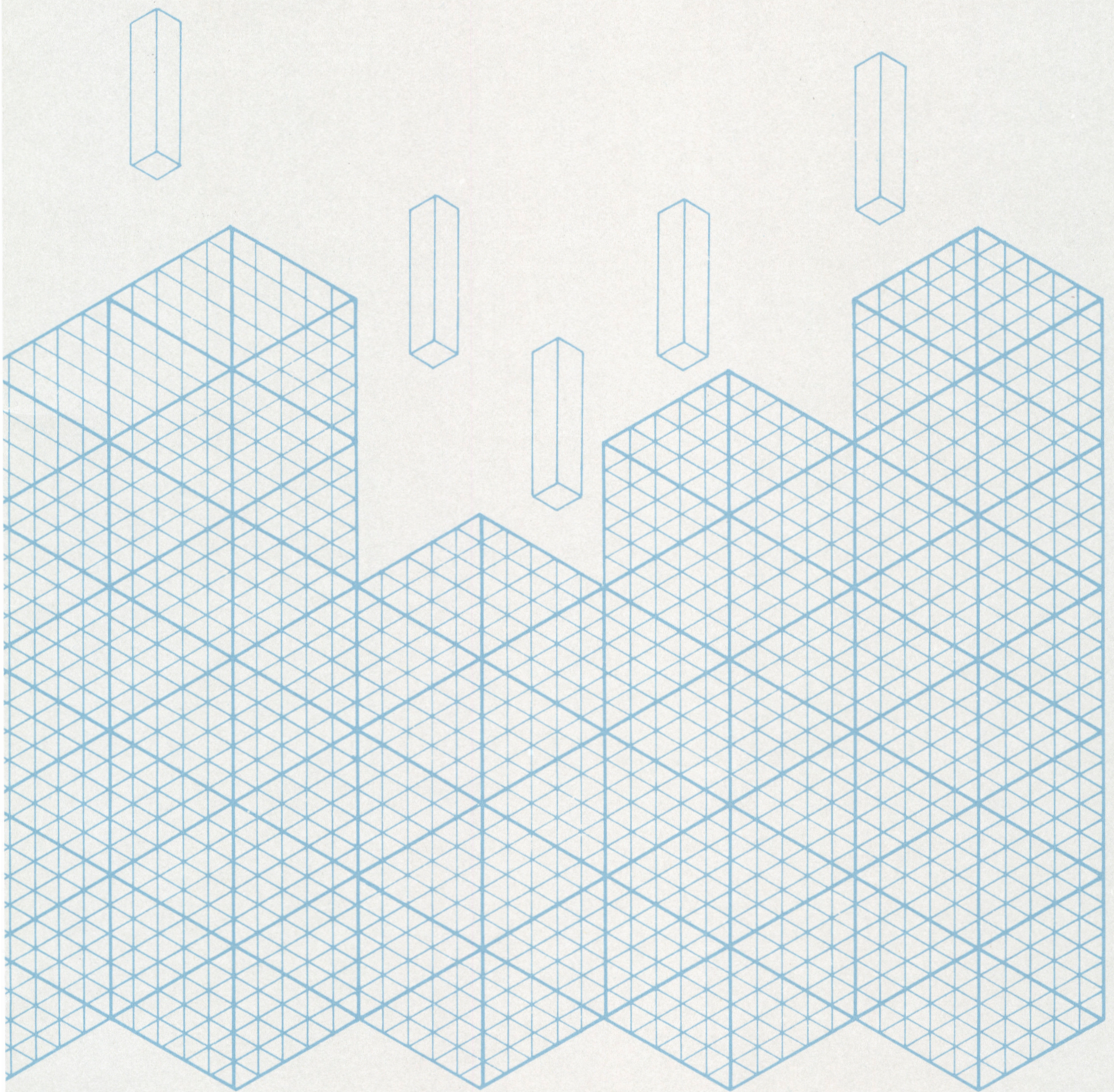


's-Gravenhage mei 1985

**EPIDEMIOLOGISCH
BULLETIN**



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH bulletin

REDACTIE

Prof.dr. W.J. Schudel,
psychiater
Dr. A.H. Bergink, jeugd-
arts
H.G.J. Nijhuis, arts-epi-
demioloog

Tekstverzorging:

I. Verkade-Burger

Grafisch ontwerp:

P.J.C. Martens

SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie
en Informatica
GG en GD
Hanenburglaan 284
2565 HC Den Haag
Telefoon:
070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt
viermaal per jaar en
wordt toegestuurd aan
huisartsen, specialisten
en bestuurders in de
gezondheidszorg in de
gezondheidsregio Den
Haag.

Op verzoek kan het aan
andere belangstellenden
worden toegestuurd.

Mei 1985

20e Jaargang NO 2.

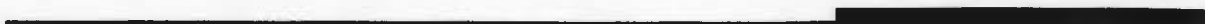
EPIDEMIOLOGISCH

Bulletin

Inhoud

Redactioneel Dr. A.P. Oliemans	5
JAARVERSLAG VAN HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM DEN HAAG 1984	8
Methodologische kanttekeningen Ir. H.W.A. Struben	11
✧ Influenza(-achtig) beeld J.C.B.M. Rensing	15
Bof en bofcomplicaties Dr. A.H. Bergink	18
Gonorrhoe en Herpes genitalis H.G.J. Nijhuis	21
✧ Hepatitis A en non A/non B F.A. Balder	25
✧ Hepatitis B F.A. Balder	27
Ziekte van Osgood Schlatter Dr. A.H. Bergink	29
Suïcidaal gedrag Prof.dr. W.J. Schudel	32
Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag 1e kwartaal 1985	34

SECRET



Redactioneel

A.P. Oliemans *)

Het verschijnen van dit eerste jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag biedt mij de gelegenheid tot enige beschouwingen en overdenkingen. Gegevens over het vóórkomen van ziekten onder een bevolking zijn moeilijk te verkrijgen. Surveys of steekproefsgewijze onderzoeken onder de bevolking kunnen ons hierover informeren. Uiteraard zal van de gevonden morbiditeit onder de bevolking slechts een deel tot contact met een arts leiden. Horder (1) vond dat 25% van de gepercipieerde gezondheidsklachten resulteerde in medische hulp en Wadsworth (2) noemt zelfs een percentage van 10. Een en ander hangt natuurlijk ook af van de interpretatie van "ziek zijn". Als huisarts ervaar ik dat die interpretatie steeds ruimer wordt; in ieder geval is de aangeboden morbiditeit verschillend met die van 10 jaar geleden. Het is ook mogelijk kennis te vergaren over het vóórkomen van ziekten onder de bevolking door bij huisartsen te informeren wat zij zien aan morbiditeit. Het resultaat van een exercitie van deze aard bij 25 Haagse huisartsen ligt nu voor ons.

Nadat in 1970 een landelijk peilstationnet werd opgezet, zijn nu ook de drie grote steden gevolgd en verzamelen via peilstations gegevens over bepaalde ziektebeelden. Door de wijze van registreren goed op elkaar af te stemmen is een onderlinge vergelijking goed mogelijk, zoals de analyse van Struben ons duidelijk maakt.

Onderzoeken over het vóórkomen van ziekten hebben zeer zeker betekenis. Gegevens over de verspreiding van influenza, zoals door het landelijk net van peilstations verzameld, worden wekelijks aan de Europese afdeling van de WHO doorgegeven. Iedere verhoging der getallen kan van week tot week aanleiding zijn voor preventieve maatregelen. Maar ook de landelijke pers maakt er dankbaar gebruik van, bijvoorbeeld om een griepgolf aan te kondigen. De registratie van influenza(-achtige) beelden in Den Haag wordt besproken door Rensing.

Ook de bewerking van Nijhuis over het vóórkomen van gonorrhoe en herpes genitalis binnen de Haagse agglomeratie toont het belang van de verzamelde gegevens voor beleid en planning van gezondheidszorgvoorzieningen door de gemeente (i.c. de geslachtsziektenbestrijding). Overigens toont de studie over herpes genitalis ook nog een ander belang van de morbiditeitsregistratie en van samenwerking met de epidemioloog: over herpes genitalis is nog zoveel onbekend, de ziekte is nog zo nieuw, dat we bijvoorbeeld nog weinig weten over de incidentie. Naast het belang voor de onderbouwing van (veelal preventieve) gezondheidszorgvoorzieningen zijn morbiditeitscijfers zeer bruikbaar voor de opleiding. Hoe vaak wordt de huisarts geconfronteerd met "griep"? In welke mate stemmen de cijfers over het vóórkomen

1. Horder JP en E. Illnes in general practice. Practitioner 1954; 173: 177.
2. Wadsworth MEJ, Butterfield WJH, Blaney R. Health and sickness: choice of treatment. London: Tavistock Publ, 1971.

*) huisarts in Den Haag.

van bof overeen met die van de Geneeskundige Hoofdinspectie? Bergink geeft in zijn stukje over bof duidelijk aan wat er in dit opzicht te leren valt. Voor individuele onderzoekers die wat meer over de epidemiologie van bepaalde ziekten willen weten, staat met het Huisartsregistratiesysteem een "proeftuin" ter beschikking waar ze bijvoorbeeld incidenties of prevalenties kunnen onderzoeken. De bewerking van Bergink over de ziekte van Osgood Schlatter is daar een voorbeeld van.

Voor de individuele huisarts-deelnemer is het meedoen aan deze registratie ook belangrijk. Ik heb het altijd jammer gevonden dat onze praktijkgegevens, nadat ze de nodige dienst hebben bewezen aan het huisarts-patiënt contact, verloren gaan of nooit meer worden gebruikt. Door mee te doen met de registratie van een klein deel van je dagelijks werk kunnen deze praktijkgegevens nog zeer zinnig gebruikt worden. Zij kunnen dienen als basis voor analyses in breder verband, op het niveau van de stad of zelfs het land. De terugrapportage geeft de praktijkcijfers extra-reliëf: je kunt je eigen gegevens vergelijken met en toetsen aan die van de gehele groep.

