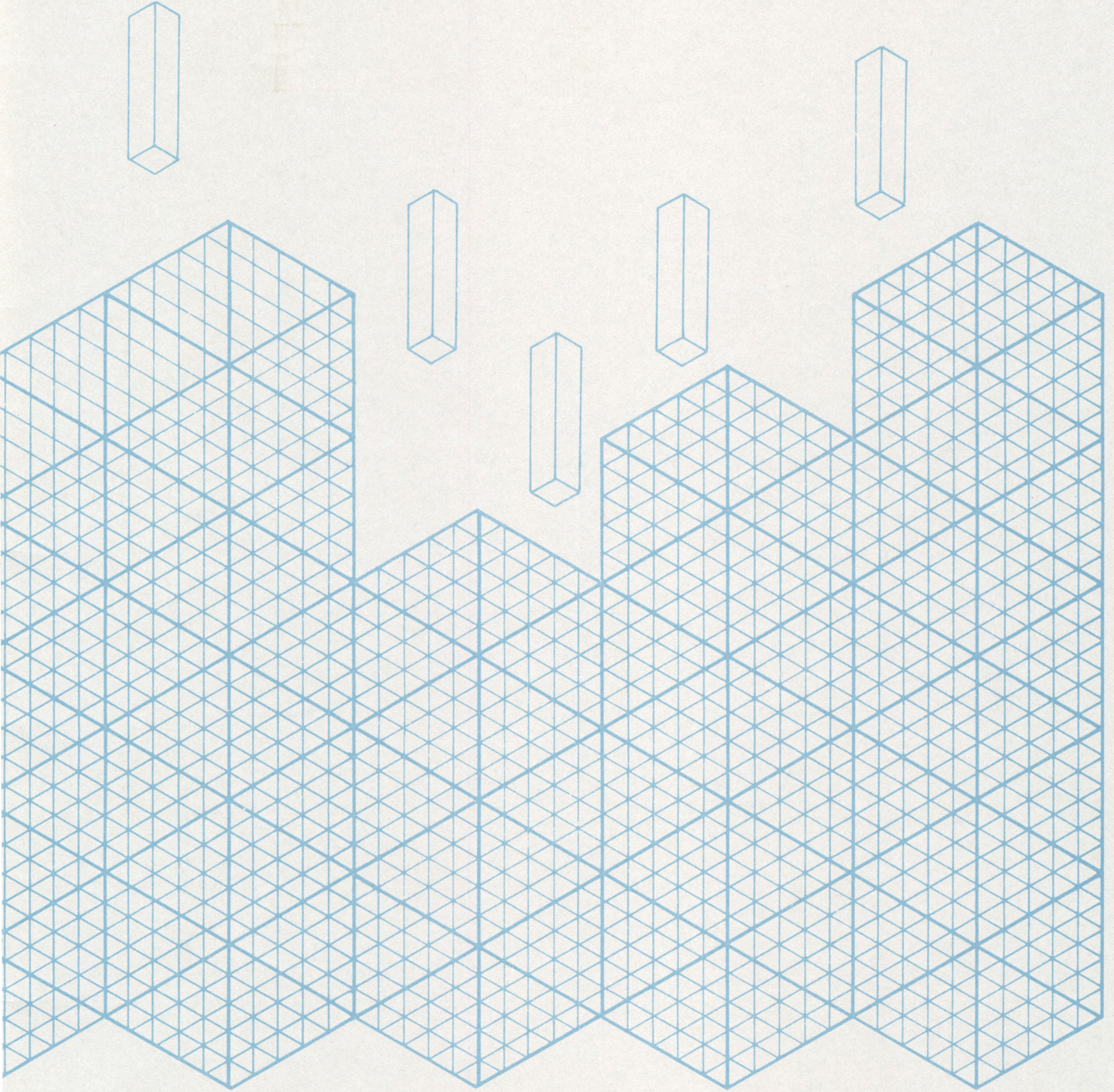


's-Gravenhage november 1985

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek



# EPIDEMIOLOGISCH bulletin

---

## REDACTIE

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

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 gestuurd aan  
huisartsen, specialisten  
en bestuurders in de  
gezondheidszorg in de  
gezondheidsregio  
Den Haag.

Op verzoek kan het aan  
andere belangstellenden  
worden gestuurd.

November 1985  
20e Jaargang NO 4.

EPIDEMIOLOGISCH

---

Bulletin

---

# Inhoud

---

	Blz.
Redactioneel	
Over misverstanden bij epidemiologisch beleidsonderzoek in de regio H.G.J. Nijhuis	4
AIDS in Den Haag; Uitgangspunten voor beleid W.J.O. Beaumont, H.G.J. Nijhuis	7
Epidemiologische aspecten van infecties met het humaan parvovirus Dr. H.T. Weiland, H.G.J. Nijhuis	13
Dodelijke privé-ongevallen bij kinderen in Den Haag in de periode 1978-84 Dr. A.H. Bergink	15
De gedwongen opname in Den Haag; Een dossieronderzoek over de jaren 1980-85 M. Vegt, M. van der Velden	22
De registratie van suïcidaal gedrag in Den Haag Prof.dr. W.J. Schudel	28
Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag 3e kwartaal 1985	30

---

# Over misverstanden bij epidemiologisch beleids- onderzoek in de regio

Epidemiologie in de basisgezondheidszorg is een issue. Er wordt veel over gepraat in kringen van basisgezondheidszorg. Ook wordt de daad bij het woord gevoegd door bijvoorbeeld de installatie van epidemiologie-afdelingen bij basisgezondheidsdiensten en het toekennen van financiën.

Met de aandacht voor het onderwerp staat het niet slecht. De aandacht is echter sterk gericht op wat men met epidemiologie allemaal "zou kunnen doen" en op het installeren van menskracht (epidemiologen) en middelen (geld en computers).

Het is een misverstand om te veronderstellen dat met alleen daarin geïnvesteerde energie epidemiologie een echt functioneel instrument zal worden voor basisgezondheidszorg. Echt functioneel worden wil eigenlijk zeggen dat epidemiologie als instrument gebruikt gaat worden voor het plannen van preventieve programma's binnen organisaties voor basisgezondheidszorg (bijvoorbeeld het Kruiswerk, de GG en GD).

Functioneel voor regionale planning betekent ook dat op regionaal niveau moet worden vastgesteld (op basis van o.a. epidemiologische informatie) welke zorg aan welke groepen wordt aangeboden. Epidemiologie kan pas onder deze condities, als radar en belangrijk onderdeel van de navigatie-apparatuur, daadwerkelijk mede de koers van het regionale preventie-schip bepalen. Over het tot stand brengen van een dergelijke epidemiologische functie binnen de basisgezondheidszorg bestaan twee misverstanden.

1. De indruk wordt gewekt dat het in gebruik nemen van een dergelijk programmeringsinstrument kan geschieden zonder ingrijpende veranderingen in de werkwijze en organisatie van instellingen voor basisgezondheidszorg. Men dient zich echter te realiseren dat dit besturingsinstrument van geheel andere aard is dan het gebruikelijke technische instrumentarium dat het verlengstuk vormt voor diagnostiek (bijvoorbeeld screenings-technieken) of zorgverlening (bijvoorbeeld vaccinatie- of GVO-technieken). Epidemiologische informatie gaan gebruiken voor de planning van de jeugdgezondheidszorg heeft verregaande implicaties voor de gehele werkwijze van de organisatie die zich daarmee bezighoudt. Instellingen van gezondheidszorg zijn dikwijls in werkwijze en organisatie "gestold" in een cultuur van medische routines, historie, regels en gewoontes. Het plannen met behulp van epidemiologie maakt op het ogenblik maar in beperkte mate deel uit van deze cultuur. Het totaal andere karakter van "epidemiologisch werken" in een organisatie wordt zichtbaar in de constatering dat men flexibel zou moeten kunnen reageren op nieuwe of veranderende problematiek of op de vaststelling dat een bepaalde preventieve functie niet effectief blijkt. In een dergelijke flexibele organisatie zou bijvoorbeeld het huidige type nauwkeurige functieomschrijving niet erg goed

*H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD Den Haag.*

*Hartelijk dank ik de heren J.F. Broekmans en H.W.A. Struben voor hun waardevolle adviezen bij de tot standkoming van dit redactioneel.*

---

passen.

Het in gebruik nemen van epidemiologische sturings-apparatuur impliceert ingrijpende veranderingsprocessen voor een instituut. Deze realiteit wordt in het algemeen ontkend. Dikwijls speelt hierbij een rol dat in de wenselijkheid van verandering in de toekomst een ontkenning van de waarde van het heden en verleden wordt gezien. Dergelijke emotionele afwegingen zijn echter in het geheel niet aan de orde. Alle organisaties die een lange traditie kennen krijgen te maken met een proces van "stolling".

Koersen met behulp van epidemiologie kan de doelmatigheid en in incidentele situaties ook de effectiviteit van preventieve programma's verhogen. Accepteert men het belang hiervan dan is het tijd voor aanpassingen in de organisaties van basisgezondheidszorg. "Ontstolling" en reorganisatie, processen die niet zonder ongemak kunnen verlopen, zijn de prijs die men hiervoor moet betalen.

2. Een tweede misverstand is dat programmering van regionale preventieve gezondheidszorg kan geschieden zonder de instituten welke hiervoor in de regio verantwoordelijk zijn een verregaande vorm van autonomie te geven. In de bestaande landelijke cultuur van basisgezondheidszorg is in het samenspel tussen centrale overheid, financier en uitvoerder van zorg een sterke afhankelijkheid gegroeid van de decentrale instituten aan het centrale niveau.

