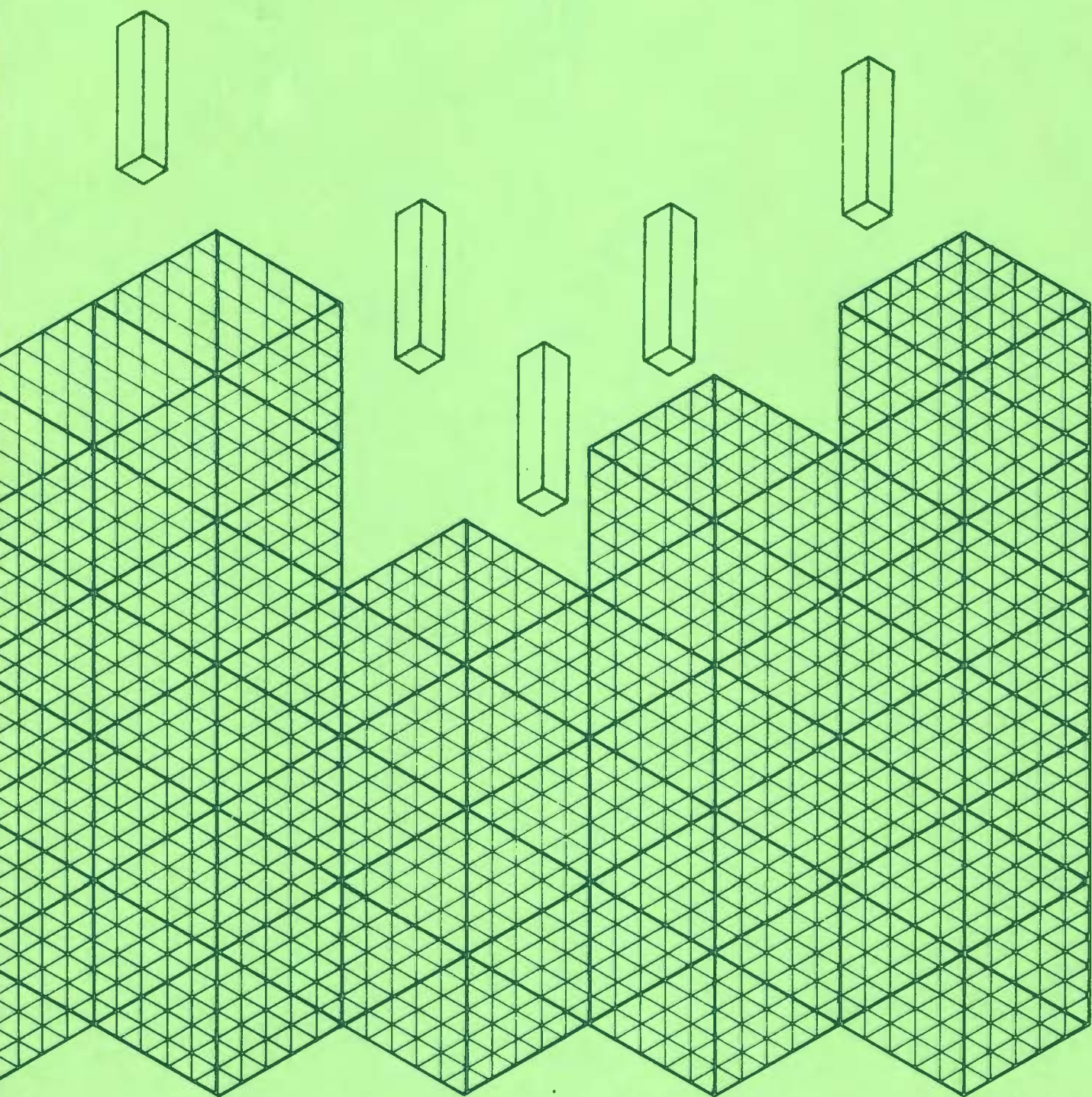


's-Gravenhage mei 1986

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

# EPIDEMIOLOGISCH bulletin

---

## REDACTIE

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

Tekstverzorging en  
Lay out:  
I. Verkade-Burger

Grafisch ontwerp:  
P.J.C. Martens

## SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie  
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  
Den Haag.

Op verzoek kan het aan  
andere belangstellenden  
worden gestuurd.

Mei 1986  
21e Jaargang nr. 2

EPIDEMIOLOGISCH

bulletin

\_\_\_\_\_

# Inhoud

---

Voorwoord	Blz
Huisarts en wetenschap; basisgezondheidsdienst en beleid H.G.J. Nijhuis	6
JAARVERSLAG VAN HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM, DEN HAAG 1985	9
Ulcus pepticum H.G.J. Nijhuis	12
Mishandeling Dr. A.H. Bergink	15
Probleemdrinken L.J. Kauffeld, Ir. H.W.A. Struben	19
Suïcidaal gedrag Prof.dr. W.J. Schudel	23
Euthanasie(-verzoek) Dr. A.P. Oliemans, H.G.J. Nijhuis	26
Tonsillitis acuta F.A. Balder	28
Kinkhoest H.G.J. Nijhuis	31
Pityriasis rosea H.G.J. Nijhuis, Dr. A. Notowicz	33
Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag eerste kwartaal 1986	36

---

# Blank



# Voorwoord

## Huisarts en wetenschap; basisgezondheidsdienst en beleid

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

Bij de uitgave van het jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1984 schreef Dr. A.P. Oliekens over de relevantie van het morbiditeitsregistratiesysteem voor de huisarts. Zijn inleiding behandelde het belang van het registratiesysteem voor de wetenschappelijke en vakinhoudelijke belangstelling van de huisarts. Ook 1985 kende een aantal items die onder de titel 'huisarts en wetenschap' kunnen staan.

Tonsillitis acuta en pityriasis rosea zijn aandoeningen die de huisarts regelmatig tegenkomt in zijn praktijk. Dat er over de epidemiologie van deze 'gewone ziektes' nog heel wat te leren valt laten de resultaten van de registratie zien.

De kinkhoestresultaten vormen een bevestiging van de landelijke ontwikkelingen. Het toegenomen voorkomen van (dikwijls moeilijk te diagnostiseren) gevallen zullen de alertheid van de huisarts op deze diagnose vergroten.

Euthanasie(-verzoek) werd geregistreerd om duidelijkheid en objectiviteit te verschaffen over deze gebeurtenis in de praktijk van de huisarts. Kennis hiervan heeft betekenis voor de maatschappelijke discussie over dit onderwerp. Het is gepast hier waardering uit te spreken voor de bereidheid van de registrerende huisartsen om ook voor dit item een betrouwbare en valide registratie te verrichten.

Welke relevantie heeft de registratie van ziekten en gebeurtenissen in de huisartspraktijk voor de basisgezondheidsdienst? Daarvoor is een uitstapje naar actuele ontwikkelingen binnen de GG en GD nodig. Het traditionele beeld van een GG en GD is dat van een instelling met dienstverleningen als ambulancevervoer, 'schoolartsen', sociale psychiatrie, tropenvaccinaties en sociaal-medische advisering. De GG en GD nieuwe stijl gaat een geactualiseerd takenpakket uitvoeren, waarvan zowel oude taken als nieuwe activiteiten deel uitmaken. Eén van deze nieuwe activiteiten wordt wel genoemd de 'epidemiologische taak'. Wat daaronder kan worden verstaan is goed te zien aan de hand van de huisartsregistratie.

Epidemiologisch onderzoek leidt tot nieuwe kennis van aspecten van gezondheidsproblemen. Het mag wonderlijk klinken, maar van veel problemen weten we (objectief) nog lang niet alles. De meeste kennis hebben we in het algemeen van ziekte en behandeling op individueel niveau. Op collectief niveau (welke groep is getroffen; wat zijn riskante omstandigheden) weten we meestal weinig. Te weinig althans om te kunnen aangeven wat er naast de gebruikelijke curatieve hulpverlening in preventieve zin aan te doen is. Epidemiologie kan dus worden gebruikt om het beleid voor de preventieve zorg te ondersteunen. Hoe is het nu gesteld met de beleidsrelevantie van de in 1985 geregistreerde items? Daarvoor bekijken we het vanuit twee theoretische modellen (1).

1. Vall M van de. Sociaal beleidsonderzoek: een professioneel paradigma. Alphen aan den Rijn: Samsom uitgeverij, 1980.

### Het beheersingsmodel

De basisgezondheidsdienst heeft kennis van gezondheidsproblematiek nodig voor haar eigen dienstverlening. Informatie over een zaak als: hoeveel gonorrhoe-patiënten zijn er, waar zitten ze, waar pakken ze de ziekte op, is belangrijk voor het beleid van de geslachtsziektenbestrijding. Zoals Philips kennis moet hebben van de markt voor televisie om haar productie van kleurentelevisies op af te stemmen, heeft de basisgezondheidsdienst kennis nodig van de gezondheidsmarkt om haar zorgproduct op af te stemmen. De epidemiologie van gonorrhoe in Zuid-Holland vormt zulke informatie over de gezondheidsmarkt die de dienst voor het plannen van de geslachtsziektenbestrijding heel concreet kan gebruiken. Bij een dergelijke doelstelling van onderzoek spreekt men van onderzoek als functie voor het beheersen van (het werk van) de instelling (beheersingsmodel).

In 1985 werd in het kader van het Huisartsregistratiesysteem geen 'beheersings'-onderzoek verricht met het oogmerk van concrete onderbouwing van het beleid voor één of ander basisgezondheidszorggebied.

### Het veranderingsmodel

Het merendeel van de registratie-items 1985 is aan te merken als onderzoek dat een functie heeft in het zogenaamde veranderingsmodel. Onderzoekresultaten leiden tot kennis, kennis leidt tot inzicht, inzichten beïnvloeden de besluitvorming. Langs deze weg is het signaleren van bepaalde gezondheidsproblemen functioneel bij het verder tot ontwikkeling brengen van de gezondheidszorg. Hier is dus geen sprake van 'beheersen van een instelling' met behulp van epidemiologie. Veeleer is hier aan de orde het attenderen op problemen of het verrijken van inzichten hetgeen langs minder controleerbare wegen op den duur leidt tot beïnvloeding van opvattingen welke mede bepalend zijn voor de besluitvorming over gezondheidszorg. Hierbij wordt vaak gesproken over 'signaleren' of 'vergroten van het inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking'. Ook langs deze (vaak niet te voorspellen) wegen kan het onderzoek in het Huisartsregistratiesysteem tot verandering, dat wil zeggen verbetering, leiden.