Eimerl (3) stelt wetenschap gelijk aan "georganiseerde nieuwsgierigheid". Het Huisartsregistratiesysteem is van deze karakterisering een goed voorbeeld. Ik hoop dat er meer huisarts-onderzoekers komen die deze "proeftuin" willen gebruiken ten behoeve van hun eigen nieuwsgierigheid. De bespreking van Balder over hepatitis en die van Rensing over influenza(-achtig)-beeld mogen als aanzetten hiertoe gezien worden. Zij voorzagen de verzamelde getallen van commentaar. Het wachten is nu op de volgende huisarts die nieuwsgierig is: komen bepaalde aandoeningen meer voor bij ouderen, in de zomer, 's nachts? De formulering van dergelijke vraagstellingen, het moeilijkste gedeelte van ieder onderzoek, eventueel in overleg met het Stafbureau Epidemiologie, kan dan het begin zijn van een nieuw stukje wetenschappelijke arbeid van een huisarts.

De samenstelling van de bevolking bij de 25 deelnemende praktijken wordt in de inleiding representatief genoemd voor de Haagse bevolking. Men bedenke zich evenwel dat het hier gegevens betreft die verzameld zijn door 25 enthousiaste huisartsen die door zich voor dit onderzoek op te geven al tot een bepaalde selectie behoren: zij zullen wat meer alert zijn en mogelijk door hun registratie meer "zien" dan niet-registrerende artsen. Dat zal misschien invloed hebben op de resultaten. So what? Je weet daarmee in wezen dat deze getallen verzameld werden door huisartsen, die - mede door hun registratie - pogen zo goed

3. Eimerl TS. Organised curiosity. *J Coll Gen Pract* 1960; 3: 246.

mogelijk werk te verrichten. Hun verzamelde gegevens leiden dan zeker tot redelijke incidentie- of prevalentiecijfers.

Laten we blij zijn dat de GG en GD het initiatief heeft genomen om deze registratie op te zetten, waarbij 25 artsen bereid werden gevonden deel te nemen. Dank zij dit samenspel ligt het eerste jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag voor ons. Het is een hartelijke gelukwens waard! Ik hoop dat er in de toekomst sprake zal zijn van een langdurige samenwerking tussen het Stafbureau Epidemiologie van de Haagse GG en GD en de "waterdragers", de huisarts-deelnemers.

■

Jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1984

Via het Huisartsregistratiesysteem Den Haag kan op methodische wijze epidemiologische informatie worden verkregen over de bevolking van Den Haag. In het Huisartsregistratiesysteem participeerden in 1984 de volgende 25 huisartsen:

J.J.M. Avezaat
M.J.Th. Lutjenhuis
F.A. Balder
K.F. van der Bent
H.J. Lamers
L. Beukman
P.C. van Braam van Vloten
F.D. Brons
F.R.M.D. Vrijaldenhoven

H.A. Dirkse
H.T. Tan
J.L. Engelenburg
P.H. Snel
M.E.E. Hibbeln
R. Jamin
H.H.M. Kranendonk
P. van Leeuwen

M.A. Oorhuys
Ph. Oosterhout
J.C.B.M. Rensing
R. Schüchner
P.R.H. Vermeulen
R. van Spronsen
J. Vermeijden
R.M. Wiersma

Dit team van registratieartsen bestrijkt circa 12% van de totale bevolking van Den Haag. De deelnemende huisartsen zijn zodanig gekozen dat hun gezamenlijke praktijkbevolking representatief is voor Den Haag naar leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten. De spreiding van de praktijkadressen over 13, voor de genoemde karakteristieken, homogene gebieden staat in figuur 1.



Figuur 1.
Spreiding over 13 rayons
in Den Haag van de praktijkadressen van de deelnemende huisartsen aan het Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

De huisartsen registreerden aan de hand van vastgestelde criteria een achttal ziekten op weekstaten welke door het projectsecretariaat werden verwerkt.

De projectcoördinatie en het secretariaat waren in handen van het Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG en GD, Den Haag:

H.G.J. Nijhuis - arts-epidemioloog
Ir. H.W.A. Struben - wetenschappelijk medewerker
I. Verkade-Burger - onderzoekmedewerkster

De projectbegeleiding vond plaats in een groep bestaande uit:

F.A. Balder - huisarts
J.C.B.M. Rensing - huisarts
R. van Spronsen - huisarts
Dr. A.H. Bergink - jeugdarts
H.G.J. Nijhuis - arts-epidemioloog
Ir. H.W.A. Struben - wetenschappelijk medewerker

Als adviseurs van het registratiesysteem traden op:

J.F. Broekmans - regionaal inspekteur van de volksgezondheid
J.W.H. Garvelink - directeur van de GG en GD Den Haag
Dr. A.P. Oliemans - huisarts

De selectie van te registreren items werd voorbereid door de begeleidingsgroep en vastgesteld in het groot registratie-overleg waaraan alle registratieartsen deelnemen.

In 1984 werden de volgende ziektes geregistreerd:

- INFLUENZA(-ACHTIG) BEELD
- BOF (INCLUSIEF COMPLICATIES)
- GONORROE
- HERPES GENITALIS
- HEPATITIS A EN NON A/NON B
- HEPATITIS B
- ZIEKTE VAN OSGOOD SCHLATTER
- SUICIDAAL GEDRAG

WEEKSTAAT HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM DEN HAAG 1984

Praktijkadres: _____

Periode: ma _____ t/m zo _____ Aantal dagen geregistreerd _____

Niet in te vullen

Jaartal Weeknummer Code praktijk

INSTRUCTIES

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

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

3. BOF-COMPLICATIE
 Orchitis: Leeftijd _____ Meningo/encephalitis: Leeftijd _____ M/V*
 Meningeale prikkeling: Leeftijd _____ M/V* Pancreatitis: Leeftijd _____ M/V*

4. HEPATITIS B	M											
	V											

TRANSMISSIE MECHANISME (Bloed)transfusie, injectie: Acupunctuur: Overige:
 Homosexueel contact: Tatoeage: Onbekend:

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

LOKALISATIE Links: Rechts: Beiderzijds:

9. SUICIDAAL GEDRAG (Voor twee gevallen bestaat onder respectievelijk A en B ruimte om enkele gegevens te registreren)	(Voor twee gevallen bestaat onder respectievelijk A en B ruimte om enkele gegevens te registreren)	
	Overleden ja/nee* Datum _____ Leeftijd _____ M/V*	Overleden ja/nee* Datum _____ Leeftijd _____ M/V*
Laatste contactdatum met huisarts (indien minder dan 8 weken) : _____	: _____	
Reden/inhoud van dit contact (invullen een of meerdere codenummers: 1. gesprek over suicide; 2. verdenking suicidale neiging; 3. depressief gedrag; 4. psychosociaal probleem; 5. somatisch en psychosociaal probleem; 6. puur somatisch probleem). : _____	: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Stond ten tijde van suicide(poging) onder psychosociale begeleiding (d.w.z. expliciet; bij huisarts, psychiater, psychotherapeut, etc.) : _____	: Ja/Neen/Onbekend* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Is m.b.t. deze suicide(poging) gezien in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis: _____	: Ja/Neen/Onbekend* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Het middel/de wijze om zichzelf ernstig letsel toe te brengen was (in geval van medicijn aangeven welk(e) prepara(a)t(en) en wel/niet voorgeschreven door de huisarts) : _____	: _____	
Ruimte voor eventuele opmerkingen		

*Doorhalen wat niet van toepassing is

Methodologische kanttekeningen

H.W.A. Struben *)

Teneinde het vóórkomen van ziekten bij de deelnemende praktijken onderling op betrouwbare wijze te kunnen vergelijken (d.w.z. om de invloed van verschillen in praktijkomvang en het geregistreerd aantal dagen te elimineren) werd het aantal ziektegevallen uitgedrukt per 10.000 geobserveerde cliëntdagen. We spreken daarbij van "relatief aantal geregistreeerde ziektegevallen". In het "absolute aantal" zijn de praktijkbevolking en het aantal geregistreeerde dagen niet verdisconteerd. We spreken in de regel niet over "incidentie"*. Dit begrip duidt op het vóórkomen van een aandoening per bevolkingseenheid. Vaak echter zullen in het Huisartsregistratiesysteem niet alle gevallen, die vóórkomen in een bevolking, gevangen worden hetzij omdat zij niet bij een dokter verschijnen, hetzij omdat ze bij anderen dan de huisarts worden gezien. De "incidentie" zou in die gevallen worden onderschat.

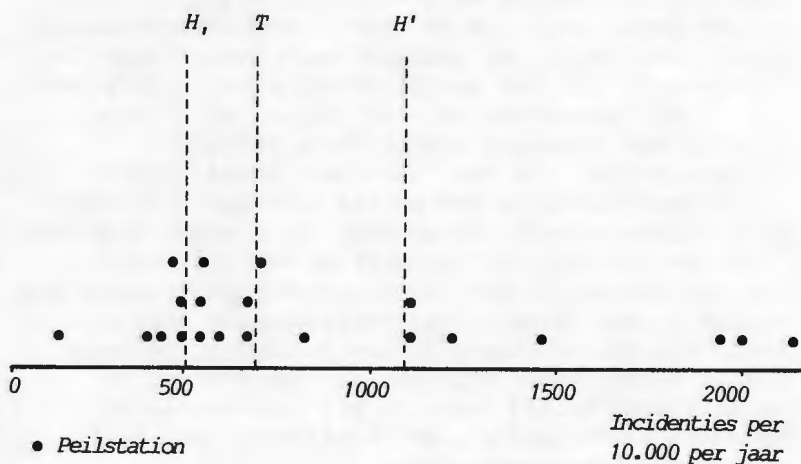
Het gezamenlijke Huisartsregistratiesysteem bestreek qua praktijkomvang 12% van de Haagse populatie. Voor het gehele registratiesysteem echter bleek het aantal cliëntdagen 80% te bedragen van het maximaal mogelijke aantal in 1984. Uitgaande van een volledig registratiejaar betekent dit in feite dat niet over 12 maar circa 10% van de Haagse bevolking werd gerapporteerd. Het wekelijks aantal cliëntdagen waarover door het Huisartsregistratiesysteem werd geregistreeerd varieerde tussen 52% (week 38) en 97% (week 23) van het maximaal mogelijke aantal per week.

Vergelijkingen met gegevens uit andere registratiesystemen (Amsterdams Peilstation Project, Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland) en uit de literatuur, duiden er op dat de resulterende aantallen van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag als geheel een betrouwbare indicatie oplevert voor het diagnosticeren van bepaalde aandoeningen in de Haagse huisartspraktijken. Een andere bevestiging hiervoor werd verkregen uit een uitgebreid onderzoek naar het vóórkomen van gonorrhoe in Den Haag (1). Het hieruit resulterende gemiddeld aantal gonorrhoe-gevallen dat werd gediagnostiseerd in de Haagse huisartspraktijk week nagenoeg niet af van de resultaten uit het registratiesysteem (zie ook bij gonorrhoe en herpes genitalis).