Weliswaar bestaat er meestal in principe geen bemoeienis met de inhoud van de zorg. Echter in de voorwaarde scheppende sfeer, dat wil zeggen door middel van de allocatie van middelen (menskracht en geld) of een gedetailleerde vorm van verantwoording afleggen (bijvoorbeeld via een concrete verrichtingenregistratie), worden vorm en inhoud van de zorg in de praktijk toch sterk beïnvloed. Centrale richtlijnen, normen, verrichtingenverantwoording, financieringssysteem naast ingeslepen routines hebben voor een belangrijk deel de werkzaamheden in grote delen van de basisgezondheidszorg vastgelegd. De aankomende halvering van het aantal schoolartsen per eenheid schoolkinderen, dat wil zeggen een verdubbeling van de vigerende werklust, laat weinig ruimte voor epidemiologie en op basis daarvan programmering van moderne schoolgezondheidszorg. Daar deze wijze van werken nog niet tot stand is gebracht wordt een afdeling voor schoolgezondheidszorg teruggeworpen op een aantal "vitale" bestaande zorgroutines. In de filosofie van decentrale planning dient het principe van ruimte voor flexibiliteit uitdrukkelijk te worden gehuldigd door alle partijen. De politieke wens, welke uitgedrukt wordt in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, voorziet in een gedecentraliseerde (basis)gezondheidszorg. De

---

---

implicatie daarvan is dat de planning, dat wil zeggen de keuzes voor doelgroepen, soort zorg en werkwijze primair aan de regionale instituten wordt gelaten. Uiteraard moet hierbij het centrale niveau (overheid of andere financier) de kwaliteit van geleverde zorg toetsen. Een te sterke bemoeienis door middel van zeer concrete richtlijnen of de evaluatie aan de hand van een standaard te leveren productie doen afbreuk aan een decentrale autonomie. Het is duidelijk dat voor het effectief gebruik van epidemiologie in de regionale basisgezondheidszorg deze autonomie een uitgangspunt vormt.

Het in gebruik nemen van epidemiologie in basisgezondheidszorg impliceert verandering in de organisatie. Een veranderingsproces waarbij veel mensen, relaties en belangen zijn gemoeid verloopt traag en dikwijls met vallen en opstaan. Dat is normaal. Het is eveneens normaal dat gevoelens van onzekerheid, angst en ondeskundigheid opkomen in organisaties van gezondheidszorg wanneer de dreiging van deze ingrijpende veranderingen zich voordoet. Deze gevoelens werken verlamdend. Hopelijk kunnen ze teruggedrongen worden door het besef dat vallen hoort bij organisatorische verandering en dat opstaan voert tot verbetering en modernisering van de zorg.

Wie navigatie-apparatuur van het merk epidemiologie aan boord van de basisgezondheidszorg haalt moet weten dat de besturing van het schip, dat wil zeggen officieren, manschappen en werkwijze, daarop moet worden ingesteld. Uiteraard is het aan de reder om de bestemming van het schip vast te stellen en te evalueren of deze bereikt is. Het is echter niet aan de reder om vanaf de wal de koers bij voorbaat vast te leggen.

Het epidemiologie-instrument kan dan inderdaad worden gebruikt waarvoor het werd aangeschaft. We moeten oppassen dat het niet luxe speelgoed wordt van enkelingen, die er op een achterkamertje hun hobby mee uitoefenen.

■



# AIDS in Den Haag;

Uitgangspunten voor beleid

*W.J.O. Beaumont, arts, verbonden aan de afdeling Infectieziekten en Hygiëne, GG en GD Den Haag.*

*H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD Den Haag*

## ■ ACHTERGRONDINFORMATIE

De ziekte AIDS vormt een volksgezondheidsprobleem dat de laatste jaren steeds meer en steeds nadrukkelijker in de aandacht komt. AIDS is een nieuwe en buitengewoon ernstige ziekte, die in 1981 in de Verenigde Staten voor het eerst als ziektebeeld is herkend. AIDS wordt vrijwel zeker veroorzaakt door een virus (LAV/HTLV III). Dit virus schakelt een bepaald type witte bloedcellen (T-helper-cellen) uit, waardoor een stoornis in de afweermechanismen van het lichaam ontstaat. Dit leidt weer tot ernstige gelegenheidsinfecties en tot bepaalde maligne tumoren.

Hoewel sedert de ontdekking van het LAV/HTLV III-virus in 1983 veel bekend is geworden over dit virus, is veel van het ziekteproces nog onduidelijk. Ook is er voorlopig geen zicht op een vaccin tegen AIDS. De ziekte is tot op heden onbehandelbaar, evenals sommige van de gelegenheidsinfecties en tumoren. Dit maakt de prognose voor een AIDS-patiënt slecht: 5 jaar na begin van de ziekteverschijnselen is minder dan 10% van de patiënten nog in leven. De incubatietijd van het ziektebeeld AIDS varieert van 6 maanden tot 5 jaar (mogelijk meer) en is in de meeste gevallen iets meer dan 2 jaar.

### Risicogroepen

Overdracht kan voor zover thans bekend plaatsvinden door sperma, bloed en bloedproducten. De verspreiding van AIDS in Centraal Afrika leert dat overdracht via heterosexuele contacten mogelijk is. Door cultureel bepaalde verschillen in sexueel gedrag, met name op het gebied van heterosexuele promiscuïteit en homosexualiteit, zal de verspreiding van AIDS in Nederland echter eerder volgens het Amerikaanse patroon verlopen. De risicogroepen zijn voornamelijk mannen met homoseksuele contacten, intraveneuze druggebruikers en haemophiliepatiënten. Intussen wordt AIDS eveneens vastgesteld bij kinderen die waarschijnlijk vóór of tijdens de geboorte zijn besmet door de moeder en bij heterosexuele partners van AIDS-patiënten.

Naar aanleiding van de alarmerende berichten over transmissie via bloedproducten hebben de meeste mannelijke homoseksuele personen zich reeds in 1983 vrijwillig als bloeddonor teruggetrokken. Door het invoeren van de test op antistoffen tegen het LAV/HTLV III-virus in juni 1985 is de kans op overdracht via bloedtransfusie nu uiterst gering geworden. De spermabanken voeren een analoog beleid voor spermadonoren.

### Antistoffen tegen het LAV/HTLV III-virus

De antistoffen tegen het LAV/HTLV III-virus wijzen op een doorgemaakte infectie waarop het lichaam heeft gereageerd met het maken van antistoffen. Deze antistoffen zijn niet beschermend tegen AIDS. Er wordt van uit gegaan dat het virus blijvend in het lichaam aanwezig is. Geschat wordt dat 5-10% van de personen

met antistoffen tegen het LAV/HTLV III-virus AIDS ontwikkelt.

## ■ DE EPIDEMIOLOGISCHE SITUATIE

### De wereld

Op 30 april 1985 waren in de Verenigde Staten, sedert de herkenning van het ziektebeeld AIDS in 1981, 10.000 gevallen van AIDS geregistreerd. Meer dan de helft van de gevallen werd geregistreerd gedurende de laatste 12 maanden. Aanvankelijk was er sprake van een halfjaarlijkse verdubbeling van het gerapporteerd aantal AIDS-gevallen, momenteel bedraagt de verdubbelingstijd 10 maanden. In Europa rapporteerden 18 landen tot 30 juni 1985 tezamen 1226 AIDS-gevallen (waarvan 762 tot 31 december 1984) (1).

AIDS komt zoals gezegd eveneens voor in Afrika, met name Centraal Afrika (Zaire, Rwanda). Het vermoeden bestaat dat het hier vele duizenden gevallen betreft. Er zijn aanwijzingen dat de ziekte zich overal ter wereld aan het verspreiden is behalve in Azië waar, met uitzondering van Japan, nog geen geval gerapporteerd is.

Bij epidemiologische analyse van de data uit de Verenigde Staten blijkt dat ruim 70% van de patiënten homoseksuele of bisexuele mannen en 17% intraveneuze druggebruikers zijn. De overige patiënten zijn haemophilie-patiënten, personen die een bloedtransfusie hebben gehad, kinderen die waarschijnlijk vóór of tijdens de geboorte zijn besmet door de moeder en tenslotte heteroseksuele partners van AIDS-patiënten. Er bestaat een ruime overlap tussen de groep homoseksuele mannen en intraveneuze druggebruikers met AIDS. Europa geeft eenzelfde beeld te zien met uitzondering van de groep intraveneuze druggebruikers met AIDS. Deze is in Europa nog opvallend klein. Zowel in de Verenigde Staten als in Europa zijn meer dan 90% van de AIDS-patiënten mannen.

### Nederland

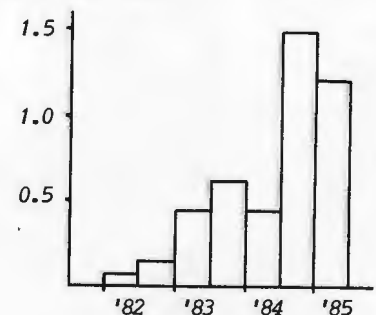
De incidentiecijfers voor de ziekte AIDS per 1.000.000 per half jaar voor Nederland zijn weergegeven in figuur 1. Op 1 oktober 1985 waren in Nederland 83 patiënten met AIDS gemeld, waarvan er 51 zijn overleden. De eerste patiënt werd in Nederland gemeld in de eerste helft van 1982. 76 Van de 83 patiënten zijn homoseksuele of bisexuele mannen. In 4 gevallen was de oorzaak te herleiden tot bloed en bloedmiddelen, waarvan één bloedtransfusie in de Verenigde Staten plaatsvond. Eén geval betrof de echtgenote van een haemophiliepatiënt. In twee gevallen is de besmettingswijze onbekend.

### Den Haag

Het is niet bekend hoeveel AIDS-patiënten uit Den Haag komen. De Gezondheidsraad heeft, in navolging van de Verenigde Staten, geadviseerd tegen een aangifteplicht

1. Overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten, Geneeskundige Hoofdinспекtie van de Volksgezondheid, afdeling Infectieziekten 1985; 20 nr 9:7.

Incidentie  
per 1.000.000  
per half jaar



Figuur 1. Incidentie (per 1.000.000 per half jaar) van AIDS in Nederland over de periode 1982-85 (eerste helft).  
Bron: Geneeskundige Hoofdinспекtie van de Volksgezondheid, afdeling Infectieziekten.

voor AIDS. In Den Haag zijn de directies van de verschillende ziekenhuizen verzocht vrijwillig aangifte te doen van patiënten met AIDS, uiteraard zonder vermelding van naam, adres of andere tot de persoon herleidbare gegevens. Op deze wijze echter wordt nog geen informatie verkregen over opnames van Haagse ingezetenen buiten de stad. Toch is informatie over het voorkomen van AIDS-patiënten belangrijk voor het inschatten van de behoefte aan hulpverlening in instellingen en/of thuis.