Zo blijkt uit de registratie over 1985 dat het ulcus pepticum een zorgwekkend probleem vormt voor jonge 'buitenlandse' mannen. Dit signalement over de stressbeleving bij deze groep migranten zal leiden tot beter begrip van hun leefsituatie en eventueel besluitvorming over opvang en integratie beïnvloeden. Het signalement van de indrukwekkende omvang van het alcoholprobleem in de stad vestigt opnieuw de aandacht op het belang van vroegtijdige onderkenning en het belang van structurele maatregelen. De berichtgeving over mishandeling in de verzorgende omgeving vormt een signaal, dat opnieuw de alertheid van de huisarts en andere eerstelijns-hulpverleners

voor deze vaak verholen problematiek zal aanwakkeren.

Suïcidaal gedrag, tenslotte, vormt een indicator van zware psychosociale problematiek, welke inzicht biedt in de frequentie en hoedanigheid van uitzichtloze existentiële situaties, waarin mensen komen te verkeren. Ofschoon concrete aanknopingspunten voor beleid nauwelijks zijn te formuleren op basis van de epidemiologie van suïcidaal gedrag in Den Haag is ook deze informatie van belang bij de meningsvorming over de gezondheid en het welbevinden van de Haagse bevolking. ■



# Jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1985

Via het Huisartsregistratiesysteem Den Haag wordt op methodische wijze epidemiologische informatie verkregen over de bevolking van Den Haag. In het Huisartsregistratiesysteem participeerden in 1985 de volgende 25 huisartsen:

J.J.M. Avezaat	M.E.E. Hibbeln
M.J.Th. Lutjenhuis	R. Jamin
F.A. Balder	H.H.M. Kranendonk
K.F. van der Bent	P. van Leeuwen
H.J. Lamers	M.A. Oorhuys
L. Beukman	Ph. Oosterhout
P.C. van Braam van Vloten	J.C.B.M. Rensing
F.D. Brons	R. Schüchner
F.R.M.D. Vrijaldenhoven	P.R.H. Vermeulen
H.A. Dirkse	R. van Spronsen
H.T. Tan	J. Vermeijden
J.L. Engelenburg	R.M. Wiersma
P.H. Snel	

Dit team van registratie-artsen 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.

De huisartsen registreerden aan de hand van vastgestelde criteria gegevens over een achttal ziektebeelden of handelingen op weekstaten en afzonderlijke



Figuur 1.  
Spreiding over 13 rayons in Den Haag van de praktijkadressen van de deelnemende huisartsen aan het Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

---

registratieformulieren.

De informatie die over de verschillende ziektebeelden of handelingen werd verzameld was uitgebreider dan voorheen. Behalve aan leeftijd en geslacht werd aandacht besteed aan o.a. risicofactoren, therapie en wijze van diagnostiseren.

De projectcoördinatie en het secretariaat waren in handen van het Stafbureau Epidemiologie 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 inspecteur van de volksgezondheid  
J.W.H. Garvelink - directeur van de GG en GD Den Haag  
Dr. A.P. Oliemans - huisarts  
Prof.dr. J.D. Mulder dzn - hoogleraar Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Leiden

De selectie van te registreren items werd voorbereid door de begeleidingsgroep in samenwerking met externe instanties, zoals het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden. Uiteindelijk werden ze vastgesteld in het groot registratie-overleg waaraan alle registratie-artsen deelnamen.

In 1985 werden de volgende ziektebeelden of handelingen geregistreerd:

TONSILLITIS ACUTA  
PITYRIASIS ROSEA  
ULCUS PEPTICUM  
MISHANDELING  
PROBLEEMDRINKEN  
SUÏCIDAAL GEDRAG  
EUTHANASIE(-VERZOEK)  
KINKHOEST ( i.s.m. GG en GD Amsterdam)

WEEKSTAAT HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM DEN HAAG 1 9 8 5

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

NIET IN TE VULLEN  
 Form.nr.: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIES**

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

<b>TONSILLITIS ACUTA</b>	Sexe:	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	
	Antibiotica/ chemother.gegeven:	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	
<b>PITYRIASIS ROSEA</b>	Sexe:	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	M / V* — jr.	
	Leeftijd: Antibiotica/ chemother.gegeven:	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	Ja/Neen*	
<b>ULCUS DUODENI (UD) ULCUS VENTRICULI (UV)</b>	Sexe; Leeftijd: Contactgeval in omgeving (relatie met patiënt aangeven):	M / V*; — jr. 1e cont.: _____ 2e cont.: _____ 3e cont.: _____			M / V*; — jr. 1e cont.: _____ 2e cont.: _____ 3e cont.: _____			M / V*; — jr. 1e cont.: _____ 2e cont.: _____ 3e cont.: _____		
	Niet geobjecteerde diagnose:	UD / UV / UD of UV*			UD / UV / UD of UV*			UD / UV / UD of UV*		
	Geobjectieerde diagnose: geobjectieerd d.m.v.:	UD / UV* Röntgen/Endoscopie/Complicatie*			UD / UV* Röntgen/Endoscopie/Complicatie*			UD / UV* Röntgen/Endoscopie/Complicatie*		
<b>MISHANDELING</b>	Specifieke therapie: Zo ja, welke:	Ja/Neen*			Ja/Neen*			Ja/Neen*		
	Recidief:	Ja/Neen/Onbekend*			Ja/Neen/Onbekend*			Ja/Neen/Onbekend*		
	Mishandelde Sexe; Leeftijd: Relatie t.o.v. mishandelaar(ster):	M / V*; — jr.			M / V*; — jr.			M / V*; — jr.		
<b>PROBLEEMDRINKEN</b>	Mishandelaar(ster) Sexe; Leeftijd: Relatie t.o.v. mishandelde:	M / V*; — jr.			M / V*; — jr.			M / V*; — jr.		
	Recidief: Aantal maal door huisarts geconstateerd: Aard lichamelijk letsel (beschrijven):	Ja/Neen/Onbekend* — maal			Ja/Neen/Onbekend* — maal			Ja/Neen/Onbekend* — maal		
	Sexe; Leeftijd: Categorie probleemdruken:	M / V*; — jr. Excessief drinker/Alcoholist/ Niet aan te geven*			M / V*; — jr. Excessief drinker/Alcoholist/ niet aan te geven*			M / V*; — jr. Excessief drinker/Alcoholist/ niet aan te geven*		
<b>SUICIDAAL GEDRAC</b>	Diagnose ontdekt via:	Initiatief patiënt/Via anderen/ Huisarts*			Initiatief patiënt/Via anderen/ Huisarts*			Initiatief patiënt/Via anderen/ Huisarts*		
	CAGE-test gebruikt:	Ja/Neen*			Ja/Neen*			Ja/Neen*		
	Sexe; Leeftijd: Overleden; Indien ja, overleden op: Laatste contact met huisarts op (indien < 8 weken): Contactreden(en):	M / V*; — jr. Ja/Neen* Datum: _____			M / V*; — jr. Ja/Neen* Datum: _____			M / V*; — jr. Ja/Neen* Datum: _____		
<b>EUTHANASIE(-VERZOEK)</b>	Ten tijde van suicide(poging) onder psychosociale begeleiding (huisarts, specialist etc.): M.b.t. suicide(poging) gezien in algemeen of psych.ziekenhuis: Middel zichzelf letsel toe te brengen was (beschrijven): Bij medicijn(en) welke prepara- ra(a)t(en): Door huisarts voorgeschreven:	Suicidaal gedrag/Depressief/Psych. soc. probleem/Psych.soc. en som. probleem/Puur som. probleem*			Suicidaal gedrag/Depressief/Psych. soc. probleem/Psych.soc. en som. probleem/Puur som. probleem*			Suicidaal gedrag/Depressief/Psych. soc. probleem/Psych.soc. en som. probleem/Puur som. probleem*		
		Ja/Neen/Onbekend*			Ja/Neen/Onbekend*			Ja/Neen/Onbekend*		
		Ja/Neen/Onbekend*			Ja/Neen/Onbekend*			Ja/Neen/Onbekend*		
<b>KINKHOEST</b>		Ja/Neen*			Ja/Neen*			Ja/Neen*		

**EUTHANASIE(-VERZOEK)** ZIE AFZONDERLIJK REGISTRATIEFORMULIER (BLAUW)  
**KINKHOEST** ZIE AFZONDERLIJK REGISTRATIEFORMULIER (GEEL)

Ruimte voor eventuele opmerkingen

\*Omcirkelen wat van toepassing is.

# Ulcus pepticum

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

In het augustusnummer van 1985 van het Epidemiologisch Bulletin werd verslag gedaan van een onderzoek naar het voorkomen van het ulcus pepticum bij migranten in één huisartspraktijk (1). Er bleek een aanzienlijk verhoogd risico voor het ulcus te bestaan voor jonge buitenlandse mannen (het relatieve risico bedroeg 13 voor 20-24 jarige Turken en Marokkanen). Mede naar aanleiding van deze alarmerende bevindingen werd het ulcus pepticum voor nader onderzoek opgenomen in het Huisartsregistratiesysteem Den Haag.

Bij de registratie van het ulcus pepticum wordt onderscheid gemaakt tussen het 'geobjectiverde ulcus' (diagnose door middel van radiodiagnostiek, gastroscopie, chirurgische complicatie) en 'niet geobjectiverde ulcus' (diagnose alleen op basis van klachten).

Tabel 1 laat zien dat rond de helft van het aantal ulcus pepticum diagnoses werd gesteld op basis van anamnese en klachtenbeeld van de patiënt.

In driekwart van de ulcusgevallen werd een ulcus duodeni vastgesteld. Van het resterende kwart was de helft een ulcus ventriculi en van de overige gevallen bleef de localisatie onduidelijk. Van de mannelijke ulcuslijders had slechts 8% een ulcus ventriculi van de vrouwen 22%.

In totaal werden 196 gevallen geregistreerd hetgeen een incidentie van 44 per 10.000 patiënten per jaar betekent. Dit houdt in dat in heel Den Haag per jaar 1633 nieuwe gevallen van ulcus pepticum bekend worden in de huisartspraktijk, dat betekent gemiddeld 8 gevallen per huisarts.

Tabel 2 laat zien dat het ruim de helft recidiverende ulcera betrof en dat ongeveer een kwart van de patiënten (voor zover bekend) voor de eerste keer een ulcus had.

In tabel 3 worden de incidenties van het ulcus uit

Tabel 3. Gevallen van ulcus pepticum. Incidenties berekend uit diverse Huisartsregistratiesystemen.