Een nadere analyse van de gegevens per peilstation laat aanzienlijke onderlinge verschillen in relatieve aantallen zien. Het blijkt dus dat de geregistreeerde absolute aantallen gevallen per peilstation nauwelijks verband houden met de grootte van de praktijkomvang en de registratietijd (cliëntdagen). Figuur 1 geeft van deze onderlinge verschillen een voorbeeld. Hierin zijn per peilstation de incidenties voor influenza-(-achtige) gevallen weergegeven. Verder staan enkele

1. *Het vóórkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland: epidemiologische informatie voor het management van de bestrijding. Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD, Den Haag 1984.*

*) wetenschappelijk medewerker, werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD Den Haag.



Figuur 1. Incidenties (per 10.000 cliënten per jaar) van influenza(achtig)-beeld voor de verschillende peilstations, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

maten voor de spreiding weergegeven zodat duidelijker zichtbaar wordt hoe het aantal geregistreeerde gevallen rond het gemiddelde gespreid ligt. Uit de figuur spreekt een aanzienlijke variatie in aantal gediagnostiseerde influenza(-achtige) gevallen per peilstation. Een variatie welke zeker niet verklaard kan worden door verschillen in samenstelling van de praktijkbevolking, maar begrepen moet worden als een gevolg van grote verschillen in diagnostiseren en/of registreren per peilstation.

Zo namen bijvoorbeeld 2 peilstations maar liefst 53% van de gerapporteerde hepatitis A en non A/non B gevallen voor hun rekening terwijl door hen gezamenlijk slechts over 7% van het totaal aantal cliëntdagen werd geregistreerd. Analoog geldt dat door 4 stations, die over 14% van het totaal aantal cliëntdagen rapporteerden, 33% van het totaal aantal influenza(-achtige) gevallen werd aangemeld.

Het ontbreken van deze samenhang wordt nog eens duidelijk gedemonstreerd in de in tabel 1 afgebeelde correlatiematrix. De daarin weergegeven correlatiecoëfficiënten ** kunnen variëren van -1 tot +1. Waarden dichtbij nul gelegen duiden op het ontbreken van een (lineaire) getalsmatige samenhang terwijl een coëfficiënt nabij +1 of -1 tussen twee grootheden inhoudt dat er een sterk verband bestaat.

De kleine waarden van de correlatiecoëfficiënten, tussen het aantal gediagnostiseerde gevallen per peilstation en het geregistreeerde aantal cliëntdagen, wijzen er dus op dat de praktijkomvang en de

registratietijd nagenoeg geen voorspellende waarde hebben t.a.v. het aantal te registreren ziektegevallen.

De tabel toont voorts samenhang tussen het absolute aantal per peilstation geregistreeerde gevallen hepatitis A (en non A/non B) met gonorrhoe, en gonorrhoe met herpes genitalis.

De correlaties tussen een drietal in de matrix opgenomen praktijkkenmerken (aantal particuliere patiënten, aantal migranten en leeftijdsopbouw praktijkbevolking) laten een negatieve samenhang zien tussen de leeftijdsopbouw van de praktijkpopulaties en het percentage aanwezige migranten in de praktijk, met andere woorden in jongere populaties komen meer migranten voor.

De tabel suggereert verder dat naarmate het aandeel

	A. Aantal particuliere pat.	B. Percentage migranten	C. Leeftijdsopbouw prak.bev.	D. Aantal cliëntdagen	1. Influenza(-achtig) beeld	2. Bof	3. Hepatitis B	4. Hepatitis A en Non A/Non B	5. Gonorrhoe	6. Herpes Genitalis	7. Osgood Schlatter
A. Aantal particuliere pat.	-	-.30	.20	.35	-.06	-.13	.15	-.29	-.26	-.01	.09
B. Percentage migranten		-	-.53*	.26	.41	.43*	.19	.57*	.67*	.28	-.25
C. Leeftijdsopbouw prak.bev.			-	.01	-.58	-.26	.04	-.29	-.36	-.05	.17
D. Aantal cliëntdagen				-	.17	.13	.24	.21	.30	.33	.22
1. Influenza(-achtig) beeld					-	.28	-.11	.28	.36	.04	.01
2. Bof						-	-.11	.24	.23	.01	-.05
3. Hepatitis B							-	-.13	.10	.14	.25
4. Hepatitis A en Non A/Non B								-	.81*	.34	-.27
5. Gonorrhoe									-	.50*	-.22
6. Herpes genitalis										-	-.17
7. Osgood Schlatter											-

* = Significant op niveau $p < .05$

Tabel 1. Correlatie-coëfficiënten voor een drietal praktijkkenmerken (A,B,C), het aantal geregistreeerde cliëntdagen en het aantal gediagnostiseerde absolute aantal gevallen per peilstation voor 7 geregistreeerde ziekten, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

van migranten in de praktijkbevolking groter is het
voórkomen van gonorrhoe, hepatitis A en non A/non B
en bof toeneemt.

Bij de berekening van de relatieve aantallen wordt
gebruik gemaakt van de jaarlijks door de huisarts
opgegeven omvang van hun cliëntenbestand. Aanvankelijk
lag het in de bedoeling dit met een zekere regelmaat
door middel van exacte praktijkellingen te
verifiëren. De vraag is of dit zinvol is. De
waargenomen verschillen in aantallen geregistreeerde
influenza(-achtige) gevallen duiden namelijk op een
niet onaanzienlijke inter-arts-variatie in de wijze
van registratie en/of diagnosestelling.

Het effect van deze inter-arts-variatie als foutenbron
voor de relatieve aantallen is zeer waarschijnlijk
veel groter dan de invloed die uitgaat van eventuele
fouten in de opgave van de aantallen cliënten. Er mag
dan vooralsnog ook een groter betrouwbaarheidseffect
verwacht worden van het nauwkeuriger registreren en
meer uniform hanteren van definitiecriteria voor
ziektebeelden dan van een meer exacte bepaling van
de omvang van de praktijken.

■

* Incidentie =
$$\frac{\text{Aantal nieuwe gevallen van een aandoening}}{\text{De bevolking die de aandoening kan oplopen}} \text{ per tijdseenheid}$$

(bijv. jaar)

** De correlatiecoëfficiënt geeft aan de mate en de richting (positief of ne-
gatief) van een verband tussen twee kwantitatieve kenmerken.

Influenza(-achtig)beeld

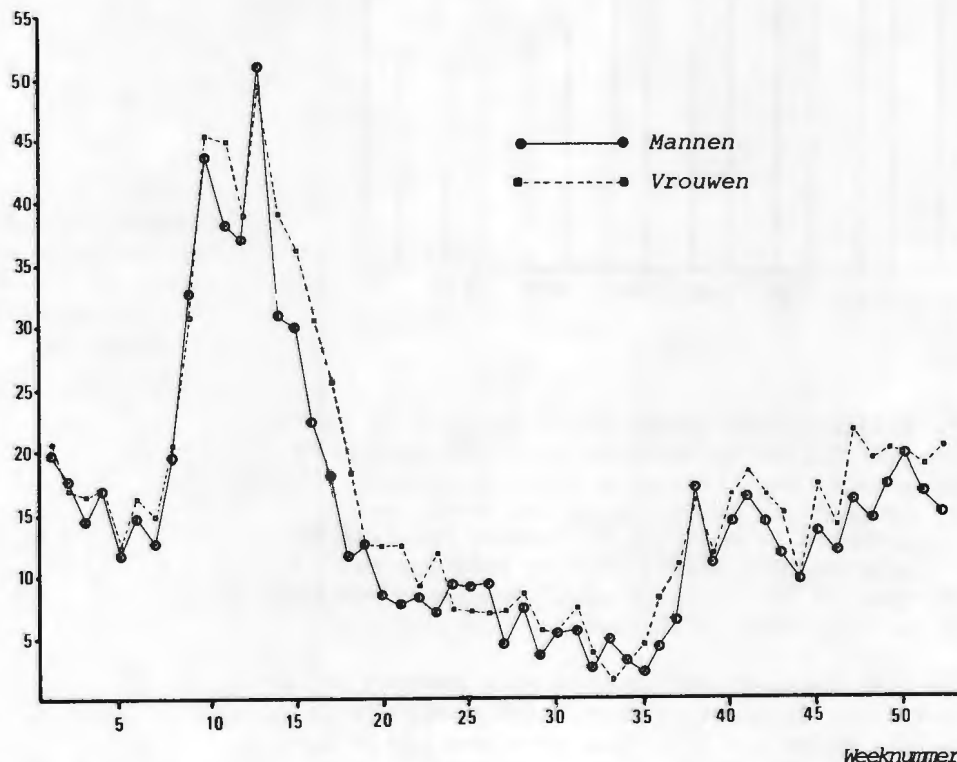
J.C.B.M. Rensing *)

Uniforme registratie van een aandoening als influenza(-achtig) beeld door 25 huisartsen is lastig. Toch waren er voldoende argumenten om het item op te nemen in het registratiesysteem. Met name waren de overwegingen van belang dat een vergelijking met andere registratiesystemen een indruk zouden kunnen geven over de betrouwbaarheid van het Haagse systeem en dat een dergelijk veel voorkomende aandoening het registratievuur bij de huisartsen levendig zou houden. Een snelle signalering van influenza-explosies en daarmee de vroege identificatie van actieve virusstammen speelden een minder belangrijke rol.

De diagnose werd gesteld op basis van de volgende (klinische) criteria:

- acuut begin (prodromaal stadium van hoogstens 3-4 dagen);
- temperatuurstijging van tenminste 38°C rectaal;
- aanwezigheid van tenminste één van de volgende

Incidenties per
10.000 cliënten
per week



Figuur 1. Incidenties (per 10.000 inwoners per week) van influenza(-achtig) beeld over 1984 naar geslacht, Huisartsregistratiesysteem, 1984.