#### ■ PROGNOSES

De AIDS-problematiek zal naar verwachting vragen om coördinatie van preventie, behandeling en begeleiding in de gehele geurbaniseerde regio Groot Den Haag (Den Haag, Wassenaar, Voorburg, Leidschendam, Rijswijk en Zoetermeer). Daarom worden prognoses gemaakt voor de populatie van dit gehele gebied. Men realiseert zich dat deze berekening is gebaseerd op een aantal veronderstellingen, die min of meer arbitrair zijn. De hier genoemde getallen geven dan ook alleen aan in welke orde van grootte gedacht moet worden. De AIDS-beleidsgroep Amsterdam heeft een grove schatting gemaakt van het aantal patiënten dat men in de regio Amsterdam in de periode 1985-90 zou kunnen verwachten: ± 1250 homoseksuelen en ± 50 intraveneuze druggebruikers. Analooq aan de in Amsterdam gevolgde methode wordt hier een schatting gemaakt voor de regio Groot Den Haag.

Weergave van de opbouw van het geschatte vóórkomen van AIDS voor Groot Den Haag over de periode 1985-90.

Populatie	672.000
Mannen 20-55 jaar	160.000
5% Homosexueel	8.000
50% Sero-positief	4.000

10% krijgt AIDS

400 HOMOSEXUELE  
AIDS-PATIËNTEN  
OVER 1985-90

Intraveneuze druggebruikers (geschat)	200
20% Sero-positief	40

10% krijgt AIDS

4 INTRAVENEUZE  
DRUGGEBRUIKER  
AIDS-PATIËNTEN  
OVER 1985-90

De opbouw van de schattingen voor Groot Den Haag over de periode 1985-90 is hiernaast weergegeven.

De risicogroep van mensen die bloed uit bloeddonaties ontvangt is qua omvang zo klein dat ze buiten beschouwing wordt gelaten bij de prognoses voor Groot Den Haag.

Staatssecretaris van der Reijden komt in zijn nota aan de Tweede Kamer medio september 1985 tot een schatting van ± 4000 AIDS-patiënten in Nederland voor de periode 1985-90. Het aantal AIDS-patiënten in de regio Groot Den Haag kan op basis daarvan worden geschat op ± 200 AIDS-patiënten.

Samengevat moeten we van de verwachting uitgaan dat zich onder mannelijke homoseksuele groeperingen 200-400 AIDS-patiënten en onder intraveneuze druggebruikers ± 4 AIDS-patiënten voordoen in de periode 1985-90. Deze cijfers geven enig houvast bij de planning van de zorg in de regio Den Haag.

#### ■ MAATREGELEN VOOR DE AANPAK VAN DE AIDS-PROBLEMATIEK

Bovengenoemde prognoses voor de komende jaren impliceren dat de meeste hulpverleners bij geen of hooguit enkele AIDS-patiënten betrokken zullen zijn. De hulpverleners worden echter nu reeds op uitgebreide schaal geconfronteerd met de angst voor het ziekte-

beeld AIDS. Deze angst beperkt zich niet tot de risicogroepen en is vaak gebaseerd op beperkte, onvolledige of onjuiste informatie over de wijze van verspreiding van de ziekte. Het hulpaanbod kan variëren van geruststelling door juiste informatie te verschaffen tot behandeling van psychische decompensatie. Daartussen bevindt zich een heel scala van psycho-sociale problematiek. Het is de taak van de hulpverleners deze angst weg te nemen of beheersbaar te maken.

Maatregelen bij de AIDS-problematiek zullen uiteraard moeten resulteren in een zo goed mogelijke begeleiding van de patiënten en hun naaste omgeving. Daarnaast zullen de maatregelen erop gericht moeten zijn om de onzekerheid en daaruit voortvloeiende angsten ook bij het brede publiek zo goed mogelijk te beheersen. In feite kunnen de mogelijke maatregelen worden gezien als vormen van primaire, secundaire en tertiaire preventie.

#### Primaire preventie

- Het voorkomen van de verspreiding van het LAV/HTLV III-virus, bijvoorbeeld door voorlichting over riskant seksueel gedrag leidend tot het nemen van voorzorgsmaatregelen door personen die AIDS mogelijk kunnen overdragen (AIDS-patiënten, sero-positieven, of personen uit AIDS-risicogroepen).
- Het voorkomen van contaminatie met besmet bloed c.q. sperma door voorzorgsmaatregelen bijvoorbeeld bij bloedtransfusies, in laboratoria en tandartspraktijken.
- Het voorkomen van ongefundeerde angst door goede voorlichting aan de bevolking.

■ *Primaire preventie is het voorkomen dat een ziekte of probleem ontstaat.*

■ *Secundaire preventie is het herstellen van de oorspronkelijke gezondheidssituatie bij ziekte of problemen*

■ *Tertiaire preventie is het minimaliseren en zo goed mogelijk begeleiden van door ziekte ontstane definitieve gebreken of problemen*

Foto 'AIDS-factor 2'



**THIS IS NOT AN  
INTRODUCTION  
TO AIDS**

Tabel 1. Lijst van instellingen die vertegenwoordigd zijn in het 'Platform-AIDS', Den Haag september 1985.

Drempelvrije poliklinieken  
Geslachtsziektenbestrijding;

Homovriendelijke polikliniek;

NVSH, afdeling Den Haag;

Dr. Rutgers Stichting;

Haagse Werkgroep Sexualiteit  
en Relaties;

Vereniging van ziekenhuizen in  
Den Haag en omstreken;

Stichting Rode Kruis Bloedbank  
Den Haag en omstreken;

Streeklaboratorium Leyenburg

Plaatselijke Huisartsenvereniging;

Stichting Samenwerkende Instellingen  
Maatschappelijk Werk;

Stichting Groene Kruis Gezondheidszorg;

Oranje Groene Kruis;

Consultatiebureau voor  
Alcohol en Drugs;

Werkgroep Prostitutie  
Zedenpolitie;

Riagg'en;

Trefcentrum 'Feniks';

Gemeentesecretarie, afd. MW;

Bureau Gezondheidsvoorlichting  
gemeente Den Haag;

GG en GD Den Haag

- afd. algemene gezondheidszorg
- afd. infectieziekten en hygiëne
- afd. openbare geestelijke gezondheidszorg
- stafbureau epidemiologie en informatica.

### Secundaire preventie

Van secundaire preventie (genezen) kan vooralsnog geen sprake zijn bij AIDS-patiënten.

Het wegnemen van angsten of psycho-sociale problematiek kan wel tot deze categorie maatregelen worden gerekend.

### Tertiaire preventie

- De opvang en begeleiding van AIDS-patiënten zowel medisch als psycho-sociaal.
- De opvang en zo nodig begeleiding van personen met angst voor AIDS (bijvoorbeeld sero-positieven, leden van risicogroepen).
- De opvang en begeleiding van de omgeving van AIDS-patiënten.

### ■ BELEID

Sedert ruim een jaar vindt vanuit verschillende invalshoeken in Den Haag overleg plaats over de AIDS-problematiek. De Werkgroep "AIDS-homopoli" houdt zich reeds geruime tijd bezig met de wenselijkheid en de mogelijkheid voor een AIDS-spreekuur. Vanuit de Bloedbank Den Haag werd de discussie gevoerd over het testen van bloeddonoren. Verder wordt gesproken over de opvang van bloeddonoren met positieve serologische reacties. Ook kwamen in dit bestek aan de orde eventuele maatregelen om te voorkomen dat personen uit AIDS-risicogroepen zich als bloeddonor opgeven om op deze wijze de test te ondergaan.

Intussen zijn voor de regio Groot Den Haag een aantal overlegstructuren in het leven geroepen en lopen reeds een aantal belangrijke zaken.

Het AIDS informatie- en begeleidingsspreekuur in Den Haag is op 20 augustus j.l. van start gegaan. Iedere dinsdagavond tussen 19.00 en 21.00 uur kan men zonder afspraak te maken terecht in de NVSH-kliniek op de Van Beverningkstraat 134.

Het AIDS-platform is opgericht en staat onder voorzitterschap van de GG en GD. Een lijst van vertegenwoordigde groeperingen, diensten, instellingen e.d. wordt weergegeven in tabel 1. Het platform stelt zich ten doel om de AIDS-activiteiten te inventariseren en op basis daarvan de samenwerking tussen hulpverleners en instanties te coördineren.

Er is een AIDS-beleidsgroep ingesteld door de GG en GD welke adviezen inzake de AIDS-problematiek uitbrengt aan Burgemeester en Wethouders.

Diverse groeperingen en instellingen hebben zich, mede naar aanleiding van het AIDS-platform, intern beraden over hun taak en mogelijkheden bij de AIDS-problematiek.

---

Voorlichting over de ziekte AIDS en over AIDS-preventie wordt gegeven aan risicogroepen, individuele hulpvragers uit risicogroepen en andere verontruste mensen. Hiervoor wordt onder andere gebruik gemaakt van de "geslachtsziektenlijn" van de GG en GD (tel. 070 - 64 70 36).

Het heeft er veel van dat de AIDS-problematiek zowel medisch als psycho-sociaal voorlopig slechts in beperkte mate beheersbaar is. Deze beperkte beheersing heeft alleen kans van slagen wanneer de betrokken hulpverleners vanuit hun expertise en hun mogelijkheden tot een zo goed mogelijke afstemming van taken komen.

Daarbij is het een juist principe om de gangbare taakverdeling in de Nederlandse gezondheidszorg aan te houden.

De huisarts heeft een centrale eerstelijns-functie. Andere instanties in de eerste lijn van de maatschappelijke- of gezondheidszorg (bijvoorbeeld het maatschappelijk werk en het kruiswerk) spelen ieder op hun eigen zorggebied een ondersteunende rol.