Tabel 1. Gevallen van ulcus pepticum naar wijze van diagnostiek. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Diagnose	Aant. ( % )
Geobjectiveerd:	91 ( 46 )
Klachtenbeeld :	105 ( 54 )
Totaal	: 196 (100)

Tabel 2. Gevallen van ulcus pepticum uitgesplitst naar 'recidief' en 'eerste' geval. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

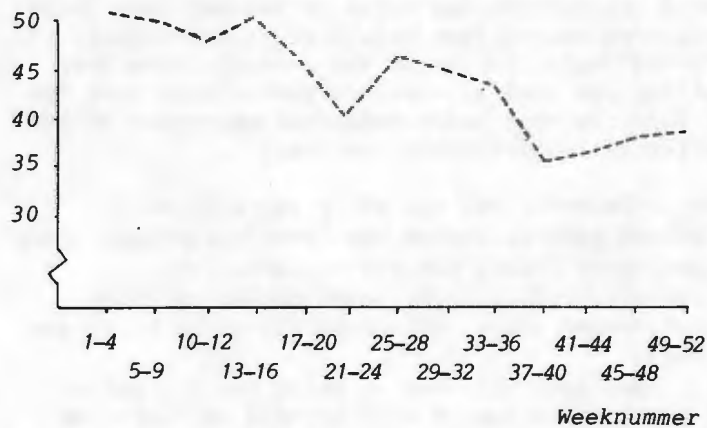
Rangorde	Aant. ( % )
'Recidief':	101 ( 52 )
'Eerste' :	51 ( 26 )
'Onbekend':	44 ( 22 )
Totaal	: 196 (100)

Registratiesysteem	Incidentie (per 10.000)
Den Haag (1985)	: 44
Rotterdam Ommoord (1979-81)*	: 25
Landelijk Peilstationsysteem (1975)*	: 19
Nijmegen N.U.H.I. (1971-78)*	: 16

\* Bronnen: (2)(3)(4)

Toelichting: Omrekeningen van geslachtsspecifieke incidenties naar ruwe incidenties vonden plaats op aanname dat de praktijkbevolking een gelijk aantal mannen en vrouwen telt.

Voortschrijdend  
gemiddelde van de  
incidentie per 10.000



Figuur 1. Gevallen van ulcus pepticum. Verloop over de tijd uitgedrukt in voortschrijdend gemiddelde van de incidentie per vierwekelijkse periode. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

verschillende registraties vergeleken. Opvallend is de hoge incidentie voor Den Haag. Het verschil zou in belangrijke mate kunnen worden verklaard door (strengere) diagnose-criteria die elders zijn gehanteerd. Ook kan in Den Haag werkelijk een hoog voorkomen van het ulcus aan de orde zijn (zie bij risico niet-Nederlanders).

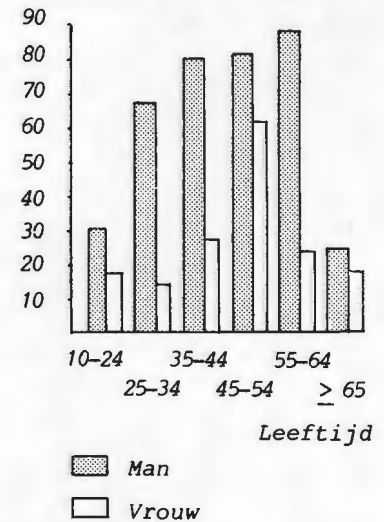
In figuur 1 staat het verloop van de ulcus-incidentie over het jaar uitgebeeld. Het 'klassieke' patroon van de voorjaars- en herfststaandoening is hieruit niet af te lezen. Met name wijkt hiervan af de hoge incidentie in de eerste drie (winter)maanden van het jaar. Men zou op basis van de figuur geneigd zijn te concluderen dat het voorkomen een afnemend verloop heeft in de loop van het jaar.

De berekende incidentie van 44 per 10.000 per jaar is in de vorm van risicoprofielen over de bevolking van Den Haag verdeeld. Ons interesseren uit etiologisch en preventief gezichtspunt uiteraard het meeste de groepen die het zwaarst getroffen worden door het ulcus. Hierover geven de volgende figuren nadere informatie.

Figuur 2 vergelijkt mannelijke en vrouwelijke patiënten naar leeftijd. Het blijkt dat alleen bij de jonge (10-24 jaar) en oude (65+) ulcuslijders het risico van de vrouwen dat van de mannen nabij komt. Mannen zijn, met name in de middelbare leeftijd, risicogroep bij uitstek.

Op basis van cijfermateriaal over de ulcusregistratie en de samenstelling van de praktijkbevolkingen zijn

Incidentie  
per 10.000

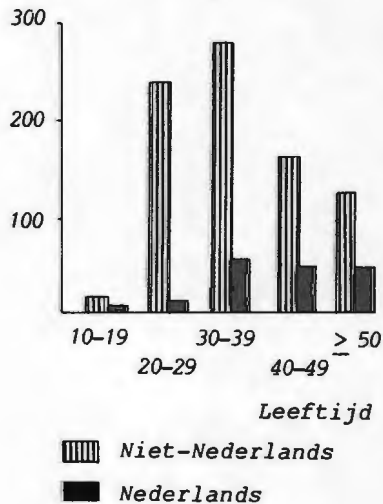


Figuur 2. Gevallen van ulcus pepticum. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers voor mannen en vrouwen. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

1. Avezaat JJM. Gezondheidsproblemen van migranten: het ulcus pepticum bij jonge mannen. *Epidemiologisch Bulletin* 1985; 20 nr 3: 7-10.
2. Lamberts H. *Morbidity in General Practice: Diagnosis Related Information from the Monitoring Project*. Utrecht: uitgeverij Huisartsenpers BV, 1984.
3. *Jaarverslag 1975. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations*. Utrecht 1976.
4. *Gewone ziekten. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*. Nijmegen 1980.

Incidentie  
per 10.000

MANNEN



Figuur 3. Gevallen van ulcus pepticum bij mannen. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers voor Nederlanders en niet-Nederlanders. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Tabel 4. Gevallen van ulcus pepticum. Procentuele verdeling naar therapeutisch handelen door de huisarts. Huisartsregistratiesysteem, 1985.

Therapie	%
Tagamet	: 46
Zantac	: 16
Rest medicamenteus	: 20
Opname/verwijzing/operatie	: 18
Totaal	: 100

berekeningen te maken over de zogenaamde relatieve risico's (RR's) voor het ulcus pepticum. Een bepaalde RR voor een bevolkingsgroep geeft aan hoe het risico in die groep ligt om een ulcus te krijgen in vergelijking met een andere groep.

De RR voor niet-Nederlanders (ten opzichte van Nederlanders) bedroeg 3.9. Dit wil zeggen dat het risico voor niet-Nederlanders (voornamelijk Turken, Marokkanen en Surinamers) bijna vier maal groter is dan voor Nederlanders. Niet-Nederlanders vormen derhalve een evidente risicogroep voor het ulcus.

In figuur 3 wordt het risico voor mannen nog verder onderzocht. Uit de figuur spreekt een opzienbarend verhoogd risico voor niet-Nederlandse mannen. Met name in de leeftijd 20-39 jaar lijkt sprake te zijn van een zeer ernstige risicogroep.

De RR voor niet-Nederlandse mannen in de leeftijdsgroep 20-39 jaar bleek 8.2 te bedragen (ten opzichte van Nederlandse mannen). Aldus blijkt wederom, zeer consistent met het RR berekend in het eerder genoemde onderzoek in één praktijk (1), een alarmerende RR voor jonge mannen met een allochtone etnisch-culturele achtergrond.

Wij menen dat nader onderzoek naar stressbeleving en leefgewoontes bij deze risicogroep zeer belangrijke informatie kan opleveren voor een goed inzicht in pathogenese en oorzaken van dit niet geringe volksgezondheidsprobleem. Niet minder dan 425 niet-Nederlandse mannen (ouder dan 9 jaar) krijgen ieder jaar in Den Haag een ulcus pepticum met alle medische, sociale en economische consequenties van dien.

In tabel 4 is uitgebeeld op welke wijze de Haagse huisarts therapeutisch omgaat met de ulcuspatiënt. In nagenoeg de helft van de gevallen (46%) schrijft hij Tagamet en in 16% schrijft hij Zantac voor. 82% Van de ulcuspatiënten wordt conservatief (meestal medicamenteus) door de huisarts zelf behandeld. In 18% wordt de patiënt doorgestuurd voor specialistische hulp.

Tot welke conclusie brengt ons dit onderzoek naar het ulcus pepticum?

Het is zeer waarschijnlijk dat het ulcus één van de typische gezondheidsproblemen van de grote stad is. De vergelijking met Nijmegen en met 'het land' wijst reeds in die richting. De verklaring is daarbij -tenminste voor een groot deel- gelegen in de ulcusproblematiek bij allochtone jonge mannen. Bij hen zijn risico-omstandigheden in het spel die de incidentie van deze psychosomatische ziekte tot zorgwekkende hoogte opdrijven.

# Mishandeling

Over het vóórkomen van mishandelingen binnen een gezins- of samenlevingssituatie zijn onvoldoende cijfers beschikbaar. De Vereniging tegen Kindermishandeling schat dat slechts een tiende van de gevallen van kindermishandeling wordt gemeld (1). Over de mishandeling van ouders door kinderen en de geweldpleging aan bejaarde huisgenoten ('granny-battering') is in het geheel geen cijfermateriaal voorhanden (2). Omdat een betere informatie omtrent het vóórkomen van mishandeling in de verzorgende omgeving de alertheid op het probleem zelf en op de oorzaken ervan zou kunnen bevorderen, werd dit item in het huisartsregistratieproject opgenomen.

Bij de registratie werd de volgende definitie gehanteerd:

Het niet per ongeluk toebrengen van lichamelijk letsel aan een persoon door iemand uit zijn/haar verzorgende omgeving.

Uitsluitend psychische kwetsuren bleven buiten beschouwing, evenals incestueuse handelingen (zonder lichamelijk letsel), gevallen van lichamelijke verwaarlozing en prenatale drugsverslaving.