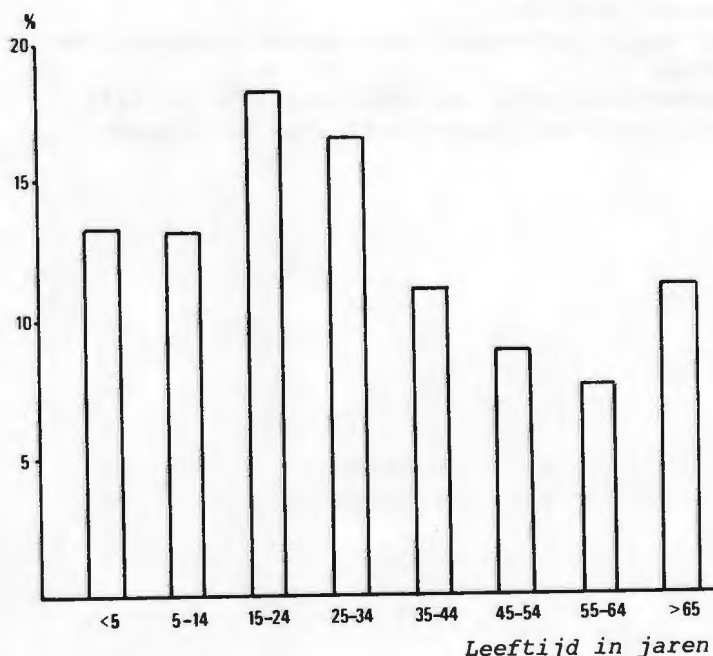
*) huisarts in Den Haag.

symptomen: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.

Epidemiologie

In figuur 1 staat het verloop van gevallen over het jaar voor mannen en voor vrouwen. Er blijkt sprake te zijn van een duidelijk epidemische verheffing in maart en april. Mannen vertonen dezelfde incidentie als vrouwen. De epidemie lijkt bij vrouwen wat langer na te ebben.

In figuur 2 staat de leeftijdsverdeling weergegeven.



Figuur 2.
Procentuele leeftijdsverdeling van influenza (-achtig) beeld, Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1984.

In de leeftijdsgroepen jonger dan 5 jaar, 15-24 jaar en 25-34 jaar blijkt de aandoening wat frequenter te zijn waargenomen dan bij andere leeftijdsgroepen. Of bij deze groepen ook werkelijk sprake is van een hogere incidentie is moeilijk te zeggen. Het feit dat de ene leeftijdsgroep makkelijker de hulp van een huisarts inroept (of doet inroepen) dan de andere kan hierbij een bepalende rol spelen.

Bovengenoemde waarnemingen stemmen goed overeen met de registratie van de Continue Morbiditeitsregistratie, Peilstations Nederland (1). Deze constatering is van belang vanwege het feit dat de resultaten van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag (dat na een ingrijpende reorganisatie in 1984 volgens geheel nieuwe opzet officieel van start ging) niet opmerkelijk afwijken van de resultaten van dit veel volwassener systeem zodat enig vertrouwen in de

1. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1983. Nederlands Huisartsen Instituut 1984.

betrouwbaarheid van het Haagse Registratiesysteem gerechtvaardigd is.

In de analyse is verder onderzocht of er een samenhang bestaat tussen influenza(-achtig) beeld en bepaalde sociale factoren (zoals omvang, leeftijdsopbouw, sociaal niveau, percentage migranten van de praktijkbevolking) (zie correlatiematrix in tabel 1 onder "Methodologische kanttekeningen"). Het blijkt dat een sterke samenhang bestaat tussen de diagnose influenza(-achtig) beeld, percentage migranten en veel kinderen in de praktijk. Erg verbazingwekkend is deze constatering niet daar influenza(-achtig) beeld frequent bij jonge kinderen wordt gediagnostiseerd (zie figuur 2) en migrantengezinnen doorgaans kinderrijk zijn. ■

Bof en Bofcomplicatie

De morbiditeitsregistratie van bof werd uitgevoerd mede in verband met de voornemens van de overheid de bofvaccinatie op te nemen in het vaccinatieprogramma voor de Nederlandse jeugd. Bof is doorgaans een onschuldige ziekte. Het bofvirus kan evenwel complicaties veroorzaken zoals meningitis, orchitis en oöphoritis, pancreatitis, encefalitis en myocarditis. Ook kan een bofinfectie het inwendige oor aantasten, met centrale doofheid als gevolg. Voorts wordt het mogelijk geacht dat bofinfecties, met name de "slow-virus-infecties", een meer dan incidentele rol spelen in de etiologie van diabetes mellitus.

A.H. Bergink *)

Bof werd geregistreerd op basis van de volgende (klinische) criteria:

- temperatuursverhoging;
- gezwollen, pijnlijke speekselklieren of sublinguale/submaxillaire klieren.

Gecomplieerde bof werd geregistreerd indien op basis van het klinisch beeld sprake was van: orchitis (eventueel aangevuld met de anamnese van contact met een bofgeval); meningeale prikkeling; pancreatitis (evidente bovenbuiksklachten, braken).

Meningo/encephalitis werd gediagnostiseerd door middel van liquoronderzoek.

Epidemiologie

Tabel 1 geeft een overzicht van de uitkomsten van de bofregistratie in 1984 in Den Haag. In totaal werden 174 gevallen van bof opgegeven. De leeftijdsgroep 1-4 jaar gaf de hoogste aantallen te zien, op de voet gevolgd door de leeftijdsgroep 5-9 jaar. Landelijk ligt de top van de bofgevallen bij de leeftijd 5-9 jaar. Het is echter bekend dat in stedelijke bevolkingen bof op wat jongere leeftijd voorkomt dan op het platteland (1). De gevonden leeftijdsverdeling komt overigens vrij goed overeen met die welke gemiddeld voorkomt bij bofvirusinfecties in Nederland (2).

Berekend werd dat de bofincidentie in 1984 in Den Haag per 100.000 inwoners 393 bedroeg. Uit een overzicht van Huisman over het voorkomen van bof in Rotterdam in de jaren 1965-1980 blijkt dat de incidentie van deze ziekte van jaar tot jaar aanzienlijke verschillen kan vertonen, tot meer dan het tienvoudige toe (1). Het voor Den Haag voor 1984 berekende incidentiecijfer van 393 per 100.000 inwoners is daarom van slechts betrekkelijke waarde. Wel is het interessant het voor Den Haag gevonden incidentiecijfer te vergelijken met het landelijke. Zoals bekend bestaat voor bof sedert 1976 een aangifteplicht. Op de lijst van aan te geven infectieziekten staat bof onder groep C, hetgeen betekent dat alleen opgave dient te worden verstrekt

1. Huisman J. Bof. *Epidemiologisch Bulletin GG en GD Rotterdam 1980*; 16: 6-7.
2. Wilterdink JB. Bof. In: Huisman J. *Immunisatie tegen infectieziekten*. Alphen aan de Rijn: Stafleu, 1984: 104-10.

*) jeugdarts, verbonden aan de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

Tabel 1. Aantal gevallen van bof(ongecompliceerd) naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

	Leeftijdskategorie in jaren										Totaal
	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65	
Man :	42	37	8	1	2	3	1	1	-	-	95
Vrouw :	31	30	4	1	2	7	1	1	-	2	79
Totaal:	73	67	12	2	4	10	2	2	-	2	174

van het aantal ziektegevallen. Dank zij de medewerking van de Geneeskundige Hoofdinspectie kunnen hier ter plaatse ook de aantallen gevallen van bof, die in 1984 bij de Geneeskundige Hoofdinspectie werden aangegeven, worden vermeld. Voor geheel Nederland bedroeg dit aantal 306, voor Zuid-Holland 121 en voor Den Haag zegge en schrijve 10. Voor Nederland kwam het incidentiecijfer per 100.000 inwoners in 1984 uit op 2.1, voor Zuid-Holland op 3.9. Deze cijfers zijn onthutsend. Zij tonen aan dat het opnemen van bof in de C-groep op een echec is uitgelopen. De sterke onderaangifte van deze C-ziekte is niet nieuw. Peilstationgegevens uit Amsterdam melden dat in 1980 1% van het werkelijke aantal aangegeven werd (3).

In de vier kwartalen van 1984 werden in het Huisartsregistratiesysteem respectievelijk 45, 47, 34 en 48 gevallen van bof geregistreerd. Hieruit blijkt dat zich geen belangrijke seizoenschommelingen voordeden. In de literatuur wordt benadrukt dat bof vooral voorkomt in de winter en het vroege voorjaar. In Den Haag werd althans in 1984 ook in de zomer vrij veel bof waargenomen.

Bij de bofregistratie in Den Haag stonden wat betreft de bofcomplicaties meningo/encephalitis, meningeale prikkeling, orchitis en pancreatitis op het registratieformulier vermeld. Gevallen van meningo/encephalitis en meningeale prikkeling werden niet opgegeven. Op 174 geregistreerde bofgevallen is dit niet verwonderingwekkend. De literatuur leert dat op de 500 bofinfecties er één leidt tot ziekenhuisopname wegens meningitis (4). Zoals bekend komt deze complicatie het meest voor bij jongens van 4 tot 8 jaar.

3. Jaarverslag 1980. Amsterdams Peilstation projekt. GG en GD Amsterdam. 7-9.

4. Jonge GA de. Bofmeningitis en bofsterfte. Tijdschr Jeugdgezondh 1979; 11: 91-3.

Orchitis, meestal éénzijdig, komt, eveneens volgens literatuurgegevens, vooral voor na de puberteit. Bij jonge mannen zou bof in rond 20% van de gevallen met een dergelijke complicatie gepaard gaan. Uit tabel 2

Tabel 2. Aantal gevallen van bofcomplicaties (orchitis en pancreatitis) naar leeftijd en geslacht, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

	Leeftijdskategorie in jaren												Totaal	Totaal		
	1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-34				Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			M	V
Orchitis	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	2	
Pancreatitis	1	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	3	2	5	

blijkt dat bij het onderhavige project 2 gevallen van orchitis werden geregistreerd, één in de leeftijd-klasse 5-9 jaar en één in die van 25-34 jaar. Hoewel deze getallen minimaal zijn, lijken zij niet in tegenspraak met de literatuurgegevens. Voorts geeft tabel 2 een overzicht van het aantal gevallen van pancreatitis dat werd geregistreerd. De diagnose werd gesteld op grond van het klinisch beeld (evidente bovenbuiksklachten en braken). Bij dit onderzoek bleek pancreatitis de meest voorkomende complicatie van bof te zijn. Op de 152 gevallen van bof bij kinderen beneden 15 jaar werd 5 maal de complicatie pancreatitis vastgesteld. Een verrassende uitkomst, die echter zeer voorzichtig moet worden geïnterpreteerd, omdat de diagnose pancreatitis louter en alleen op het klinisch beeld moeilijk, zo niet onmogelijk is. Het feit dat 3% van de kinderen met bof duidelijke bovenbuiksklachten had, kan evenmin worden gebagatelliseerd. Er zijn nogal wat lichte subklinisch verlopende gevallen van pancreatitis bij bof beschreven die gepaard gingen met schade aan de eilandjes van Langerhans (5).