De tweede lijn (venereoloog, internist, ziekenhuis, RIAGG etc.) verleent de meer specialistische hulpverlening.

De GG en GD kan bij deze taken eventueel complementair werk verrichten.

Daarnaast heeft de GG en GD een stimulerende en coördinerende taak op zich genomen. De epidemiologische ondersteuning kan eveneens vanuit de GG en GD worden gerealiseerd.

Wanneer ons land dezelfde ontwikkelingen te wachten staat als de Verenigde Staten op het ogenblik doormaakt is de problematiek waar we voor staan niet onaanzienlijk. Het is onze overtuiging dat met name een sterk beroep zal worden gedaan op overleg en goede samenwerking tussen alle betrokken instanties in Den Haag. De recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg hier ter stede op het gebied van AIDS wijzen erop dat het vertrouwen gerechtvaardigd is, dat Den Haag deze vuurproef zal doorstaan. ■

# Epidemiologische aspecten van infecties met het humaan parvovirus

H.T. Weiland, bacterioloog, Laboratorium voor Medische Microbiologie, Rijksuniversiteit Leiden.

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD Den Haag.

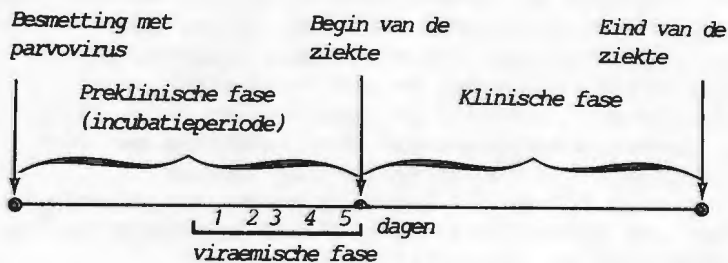
Over infecties met humaan parvovirus was tot voor kort weinig tot niets bekend. Gaandeweg blijkt dat parvovirus infecties endemisch (met epidemische uitschieters) voorkomen en een breed scala aan klinische manifestaties en complicaties laten zien. Het is niet uitgesloten dat deze infecties een niet onbeduidende rol kunnen spelen bij abortus, aplastische crises bij bepaalde vormen van anaemie en onbegrepen gewrichtsklachten. Juist vanwege de nieuwe ontdekkingen op dit gebied en de daarmee samenhangende actualiteit van deze parvovirus infecties, alsook vanwege het feit dat huisartsen vaak worden geconfronteerd met door dit virus veroorzaakte ziekteverschijnselen, menen wij er goed aan te doen verschillende aspecten van deze aandoening onder de aandacht te brengen van de lezers van het Epidemiologisch Bulletin.

In 1975 ontdekte Cossart (1) min of meer bij toeval een humaan parvovirus bij het testen van sera op de aanwezigheid van hepatitis-B. Een relatie met een bepaald ziektebeeld werd toen niet gevonden. Intussen is gebleken dat ongeveer 60% van de volwassenen antistoffen tegen dit virus bezit. Hieruit mag worden opgemaakt dat 60% van de mensen in een of andere vorm een infectie heeft doorgemaakt, derhalve dat de infectie wijd en zijd verspreid voorkomt onder de bevolking.

Sinds 1979 werd ontdekt dat infecties met het parvovirus verantwoordelijk kunnen zijn voor aplastische crises bij patiënten met sikkelcelanaemie en andere hereditaire haemologische anaemieën. In 1983, werd bewezen dat het erythema infectiosum bij kinderen, de zogenaamde "vijfde ziekte" door het parvovirus werd veroorzaakt. Sindsdien zijn er veel epidemieën van de humane parvovirus infectie onderzocht en beschreven.

Het erythema infectiosum is de meest bekende uitingsvorm van de parvovirus infectie. Het komt het meest voor bij kinderen van 4-10 jaar en heeft meestal een mild verloop met geringe koorts, algemene malaise en een exantheem dat rubelliform van aard is. In de regel blijft het exantheem beperkt tot de extremiteiten (guirlande-vorm) en blijven handpalmen en voeten meestal vrij. Vaak wordt het voorafgegaan door rode wangen met bleekheid om de mond (appelwangen). De "vijfde ziekte" bij kinderen zal voor de meeste huisartsen een vertrouwd ziektebeeld zijn. Echter ook volwassenen kunnen met het virus geïnfecteerd worden en een ziektebeeld doormaken dat er totaal anders uitziet dan bij kinderen. Naast algemene malaise klachten en infecties van de bovenste luchtwegen kunnen, met name bij vrouwen, voorbijgaande gewrichtspijnen soms met een vrij ernstig karakter optreden. Sinds kort is eveneens bekend dat een infectie met het parvovirus in het verloop van de zwangerschap tot abortus of intra-uteriene vruchtdood

1. Anderson MJ, Pattison JR. The Human Parvovirus. Arch Virology 1984; 82: 137-48.



Figuur 1. Schematische voorstelling van het verloop van de humane parvovirus infectie.

kan leiden. Met name deze complicaties onderstrepen het belang van een goede diagnostiek van de parvovirus infectie zo dit uit differentiaal diagnostische overwegingen (gewrichtspijnen) of uit preventief oogpunt (intra-uteriene infectie) wenselijk blijkt.

De laboratorium diagnostiek van parvovirus infecties wordt bemoeilijkt door het feit dat het virus niet te kweken is.

Het voor de opbouw van serologische testen noodzakelijk virus moet daarom noodgedwongen uit bloed geïsoleerd worden. Het bloed van patiënten, dat wil zeggen personen met een klinisch manifest ziektebeeld, komt hiervoor niet in aanmerking. Tijdens de ziekteperiode is namelijk het virus niet meer aanwezig in het bloed. De viraemie, die ongeveer 5 dagen duurt, gaat vooraf aan de ziekteverschijnselen (zie figuur 1). Geïnfecteerde contacten van patiënten, die in de viraemische fase van de incubatieperiode verkeren, zijn echter wel mogelijke bronnen van het virus. Het zou bijvoorbeeld mogelijk zijn om het bloed van volwassen familiecontacten te testen op de aanwezigheid van het virus. Door het afnemen van viruspositief bloed zou vervolgens een belangrijke hoeveelheid virus ter beschikking komen voor het ontwikkelen van de diagnostische test.

Als alternatief zouden bloeddonoren op het parvovirus kunnen worden onderzocht. Echter daar het testen van bloed daarbij volkomen ongericht plaats vindt, ligt in dat geval de kans op succes slechts tussen de 1 op 4000 en 1 op 40000.

Vanuit het Laboratorium voor Medische microbiologie van de Rijksuniversiteit te Leiden wordt op het ogenblik getracht om via huisartsen het voor de ontwikkeling van de serologische diagnostiek noodzakelijke "contact-bloed" ter beschikking te krijgen. Tot op heden zijn de pogingen in een beperkte kring van huisartsen echter zonder succes gebleven. Daarmede blijft in Nederland het plegen van objectieve diagnostiek van humane parvovirus infecties vooralsnog een moeilijke zaak, zodat zowel de geneeskunde en het epidemiologisch onderzoek naar verspreidingspatronen wordt gehandicapt.



# Dodelijke prive-ongevallen bij kinderen in Den Haag in de periode 1978-84

---

A.H. Bergink, jeugdarts  
en gemeentelijk lijk-  
schouwer, GG en GD Den  
Haag.

## ■ INLEIDING

Bij de bestudering van ongevallen bij kinderen wordt onderscheid gemaakt tussen verkeersongevallen en ongevallen in de privé-sfeer, dat wil zeggen ongevallen in- en om huis, op school en tijdens sport, recreatie en vakantie. In de afgelopen decennia was de aandacht vooral gericht op het terugdringen van de (dodelijke) verkeersongevallen en veel minder op de preventie van (dodelijke) ongevallen in de privé-sfeer. Sinds kort is hierin verandering gekomen. Het is met name de in 1983 opgerichte Stichting Consument en Veiligheid die momenteel baanbrekend werk verricht op het terrein van de preventie van ongevallen buiten het verkeer.

Bij het ontwikkelen van een effectief preventiebeleid inzake privé-ongevallen is onderzoek naar de aard, de toedracht en de achtergronden van dergelijke ongevallen, alsmede naar de produkten die erbij betrokken zijn, een noodzakelijke voorwaarde. Voorts is een gedetailleerde registratie onontbeerlijk. Voor het registreren van poliklinisch behandelde ongevals-patiënten heeft de Stichting Consument en Veiligheid een registratiesysteem opgezet, waaraan 14 Nederlandse ziekenhuizen deelnemen. Wekelijks sturen deze ziekenhuizen alle relevante ongevalsgegevens van poliklinisch behandelde slachtoffers van privé-ongevallen op naar de Stichting. Uiteraard levert deze registratie geen informatie op over de dodelijke ongevallen in de privé-sfeer. Om hieromtrent meer gegevens te verkrijgen ging vorig jaar eveneens onder leiding van de Stichting Consument en Veiligheid, een proefproject "Registratie doodsoorzaken van ongevallen in de privé-sfeer" van start, dat werd uitgevoerd door enkele gemeentelijke lijkschouwers van Den Haag, Eindhoven en Enschede. Zoals bekend dient in alle gevallen van een niet-natuurlijke dood de invulling van de doodsoorzakenverklaring ingevolge de artikelen 5 en 6 van de wet van 1 juni 1865, de zg. B-brief door de gemeentelijke lijkschouwer te gebeuren. Dit impliceert dat alle slachtoffers van fataal verloopende ongevallen door de gemeentelijke lijkschouwer worden geschouwd en dat derhalve de gemeentelijke lijkschouwers snelle en uitgebreide informatie kunnen verschaffen over dodelijke ongevallen in het algemeen en dodelijke privé-ongevallen in het bijzonder. Het proefproject liep van juni 1984 tot en met mei 1985.

Gedurende deze periode werden door de gemeentelijke lijkschouwers aan de hand van een vragenformulier de achtergronden van het ongevalsgebeuren nagegaan bij de slachtoffers van fatale privé-ongevallen.