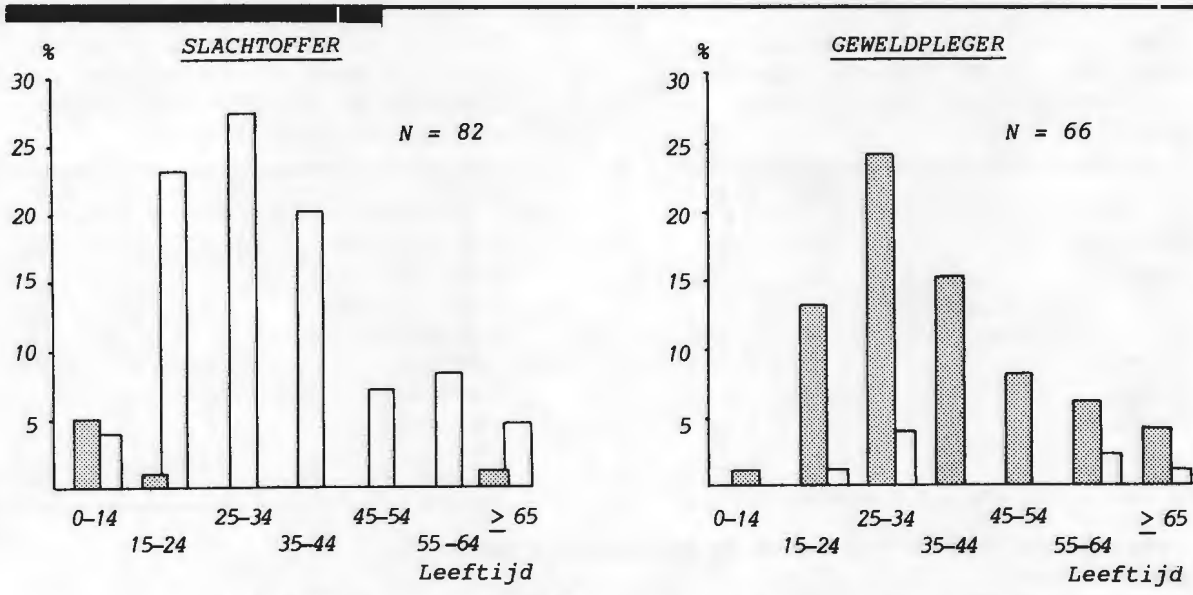
De diagnostiek van mishandeling is moeilijk; de problematiek manifesteert zich dikwijls zeer verholten. Ook is het begrip mishandeling niet scherp af te grenzen. Het is niet zo gemakkelijk precies aan te geven wanneer mishandeling een feit is. De scheidslijn tussen lichamelijke kindermishandeling en het slaan van kinderen als strafmaatregel bijvoorbeeld is arbitrair en ook cultuurgebonden.

In totaal werden door de aan het registratiesysteem deelnemende huisartsen 82 gevallen van mishandeling opgegeven. Dit betekent dat in Den Haag per 10.000 cliënten 18 gevallen van mishandeling werden gediagnostiseerd in gezinnen of daarmee gelijk te stellen samenlevingsverbanden.

Figuur 1 geeft een overzicht van de slachtoffers van mishandeling, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat in de leeftijdscategorie onder de 15 jaar 7 gevallen van mishandeling vóórkwamen: 4 bij jongens en 3 bij meisjes. In de leeftijdscategorieën boven de 15 jaar kwamen 75 gevallen voor: 73 bij vrouwen en 2 bij mannen. Het blijkt dat de huisartsen in Den Haag veel vaker met mishandelde volwassenen worden geconfronteerd dan met mishandelde kinderen. In deze reeks geregistreeerde mishandelingen had de kindermishandeling slechts een aandeel van rond 8,5%. Voorts kan worden vastgesteld dat het bijna uitsluitend vrouwen zijn die als slachtoffer van geweldplegingen in de verzorgende omgeving de huisarts consulteren. De piek lag bij vrouwen in de leeftijdsklasse 20-29 jaar. Het aantal vrouwelijke slachtoffers boven de 50 jaar bedroeg 13 (16%). Ervan uitgaande dat over circa 10% van de Haagse populatie is gerapporteerd betekent dit dat de huisartsen in Den Haag

A.H. Bergink, jeugdarts,  
werkzaam op de afdeling  
Jeugdgezondheidszorg,  
GG en GD Den Haag.

1. Rensen HBH. Kindermishandeling, isolement in de spiraal van onmacht en geweld. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 12-4.
2. Oosten A van, Wurfbain-Douqué M. Oudermishandeling onderzocht. *Geest Volksgezondh* 1984; 39: 1027-37.



Figuur 1. Man (gestreept) Vrouw (wit) Figuur 2.

Figuur 1 en 2. Gevallen van mishandeling naar leeftijd en geslacht respectievelijk voor het slachtoffer en de geweldpleger (exclusief de onbekenden). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

jaarlijks + 70 gevallen van kindermishandeling zien en + 730 gevallen van vrouwenmishandeling.

Figuur 2 verstrekt een opgave van de geweldplegers, eveneens uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Zij laat duidelijk zien dat het doorgaans de mannen zijn waarvan mishandelend gedrag gerapporteerd wordt (88%). De piek lag bij mannen in de leeftijdscategorie 20-34 jaar, dat wil zeggen mannen 'in de kracht van hun leven'. Zij waren verantwoordelijk voor rond 35% van de geweldplegingen. Verder blijkt dat 12 (15%) geweldplegers ouder waren dan 54 jaar. Opmerkelijk is dat voor wat betreft de oudere leeftijdscategorieën de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke geweldplegers aanzienlijk kleiner is dan voor alle leeftijdscategorieën gezamenlijk, namelijk 2 : 1 tegenover 9 : 1.

Al met al bevestigen deze uitkomsten dat het in het algemeen de sterkere is die zijn geweld richt op de zwakkere (3).

Tabel 1 verschaft een overzicht van de aard van de toegebrachte letsels. Soms was er sprake van meerdere kwetsuren. Telkens werd per mishandeling slechts één letsel genoteerd en wel het meest ernstige. Uit dit overzicht blijkt dat de meest frequente letsels haematomen betreffen (67%). Ook open wonden (12%) en contusies (10%) kwamen nogal eens voor. Minder frequent was er sprake van fracturen (6%) en striemen (4%). Vastgesteld kan worden dat het overgrote deel van de letsels niet van ernstige aard was. Dit behoeft geen verwondering te wekken. In grote steden zoals Den Haag gaan de meeste slachtoffers met wat ernstigere

3. Bakker RJ. Geweldplegers binnen het gezin. In: Hulpverlening bij geweld in gezin en relatie. GHI bulletin, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Leidschendam, september 1985: 42-5.



Tabel 1. Gevallen van mishandeling naar aard van het toegebrachte letsel. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Letsel	Abs.	( % )
Haematoom	55	( 67 )
Contusie	10	( 12 )
Snij- bijt- brand- en schaafwonden	8	( 10 )
Fractuur	5	( 6 )
Striem	3	( 4 )
Tandletsel	1	( 1 )
Totaal	82	(100)

Tabel 2. Gevallen van mishandeling. Relatie tussen geweldpleger en slachtoffer. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Relatie	Abs.	( % )
(Ex-)echtgeno(o)t(e)	48	( 58 )
Vader; moeder; broer; zuster	11	( 14 )
Vriend(in); partner	20	( 24 )
Pleegzoon	1	( 1 )
Onbekend	2	( 3 )
Totaal	82	(100)

verwondingen rechtstreeks naar de EHBO-posten van de ziekenhuizen.

Uit de aard van de letsels en de korte beschrijvingen van de geweldplegingen kan ook worden afgeleid dat de meeste kwetsuren ontstonden door slaan, stompen, schoppen, knijpen, krabben, bijten en de keel dicht knijpen, door lijfelijk geweld dus. Bij uitzondering kwamen er stokken, messen of andere voorwerpen aan te pas.

De geweldplegers blijken voornamelijk (ex-)echtgenoten, vrienden en partners te zijn die hun vrouwelijke wederhelften kastijden (tabel 1). Van de vijf mishandelde kinderen in de leeftijdsklasse 0-9 jaar, werden er drie door moeder mishandeld, één door vader, terwijl de vijfde dader onbekend bleef. Er werd slechts één geval van oudermishandeling geregistreerd. Het betrof hier een 17-jarige pleegzoon die zijn 60-jarige stiefmoeder kwetsuren toebracht. De overige tien slachtoffers, ouder dan 54 jaar, werden door hun wederhelften gekastijd.

In niet minder dan 44 gevallen (54%) werd de vraag of het een recidief betrof bevestigend beantwoord. In 22 gevallen (27%) kon hieromtrent geen uitsluitsel worden verkregen, terwijl het 16 maal (20%) om een zogenaamd nieuw geval ging. Indien het een recidief betrof werd tevens gevraagd hoe vaak eerder mishandeling door de huisarts was geconstateerd. In 15 gevallen bleek dit éénmaal, in 14 gevallen twee maal en in 15 gevallen minstens drie maal eerder het geval te zijn geweest. Uit deze resultaten valt af te leiden dat in veel meer dan de helft van de gezinnen en relaties, waar wrijvingen en conflicten gewelddadig worden opgelost, dit meer dan eens gebeurt.

Tabel 2 laat zien hoe het voorkomen van mishandeling ligt in rayons van verschillend sociaal niveau. Hoewel de verschillen in incidentie voor de wijken van verschillend sociaal niveau duidelijk in het oog springen is grote voorzichtigheid geboden bij het

4. Stockum ThJ van. *Persoonlijke mededeling.*
5. *Hulpverlening bij geweld in gezin en relatie. GHI bulletin, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Leidschendam, september 1985.*

trekken van conclusies. De keuze van het rayon werd namelijk vastgesteld door de locatie van het praktijkadres van de huisarts. Vast staat wel dat huisartsen praktiserend in wijken van laag sociaal niveau veel meer slachtoffers van mishandeling zien dan huisartsen die werkzaam zijn in wijken van hoger sociaal niveau. Of de werkelijke verschillen in voorkomen voor de wijken van verschillend sociaal niveau zo groot zijn als deze uitkomsten suggereren moet sterk worden betwijfeld. Zeer zeker is het illusoir te veronderstellen dat geweldpleging in gezin en relatie in rayons van hoog sociaal niveau in het geheel niet voorkomt. Iedere insider weet wel beter.

De belangrijkste slotsom uit het voorgaande is dat de Haagse huisartsen met veel meer gevallen van vrouwenmishandeling worden geconfronteerd dan met gevallen van kindermishandeling. Het aantal geregistreerde gevallen van kindermishandeling was zelfs betrekkelijk klein. Berekend werd dat de gezamenlijke Haagse huisartsen in 1985 rond 70 gevallen van kindermishandeling op het spoor kwamen. Door hen werden in datzelfde jaar slechts negen gevallen aangemeld bij het Bureau Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling. In totaal kwamen in 1985 bij het bureau 165 meldingen binnen betreffende de Haagse kinderen, waaronder 69 gevallen van lichamelijke mishandeling (4). De vraag rijst dan ook of niet heel wat gevallen van kindermishandeling in de praktijk van de huisarts om welke reden dan ook buiten het zicht van de huisarts blijven. Dit is een enigszins zorgelijke vraag te meer daar algemeen wordt aangenomen dat bij het signaleren en opsporen van kindermishandeling de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke rol dient te spelen (5). ■

# Probleemdrinken

De alcoholconsumptie alsmede de daaruit voortvloeiende problematiek zijn de laatste 20 jaar sterk toegenomen. Van 1960 tot 1980 verviervoudigde de consumptie en namen de primaire en secundaire sterfte aan levercirrose, alcoholpsychose en alcoholisme met respectievelijk 100% en 300% toe (1)(2). Recent onderzoek wees uit dat maar liefst 1 op de 2000 Hagenaars lijdt aan een verwoest of beschadigd geheugen ten gevolge van langdurig en zwaar alcoholgebruik (syndroom van Korsakow)(3). Om de omvang van probleemdrinken te Den Haag verder te objectiveren werd het als item opgenomen in het Huisartsregistratiesysteem.