Bij het afwegen van het voor en tegen van bof-vaccinatie spelen de complicaties die bij deze ziekte kunnen optreden een grote rol. Bij de bofregistratie in 1984 in Den Haag werd in 4% van de gevallen een complicatie genoteerd. De vraag of deze uitkomsten een argument vormen voor inenting tegen bof zal door de deelnemende artsen aan het Huisartsregistratiesysteem naar alle waarschijnlijkheid niet eenstemmig worden beantwoord.

5. Jonge GA de. Bof-vaccinatie. Tijdschr Jeugdgezondh 1979; 11: 39-40.

Gonorrhoe en Herpes genitalis

H.G.J. Nijhuis *)

Gonorrhoe en herpes genitalis worden naast elkaar besproken vanwege het sexueel overdraagbare karakter ervan, hetgeen deze aandoeningen een aantal gemeenschappelijke (epidemiologische) kenmerken bezorgt. Gonorrhoe is sinds enkele jaren in het westen een enigszins afnemend probleem. Ook in Den Haag lijkt in 1982 het plafond te zijn bereikt (1). Desalniettemin blijft het een actuele, hardnekkige problematiek vormen in de bestrijding waarvan de huisarts een belangrijke rol speelt (2).

Bij herpes genitalis wijst veel erop dat we juist met een toenemend probleem te maken hebben. Verontrustende cijfers uit de Verenigde Staten en Engeland en de ernst van de complicaties (neonatale infecties, vermoede relatie met cervixcarcinoom) maken deze chronisch recidiverende genitale infectie tot zeer actuele en verontrustende medische en sociale problematiek (3).

De diagnoses worden aan de hand van de volgende sets criteria gesteld:

Gonorrhoe:

- klinisch beeld (etterige afscheiding, pijn, jeuk) of
- direct microscopisch preparaat of
- kweek.

Herpes genitalis:

Op basis van het klinisch beeld:

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

Epidemiologie

Naast huisartsen stellen andere artsen (specialisten, NVSH-artsen etc.) de diagnose gonorrhoe en herpes genitalis zonder dat de huisarts van deze gevallen verneemt en ze registreert.

Het is derhalve niet mogelijk om uitsluitend op basis van gegevens uit het Huisartsregistratiesysteem incidenties voor de gehele bevolking uit te drukken. We spreken liever over aantallen gevallen gediagnosticeerd in de huisartspraktijk.

In het Huisartsregistratiesysteem werd een gemiddeld aantal diagnoses gonorrhoe per huisarts per jaar gevonden van 11,0. Dit cijfer komt goed overeen met een in een recent onderzoek gevonden getal van 10,8 (2). Met deze aantallen diagnostiseren de huisartsen in Den Haag meer dan de helft van de totale hoeveelheid gonorrhoe-gevallen in de stad (2). Hiermede wordt nogmaals de belangrijke rol van de huisarts bij

1. Jaarverslag 1983 Dienst Geslachtsziektenbestrijding noordelijk Zuid-Holland. GG en GD Den Haag.
2. Het vóórkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland: epidemiologische informatie voor het management van de bestrijding. Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD, Den Haag 1984.
3. Everdingen JJE van, Dumas AM, Coutinho RA. Herpes genitalis. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 2270-5.

*) arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD Den Haag.

de bestrijding bevestigd.

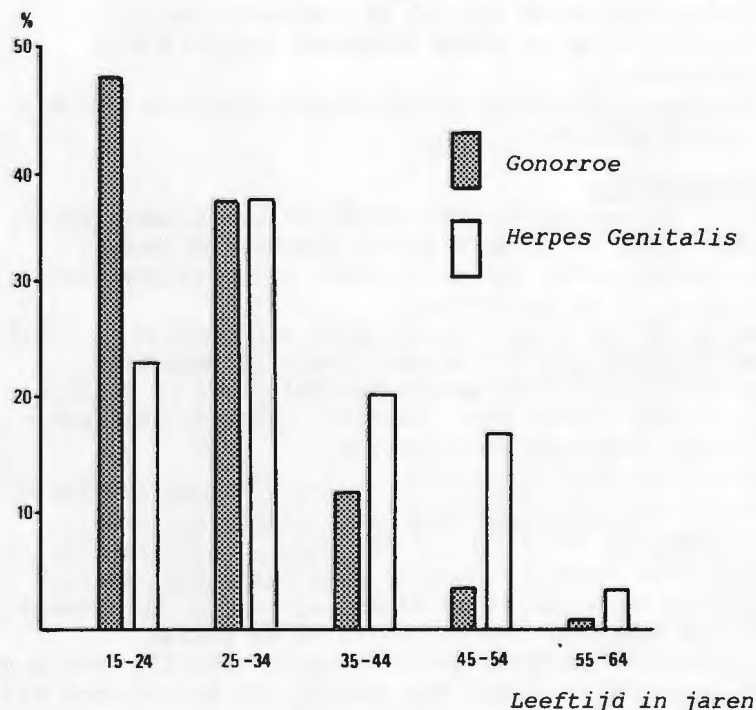
Wanneer we de gonorroe-cijfers uit de huisartspraktijk voegen bij de door de overige artsen gediagnostiseerde gevallen is wel een bevolkingsincidentie te berekenen. Deze bedraagt 85 per 10.000 per jaar (2).

De cijfers over herpes genitalis moeten zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Zoals bekend is diagnostiek van een nieuw geval op basis van alleen het klinisch beeld moeilijk.

Bovendien geldt ook hier dat nieuwe gevallen worden ontdekt bij andere artsen zonder dat de huisarts daarvan weet heeft en opgave kan doen.

De huisarts te Den Haag lijkt gemiddeld per jaar ongeveer 1 geval van herpes genitalis te diagnostiseren; aanzienlijk minder dus dan gonorroe. Wanneer men veronderstelt dat de huisarts alle gevallen van herpes genitalis diagnostiseert zou voor Den Haag een incidentie gelden van 6.8 per 10.000 per jaar. Een vergelijkbare registratie in Amsterdam leverde in 1983 een incidentie op van 12.0 per 10.000 per jaar (4). Uit dit verschil zou men kunnen opmaken dat herpes genitalis wèrkelijk meer voorkomt in Amsterdam. Het kan evenwel ook zijn dat de definitie van het ziektebeeld of de accuratesse van registreren door de huisartsen hierbij een rol spelen.

Ofschoon de leeftijd- en geslachtsverdeling van gonorroe zo langzamerhand wel bekend is, is de vergelijking met een andere sexueel overdraagbare aandoening als herpes genitalis interessant. Gonorroe en herpes genitalis komt het meest frequent voor in de jonge leeftijdsgroepen 15-24 jaar en 25-34



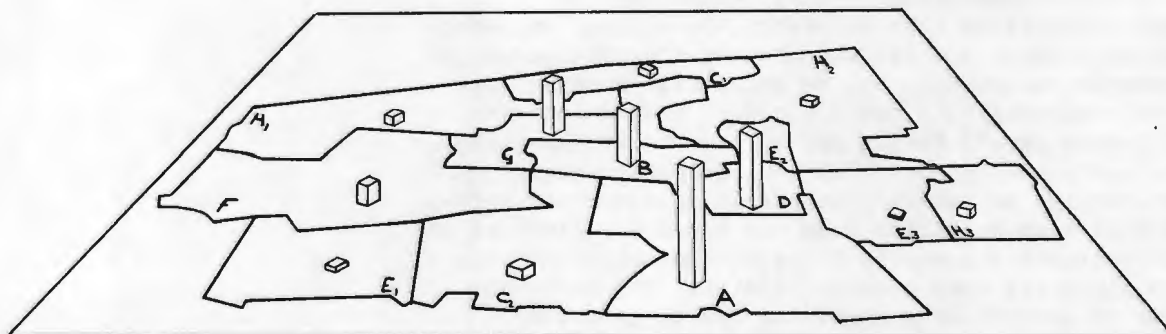
Figuur 1.
Procentuele leeftijdsverdeling voor gonorroe en herpes genitalis, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

4. Jaarverslag 1980. Amsterdams Peilstation projekt. GG en GD Amsterdam. 12-4.
5. Jaarverslag 1983. Amsterdams Peilstation projekt. GG en GD Amsterdam. 41-8.

jaar. Herpes lijkt relatief wat meer bij iets oudere personen vóór te komen. Beide leeftijdsverdelingen komen overeen met wat in het Amsterdamse peilstation-systeem werd gevonden (4)(5).

Voor gonorrhoe werd in Den Haag een man-vrouw verhouding gevonden van 2,3 staat tot 1; voor herpes genitalis van 2,0 staat tot 1. Ook deze cijfers stemmen overeen met de Amsterdamse.

In figuur 2 staat de geografische spreiding van gonorroediagnoses in de deelnemende huisartspraktijken. De diagnoses van huisartsen zijn gesommeerd voor een dertiental onderscheiden gebieden, welke homogeen



Figuur 2. Aantal gonorroediagnoses (per 10.000 cliënten per jaar) voor gebieden in Den Haag met diverse sociale karakterisering, Huisartsregistratiesysteem, den Haag, 1984.

<u>GEBIEDSOMSCHRIJVING</u>	<u>KARAKTERISERING</u>
A. Stationsbuurt; Schildersbuurt; Transvaalkwartier en Spoorwijk; Binckhorst.	Soc. niveau: laag; Kinderen: hoog; Bejaarden: laag; Ethn. mind.: hoog.
B. Valkenboskwartier; Regentessekwartier; Zeeheldenkwartier.	Soc. niveau: midden laag; Kinderen: hoog; Bejaarden: laag; Ethn. mind.: hoog.
C ₁ Duindorp; Scheveningen.	Soc. niveau: midden laag; Kinderen: laag; Bejaarden: vrij hoog; Ethn. mind.: laag.
C ₂ Morgenstond; Zuiderpark; Moerwijk; Groente- en Fruitmarkt; Rustenburg en Oostbroek.	
D Centrum.	Soc. niveau: midden laag; Kinderen: laag; Bejaarden: laag; Ethn. mind.: laag.
E ₁ Bouwlust/Vrederust.	Soc. niveau: midden; Kinderen: laag; Bejaarden: laag; Ethn. mind.: laag.
E ₂ Archipelbuurt; Willemspark.	
E ₃ Bezuidenhout.	
F Kraayenstein; Loosduinen; Waldeck; Leyenburg.	Soc. niveau: midden hoog; Kinderen: vrij laag; Bej.: vrij hoog; Ethn. mind.: laag.
G Geuzen- en Statenkwartier; Duinoord; Bomen- en Bloemenbuurt; Vruchtenbuurt.	Soc. niveau: midden hoog; Kinderen: vrij hoog; Bej.: vrij hoog; Ethn. mind.: laag.
H ₁ Vogelwijk; Bohemen en Meer en Bos; Kijkduin en Ockenburgh.	Soc. niveau: hoog; Kinderen: laag; Bejaarden: hoog; Ethn. mind.: laag.
H ₂ Oostduinen; Belgisch Park; Westbroekpark en Duttendel; Benoordenhout; van Stolckpark en Schev. bosjes; Zorgvliet.	
H ₃ Mariahoeve en Marlot.	

zijn voor een aantal sociale kenmerken. Vervolgens zijn de relatieve cijfers (berekend over de praktijkbevolking) per gebied weergegeven.