De resultaten van dit proefproject zullen door de Stichting Consument en Veiligheid worden gepubliceerd. Gedurende de periode juni 1984 tot en met mei 1985 werd in Den Haag slechts 1 dodelijk privé-ongeval bij

kinderen van 0-14 jaar gerapporteerd. Algemeen wordt aangenomen op grond van de CBS-statistieken dat jaarlijks in Nederland gemiddeld 250 kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar overlijden ten gevolge van een ongeval buiten het verkeer. Op grond van dit cijfer was 1 dodelijk privé-ongeval bij Haagse kinderen gedurende een periode van 12 maanden duidelijk lager dan werd verwacht. Volgens opgave van het Centraal Bureau voor de Statistiek woonde in 1983 rond 2,3% van de Nederlandse kinderen van 0-14 jaar in Den Haag. Een korte berekening leert dat uitgaande van 250 dodelijke privé-ongevallen per jaar bij Nederlandse kinderen, er in Den Haag jaarlijks 5 à 6 fatale ongevallen zouden moeten plaatsvinden. Ofschoon het slechts om betrekkelijk kleine aantallen gaat, leken de bevindingen bij het proefproject hiermee niet in overeenstemming. Daarom werd besloten een retrospectief onderzoek in te stellen. Dit was mogelijk omdat in alle gevallen van een niet-natuurlijke dood de gemeentelijke lijkschouwers ingevolge artikel 29t der wet op de lijkbezorging een schriftelijk verslag dienen uit te brengen aan de officier van justitie. Copieën van deze verslagen worden zorgvuldig bewaard. Bij het onderhavige archiefonderzoek werden alle verslagen die door de gemeentelijke lijkschouwers in Den Haag in de periode 1978-84 aan de officier van justitie waren uitgebracht doorgenomen, waarbij alle dodelijke privé-ongevallen bij kinderen van 0-14 jaar werden geregistreerd. Dodelijke verkeersongevallen bij kinderen werden buiten beschouwing gelaten. Slechts bij één ongeval rezen er twijfels of het ging om een dodelijk privé-ongeval of om een dodelijk verkeers-

Tabel 1. Aantallen dodelijke privé-ongevallen bij kinderen uitgesplitst naar geslacht en leeftijdskategorie, Den Haag, 1978-84.

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Totaal
<i>Jongens</i>								
0-4 jaar :	5	1	1	4	2	-	1	14
5-14 jaar:	-	3	-	-	4	-	1	8
Subtotaal:	5	4	1	4	6	-	2	22
<i>Meisjes</i>								
0-4 jaar :	-	1	1	1	3	2	-	8
5-14 jaar:	1	1	2	-	-	1	-	5
Subtotaal:	1	2	3	1	3	3	-	13
<i>Totaal</i>								
0-4 jaar :	5	2	2	5	5	2	1	22
5-14 jaar:	1	4	2	-	4	1	1	13
Totaal :	6	6	4	5	9	3	2	35

---

ongeval. Het betrof hier een kleuter die op het trottoir werd doodgereden door een auto die werd bestuurd door een minderjarige jongen.

#### ■ RESULTATEN VOOR ENKELE PERSOONSKENMERKEN

In tabel 1 vindt men een overzicht van de aantallen ten gevolge van ongevallen in de privé-sfeer overleden jongens en meisjes in Den Haag in de jaren 1978-84. Uit deze tabel blijkt dat het in de betreffende periode ging om een totaal aantal van 35 kinderen. Onder deze 35 kinderen waren er 4 die niet in Den Haag woonachtig waren. Twee kinderen, één uit de Bondsrepubliek en één uit de Verenigde Staten verdronken in zee tijdens een vakantieverblijf in Den Haag. Twee kinderen afkomstig uit omliggende gemeente overleden in Haagse ziekenhuizen ten gevolge van een ongeval in de privé-sfeer dat hun was overkomen in de eigen woonplaats. Daartegenover staat dat er naar alle waarschijnlijkheid in de betreffende periode Haagse kinderen buiten de stad zijn overleden aan een privé-ongeval.

Van de 31 in Den Haag woonachtige kinderen waren er 11 (35%) van uitheemse origine. Het risico voor dodelijke privé-ongevallen is voor uitheemse kinderen dus relatief groot (t.o.v. inheemse kinderen). Tabel 1 laat ook zien dat het aantal dodelijke ongevallen bij jongens anderhalf tot twee keer zo groot was als bij meisjes, namelijk 22 tegenover 13. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de opgaven in de literatuur (1). Omdat de 0-4 jarigen de meest bedreigde groep vormen werden de kinderen ingedeeld in de leeftijdscategorieën 0-4 en 5-14 jaar. Zoals uit



Foto 'Ouders van Nu'

1. Rogmans WHJ. Jonge kinderen en ongevalsrisico's buiten het verkeer. Leiden: Spruyt, van Mantgem en De Does BV, 1984.

tabel 1 blijkt kwamen van de 35 dodelijke ongevallen er 22 (63%) voor in de leeftijdscategorie 0-4 jaar en 13 (27%) in die van 5-14 jaar. Ook deze cijfers zijn in overeenstemming met die welke in de literatuur worden opgegeven. Tenslotte laat tabel 1 zien dat het jaarlijks aantal dodelijke ongevallen bij kinderen van 0-14 jaar aanzienlijke schommelingen vertoonde en varieerde van 9 in 1982 tot 2 in 1984.

#### ■ ONGEVALSBECHRIJVINGEN

Dodelijke ongevallen in de privé-sfeer kunnen zich onder 1001 omstandigheden voltrekken. Geen enkel ongeval is gelijk aan een ander. Heel vaak blijkt echter dat er een koppeling is tussen de ontwikkelingsfase van het kind en de voor de leeftijd geldende specifieke ongevalsrisico's en ongevalstypen. Korte beschrijvingen van de ongevalstoedracht staan opgesomd in tabel 2. Hieruit kan geconcludeerd worden dat verdrinkingsongevallen het meest voorkwamen. Niet minder dan 14 kinderen verdronken in de periode 1978-84 in Den Haag. Verrassend zijn deze cijfers geenszins. Onder de dodelijke privé-ongevallen heeft verdrinking de eerste plaats (2). Voorts kwam een vrij groot aantal kinderen om door brand in eigen woning. Vijf kinderen stierven ten gevolge van rookverstikking. Uit deze summere reeks van dodelijke privé-ongevallen bij kinderen blijkt eveneens dat er niet zelden bepaalde produkten bij het ongeval zijn betrokken, zoals trappen in en buitenshuis (4x), kindertuigjes (2x), vensterglas (2x) en schommeltouw (1x). Bij de ongevalstoedracht spelen echter heel vaak tal van factoren een oorzakelijke rol. Niet zelden

Foto 'Stichting Consument en Veiligheid'

## Wonen aan open water kost kinderlevens



2. Jonge GA de (redactie). Preventie van verdrinking van kinderen. Leiden: Spruyt, van Mantgem en De Does BV, 1982.

Tabel 2. Beschrijvingen van dodelijke privé-ongevallen bij kinderen in Den Haag, 1978-84. (deze pagina en verder)

### 1978

Twee broertjes, 3 en 4 jaar oud, ongekomen door rookverstikking bij brand in woning.

Jongen van 3 jaar tijdens schommelen door schommeltouw gewurgd.

Jongen van 2 jaar in gracht verdronken.

Meisje van 11 jaar van trap gevallen met dodelijk hersenletsel als gevolg.

Jongen van 1 jaar gestikt in tuigje in een kinderbedje.

### 1979

Jongen van 8 jaar door ijs geknakt en verdronken.

Meisje van 1 jaar gewurgd in een kindertuigje

Jongen van 9 jaar door glaswand gevallen en verbloed.

Jongen van 9 jaar in kanaal gevallen en verdronken.

Jongen van 3 jaar ongekomen door rookverstikking bij brand in woning.

Meisje van 5 jaar van portiektrap gevallen en dodelijk schedelletsel opgelopen.

vertonen kinderen die een dodelijk ongeval overkomt een opvallend riskant gedrag. Ook psychosociale factoren in het gezin zijn vaak van invloed (tabel 2).

Ter illustratie volgt hier ter afsluiting een enigszins uitvoerige beschrijving van het dodelijke ongeval dat een 11-jarige jongen in 1984 overkwam (het laatstgenoemde in tabel 2).

Een jongen uit een Turks gastarbeidersgezin drong op een zaterdagmiddag in juli 1984 met een aantal vriendjes een rijtje slooppanden binnen. De straat waaraan de te slopen huizen stonden is gelegen in een dicht bevolkte stadswijk. Naast de huizen die moesten worden gesloopt stonden huizen die wel werden bewoond. De deuren van de vensters van de te slopen huizen waren aan de voorzijde dichtgemetseld. Aan de achterzijde werd de toegang versperd door een ruim twee meter hoge betonnen muur. Het nemen van een dergelijke hindernis was voor deze jongen en zijn vriendjes een peuleschilletje. Vervolgens klommen zij op het dak. Op dit dak bevond zich een duiventil, waar hij bovenop klom. Toen hij van deze duiventil afsprong kwam hij op een dakvenster terecht. Dit venster was door allerlei viezigheid en begroeiing bijna onzichtbaar geworden. Het glas in het venster brak en hij viel op de vloer van de derde verdieping. Tijdens zijn val door de ruit drong een scherf in zijn rechter oksel en trof de arteria axillaris. Hevig bloedend riep hij zijn vriendjes nog toe dat zij hulp moesten halen. Daarna raakte hij in shock. Voordat de politie, de brandweer en de GG en GD de plaats van het onheil hadden bereikt was de jongen reeds gesuiccombeerd. Toen het drama plaats vond waren de ouders van hem in Turkije in verband met de begrafenis van zijn oudere broer die kort daarvoor bij een bromfietsongeval was omgekomen. Ook dit ongeval gebeurde in Nederland. Uit het schoolarts-dossier dat na het ongeval werd geraadpleegd, bleek dat hij een vitale gezonde harmonisch gebouwde jongen was, met een lengte en gewicht zoals bij zovele uitheemse kinderen ver onder de tiende percentiel. Zijn klasseonderwijzer vertelde dat hij een jongen was met veel bravour. Hij was een leiderstype. Kort voor het ongeval was hij betrokken geweest bij een serie inbraken. Zijn ouders kwamen nimmer op school. Enkele dagen na het ongeval gingen de panden tegen de grond. Het karwei was binnen een dag geklaard.