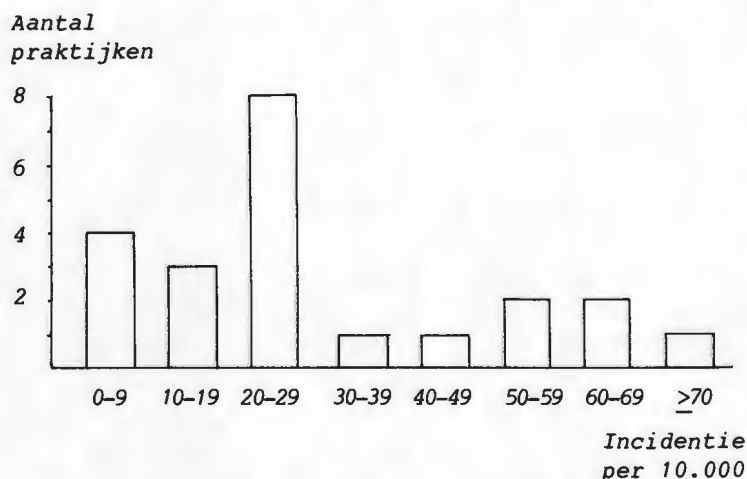
De probleemdrinker wordt onderscheiden in:

**Excessieve drinker:** gemiddeld 8-12 standaardglazen alcoholhoudende drank per dag maar niet afhankelijk van alcohol (geen onthoudingsverschijnselen en/of specifieke verslavingsverschijnselen van Jellinek te weten tolerantie; black-out; controleverlies).  
**Alcoholist:** gemiddeld 12 of meer standaardglazen alcoholhoudende drank per dag. Zowel geestelijk en lichamelijk afhankelijk van alcohol.

Op basis van de totale consumptie wordt het aantal probleemdrinkers met behulp van de Ledermann-formule in Nederland geraamd op 4,7% van de totale bevolking (4)(5). Het aandeel alcoholisten en excessieve drinkers schat men ongeveer even groot.

Prevalentie-onderzoek in Rotterdam en Limburg duidt op een overeenkomstig prevalentieniveau (6).

Als indicatie voor de omvang van alcoholabusus in termen van gezondheidsproblematiek onder de bevolking, geven deze cijfers eigenlijk nog een te gunstig beeld. De alcoholist schaadt namelijk niet alleen zijn eigen gezondheid maar beïnvloedt ook de gezondheid of het



Figuur 1. Gevallen van probleemdrinken. Frequentieverdeling van praktijken naar verschillende incidenties (per 10.000) per praktijk. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

L.J. Kauffeld, psycholoog, preventiemedewerker Afdeling Voorlichting, Preventie en Public Relations van Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'.  
Ir. H.W.A. Struben, wetenschappelijk medewerker, werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

1. Zwart WM de. Alcohol, tabak en drugs: een statistisch rapport. Amsterdam: SWOAD, 1985.
2. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht. Serie AL, 1960-1983. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.
3. Blansjaar BA, Horjus MC, Nijhuis HGJ. Korsakow in Den Haag: een epidemiologische verkenning. Epidemiologisch Bulletin 1986; 21 nr 1: 5-11.
4. Wever OR, Gips Ch. Schatting van het aantal excessieve drinkers en alcoholisten in Nederland met de Ledermannformule, 1875-1977. In: tijdschr Alcohol Drugs 1977; 3 nr 1: 43-9.

5. Standhardt WG, Sijlbing G. Het vóór-komen van probleemdrinken, alcoholisme en alcoholgerelateerde aandoeningen. In: Geerlings PJ (red). *Herkenning en behandeling van alcoholmisbruik*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden 1984.
6. Garretsen HFL, Knibbe RA. Alcohol prevalentie onderzoek Rotterdam/Limburg; landelijk eindrapport. Leidschen-dam: Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Milieu, 1983.
7. Spijksma R. Alcoholisme: diagnostiek en pathofysiologie. Maas-sluis: Clin Midy, 1982.
8. Heide AK van de. Huisartsen en het verslavingscircuit. In: toegankelijkheid van de hulpverlening bij verslavingsproblematiek. Rekken: Joh. Wierhuis, 1984.
9. Hilderink C. Alcoholhulpverlening in de gezondheidsregio Nijmegen; een inventarisatie-onderzoek. Nijmegen: Schad, 1983.
10. Schreuder RM. Een exploratief onderzoek naar enkele factoren m.b.t. het herkennen van alcoholisten in de huisartspraktijk (doctoraalscriptie). Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1982.
11. Voorn TB. Het vóór-komen van alcoholproblemen in de huisartspraktijk. In: Geerlings PJ (red). *Herkenning en behandeling van alcoholmisbruik*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1984.

sociaal functioneren van gemiddeld vier personen in zijn naaste omgeving in negatieve zin (7). Dit zou betekenen dat 10% ofwel 45000 Hagenaars op enigerlei wijze te lijden heeft onder alcoholisme. Het 'excessieve drinker-effect' is hierbij nog buiten beschouwing gelaten.

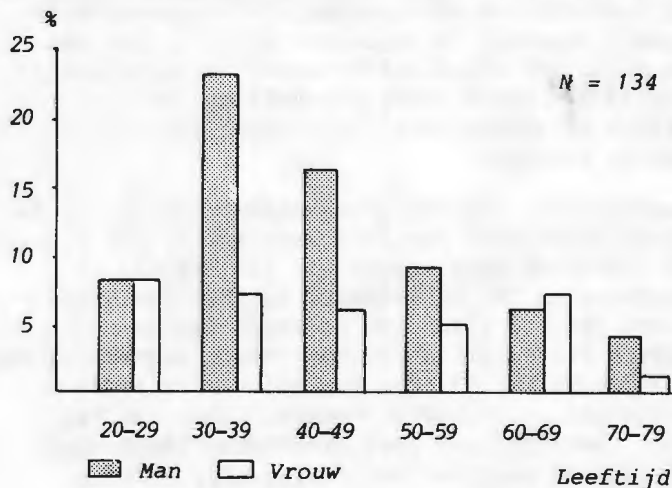
Mede vanwege deze negatieve omgevingsbeïnvloeding is het tijdig signaleren van probleemdrinkers van groot belang. Onderzoekingen wijzen uit dat het aantal probleemdrinkers dat de huisarts in zijn praktijk signaleert slechts circa 10% bedraagt van de prevalentie die op grond van voornoemde berekening mag worden verwacht (8)(9)(10). Dit onderschattingsfenomeen wordt onder andere toegeschreven aan het 'verholen' karakter van probleemdrinken (ontkennen, bagatelliseren) waardoor het diagnostiseren vaak moeilijk is.

Zowel psychosociale als somatische problemen kunnen bij de huisarts gepresenteerd worden zonder dat de onderliggende of bijkomende problematiek van alcoholabusus aan de orde komt.

In het Huisartsregistratiesysteem zijn alleen de nieuwe gevallen van probleemdrinken geregistreerd. Daar niet alle probleemdrinkers zich als zodanig bij de huisarts aandienen c.q. gediagnostiseerd worden kunnen geen bevolkingsincidenties berekend worden. Er werden in totaal 134 nieuwe probleemdrinkers geregistreerd (54% excessief, 32% alcoholist, 13% onbekend). Bij 34% werd de diagnose door de huisarts zelf gesteld terwijl 37% van de cliënten zichzelf aanmeldde. 29% werd door derden aangemeld (bijvoorbeeld CAD). Dit aantal van 134 komt neer op 30 per 10.000 cliënten per jaar ofwel 7.5 nieuwe probleemdrinkers per praktijk van 2500 cliënten. Voorn komt op basis van registratiegegevens van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, de groepspraktijk Ommoord en het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut tot 4 à 5 nieuwe probleemdrinkers (waaronder 1 vrouw) per standaardpraktijkomvang (11).

De spreiding in het aantal geregistreerde probleemdrinkers per praktijk (uitgedrukt per 10.000 cliënten) is groot zoals figuur 1 laat zien. Dit is niet in overeenstemming met de literatuurbevindingen betreffende de spreiding onder de bevolking. Deze wijzen juist op een gelijk verdeeld voorkomen van alcoholabusus onder alle lagen van de bevolking, dus ook over huisartspraktijken. De verklaring hiervoor zal onder andere gezocht moeten worden in verschillen in signaleringsvaardigheid en -bereidheid van de huisartsen. Het signaleren van probleemdrinken door de huisarts houdt zeker verband met de opvatting die hij heeft ten opzichte van de behandelingsmogelijkheden.

Figuur 2 geeft een overzicht van gevallen van probleemdrinkers naar leeftijd en geslacht. De



Figuur 2. Gevallen van probleemdrinken naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

verhouding man-vrouw is 2 : 1 (Voorn: 4.5 : 1). Gelet op de verhouding mannelijke en vrouwelijke alcoholisten (prevalentie!) van 30 jaar geleden (30 : 1) en begin tachtiger jaren (4 : 1) lijken de Haagse cijfers te duiden op een zich voortzettende 'alcoholemanicipatie' (7). Hoewel twee maal zoveel mannelijke als vrouwelijke probleemdrinkers werden gesignaleerd, 'dienden' zich onder de jongeren tot 30 jaar zelfs meer vrouwen dan mannen aan. In figuur 2 valt verder op het hoge percentage mannelijke probleemdrinkers van 30-39 jaar (23%) alsmede het aantal vrouwen van 60-69 jaar.

Na afloop van het registratiejaar 1985 werd in een interview aan de huisartsen gevraagd een schatting te geven van het aantal probleemdrinkers in hun praktijk (prevalentie). Zeven artsen (32%) durfden hierover geen uitspraak te doen. In enkele gevallen bleek hierbij sprake van een schijnbaar paradoxaal motief: juist omdat ze gespitst waren op alcoholproblematiek met bijbehorende cijfermatige aspecten wisten ze uit ervaring dat ze er waarschijnlijk flink naast zouden schatten. Ze onthielden zich daarom liever van een uitspraak.