De gepresenteerde cijfers kunnen niet zonder meer geïnterpreteerd worden als incidenties per gebied. Daarvoor is onvoldoende bekend over patiëntenstromen uit bepaalde wijken naar huisartsen en specialisten wel of niet praktijkhoudend in dezelfde wijken. Wel zijn ons inziens de grote verschillen in gonorroediagnoselast indicatief voor het voorkomen van de aandoening in de onderscheiden gebieden.

Het aantal diagnoses in de gebieden A, B, D en G (gemiddeld 85 per 10.000 per jaar) is opvallend hoger dan in de gebieden C, E, F en H (gemiddeld 13 per 10.000 per jaar).

Eén en ander maakt het des te interessanter na te gaan in hoeverre samenhang bestaat tussen sociale karakteristieken (van de praktijkbevolking) en andere geregistreerde ziekten waarmee het diagnostiseren van gonorroe samenhangt. Uit de correlatie-analyse (zie correlatiematrix in tabel 1 onder "Methodologische kanttekeningen") blijkt dat er een sterke samenhang bestaat tussen gonorroe en het percentage migranten in de praktijk en tussen gonorroe en de diagnoses herpes genitalis en hepatitis A en non A/non B. Uiteraard is de verkregen informatie volstrekt ontoereikend voor een discussie over causale relaties. Wel leent met name de geografische spreiding van de gonorroediagnostiek zich voor identificatie van huisartspraktijken waar preventie op het gebied van geslachtsziekten (bijv. voorlichting, contactopsporing en case finding) op zijn plaats zou zijn (zie voorbeelden).

Twee voorbeelden van informatie-overdracht in het kader van voorlichting en contactopsporing.

Dagbladadvertentie

Sex is fijn, maar...
een geslachtsziekte niet. Pijn, jeuk of afscheiding is vaak het begin. Wil je daarover meer weten? Bel dan de dienst Geslachtsziektebestrijding van de GG & GD Den Haag.
Tel. 070-64 70 36
Het is in je eigen belang!

Informatiekaartje bruikbaar in de hulpverlening

GESLACHTSZIEKTENBESTRIJDING

Voorkom verdere verspreiding door

- de persoon te waarschuwen waarmee u sexueel contact heeft gehad
- of
- het onderstaand nummer te bellen en **zonder uw naam te noemen** het contactadres door te geven:

070-647036

dit is een speciaal nummer van de GG & GD in Den Haag.

Hepatitis A en non A/non B

F.A. Balder *)

Binnen deze klasse hepatitis-aandoeningen is met name hepatitis A opnieuw actueel. Door intensivering van contacten met de (sub)tropen (toegenomen toeristenverkeer, migranten), waar hepatitis A nog endemisch en hoog frequent voorkomt, wordt de kans op hepatitis A-infecties en het optreden van epidemieën in ons land groter. Ook in Den Haag is door het toerisme en door het verkeer van migranten met hun thuislanden sprake van een toename van de contactmogelijkheden.

In het Huisartsregistratiesysteem werd de diagnose hepatitis A en hepatitis non A/non B gesteld op basis van:

- klinisch beeld;
- serologie (positief Hepatitis A specifiek IgM of negatief voor Hepatitis A en B).

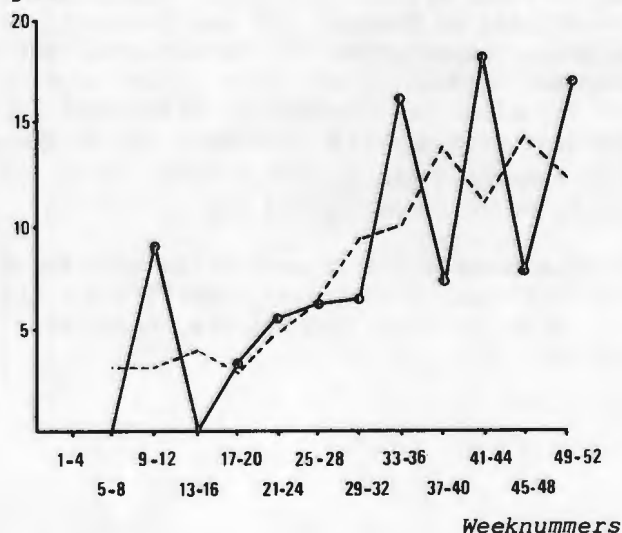
Epidemiologie

In het Huisartsregistratiesysteem werd 32 keer de diagnose hepatitis A en hepatitis non A/non B gesteld. Omgerekend levert dat, zo alle voorkomende gevallen in de bevolking door de huisarts worden gezien, een incidentie voor Den Haag op van 7.2 gevallen per 10.000 per jaar. Vergelijken we dit met cijfers uit Amsterdam van 1979 (geschatte incidentie: 3.5 per 10.000 per jaar (1)) dan is in 1984 de incidentie in Den Haag aanzienlijk hoger.

In figuur 1 staat weergegeven het verloop van hepatitis A en hepatitis non A/non B in 1984. Het blijkt dat deze vormen van hepatitis vooral voorkomen in de nazomer, herfst en begin van de winter. Deze

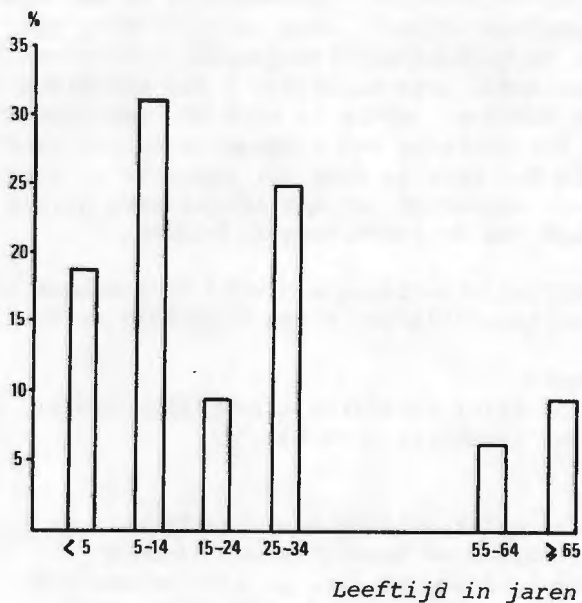
Figuur 1.
Verloop van de incidentie (per 10.000 per jaar) van gevallen van hepatitis A en non A/non B, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

Incidentie
per 10.000
per jaar



----- Voortschrijdend gemiddelde

*) huisarts in Den Haag.



Figuur 2.
 Procentuele leeftijds-
 verdeling van hepatitis A
 en non A/non B, Huisarts-
 registratiesysteem, Den
 Haag, 1984.

bevinding komt vrijwel overeen met de registratie in Amsterdam (1).

De verdeling over beide geslachten is gelijk.

In figuur 2 staat de procentuele leeftijdsverdeling uitgebeeld. Evenals blijkt uit het gerefereerde onderzoek in Amsterdam komen deze aandoeningen vooral voor in de leeftijds-groepen 5-14 jaar en 25-34 jaar. In een zogenaamde correlatie-analyse is onderzocht met welke factoren of andere geregistreerde ziekten het voorkomen van hepatitis A en hepatitis non A/non B samenhangt. Hieruit blijkt dat deze aandoeningen samenhang vertonen met het percentage migranten in de praktijkbevolking en eveneens met het frequent diagnostiseren van gonorrhoe. Bij de samenhang met laatstgenoemde aandoening zal zeker sprake zijn van indirecte relaties. Een verband met percentage migranten laat zich mogelijk verklaren uit de genoemde intensieve contacten met de thuislanden. Echter ook persoonlijke hygiëne zou hierbij een rol kunnen spelen.

Met name deze observaties dienen ons te attenderen op het belang van voorlichting over mogelijkheden van preventie (bijv. persoonlijke hygiëne, passieve immunisatie).

1. Coutinho RA, Duermeijer W, Veen J van der. *Epidemiology of Hepatitis A in Amsterdam, October 1978 - December 1979.* *J Virol Meth* 1980; 2: 47-55.

Hepatitis B

F.A. Balder *)

Hepatitis B werd gediagnostiseerd op basis van:
- het klinisch beeld en
- positieve serologie (HbSAg en/of HbeAg positief).
Verder werd getracht de wijze van besmetting voor ieder geval vast te leggen.

Het ziektebeeld werd slechts enkele malen geregistreerd. Eventueel zou - met een forse onbetrouwbaarheid - een incidentie kunnen worden berekend van ongeveer 1 per 10.000 per jaar. In de meeste gevallen was de wijze van besmetting niet bekend.

Ter informatie wordt een opsomming van de commissie voor de Gezondheidsraad (1982) gegeven van risicogroepen die voor vaccinatie tegen hepatitis B in aanmerking komen (1). De commissie identificeert 2 categorieën van personen.

A. Categorie patiënten

De eerste categorie betreft patiënten, die wegens bijzondere omstandigheden verband houdende met hun aandoening een verhoogd risico lopen met hepatitis B virus besmet te worden.

- haemodialyse patiënten.
- haemodialyse patiënten en andere patiënten van wie te verwachten is dat zij regelmatig en/of in grote hoeveelheid bloed of bloedproducten zullen ontvangen.
- geestelijk gehandicapten die in instituten verblijven.