### ■ DISCUSSIE

De in tabel 1 gepresenteerde cijfers geven naar alle waarschijnlijkheid een redelijk volledig en valide beeld van de gemeten problematiek. Wel is in verband met de kleine aantallen en de daaruit voortvloeiende statistische betrouwbaarheid voorzichtigheid geboden met generalisaties. Volgens mevrouw L.M. Friden, medisch ambtenaar van het Centraal Bureau voor de

Statistiek, komt het niet voor dat bij dodelijke ongevallen bij kinderen de verklaring van overlijden en de doodsoorzakenverklaring abusievelijk door de behandelende artsen worden ingevuld (3). Alle dodelijke ongevallen bij kinderen, zowel in het verkeer als in de privé-sfeer, komen dus ter kennis van de gemeentelijke lijkschouwers. (Terloops zij hier vermeld dat dit niet altijd opgaat voor dodelijke privé-ongevallen bij ouderen. Met name gebeurt het nogal eens bij collumfracturen dat de A- en B-overlijdensformulieren door de behandelende artsen worden ingevuld. Als er ten gevolge van deze letsels na enige tijd een complicatie optreedt, bijvoorbeeld een pneumonie, waaraan de patiënt komt te overlijden wordt door vele artsen ten onrechte aangenomen dat het dan om een natuurlijke dood gaat).

Soms zijn de juiste oorzaken van het plotseling overlijden van kinderen onduidelijk. Als de huisartsen in zulke gevallen zich niet geroepen voelen om de A- en B-overlijdensformulieren in te vullen, wordt de gemeentelijke lijkschouwer ingeschakeld. Ook deze is dan meestal niet in staat te verklaren dat het om een natuurlijke dood gaat. Hoewel er eigenlijk nimmer sprake is van een duidelijk privé-ongeval moet met de mogelijkheid dat het kind gestikt is in eigen braaksel of dat het in een kussen gestikt is rekening worden gehouden. Als het tot een gerechtelijke sectie komt blijkt bijna altijd dat zo'n kind een natuurlijke dood is gestorven. In de periode 1978-84 deden zich in Den Haag 6 gevallen van plotselinge dood bij jonge kinderen voor, waarbij de gemeentelijke lijkschouwers werden ingeschakeld, zonder dat er sprake was van een bewezen ongeval. Ook als het gaat om het zo geheten Sudden Infant Death Syndroom is het vaak moeilijk slachtoffertjes hiervan te onderscheiden van slachtoffertjes van een verstikkingsdood. Hierbij worden de gemeentelijke lijkschouwers eveneens vaak betrokken. In de periode 1978-84 gebeurde dit in Den Haag 17 keer. Het is niet uitgesloten dat sommige gevallen van plotselinge dood of van wiegedood ten onrechte in de landelijke statistiek van dodelijke privé-ongevallen worden opgenomen. Volledigheidshalve moet hier nog worden vermeld dat de gemeentelijke lijkschouwers ook de doodsoorzakenverklaring ingevolge de artikelen 5 en 6 van de wet van 1 juni 1865 moeten invullen als het om moord of doodslag (child battering) gaat. In de betrokken periode werden de gemeentelijke lijkschouwers in Den Haag met 7 van zulke trieste gevallen geconfronteerd.

Rekening houdend met het feit dat in 1982 twee in het buitenland woonachtige kinderen in Scheveningen in zee verdronken, kan gesteld worden dat in de periode 1978-82 jaarlijks gemiddeld 5 à 6 Haagse kinderen stierven ten gevolge van een ongeval in de privé-sfeer. Dit aantal is conform het aantal dat op basis van de gegevens van de CBS-statistieken verwacht mocht worden. Opvallend is echter dat de voor de jaren 1983

## 1980

*Meisje van 9 jaar bij schoolzwemmen in zwembad verdronken.*

*Meisje van 8 jaar, spastisch, in badkuip verdronken.*

*Jongen van 2 jaar onder omvallende kast gekomen en zwaar schedelletsel en inwendige verwondingen bekomen.*

*Meisje van 2 jaar pallets op het hoofd gekregen en zwaar schedel- en hersenletsel opgelopen.*

## 1981

*Meisje van 3 jaar geëlektrocu-teerd door een onder stroom staande schemerlamp.*

*Jongen van 10 maanden thuis van trap gevallen en gesuc-combeerd aan schedel- en hersenletsel.*

*Jongen van 3 jaar van trap gevallen met dodelijk hersenletsel als gevolg.*

*Jongen van 4 jaar bij brand in woning in de rook gestikt en verbrand.*

*Jongen van 10 maanden in kussen in kinderbedje gestikt.*

3. *Persoonlijke medede-ling.*

---

## 1982

*Jongen van 14 jaar bij brand in woning gestikt en verbrand.*

*Jongen van 2 jaar in sloot verdronken.*

*Jongen van 5 jaar in gracht gevallen en verdronken.*

*Meisje van 2 jaar in kanaal gevallen en verdronken.*

*Jongen van 8 jaar bij het zwemmen in zee verdronken.*

*Jongen van 4 jaar in kanaal geraakt en verdronken.*

*Meisje van 14 jaar bij het zwemmen in zee verdronken.*

*Meisje van 2 jaar van balkon gevallen en een contusio cerebri opgelopen.*

*Meisje van 2 jaar uit raam van de tweede verdieping gevallen en aan schedel- en hersenletsel gestorven.*

---

## 1983

*Meisje van 5 maanden in bedje plastic broekje om het hoofd gekregen en gestikt.*

*Meisje van 10 jaar in gracht gevallen en verdronken.*

*Meisje van 2 jaar in sloot geraakt en verdronken.*

---

## 1984

*Jongen van 1 jaar in sloot gelopen en verdronken.*

*Jongen van 11 jaar op dak gespeeld door dakraam gevallen en een dodelijke slagaderlijke bloeding gekregen.*

---

en 1984 gevonden cijfers bij Haagse kinderen beduidend lager zijn dan werd verwacht. Ook voor het jaar 1985 mag wederom op een laag cijfer worden gerekend, aangezien in de eerste 9 maanden van dit jaar "slechts" 2 kinderen in de leeftijdsklasse van 0-14 jaar overleden aan de gevolgen van een privé-ongeval. Er rijzen dan ook twijfels of het cijfer van 250 dodelijke privé-ongevallen per jaar bij kinderen van 0-14 jaar de huidige situatie in ons land wel nauwkeurig weergeeft. Als dit cijfer wel juist is dan moet worden vastgesteld dat het aantal dodelijke privé-ongevallen bij kinderen in Den Haag in de jaren 1983-84 naar verhouding zeer laag was. De uitkomsten van dit onderzoek zouden echter ook kunnen wijzen in de richting van een nogal drastische daling van het aantal dodelijke privé-ongevallen bij kinderen in ons land sedert 1983. Zouden de gevonden cijfers van de afgelopen paar jaar representatief zijn voor geheel Nederland dan zou dit betekenen dat het jaarlijks aantal dodelijke privé-ongevallen bij kinderen van 0-14 jaar momenteel tussen de 100 en 150 ligt.

Ter afsluiting kan hier nog naar voren worden gebracht dat het door de Stichting Consument en Veiligheid opgezette proefproject "Registratie doodsoorzaken van ongevallen in de privé-sfeer" uitgewezen heeft dat de basisgezondheidsdiensten een belangrijk aandeel kunnen hebben in de opzet van een permanent registratie- en signaleringssysteem van dodelijke privé-ongevallen en dat bij het ontwikkelen van een effectief preventiebeleid onder meer de gegevensverzameling door de gemeentelijke lijkschouwers van grote waarde kan zijn. Een snelle berichtgeving omtrent (nieuwe) gevaarlijke producten die aanleiding gaven tot een dodelijk privé-ongeval is bijvoorbeeld mogelijk. Al met al strookt dit met de vigerende no nonsense opvattingen omtrent de taken van de basisgezondheidsdiensten. Deze dienen immers onder meer actuele, relevante en representatieve epidemiologische informatie te verschaffen. ■

# De gedwongen opname in Den Haag;

Een dossieronderzoek over de jaren 1980-85

## ■ INLEIDING

Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan over het algemeen op twee manieren plaatsvinden; via een inbewaringstelling (IBS) of via een rechterlijke machtiging (RM). Bij een IBS dient sprake te zijn van een acuut gevaar voor de betrokkene zelf, voor zijn omgeving, of voor de openbare orde. Er dient een ernstig vermoeden te bestaan dat de betrokkene lijdende is aan krankzinnigheid. De burgemeester geeft de IBS af nadat een niet behandelend zenuwarts een geneeskundige verklaring heeft overlegd, waaruit bovenstaande blijkt. Later wordt de IBS al of niet door de rechtbank bekrachtigd. De RM loopt via een geneeskundige verklaring van een niet behandelend zenuwarts. Hierin verklaart deze dat de cliënt lijdende is aan krankzinnigheid en dat plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis wenselijk of noodzakelijk is. De rechtbank kan, na zich geïnformeerd te hebben, de aanvraag tot RM weigeren wanneer niet aan de criteria van de wet voldaan wordt.

Op 16 april 1980 leidde de uitspraak van het Europese hof voor de rechten van de mens, naar aanleiding van de zaak Winterwerp, tot nieuwe ministeriële richtlijnen voor toepassing van de Krankzinnigenwet. Volgens deze richtlijnen dient de rechter de patiënt (of diens vertegenwoordiger) te horen alvorens een beslissing te nemen omtrent afgifte van de eerste machtiging tot opname in een "krankzinnigengesticht". De Haagse rechtbank kwam naar aanleiding van deze richtlijnen tot het beleid elke patiënt op te roepen, ook al verwijst de geneeskundige verklaring naar artikel 17 lid 3 (zinloos of onverantwoord). Zij weigerde stelselmatig de machtiging bij niet verschijnen van de patiënt of bij niet voldoen aan de gevaarscriteria, welke de rechtbank vooruitlopend op de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) noodzakelijk achtte. Schudel zei hierover in zijn voordracht voor het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap (1): "de ernstigste patiënten konden niet meer krachtens een rechterlijke machtiging worden opgenomen. Het wachten op een explosieve situatie, die de omweg via een inbewaringstelling legitimeerde, was het enig alternatief".

