond.

Samenvattend kan gesteld worden dat de draaideurgroep een diverse samenstelling heeft met slechts weinig specifieke kenmerken.

Voor het ontwerpen van preventieve maatregelen biedt het onderzoek te weinig aanknopingspunten. Bovendien zijn in dit perspectief de actuele veranderingen in de AGGZ te Den Haag in verband met de RIAGG-vorming uiterst relevant.

Een laatste suggestie, gerelateerd aan de laatste onderzoeksdoelstelling, zouden wij de AGGZ in Den Haag willen bereiken.

Het lijkt alsof de groep draaideurpatiënten vrij stabiel van samenstelling is. Het opzetten en actueel houden van een bestand van draaideurpatiënten, welke bijzondere (tevens preventieve) aandacht krijgen, lijkt daarmee haalbaar. De verantwoording van een dergelijk draaideurbestand, de wijze waarop dit zou kunnen functioneren en de geschikte psychiatrische benadering zouden onderwerp van discussie kunnen worden binnen de huidige AGGZ.

Literatuur

1. Schudel WJ. Opgenomen, opgegeven? Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
2. Haveman MJ. De frequent opgenomen psychiatrische patiënt - draait de draaideur selectief? (I): mededeling uit het Centrale Patiëntenregister (11). Tijd Psychiatrie 1980; 22: 199-208.
3. Haveman MJ. De frequent opgenomen psychiatrische patiënt (II): mededeling uit het Centrale Patiëntenregister (12). Tijd Psychiatrie 1980; 22: 267-78.
4. Jansen I. Veelvuldig opgenomen psychiatrische patiënten en hun kontekst: verslaggeving van een onderzoek, Leiden 1980.

5. Jansen I. Veelvuldig opgenomen psychiatrische patiënten: verslag van een dossier-onderzoek. M Geest Volksgezondh 1981; 330-45.
-

PROEFONDERZOEK HERPES GENITALIS

Op verzoek van Dr. A. Notowicz, dermatovenereoloog, Westeinde Ziekenhuis, Den Haag, plaatsen wij deze oproep voor medewerking aan een onderzoek naar het effect van phosphonoformate hexahydrate lokaal geapliceerd bij patiënten met recidiverende herpes genitalis. Deze stof is qua structuur verwant aan het pyrofosfaat, waarmee verklaard kan worden dat ze virale nucleïne-zuur-synthese kan remmen. In celkweken blijkt het middel de replicatie van een aantal virussen, waaronder herpes simplex, te kunnen remmen.

Beperkte klinische ervaringen met deze stof lokaal in een crèmebasis toegevend, wijzen op een duidelijk verminderde vesikelvorming, mits in een vroeg stadium van de ziekte toegediend.

Sinds kort loopt in het Westeinde Ziekenhuis een onderzoek waarbij het effect van de behandeling, na voorafgaande afname van materiaal voor virologisch onderzoek, dubbelblind wordt vergeleken met het effect van een placebocreme. Dit onderzoek vindt in 9 centra in West-Europa plaats. Er zijn voor de patiënt geen kosten voor deelname aan het onderzoek verbonden. Absolute eis is, dat de behandeling begint binnen 6 uur na ontstaan van de eerste verschijnselen en dat de patiënt nog 2 à 3 keer terugkomt na aanvang van de behandeling (maximaal 10 dagen).

Een open onderzoek met hetzelfde geneesmiddel, dus zonder placebovergelijking, naar het effect van herhaalde toepassing in verschillende episodes gedurende één jaar, eveneens in een internationaal samenwerkingsverband, maakt deel uit van een vervolgstudie van patiënten uit de eerste groep.

Huisartsen worden verzocht eventuele patiënten, lijdend aan recidiverende herpes genitalis erop te wijzen dat zij aan het onderzoek kunnen deelnemen. Zij kunnen contact opnemen met Dr. A. Notowicz, tel.: 88 93 93 toestel 2434, bij voorkeur in een ziektevrrije periode, om al-

vast ingelicht te worden over de verdere praktische gang van zaken bij de behandeling.

AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

Een overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten in Den Haag over het tweede kwartaal 1984.

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

Febris Typhoidea

Er werd 1 geval aangegeven. De patiënt werd in het buitenland besmet.

Dysenteria Bacillaris

Er werden 9 gevallen aangegeven: 1 shigella species, 6 shigella sonnei, 2 shigella flexneri. Eén patiënt liep de besmetting op via het eten van garnalen. Vijf patiënten werden besmet in het buitenland. Bij de overige gevallen bleef de bron onbekend.

Hepatitis A

Er werden 2 gevallen aangegeven. In beide gevallen bleef de bron onbekend.

Hepatitis B

Er werden 4 gevallen aangegeven. Eén patiënt werd in een ziekenhuis opgenomen. Over de wijze van besmetting kan het volgende worden opgemerkt:

- intraveneus drugsgebruik: 1 persoon
- Liberia : 1 persoon
- onbekend : 2 personen

Morbilli

Er werd 1 geval aangegeven. De patiënt bleek niet te zijn ingeënt.

Rubella

Er werden 10 gevallen aangegeven. Dertig I.g.G.-testen werden verricht. Twee vrouwen bleken geen antistoffen te hebben.

Bij deze 2 vrouwen werd een I.G.M.-test verricht met een positieve uitslag. Bij één vrouw werd een curettage gedaan. Aan 36 vrouwen werd anti-Rubella vaccin (Ervevax) toegediend).

Salmonellosis

Er werden 56 gevallen aangegeven, waarvan 19 personen in een ziekenhuis werden opgenomen.

Scabies

Er werden 11 gevallen aangegeven.

Tuberculosis

Er werden 18 gevallen aangegeven, waarvan 6 personen in een ziekenhuis werden opgenomen.

Voedselinfectie

Er werden 26 gevallen aangegeven, waarvan 4 personen in een ziekenhuis werden opgenomen. Bij alle personen bleek de campylobacter-bacterie de oorzaak van de infectie.

Gonorrhoe

Er werden 257 gevallen aangegeven.

Syphilis

Er werden 14 gevallen aangegeven.

2e kwartaal 1984

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									8	4	1	2			1	1	1	10	8	18	6
Tularaemia																					
Typhus exanth.																					
Voedselinfectie	3	2		2	1	2	1	1	2	5		2	2	1		2	9	17	26	4	
Yersinia enterocoli- tica-infectie																					
<u>Groep C</u>																					
Gonorrhoea						1	11	13	116	79	21	2	10	2	2		160	97	257	-	
Syphilis (prim. sec.)									6	3	4	1					10	4	14	-	
Syphilis congenita																					
Parotitis epidemica																					