B. Categorie gezonden

De tweede categorie betreft gezonden die wegens bijzondere omstandigheden voortdurend of incidenteel aan besmetting met hepatitis B virus geëxponeerd zijn. Medisch en paramedisch personeel worden als een aparte groep onderscheiden. Het volgnummer dat de groepen in deze indeling dragen, is uitdrukkelijk niet bedoeld als een prioriteitsaanduiding.

- a. geëxponeerden aan hepatitis B
- vaste partners van HBsAg en HBeAg positieve personen.

1. Interim advies inzake risicogroepen die voor vaccinatie tegen hepatitis B in aanmerking komen. Gezondheidsraad. Verslagen, Adviezen en Rapporten 43. 's-Gravenhage 1982.

*) huisarts in Den Haag.

-
- kinderen van HBsAg en HBeAg positieve moeders.
 - geëxponeerden wegens verwonding door voorwerpen besmet met bewezen positief of verdacht bloed.
 - mannelijke homoseksuelen met wisselende sexuele contacten.
 - prostituê(e)'s.
 - personen die gedurende enige jaren beroepsmatig onder primitieve omstandigheden verblijven in gebieden met een hoge hepatitis B prevalentie.
 - parenterale druggebruikers.

b. medisch en paramedisch personeel

- artsen uit alle specialismen die "bloedig" werken, alsmede verpleegkundigen en paramedici, die op dezelfde wijze geregeld intensief met bloed in aanraking komen.
 - patholoog-anatomen en hun medewerkers, die met niet gefixeerd potentiëel besmet materiaal werken.
 - personeel op dialyse-afdelingen, dat rechtstreeks bij de patiëntenzorg of bij de techniek van de dialyse procedure betrokken is, inclusief technisch onderhoudspersoneel.
 - laboratoriumpersoneel op diagnostische en research laboratoria, dat geregeld met bloed of bloedproducten in aanraking komt.
 - verloskundigen.
 - tandartsen, mondhygiënist, tandartsassistenten en indirect bij de tandheilkundige patiëntenzorg betrokkenen, die risico lopen te worden besmet.
-

Ziekte van Osgood Schlatter

A.H. Bergink *)

In 1982 verschenen ongeveer gelijktijdig, onafhankelijk van elkaar, twee publikaties waarin werd vastgesteld dat in de literatuur vrijwel geen epidemiologische gegevens voorhanden zijn omtrent de Ziekte van Osgood Schlatter, een aandoening waarmee artsen, werkzaam in de schoolgezondheidszorg, toch regelmatig worden geconfronteerd en waarvan zij het vermoeden hebben dat deze frequenter voorkomt dan vaak wordt geschat (1)(2). Opname in het huisartsregistratieproject werd zinvol geacht, vooral ook omdat betreffende deze aandoening van traumatische aard op preventief gebied wellicht nog veel te doen is, speciaal in het kader van de sportadvisering. Het incidentie onderzoek naar de Ziekte van Osgood Schlatter zoals dat in 1984 door de deelnemende huisartsen aan het Haagse huisartsregistratiesysteem werd uitgevoerd, was voor zover kon worden nagegaan een primeur voor Nederland.

De diagnose werd gesteld op basis van de volgende (klinische) criteria:

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

1. Crena de Iongh-Rubingh GH. *Vóórkomen van de ziekte van Osgood-Schlatter bij schoolgaande kinderen en jongeren. Scriptie Jeugdgezondheidszorg. NIPG-TNO, Leiden 1982.*
2. Bergink AH. *De ziekte van Osgood Schlatter. Tijdschr Jeugdgezondh 1982; 14: 70-5.*
3. Kridelbaugh W, Wyman AC. *Osgood-Schlatter's disease. Am J Surg 1948; 75: 553-61.*
4. Haneveld GT. *Het voorkomen van de aandoening van Osgood-Schlatter bij manlijke adolescenten. Ned Tijdschr Geneesk 1962; 106: 2376-9.*

*) jeugdarts, verbonden aan de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

Epidemiologie

In tabel 1 zijn de uitkomsten van dit onderzoek gepresenteerd. Hieruit blijkt dat in de leeftijdscategorieën van 10-14 jaar en 15-19 jaar respectievelijk 18 en 8 gevallen werden aangegeven, hetgeen uitkomt op een totaal van 26. Met behulp van deze cijfers werd berekend dat de jaarlijkse incidentie van de Ziekte van Osgood Schlatter 44 per 10.000 inwoners in de leeftijdsklasse van 10 tot 20 jaar in Den Haag bedraagt.

Een vergelijking van het resultaat van dit onderzoek met de uitkomsten van andere onderzoeken is niet mogelijk omdat in de literatuur geen gegevens konden worden opgespoord over de incidentie van de Ziekte van Osgood Schlatter. Ook mededelingen omtrent de prevalentie van deze aandoening bleken uiterst schaars. Kridelbaugh en Wyman vonden in een marine opkomstcentrum in de Verenigde Staten bij ruim 9000 recruten in de leeftijd van 17 tot 19 jaar 13 gevallen (0,14%) van de Ziekte van Osgood Schlatter (3). In Nederland werd in 1960 door Haneveld een onderzoek ingesteld naar het voorkomen van de Ziekte van Osgood Schlatter. Bij dit onderzoek waren 9237 jonge mannen in de leeftijd van 16 tot 21 jaar betrokken uit het marine opkomst centrum in Voorschoten. Bij 18 kleurlingen (0,2%) werd de aandoening gediagnosticeerd op grond van het klinisch beeld en een aansluitend röntgenologisch onderzoek (4).

De prevalentiecijfers die door Kridelbaugh en Wyman en

Tabel 1. Aantal gevallen van de ziekte van Osgood Schlatter naar leeftijd en geslacht, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

	Leeftijdskategorie		
	10-14jr.	15-19jr.	Totaal
Man :	10	7	17
Vrouw :	8	1	9
Totaal:	18	8	26

door Haneveld werden gevonden hebben betrekking op de leeftijdsgroep van 16 tot 21 jaar.

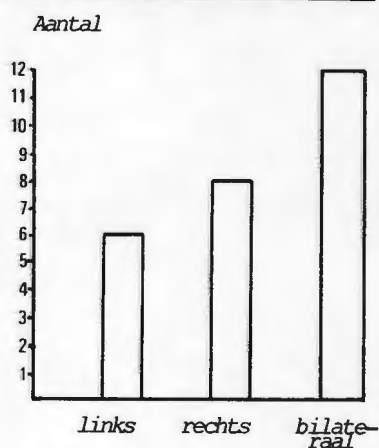
De Ziekte van Osgood Schlatter komt echter het meest voor op de leeftijd van 12 tot 15 jaar. Juist voor deze leeftijdsgroep ontbreken exacte prevalentie-cijfers.

Uit het onderhavige onderzoek kan wel de conclusie worden getrokken dat de Ziekte van Osgood Schlatter beslist geen zeldzaam voorkomende afwijking is. Aan de hand van het gevonden incidentiecijfer kan worden berekend dat rond 4% van de Haagse jongeren in de levensfase van 10-20 jaar deze aandoening doormaakt.

Uit tabel 1 valt voorts af te lezen dat de diagnose Morbus Osgood Schlatter vaker gesteld werd bij jongens dan bij meisjes. De verhouding lag in de orde van 2 op 1. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de literatuurbevindingen. Mital e.a. die in de periode sept. 1970 - sept. 1977 een groep van 118 patiënten behandelden bij wie de diagnose klinisch en röntgenologisch was vastgesteld, vonden eveneens een jongens meisjes ratio van rond twee (5). Verschillende andere orthopaeden gaven op dat de aandoening bij jongens zelfs driemaal zo vaak zou voorkomen als bij meisjes. Rostron e.a. bijvoorbeeld die 54 patiënten met de Ziekte van Osgood Schlatter beschreven vonden wat betreft het voorkomen bij jongens en meisjes een verhouding van rond 3 op 1 (6). Hierbij dient te worden opgemerkt dat het zeer wel mogelijk is dat naar verhouding meer jongens dan meisjes naar een specialist worden verwezen. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom verschillende orthopaeden een jongens meisjes ratio vinden van 3 op 1 of zelfs nog groter (7).

Literatuuroriëntatie omtrent de Ziekte van Osgood Schlatter leert dat de klachten die met deze aandoening gepaard gaan bij jongens in de meeste gevallen voor het eerst optreden tussen 10 en 15 jaar en bij meisjes tussen 8 en 13 jaar. Tabel 1 bevestigt deze gegevens. Zij laat zien dat de aandoening naar verhouding bij meisjes op wat jongere leeftijd begint

5. Mital MA, Matza RA, Cohen J. The so-called unresolved Osgood Schlatter lesion. *J Bone Joint Surg* 1980; 62A: 732-9.
6. Rostron PKM, Calver RF. Subcutaneous atrophy following methylprednisolone injection in Osgood Schlatter epiphysitis. *J Bone Joint Surg* 1979; 61A: 627-8.
7. Schott L, Schott HJ. Lokale Hydrocortison-Behandlung der Schlatterschen Krankheit und ihre örtlichen Nebenwirkungen. *Med Klin* 1961; 56: 1934-8.



Figuur 1.
Aantal gevallen van de ziekte van Osgood Schlatter naar lokalisatie (links, rechts en bilateraal), Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

dan bij jongens.

De Ziekte van Osgood Schlatter kan voórkomen aan één knie of aan beide knieën. Figuur 1 geeft een overzicht van de lokalisaties die in 1984 werden geregistreerd.

Hieruit blijkt dat het aantal gevallen links 6 bedroeg, rechts 8 en bilateraal 12. Op dit punt stemmen de uitkomsten niet overeen met de opgaven in de literatuur. Volgens vermeldingen in de literatuur komt de aandoening in 25 - 30% van de gevallen aan beide knieën voor. Bij het onderhavige onderzoek was dit percentage 45%. Voorts werden in de literatuur aanwijzingen gevonden dat de linker knie vaker is aangetast dan de rechter. Ehrenborg die 170 patiënten observeerde zag de aandoening tweemaal zo vaak aan de linker knie als aan de rechter (8). Ook Kridelbaugh vond bij zijn patiënten de aandoening beduidend vaker links dan rechts (3). Bij dit registratieonderzoek daarentegen was het aantal gevallen rechts zelfs groter dan links. De hier gesignaleerde verschillen worden mogelijk verklaard door verschillen in ernst van de aandoening bij de diverse groepen patiënten. De in de literatuur beschreven patiënten waren allen vanwege de ernst van de klachten naar een specialist verwezen, terwijl de bij het onderhavige onderzoek betrokken patiënten voor het eerst met knieklachten bij hun huisarts kwamen. Aangenomen mag worden dat het hier voornamelijk lichte gevallen van de Ziekte van Osgood Schlatter betrof.