In Haagse psychiatrische kringen is gaandeweg het vermoeden gegroeid dat het aantal opnamen krachtens een IBS in Den Haag de laatste jaren toeneemt evenals het aantal RM'en dat afgewezen wordt. Dit vormde enige maanden geleden de aanleiding voor ons een onderzoek hiernaar te starten.

Wij gingen in ons onderzoek uit van de volgende vraagstellingen:

- Bestaat er gedurende de laatste jaren een toename in het aantal opnamen krachtens een IBS in Den Haag;

*M. Vegt, assistent-psy-  
chiatr, afdeling Sociale  
Psychiatrie, RIAGG Noord-  
hage Den Haag.*

*M. van der Velden, zenuw-  
arts, afdeling Sociale  
Psychiatrie, RIAGG Zuid-  
hage Den Haag.*

*Hartelijk danken wij de  
dames S.H. de Jong,  
L.M.E. Majoor en A.M.  
Reeuwijk voor hun bij-  
drage aan dit artikel.*



1. Schudel WJ. *Gedwongen opnemings. Kanttekeningen vanuit de Sociaal Psychiatrische praktijk. Voordracht voor het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, december 1984.*
2. *Gegevens uit de Patiëntenregistratie Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), 1978-83. Geneeskundige hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.*

- Neemt het aantal opnamen met een RM in Den Haag in diezelfde periode af vanwege de toename in het aantal afwijzingen van machtigingen;
- Bestaat er, voor zover dat op basis van de beschikbare informatie te zeggen is, een samenhang tussen beide fenomenen, met andere woorden ontstaat er een "vlucht in de IBS".

#### ■ METHODE

De mogelijke verschuiving in juridische status van de patiënt die in Den Haag gedwongen opgenomen werd in een psychiatrische inrichting hebben wij vastgesteld aan de hand van een cijfermatige dossierstudie van deze opnamen. Gegevens van de Haagse GG en GDen van gezamenlijke Haagse RIAGGen werden verzameld en geanalyseerd. Van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (2) werden gegevens betrokken om vergelijkingen mogelijk te maken met landelijke gemiddelden. Het betrof de IBS-en over de periode 1980 tot en met juni 1985 en de aanvragen tot RM over de periode 1982 tot en met juni 1985.

#### ■ RESULTATEN

##### Opnamen met een IBS.

De belangrijkste gegevens over opnamen krachtens een IBS staan in tabel 1. Het absoluut aantal IBS-en blijkt in Den Haag over de jaren 1980 tot en met 1984 met bijna 100% te zijn toegenomen. Wanneer we deze gegevens uitdrukken in percentages van het totaal aantal opnamen zien we eveneens een verdubbeling. Uitgedrukt als incidentie per 10.000 inwoners van Den Haag per jaar worden er vanaf 1982 drie tot vier personen per jaar via een IBS opgenomen. Vermeld dient

Tabel 1. Absolute en relatieve aantallen opnamen met een IBS in Den Haag, 1980-85(eerste helft).

Periode	Absoluut	Percentage van totaal aantal opnamen	Aantal per 10.000 inw. per jaar
1980:	87	3,2	1.9
1981:	106	3,7	2.3
1982:	144	5,2	3.2
1983:	156	6,0	3.5
1984:	165	6,2	3.7
1985: (t/m juni)	75	7,1	3.4

te worden dat niet bekend is of alle geneeskundige verklaringen ten behoeve van het verkrijgen van een IBS door de rechtbank bekrachtigd zijn. Zij leidden in ieder geval wel zonder uitzondering tot een gedwongen opname. Verder blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen de patiënt ouder is dan 25 en jonger dan 45 jaar. De spreidingsbreedte in leeftijd is groot: 18 tot 91 jaar. Tabel 2 laat zien dat het aantal beoordelingen voor een IBS dat plaatsvindt in psychiatrische ziekenhuizen de laatste jaren stijgt en dat het aantal beoordelingen op politiebureaus verhoudingsgewijs afneemt. Ook worden er steeds meer patiënten thuis gezien.

#### Opnamen met een RM.

In tabel 3 zien we dat het aantal geneeskundige verklaringen, in Den Haag afgegeven ten behoeve van het verkrijgen van een RM, vanaf 1981 tot 1983 een constant aantal van ongeveer 100 per jaar vertoont, waarna in 1984 een "dip" optreedt.

(Ook in 1981 werden er 100 geneeskundige verklaringen uitgeschreven). In deze tabel zien we verder dat het aantal aanvragen voor een opname met een RM dat in Den Haag in de periode 1 januari 1982 tot en met 30 juni 1985 door de rechtbank werd afgewezen een duidelijke stijging vertoont. Tabel 4 laat zien dat absoluut en relatief een daling van de opnamen via een RM optreedt na 1983. Per 10.000 inwoners van Den Haag worden er per jaar tussen de één tot twee mensen met een RM opgenomen.

Tabel 2. Opnamen met een IBS naar lokatie waar de patiënten werden gezien, Den Haag, 1982-85(eerste helft).

Lokatie	1982		1983		1984		1985(-juli)	
	Abs.	( % )	Abs.	( % )	Abs.	( % )	Abs.	( % )
Politiebureau	67	(46,5)	65	(41,7)	70	(42,4)	21	(28,0)
'Thuis'	28	(19,4)	40	(25,6)	46	(27,9)	22	(29,3)
Psychiatrisch ziekenh.:	15	(10,4)	19	(12,2)	20	(12,1)	25	(33,4)
Crisiscentrum	8	(5,5)	9	(5,8)	7	(4,3)	1	(1,3)
Centraal bureau	9	(6,3)	7	(4,5)	4	(2,4)	1	(1,3)
Algemeen ziekenhuis	4	(2,8)	5	(3,2)	6	(3,6)	1	(1,3)
EHBO	7	(4,9)	3	(1,9)	3	(1,8)	-	(-, -)
Elders <sup>1)</sup>	6	(4,2)	8	(5,1)	9	(5,5)	4	(5,4)
Totaal	144	(100)	156	(100)	165	(100)	75	(100)

<sup>1)</sup> T.w. bij vrienden/familie, verpleeghuizen, alcoholklinieken.

Tabel 3. Uitgeschreven en afgewezen geneeskundige verklaringen voor het verkrijgen van een RM, Den Haag, 1982-85 (eerste helft).

	Uitgeschreven geneeskundige verklaringen	Afgewezen geneeskundige verklaringen	
		Abs.	(%)
1982:	101	11	(10,9)
1983:	103	2	(1,9)
1984:	61	8	(13,1)
1985: (t/m juni)	45	13	(28,9)

Tabel 4. Absolute en relatieve aantallen opnamen met een RM in Den Haag, 1982-85 (eerste helft).

Periode	Absoluut	Percentage van totaal aantal opnamen	Aantal per 10.000 inw. per jaar
1982:	90	3,3	2.0
1983:	101	3,9	2.2
1984:	53	2,1	1.2
1985: (t/m juni)	32	3,0	1.4

#### ■ CONCLUSIE

In Den Haag neemt het aantal gedwongen opnamen krachtens een IBS fors toe: een verdubbeling sinds 1980. Ook het aandeel van opnamen via een IBS op het totaal aantal psychiatrische opnamen in Den Haag stijgt duidelijk. Gerelateerd aan het inwonersaantal van Den Haag zien we eveneens een evidente stijging (van 1.9 in 1980 tot 3.7 per 10.000 in 1984). Het aantal opnamen krachtens een RM neemt af en wel met ongeveer 30% sinds 1983. Per 10.000 inwoners van Den Haag worden er tussen de één en twee mensen per jaar met een machtiging opgenomen. Het aantal afgewezen aanvragen voor RM neemt over de laatste jaren in Den Haag fors toe: In de eerste helft van 1985 werd bijna 30% door de rechtbank afgewezen. Opvallend is tenslotte dat er een verschuiving lijkt plaats te vinden in de plaats waar de patiënt gezien wordt ter beoordeling voor een IBS: meer beoordelingen in het psychiatrisch ziekenhuis en thuis, minder op het politiebureau.

## ■ DISCUSSIE

Het aantal afgewezen opnamen krachtens een RM neemt in Den Haag toe, zowel in absolute als in relatieve zin. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de jurisprudentie en de ministeriële richtlijnen rond de RM een duidelijk effect hebben. Aanvankelijk vonden veel afwijzingen plaats, omdat de betrokkene niet gehoord kon worden, hetzij na een oproep om te verschijnen voor de rechtbank, hetzij bij een poging tot huisbezoek. Later bleek, dat in gevallen waarin de patiënt wel gehoord kon worden, de rechtbank, vooruitlopend op de BOPZ, het criterium hanteerde, dat de patiënt gevaarlijk moest zijn voor zichzelf dan wel voor zijn omgeving. Duidelijkheid rond het acute karakter van dit gevaar is er nog niet. Het zogenaamde "bestwil-principe" wordt niet meer gehanteerd. Een andere mogelijke verklaring voor de toename in het aantal afwijzingen is het automatisch toewijzen van een advocaat via een piketdienst (in Den Haag per 1 januari 1985) aan de patiënt. Deze advocaat bezoekt zo mogelijk zijn cliënt voordat deze door de rechter wordt gehoord en is tevens aanwezig bij het "horen". Gezien de toename van het aantal IBS-en (een toename van 100% in Den Haag sinds 1980) lijkt er een verschuiving op te treden richting deze juridische maatregel. Men zou kunnen spreken van een "vlucht in de IBS". In dat geval moet het ziektebeeld van een aantal patiënten dus verslechteren voordat een opname en de daarbij behorende behandeling kan plaatsvinden. Medisch gezien is dit een twijfelachtige ontwikkeling. Wat betreft de locatie van de afgifte van de IBS valt op dat dit toenemend plaatsvindt in psychiatrische ziekenhuizen. Het lijkt tegenwoordig moeilijker te zijn een patiënt tegen te houden die ontslag wenst tegen medisch advies in. Brook (3) vond dat 2.3% van een cohort vrijwillige opnamen in psychiatrische ziekenhuizen uit 1978, éénmaal of vaker in een onvrijwillige opname werd omgezet.