De opgaven van de overige 15 artsen varieerden van geen enkele probleemdrinker (1 arts) tot circa 125 probleemdrinkers (2 artsen) per praktijk. De meeste onder hen (7 artsen) raamden de prevalentie tussen de 5 en 25 cliënten. Voor de gezamenlijke praktijkbevolking van deze 15 artsen werd een prevalentie berekend van 140 per 10.000 ofwel 35 per 2500 (1,4%). De prevalentiecijfers van Walburg, Garretsen en Knibbe en die volgens de Ledermann-formule liggen tussen de 100 en 200 per 2500 (6)(12). Het lijkt er derhalve op dat ook bij deze 15 huisartsen sprake is van het eerder genoemde onderschattingsprobleem. Deze Haagse artsen onderschatten

12. Walburg JA. Toegankelijkheid van de hulpverlening bij verslavingsproblematiek. *Rekken: Joh. Wierhuis*, 1984.
13. Bligh JG e.a. The detection of an early case of alcohol abuse in general practice. *In: B Alcohol -ism; 17 nr 2: 86-8.*
14. Hovens JE. Diagnostiek van alcoholproblematiek met behulp van vragenlijsten; een stand van zaken. *In: Tijdschr Alcohol Drugs 1985; 11 nr 4: 147-54.*
15. Dalen WE van, Eijk R van de. Het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de huisartsenpraktijk. *In: Tijdschr Alcohol Drugs 1982; 8 nr 1: 24-7.*

---

de problematiek echter minder sterk dan collegae elders. Zo werd door huisartsen in Twente de prevalentie geschat op 12 per standaardpraktijk en in Nijmegen op 15 per 2100 in de stad en 8 per 2800 in de omgeving (8)(9).

#### CAGE-test

1. Heeft U ooit het gevoel gehad dat U moet minderen met drinken? (JA/NEEN).
2. Zijn er mensen die U lastig hebben gevallen doordat zij kritiek hadden op uw drinken? (JA/NEEN).
3. Heeft U zich ooit vervelend of schuldig gevoeld vanwege Uw drinken? (JA/NEEN).
4. Heeft U ooit direct na het opstaan ge-dronken om de zenuwen de baas te worden of om van een kater af te komen? (JA/NEEN).

De CAGE-test, een uit vier vragen bestaande screeningstest (zie hiernaast), is volgens de literatuur een goed en handzaam hulpmiddel bij het diagnostiseren van probleemdrinken. Een positieve score van twee of meer antwoorden zou minstens 80% kans op alcoholabusus geven (13)(14). De redenen hiervoor zijn gelegen in de kortheid van de test en het onopvallende karakter van de vragen waardoor ze niet snel als testvragen met betrekking tot alcoholabusus worden ervaren (14)(15).

Met name in situaties waarin de huisarts aarzelt zijn vermoedens onverbloemd aan zijn cliënt voor te leggen kan de test waardevol zijn. Teneinde inzicht in de juistheid van bovenstaande te krijgen werd de artsen gevraagd de test op bruikbaarheid bij het diagnostiseren te toetsen. Bij de 134 geregistreeerde probleemdrinkers werd de test 19 maal toegepast. Aangenomen mag worden dat een arts de test niet zal hebben toegepast indien de cliënt de abusie zelf naar voren bracht (50 maal). Bij de resterende 84 gevallen werd derhalve bij 20% de test gebruikt. Echter ook bij een aantal van deze 84 cliënten mag verondersteld worden dat de problematiek voorhands zo manifest was dat er geen sprake van een zinvolle toepassing zal zijn geweest.

In het voornoemde interview werd ook gevraagd naar indrukken over de CAGE-test. Het bleek dat 11 (50%) artsen de CAGE-test nooit hebben toegepast. Daarvan gaven zeven artsen als reden op dat zich geen geschikte situatie had voorgedaan (bijvoorbeeld geen vermoedelijke probleemdrinkers, alcoholabusus overduidelijk of hoge werkdruk spreekuur). Bij de vier andere niet-gebruikers speelde daarbij tevens een negatief (voor)oordeel ten aanzien van de test een rol. Onder andere werd genoemd: te directe vragen, veronderstelde negatieve reacties van de cliënt en geen waardevol instrument.

Van de 11 artsen die de test tenminste éénmaal uitvoerden gaven drie te kennen positieve ervaring opgedaan te hebben (functioneel vroeg-diagnosticum). De overige artsen waren overwegend negatief in hun reacties. Zij vonden de CAGE-test geen waardevol diagnostisch hulpmiddel en prefereerden een eigen benadering. ■

# Suïcidaal gedrag

Voor het tweede jaar vormt de registratie van suïcides en parasuïcides een vast onderdeel van het Huisartsregistratiesysteem in Den Haag. Behalve het registreren van het voorkomen van deze psychosociale problematiek in de huisartspraktijk probeert zij een beter inzicht te verschaffen in de omstandigheden waaronder (para)suïcide en de hulpverlening ervoor plaats vinden.

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

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.

In 1985 werden 53 gevallen van parasuïcide en 3 suïcides opgegeven in het Huisartsregistratiesysteem. Dit betekent een incidentie van 119 gevallen van parasuïcide per 100.000 ofwel een absoluut voorkomen in 1985 van tenminste 442 voor geheel Den Haag. De gevonden aantallen van suïcide zijn niet te extrapoleren vanwege de kleine aantallen en vanwege de onvermijdelijke onvolledige opgave door de huisarts.

Van de 53 personen, die tot een parasuïcidale handeling overgingen, hadden 25 (47%) gedurende 8 weken voor de poging géén contact gezocht met de huisarts. De huisarts maakte in totaal 11 maal melding van depressieve klachten al dan niet met suïcidaliteit, geconstateerd tijdens het laatste contact met de patiënt voor de poging. Vier op de vijf patiënten gaven derhalve geen indicatie aan de huisarts van de later plaatsvindende parasuïcide. Na de parasuïcide werden 36 patiënten (68%) gezien dan wel opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis (1984: 72%). 21 Patiënten (40%) stonden ten tijde van de parasuïcide onder psychosociale begeleiding (1984: 47%).

In tegenstelling tot de suïcides, waarbij ten hoogste in één op de drie gevallen gebruik wordt gemaakt van medicijnen, bedient de overgrote meerderheid van de parasuïcidale personen zich van geneesmiddelen. Een consistent gegeven uit de statistieken van suïcidaal gedrag is ook, dat de toename van het aantal parasuïcides over de laatste 10-15 jaar bijna geheel voor rekening komt van dergelijke overdoseringen, vooral met behulp van aan de patiënt zelf voorgeschreven medicijnen.

De deelnemers aan het Huisartsregistratiesysteem Den Haag meldden over 1985 dat in 43 gevallen (81%) medicijnen waren gebruikt, al dan niet in combinatie met andere middelen (zoals alcohol).

In ruim de helft (22 gevallen) van het aantal

parasuicides met medicijnen betrof het door de huisarts zelf aan de patiënt voorgeschreven medicatie, in de overige gevallen ging het om medicijnen van huisgenoten of vrij in de handel te verkrijgen geneesmiddelen; in een enkel geval werden alle medicijnen die in huis waren gebruikt.

Tabel 1 geeft een overzicht van de gebruikte medicijnen. In tenminste zeven gevallen werd tevens een aanzienlijke hoeveelheid alcohol gebruikt. De meerderheid van de 'overige' medicijnen was niet aan de betreffende patiënt voorgeschreven. Benzodiazepinen werden in 25 van de 43 parasuicides (58%) gebruikt. Het aandeel van relatief risicovolle geneesmiddelen, zoals barbituraten en tricyclische anti-depressiva bleef bij de beschreven groep parasuicides beperkt tot vier, respectievelijk twee gevallen.

In 1985 vond 14% van de parasuicides plaats bij personen jonger dan 25 jaar (1984: 16%) en 30% bij de 25-34 jarigen (1984: 32%).

Hoewel het kleine aantallen betreft kan worden opgemerkt, dat er ook op grond van deze gegevens geen aanwijzingen zijn voor de dramatische toename van suïcidaal gedrag onder jeugdigen, waarvan in diverse media zo veelvuldig melding wordt gemaakt.

In het bulletin van februari 1986 toonden wij reeds aan dat suïcide onder adolescenten in Den Haag onveranderd zeldzaam is. Continue registratie, zoals via het Huisartsregistratiesysteem, kan ons behulpzaam zijn om de trends in het suïcidaal gedrag van de Haagse bevolking vast te leggen en te rapporteren.

Tot slot nog iets over het registratiesysteem van de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD. Onafhankelijk van het Huisartsregistratiesysteem verzamelt deze afdeling van oudsher informatie over suïcidaal gedrag in Den Haag. Vergelijking van beide registers kan een indruk geven over de betrouwbaarheid van de verzameling van de gegevens.

In de uitgave van dit bulletin van november 1985 werden vraagtekens gezet bij de volledigheid van de

Tabel 1. Gevallen van parasuicide. Gebruikte medicatie naar farmacologische hoofd- . groepen (combinaties mogelijk). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Medicijn categorie	Aantal	
Sedativa	: 9	(waarvan 1 x barbituraat)
Anxiolyticum	: 24	(waarvan 9x oxazepam en 5x diazepam)
Anti-depressiva	: 3	
Analgetica	: 8	(waarvan 5x paracetamol)
Anti-epileptica	: 4	(waarvan 3x barbituraat)
Overige	: 14	
Onbekend ('alles in huis'):	2	



Tabel 2. Gevallen van parasuicide en suïcide. Absolute en relatieve aantallen voor mannen en vrouwen. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

	Absoluut aantal			Relatief aantal (per 100.000)		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Parasuicide :	19	34	53	90	146	119
Suïcide :	3	-	3	14	-	7
Suïcidaal gedrag:	<u>22</u>	<u>34</u>	<u>56</u>	<u>104</u>	<u>146</u>	<u>126</u>

Tabel 3. Gevallen van parasuicide en suïcide. Absolute en relatieve aantallen voor mannen en vrouwen. Registratiesysteem afdeling Geestelijke Gezondheidszorg, GG en GD Den Haag, 1985.

	Absoluut aantal			Relatief aantal (per 100.000)		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Parasuicide :	201	230	431	96	99	97
Suïcide :	39	23	62	18	10	14
Suïcidaal gedrag:	<u>240</u>	<u>253</u>	<u>493</u>	<u>114</u>	<u>109</u>	<u>111</u>

door de afdeling GGZ geregistreerde parasuicides. Het ontbreken van actieve participatie van de zijde van de Haagse RIAGG'en beïnvloedt de volledigheid van de parasuicide-cijfers, zoals blijkt uit tabel 2 en 3. In tegenstelling tot 1984 registreerden de huisartsen relatief meer parasuicides dan de afdeling GGZ. Bovendien nam het absolute aantal parasuicides in Den Haag volgens laatstgenoemde registratie af van 702 (in 1983) via 540 (in 1984) tot 431 (in 1985). Aangezien er geen betrouwbare aanwijzingen bestaan, dat een dergelijke spectaculaire daling zich daadwerkelijk heeft voorgedaan, moet gevreesd worden voor een toenemende onderrapportage. ■

# Euthanasie(-verzoek)

Dr. A.P. Oliemans,  
huisarts in Den Haag  
H.G.J. Nijhuis, arts-  
epidemioloog, hoofd  
Stafbureau Epidemiologie  
GG en GD Den Haag.