Bij het systematisch onderzoek van leerlingen uit de vijfde en zesde klassen van lagere scholen en van scholen voor voortgezet onderwijs wordt bij rond 2 tot 5% van de meisjes en jongens een duidelijk prominerende tuberositas tibiae gevonden bij de aanhechtingsplaats van het ligamentum patellae. De meeste leerlingen bij wie deze verdikkingen worden aangetroffen hebben totaal geen klachten (1)(2). Uit deze morbiditeitsregistratie blijkt evenwel dat rond 4% van de Haagse jongeren in de adolescentie periode de huisarts raadpleegt in verband met klachten die op rekening komen van de Ziekte van Osgood Schlatter. De conclusie lijkt voor de hand te liggen. Snel groeiende adolescenten met verdikkingen aan de tuberositas tibiae, ook al zijn deze niet drukpijnlijk, dienen medische sportadviezen te krijgen. Algemeen wordt nu aangenomen dat de ziekte van Osgood Schlatter een traumatische aandoening is die gepaard gaat met een gedeeltelijk verlies van de continuïteit van het kraakbeen en been van de tuberositas tibiae. Vermindering van de stress op de tuberositas tibiae door het vermijden van krachtige aanspanningen van de musculus quadriceps femoris kan verergering voorkomen en de genezing bevorderen. Intensieve sportbeoefening in de actieve fase van de aandoening kan aanleiding geven tot het ontstaan van losse botfragmentjes die chirurgisch ingrijpen noodzakelijk maken.

8. Ehrenborg G. The Osgood-Schlatter lesion. A clinical and experimental study. *Acta Chirurgica Scand Suppl* 288, 1962.

Suïcidaal gedrag

Onafhankelijk van het Huisartsregistratiesysteem registreert de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD sinds jaar en dag het voorkomen van suïcidaal gedrag in Den Haag. Via diverse bronnen: ambulancedienst, EHBO-afdelingen van algemene ziekenhuizen, politie en de sociaal psychiatrische dienstverlening (thans uitgevoerd door de RIAGG-en) wordt getracht de ware incidentie zo dicht mogelijk te benaderen.

W.J. Schudel *)

In 1984 heeft nu ook in het Huisartsregistratiesysteem registratie plaatsgevonden van suïcidaal gedrag. Een onderscheid werd gemaakt tussen niet-lethale (para-suïcide) en lethale (= suïcide) gebeurtenissen.

Het item werd geregistreerd aan de hand van de volgende definitie:

Suïcidaal gedrag is een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgemaakt dat de betreffende persoon

- duidelijk de intentie had zichzelf te doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.
- een dergelijk "suïcidaal" gedrag vertoonde met andere intentie dan zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

Verder werden gegevens vastgelegd over: leeftijd; geslacht; laatste contactdatum huisarts; reden voor dit contact; bestaan van een of andere vorm van psychosociale begeleiding; wel of niet in een ziekenhuis gezien in verband met de gebeurtenis; het middel.

Hier wordt verslag gedaan van een vergelijking tussen cijfers afkomstig uit het Huisartsregistratiesysteem en het GGZ-registratiesysteem.

In een volgend artikel zullen uitvoeriger de resultaten met betrekking tot de overige geregistreeerde gegevens (leeftijd, geslacht, etc.) worden besproken.

Epidemiologie

De resultaten voor het Huisartsregistratiesysteem staan weergegeven in tabel 1, terwijl in tabel 2 de uitkomsten van de GGZ-registratie over 1984 staan weergegeven.

Een vergelijking van de tabellen 1 en 2 toont aanzienlijke verschillen tussen beide registratiesystemen. Zo registreerde de GGZ ruim 33% méér para-suïcides en bijna 150% méér suïcides (vergelijk de relatieve aantallen). Dit laatste gegeven behoeft ons niet te verbazen. De meerderheid van de suïcides vindt buitenshuis plaats en bijna altijd is de dood ingetreden voor een arts er bij kan worden betrokken. Nogal eens worden dan slechts de politie en de gemeentelijke lijkschouwer ingeschakeld, terwijl de huisarts afhankelijk is van de bereidheid van de nabestaanden om hem te informeren. Ook moet er op worden gewezen dat de absolute aantallen erg klein zijn, waardoor de kans op statistische vertekening aanzienlijk is. Een voortgezette (en wellicht

*) psychiater, verbonden aan de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

Tabel 1. Parasuicide en suicide. Absolute en relatieve aantallen (per 100.000 per jaar) voor vrouwen en mannen, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

	Absoluut aantal				Relatief aantal *		
	Man	Vrouw	Onb.	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Parasuicide :	10	29	1	40	47	131	90
Suicide :	-	3	-	3	-	13	7
Suicidaal gedrag:	10	32	1	43	47	144	97

Tabel 2. Parasuicide en suicide. Absolute en relatieve aantallen (per 100.000 per jaar) voor vrouwen en mannen, registratiesysteem afdeling Geestelijke gezondheidszorg, Den Haag, 1984.

	Absoluut aantal			Relatief aantal *		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Parasuicide :	218	332	540	103	137	121
Suicide :	48	29	77	23	12	17
Suicidaal gedrag:	266	351	617	126	150	139

* Daar de teller van de breuk uit beide systemen niet volledig lijkt wordt niet gesproken van "incidenties" maar van "relatieve aantallen geregistreerd".

uitgebreide) registratie zal hier meer zicht op kunnen geven. Bij de parasuicides is het verschil veel kleiner, terwijl de grotere aantallen de kans op statistische vertekening minimaliseren. Bij parasuicides is er vrijwel altijd sprake van een medische interventie, waarover de huisarts tenminste geïnformeerd wordt, ook al was hij bij de behandeling zelf niet betrokken. Men kan zelfs opmerken dat het gevonden verschil van éénderde tussen de beide registratiesystemen opmerkelijk gering is. Immers de Leidse onderzoeker Diekstra heeft bij herhaling betoogd dat huisartsen suïcidaal gedrag in hun praktijk over het hoofd zien (1). In een extrapolatie van de landelijke peilstation-registratie concluderen de auteurs dat de ware incidentie van parasuicide tenminste 50% hoger is dan wat door de huisarts wordt signaleerd. In hetzelfde artikel berekenen zij een totale incidentie van suïcidepogingen in Nederland over 1979 van 101.5 per 100.000 personen van 15 jaar en ouder. De gegevens van de Haagse huisartsen van 90 per 100.000 voor alle leeftijden (zie tabel 1) liggen dus al boven de door Diekstra geschatte waarden. Van een dramatische ondersignalering lijkt dan ook geen sprake te zijn.

1. Diekstra RFW, de Graaf AC, Egmond M van. Over de epidemiologie van suïcidepogingen: een sample-survey onderzoek in huisartspraktijken. T Soc Geneeskd 1982; 60: 398-404.

■ ENIGE CASUISTIEK EN/OF EPIDEMIOLOGIE VAN DE
AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN OVER HET EERSTE KWARTAAL
1985.

Onderstaande informatie heeft betrekking op de
gegevens in de nevenstaande tabel.

Hepatitis A

Eén persoon werd in het buitenland besmet.
Twee personen werden door mensen in de directe
omgeving besmet.

Hepatitis B

Wijze van besmetting:
Intraveneus druggebruik : 4 personen
Sexueel contact : 1 persoon
Onbekend : 3 personen

Malaria

De patiënt werd besmet in Kenia ondanks gebruik van
profylaxe.

Pertussis

Twee kinderen waren niet ingeënt.

Rubella

Er werd 2 maal een IGM-test gedaan bij een en dezelfde
vrouw. De uitslagen waren negatief. Aan 20 vrouwen
werd anti-Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

Salmonelloses

De patiënt was werkzaam in de horeca en kreeg ten
gevolge van de infectie een tijdelijk werkverbod
opgelegd.

Voedselinfectie

Bij alle personen bleek de campylobacter-bacterie de
veroorzaker van de infectie.

ERRATUM

In het artikel 'De antirachitiscampagne te Den Haag
1983-84; bespreking van een basisgezondheidszorgpro-
gramma', epidemiologisch bulletin februari 1985 is
tot grote spijt van de auteur bij het dankwoord aan
de leden van de Werkgroep Rachitis Den Haag verzuimd
mevrouw N. van Bekkum te vermelden.

Tabel. Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht. Den Haag, 1e kwartaal 1985.

Infectieziekte	0-7 jr.			2-4 jr.			5-14 jr.			15-19 jr.			20-39 jr.			40-49 jr.			50-65 jr.			66+			Totaal		Totaal (waarvan opgenomen)	
	M	V		M	V		M	V		M	V		M	V		M	V		M	V		M	V		M	V		
GROEP A																												
Febris typhoidea																											-	
Lassa-koorts e.a.																											-	
Polio-myelitis																											-	
Rabiës																											-	
Variola																											-	
GROEP B																												
Anthrax																											-	
Brucellosis																											-	
Cholera																											-	
Difterie																											-	
Dysenteria bac.																											-	
Febris recurrens																											-	
Gele koorts																											-	
Hepatitis A	-	-	-	1	1	-	1	-	1	2	-	-	1	1	-	-	4	4	8	(3)								
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	1	-	-	-	1	-	7	1	8	(6)								
Lepra																										-		
Leptospirosis																											-	
Malaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	(1)									
Meningococcosis																											-	
Morbilli																											-	
Ornithosis																											-	
Paratyfus B																											-	
Pertussis	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	(-)									
Q-koorts																											-	
Rubella																											-	
Salmonellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	(-)									
Scabies	-	1	-	-	1	2	1	-	1	5	-	-	-	-	1	3	9	12	(3)									
Tetanus																											-	
Trichinosis																											-	
Tuberculosis	-	-	1	1	-	-	1	-	9	2	4	1	-	1	-	15	9	24	(8)									
Tularemie																											-	
Typhus exanth.																											-	
Voedselinfectie	1	-	-	-	2	-	-	1	5	1	-	-	-	2	2	1	10	5	15	(7)								
GROEP C																												
Gonorrhoe	-	-	-	-	1	-	8	13	137	44	17	3	10	2	1	-	174	62	236	(-)								
Syfilis (prim./sec.)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	1	-	-	2	-	-	3	5	8	(-)								
Syfilis (cong.)																											-	
Parotitis epidemica	-	-	2	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	6	(-)									