Op landelijke schaal is vast te stellen dat het aandeel van de vrijwillige opname, na een sterke toename in het begin van de jaren zeventig, vanaf 1976 vrij constant rond de 85% is gebleven (3). In Den Haag ligt dit percentage over de laatste jaren rond de 90 tot 95%. Jaarlijks vindt 4 à 5% van alle opnamen in Nederland krachtens een RM plaats. Dit blijft vanaf 1976 tot en met 1982, na een aanvankelijke daling met 46%, vrij constant (3). In Den Haag neemt het aantal opnamen krachtens een machtiging af. Het percentage varieert over de laatste jaren tussen de 2 en 4%, lager dus dan de landelijke cijfers. Uitgedrukt in indexcijfers neemt het aantal IBS-en in Nederland sinds 1970 toe van 100 tot 243% (3). Vanaf 1978 varieert het percentage opnamen krachtens een IBS in Nederland tussen de 10 en 12%. In Den Haag ligt dit percentage tussen de 3 en 7%.

3. Brook OH. Wat brengt de wet BOPZ de psychiatrische patiënt? Patronen in de juridische situatie van psychiatrische patiënten na opname, een cohort onderzoek. *Tijd Psychiatry* 1985; 27 nr 7.
4. Offerhaus R. Twee jaar psychiatrie-piket in Rotterdam. *M Geest Volksgezondh* 1985; nr 6.

---

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat Den Haag over een voldoende beddenbestand beschikt, zodat patiënten in een vroeger stadium vrijwillig opgenomen kunnen worden. Escalatie, welke een dwangopname noodzakelijk maakt, kan in een aantal gevallen zo worden voorkomen.

Offerhaus (4) vond in de regio Rijnmond over de laatste jaren een afname in het aantal opnamen krachtens een IBS (325 in 1977, 161 in 1984). Voor 1977 vonden er zo'n 90 opnamen krachtens een RM plaats, na 1980 zo'n 25 per jaar. Hij schrijft: "Het effect van het arrest Winterwerp is kennelijk niet beperkt gebleven tot het 'horen' van de patiënt". Lage aantallen RM-en in de regio Rijnmond dus en bovendien, in tegenstelling tot onze bevindingen, een afname in het aantal IBS-en. Is dit een effect van twee jaar psychiatrie-piket in Rotterdam? Een goede verklaring voor het verschil tussen beiden steden hebben wij niet.

Verder en uitgebreid dossieronderzoek zal noodzakelijk zijn om vollediger uit te diepen welk oorzakelijk verband er in Den Haag bestaat tussen de toename in het aantal IBS-en en de afname in RM-en. ■

# De registratie van suïcidaal gedrag in Den Haag

In het bulletin van mei 1985 brachten wij verslag uit van de registratie over 1984 van suicide en parasuicide in Den Haag. Daarbij werden gegevens afkomstig uit het Huisartsregistratiesysteem Den Haag vergeleken met de traditioneel door de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) van de GG en GD zelf verzamelde informatie. Uit de resultaten bleek dat de afdeling GGZ aanmerkelijk méér suicides registreert dan via de huisartsregistratie aan het licht komt. Waarschijnlijk bereikt de informatie van de gemeentelijk lijkschouwer, c.q. de politie inzake suicides lang niet altijd, de huisarts. Bij de parasuicides zagen wij een veel kleiner verschil tussen beide registratiesystemen, maar nog altijd 33% méér bij de GGZ-registratie.

Een tijdig gesignaleerde breuk in de parasuicide-registratie vormt voor ons aanleiding om tussentijds te rapporteren omtrent de parasuicide-cijfers over (de eerste helft van) 1985.

In tabel 1 staan de relatieve aantallen parasuicides (geëxtrapoleerd) weergegeven voor 1984 en 1985. De parasuicide-gegevens vertonen over deze twee jaren een redelijke overeenstemming. Wel valt op dat de huisartsen nu relatief bijna 24% méér parasuicides registreerden dan de GGZ. In 1984 registreerde de GGZ nog éénderde méér parasuicides.

Voor deze op het oog wellicht verrassende bevindingen dient een verklaring te worden gevonden. Een zeer plausibele verklaring voor deze breuk zou kunnen zijn een vrij abrupt falen van de GGZ-registratie in de vorm van een aanzienlijke onderrapportering van parasuicides. De laatste veronderstelling vindt steun wanneer de parasuicide-cijfers van de GGZ-registratie over meerdere jaren worden vergeleken (tabel 2). In de periode 1973-83 heeft de afdeling GGZ jaarlijks telkens tenminste 600 gevallen van parasuicide geregistreerd. De kentering lijkt te ontstaan in 1984 en zet versterkt door in 1985.

Vrijwel in dezelfde periode beëindigde de GG en GD haar hulpverleningsactiviteiten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en werden deze overgenomen door de drie Haagse RIAGG-en. De coördinatie van acute

*W.J. Schudel, hoogleraar psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam.*

*Tabel 1. Vergelijking van twee Haagse registratiesystemen in aantal geregistreerde gevallen van parasuicide (per 100.000 per jaar) geëxtrapoleerd naar de totale Haagse bevolking, 1984-85 (eerste helft).*

	Aantal per 100.000 per jaar		Verschil '84-'85
	1984	1985	
Huisartsregistratiesysteem Den Haag:	90	119	+ 32%
GGZ-registratiesysteem :	121	96	- 21%

Tabel 2. Aantal geregistreerde gevallen van parasuicide in de GGZ-registratie, Den Haag 1982-85 (eerste helft).

Jaar	Abs. aantal
1982:	606
1983:	702
1984:	540
1985:	212

hulpverlening op stedelijk niveau werd door die operatie ingrijpend veranderd en is sindsdien beperkt gebleven tot de activiteiten buiten de normale diensturen. Binnen de kantoor tijd handelen de drie RIAGG-en de hulpvragen in hun regio zelfstandig af. Het lijkt aannemenlijk dat een groot aantal parasuicides wél in de RIAGG-en bekend wordt, maar niet meer ter registratie aan het centrale punt wordt doorgegeven. Deze, vanuit epidemiologisch gezichtspunt, zorgelijke ontwikkeling wordt thans gepoogd tegen te gaan door het opnieuw opbouwen van een communicatie-systeem tussen de RIAGG-en en de afdeling GGZ.

Er blijkt intussen voldoende bereidheid te bestaan gezamenlijk te trachten de schade te herstellen. Immers, de epidemiologie van suïcidaal gedrag heeft in Den Haag een unieke traditie van ruim 30 jaar en heeft in die periode steeds zeer waardevolle gegevens opgeleverd.

Juist nu, in een tijdvak waarin getracht wordt de geestelijke gezondheidszorg op regionaal niveau, meer dan in het verleden het geval was, vorm te geven op basis van objectieve informatie, is de (para) suicide-registratie een belangrijke vinger aan de pols van de stedelijke psycho-sociale problematiek. Het informatie-systeem, dat in deze indicator voorziet, kan en moet optimaal functioneren!

---

■ ENIGE CASUÏSTIEK EN/OF EPIDEMIOLOGIE VAN DE  
AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN OVER HET DERDE KWARTAAL  
1985.

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

Febris Typhoidea

De patiënten waren in India besmet.

Bacillaire dysenterie

5 shigella flexneri; 1 shigella sonnei.

Drie personen werden in het buitenland geïnfecteerd.

Hepatitis A

Eén persoon werd door een huisgenoot besmet, bij de  
ander bleef de bron onbekend.

Hepatitis B

Wijze van besmetting:

Intraveneus drugsgebruik: 1 persoon

Onbekend : 2 personen

Lepra

De patiënten waren van Surinaamse afkomst.

Malaria

Eén patiënt was besmet in Pakistan de ander in  
Nigeria. Beiden waren niet profylactisch behandeld.

Morbilli

De patiënt was op medische gronden nooit gevaccineerd.

Pertussis

4 personen waren volledig gevaccineerd, de andere twee  
hadden geen profylaxe gekregen.

Rubella

Er werden 2 IgG-testen verricht. Allen bleken genoeg  
antistoffen te hebben. Aan 6 vrouwen werd anti-  
Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

Voedselinfectie

De campylobacter-bacterie bleek in alle gevallen de  
veroorzaker van de infectie.



Tabel. Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht. Den Haag, 3e kwartaal 1985.

Infectieziekten	0-1 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			
<b>GROEP A</b>																					
Febris typhoidea	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	2	-	(1)	
Lassaakoorts e.a.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rabiës	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Variola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>GROEP B</b>																					
Anthrax	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brucellosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cholera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Difterie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dysenteria bac.	-	-	2	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	2	4	6	-	(5)	
Febris recurrens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gele koorts	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hepatitis A	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	(-)		
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	3	-	3	-	(2)		
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	2	-	(-)		
Leptospirosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Malaria	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	1	2	-	(2)		
Meningococcosis	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	(1)		
Morbilli	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	(-)		
Ornithosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Paratyfus B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Pertussis	-	-	1	2	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	4	6	-	(2)		
Q-koorts	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Rubella	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	(-)		
Salmonellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Scabies	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	1	1	-	5	1	6	-	(+)		
Tetanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Trichinosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tuberculosis	-	-	-	-	1	1	7	3	1	-	4	1	4	1	17	7	24	-	(8)		
Tularemie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Typhus exanth.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Voedselinfectie	1	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	3	3	6	-	(1)		
<b>GROEP C</b>																					
Gonorrhoe	-	-	-	-	1	10	8	113	23	18	3	8	-	-	149	35	184	-	(-)		
Syfilis (prim./sec)	-	-	-	-	-	-	1	10	4	1	-	-	-	-	11	5	16	-	(-)		
Syfilis (cong.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Parotitis epidemica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		