Bij de bespreking van de registratie van euthanasie-verzoek en euthanasie over 1985 hechten wij eraan te benadrukken dat wij er het volste vertrouwen in hebben dat de registratie volledig, valide en betrouwbaar heeft plaatsgevonden. Gezien het belang van de euthanasie-registratie hebben wij hiervoor nog een bevestiging gezocht in een anonieme enquête onder de 25 deelnemende huisartsen over hun ervaringen met betrekking tot dit item. De registratiegroep gaf voor 100% te kennen dat men alle gevallen had opgegeven en dat de bereidheid bestond om de registratie eventueel te continueren hetgeen intussen voor het jaar 1986 het geval is.

## Definitie euthanasie:

Handelen dat beoogt en bewerkstelligt de beëindiging van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek (gemodificeerde definitie KNMG, medisch contact, nr. 31, 1984)

De 25 huisartsen werden 17 maal geconfronteerd met een verzoek tot euthanasie. Anders gezegd bij 100 Haagse artsen zou 68 keer een verzoek tot euthanasie kunnen worden verwacht; per arts betekent dat twee keer per drie jaar.

In 1984 werd in het jaarverslag van de Peilstations Nederland (2) bericht dat 62 deelnemende huisartsen, gelijkelijk over Nederland verspreid, 40 verzoeken om euthanasie hadden gekregen (over 1985 zijn de voorlopige getallen gelijklopend). Dat is dus 64,5 per 100 huisarts-deelnemers: een opmerkelijke overeenkomst dus met de Haagse resultaten. Ook de verdeling van de aanvragen naar leeftijd, geslacht, globale diagnose en aanleiding tot het verzoek vertonen in beide onderzoeken grote overeenkomst.

In tabellen 1, 2 en 3 staan de geregistreerde gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie in het Huisartsregistratiesysteem Den Haag weergegeven naar leeftijd, diagnose en aanleiding tot het verzoek.

Tabel 1. Gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie. Verdeling naar leeftijd. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Leeftijd	Euthanasie- verzoek *	Euthanasie **
< 60 jaar :	3	2
60-69 jaar:	7	4
70-79 jaar:	5	2
≥ 80 jaar :	2	1
Totaal :	17	9

\* betreft de geregistreerde verzoeken inclusief de ingewilligde verzoeken.

\*\* omvat alleen de ingewilligde verzoeken.

Tabel 2. Gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie. Verdeling naar directe aanleiding (combinaties mogelijk). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Directe aanleiding	Euthanasie verzoek *	Euthanasie **
Uitzichtloosheid van het lijden	: 14	8
Pijn	: 5	2
Ademhalingsprobl	: 5	3
Angst/eenzaamheid:	4	2

Tabel 3. Gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie. Verdeling naar medische diagnose. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Medische diagnose	Euthanasie-verzoek *	Euthanasie **
Maligniteit:	8	5
Overige	: 9	4
Totaal	: 17	9

\* betreft de geregistreerde verzoeken inclusief de ingewilligde verzoeken.

\*\* omvat alleen de ingewilligde verzoeken.

In een kleine 50% van de gevallen bleek er sprake te zijn van een maligniteit; uitzichtloosheid van het lijden, pijn, angst en benauwdheid waren de voornaamste drijfveren.

In het landelijk onderzoek werd niet gevraagd naar het al dan niet inwilligen van het euthanasie-verzoek; het Haagse onderzoek geeft daarover wel informatie.

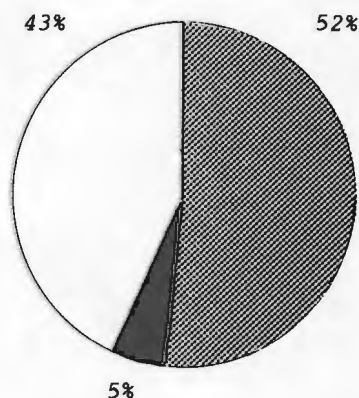
Van de 17 aanvragen werden er acht niet ingewilligd; feitelijk zijn dat er zes, want in twee van de acht gevallen had de arts toch besloten de aanvraag te honoreren; de patiënt overleed echter eer het euthanaticum werd toegediend.

Resumerend werden in 1985 25 Haagse huisartsen 17 keer geconfronteerd met een verzoek tot euthanasie; hierbij vormden vooral uitzichtloosheid van het lijden, pijn, angst en/of benauwdheid de directe aanleiding; ruim de helft had een maligne aandoening; er was in een enkel geval sprake van een nog niet aangebroken stervensfase. Ruim de helft der aanvragen leidde tot inwilliging door de huisarts, waarbij in twee gevallen de patiënt overleed eer euthanasie was toegepast.

Volgens dit onderzoek zou de conclusie kunnen worden getrokken dat een (Haagse) huisarts eens per drie jaar euthanasie verricht. De 25 deelnemende huisartsen zullen te zamen ongeveer 500 sterfgevallen per jaar hebben; dit zou dus betekenen dat in ongeveer 2% van alle sterfgevallen euthanasie door een (Haagse) huisarts wordt toegepast. ■

# Tonsillitis acuta

F.A. Balder, huisarts in Den Haag.



- Streptokokken
- ▨ Oorzakelijk agentia onbekend (viraal?)
- Overige

Figuur 1. Oorzaken van tonsillitis acuta.

Bron: (1)

Acute tonsillitis, ook wel angina tonsillaris genoemd, behoort tot de aandoeningen die zeer regelmatig gezien worden door de huisarts. Dit was één van de redenen deze ziekte als item op te nemen in het registratiesysteem. Door het frequente voorkomen werd ervan verwacht dat het de aandacht van de huisarts voor het registreren levendig zou houden.

Tonsillitis acuta is een aandoening, die zowel door een virus als door een bacterie veroorzaakt kan worden. Fry geeft een globale verdeling van de agentia (figuur 1). Een bekende virale veroorzaker is het Epstein-Barr virus, dat vooral bij jong volwassenen een tonsillitis kan veroorzaken. De meest voorkomende bacteriële veroorzakers zijn: de B-haemolytische streptokok, de stafylokok en de pneumokok. De door B-haemolytische streptokokken veroorzaakte tonsillitis kan (evenals roodvonk) tevens leiden tot acuut rheuma en acute glomerulonefritis. Gelukkig komen deze ziekten nog maar zelden voor. Een kweek, om de veroorzaker van tonsillitis te identificeren, wordt door de huisarts slechts in weinig gevallen gedaan. Vanwege het voorkomen van zowel grote aantallen vals-positieve (bijvoorbeeld bij bacteriedragers) als vals-negatieve kweekuitslagen wordt het kweken in het algemeen als zinloos beschouwd. Alleen bij een tonsillitis, waarbij een verdenking op gonorrhoe bestaat, wordt een kweek zinvol geacht.

Tonsillitis acuta is een 'self limiting disease', dat wil zeggen een ziekte die de patiënt in de regel zonder hulpmiddelen kan overwinnen. Dit geldt zowel voor de virale als de bacteriële tonsillitis. De aandoening wordt echter in de praktijk vaak met een antibioticum behandeld.

Redenen voor de huisarts om een antibioticum voor te schrijven kunnen zijn:

- Verkorting van de ziekteduur, wanneer sprake is van een bacteriële infectie.
- Preventie van acuut rheuma. Deze complicatie kan eveneens optreden na roodvonk en in gesloten gemeenschappen, waar de B-haemolytische streptokok intensief circuleert.
- Bescherming van risicogroepen, zoals patiënten met een vitium cordis, een acute glomerulonefritis, een acuut rheuma of een chorea minor in de anamnese.

In het registratiesysteem werd de diagnose op basis van de volgende klinische criteria gesteld: keelpijn en slikpijn; acuut begin; koorts (boven 38°C, rectaal gemeten); rode gezwollen pharynxbogen en grijswit beslag op de tonsillen en pharynxwand.

Naast leeftijd en geslacht van de patiënt werd ook het voorschrijven van antibiotica of chemotherapeutica geregistreerd.

Tonsillitis acuta werd in totaal 847 maal geregistreerd. Hieruit is een incidentie van 190 per 10.000 personen per jaar te berekenen. Dit houdt in

1. Fry J. Acute throat infections. In: Fry J. Common diseases: their Nature, Incidence and Care. Lancaster: MTP Press limited, 1983: 96-106

dat een huisarts de aandoening gemiddeld 48 maal per jaar ziet.

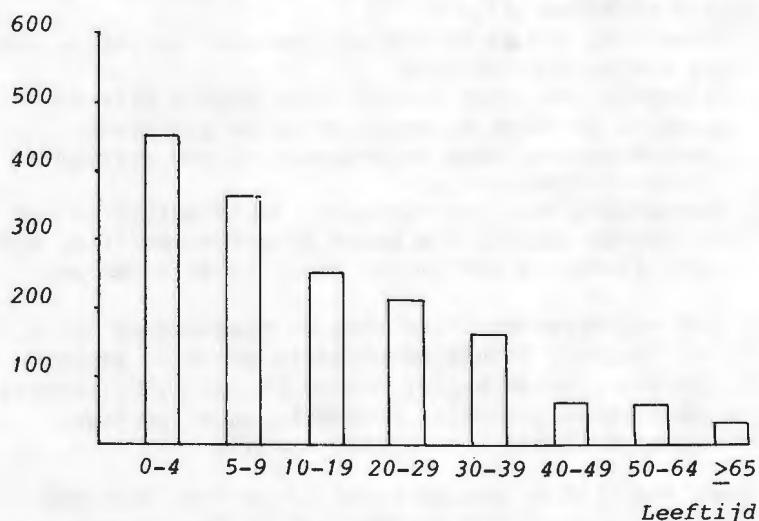
In figuur 2 zijn de incidenties voor verschillende leeftijdsgroepen weergegeven. De incidentie van tonsillitis blijkt af te nemen met de leeftijd. Bij de leeftijdsgroepen 0-4 en 5-9 jaar komen veruit de hoogste incidenties voor.

Vergelijken we deze Haagse cijfers met die van Amsterdam uit 1980, dan blijken deze zeer goed overeen te komen. In 1980 bedroeg de incidentie van de tonsillitis acuta in Amsterdam 188 per 10.000 inwoners. De aandoening kwam eveneens vooral voor bij jonge kinderen (2).

In figuur 3 wordt het verloop van de incidenties over het jaar voor de leeftijdsgroepen met de hoogste incidentie (0-9 jaar) vergeleken met het verloop voor de restgroep ( $\geq 10$  jaar). Er blijkt een opvallend verschil te bestaan. Bij de eerste groep vinden we een seizoengebonden patroon: de hoogste incidentie komt voor in de wintermaanden, de laagste in de zomermaanden. Bij de tweede groep is de incidentie over het gehele jaar gelijkmatig verdeeld.

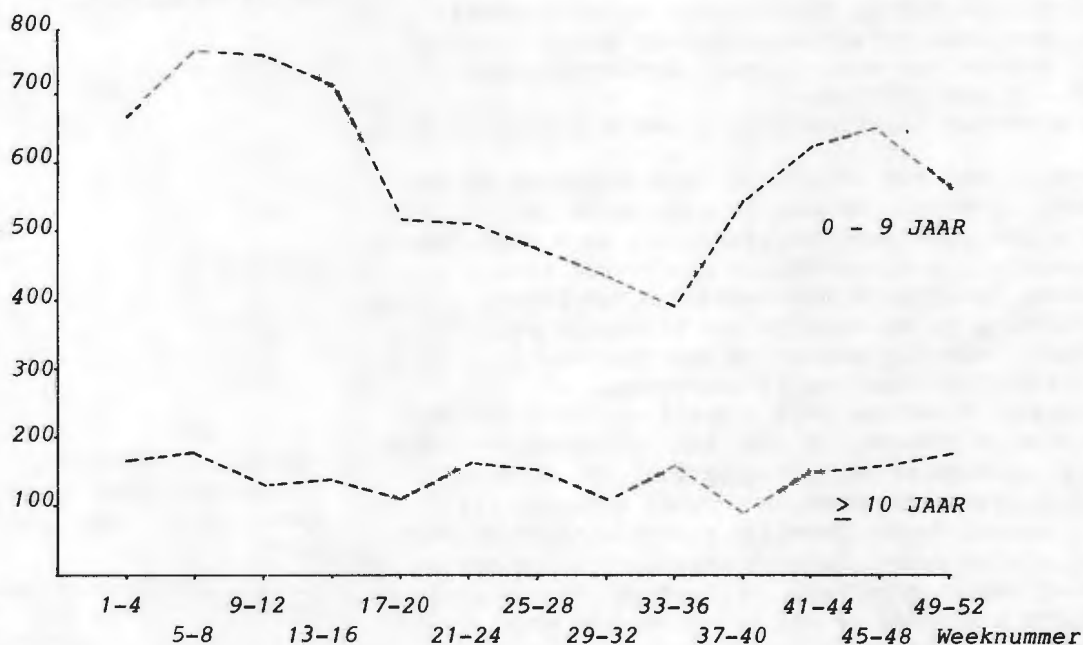
Er zijn een aantal factoren te noemen welke van belang zouden kunnen zijn om het gevonden verschil in verloop voor de twee leeftijdsgroepen te verklaren. Het aantal mensen dat een tonsillectomie heeft ondergaan zal bijvoorbeeld in de oudere leeftijdsgroep groter zijn dan in de jongere. Jongere kinderen komen gemakkelijker bij de huisarts terecht met keelklachten

Incidentie  
per 10.000



Figuur 2. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers van gevallen van tonsillitis acuta. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Voortschrijdend  
gemiddelde van de  
incidentie per 10.000



Figuur 3. Gevallen van tonsillitis acuta. Verloop over de tijd uitgedrukt in voortschrijdend gemiddelde van de incidentie per vierwekelijkse periode voor de leeftijdsgroep 0-9 jarigen en 10 jaar en ouder. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

dan ouderen. Het is echter onwaarschijnlijk dat het seizoengebonden patroon hiermee geheel verklaard kan worden. Het gevonden verschil zou zeer wel steun kunnen geven aan het vermoeden, dat een acute tonsillitis bij kinderen vaak door een andere verwekker wordt veroorzaakt dan bij volwassenen. Van deze verwekker kan worden opgemerkt dat ze seizoengebonden in meerdere (winter) of mindere mate circuleert respectievelijk wordt overgedragen.

Antibiotica of chemotherapeutica werden in 75% van de tonsillitiden voorgeschreven. Bekijken we dit percentage per leeftijdsgroep dan blijft het vrij constant voor alle leeftijden.

In 1980 werd in het Amsterdamse registratiesysteem vastgesteld dat in 91% van de gevallen een antibioticum of chemotherapeuticum voorgeschreven werd.

Samenvattend blijkt tonsillitis acuta een aandoening te zijn die veel gezien wordt in de huisartspraktijk en vooral bij jonge kinderen (0-9 jaar). Er bestaat bij deze groep een seizoengebonden verloop van de incidentie. Seizoenverschillen komen niet voor bij de leeftijdsgroep 10 jaar en ouder. Tenslotte blijkt een acute tonsillitis in driekwart van de gevallen met antibiotica of chemotherapeutica behandeld te worden. ■

2. Jaarverslag 1980 van het Amsterdams Peilstation project. GG en GD Amsterdam 1980.

# Kinkhoest

Het lijkt geen twijfel dat in navolging van onder andere Engeland ook in Nederland kinkhoest wederom de kop heeft opgestoken (1)(2)(3). Als oorzaken voor de toename van het aantal gevallen van kinkhoest gedurende de laatste jaren kunnen worden genoemd:

- De toegenomen infectiedruk vanuit het buitenland;
- Het gebruik van een 'te zwak' kinkhoestvaccin (10 IOU) van 1975-1983;
- De afgenomen immunisatiegraad van de kinderbevolking.

Kinkhoest werd als uitgebreid item opgenomen in het Huisartsregistratiesysteem om informatie te bemachtigen over onder andere omvang en toename van de problematiek, risicoprofielen en diverse risicofactoren. De GG en GD van Amsterdam verrichtte uniform aan Den Haag de registratie van kinkhoest over 1985. Hier wordt verslag gedaan van een deel van de analyse-resultaten voor Den Haag en Amsterdam.

De diagnose kinkhoest werd gesteld op basis van de serologische beoordeling door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (dr. J. Nagel). De serologische grenswaarde voor de vaststelling van kinkhoest respectievelijk niet-kinkhoest is niet scherp aan te geven, hetgeen aanzienlijke problemen oplevert voor een zuivere diagnostiek. Evenzo geeft de klinische manifestatie van kinkhoest een grote variatie in symptomen te zien.

Tabel 1 geeft een beeld van de symptoom-variantie welke werd vastgesteld in de Huisartsregistratie.

Een en ander illustreert hoe moeilijk het is om alle gevallen van kinkhoest, met name de specifieke en milde vormen, te herkennen. Het staat ons inziens dan ook vast dat de cijfers afkomstig uit het Huisartsregistratiesysteem een onderschatting zijn van het werkelijke voorkomen van kinkhoest onder de bevolking.

Uit tabel 2 blijkt een incidentie van 6,5 per 10.000 in 1985 voor Den Haag en 6,7 voor Amsterdam. Deze opgave uit peilstationsystemen ligt aanzienlijk hoger dan de opgave van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor geheel Nederland (1,0 per 10.000). Zeer waarschijnlijk wordt het grote verschil voor een belangrijk deel verklaard door de nog grotere onderaangifte in het aangiftesysteem infectieziekten van de Geneeskundige

Tabel 1. Gevallen van kinkhoest, verdeeld naar klachten en symptomen (combinaties mogelijk).  
Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

Symptomen	Aantal	( % )
Aanhoudende opmerkelijke hoest	: 23	( 79 )
Nachtelijke hoestaanvallen	: 18	( 62 )
Expiratoire hoestbuien	: 15	( 52 )
Slijmproductie	: 15	( 52 )
Ineffectieve symptomatische therapie:	14	( 48 )
Braken	: 12	( 41 )
Inspiratoir gieren	: 7	( 24 )

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

Tabel 2. Gevallen van kinkhoest in Den Haag, Amsterdam en Nederland, 1985.

Locatie	Abs.	Inc. per 10.000
Den Haag*	: 29	6.5
Amsterdam*	: 46	6.7
Nederland**	: 1522	1.0

\* Peilstationsysteem Den Haag/Amsterdam

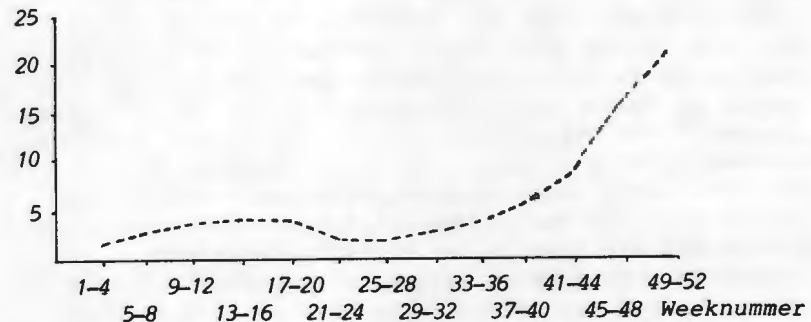
\*\* Opgave Geneeskundige Hoofdinspectie

Tabel 3. Gevallen van kinkhoest naar Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

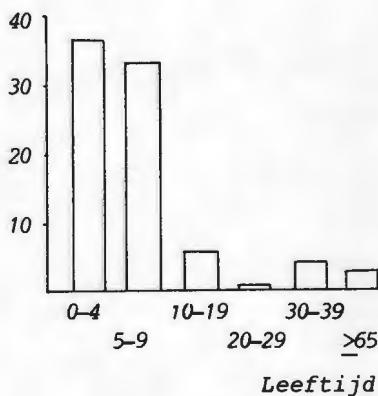
Afkomst	Abs.	( % )
Nederlands	: 27	( 93 )
Niet-Nederlands	: 2	( 7 )
Totaal	: 29	( 100 )

**Figuur 1.** Gevallen van kinkhoest. Verloop over de tijd uitgedrukt in voortschrijdend gemiddelde van de incidentie per vierwekelijkse periode, Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

**Voortschrijdend gemiddelde van de incidentie per 10.000**



**Incidentie per 10.000**



**Figuur 2.** Gevallen van kinkhoest. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

**Hoofdinspectie.**

Samenvattend kan worden gesteld dat de kinkhoestbacterie aanzienlijk intensiever circuleert dan wordt gesuggereerd op basis van de gemeten infectieincidentie in Den Haag van 6.5 per 10.000.

Figuur 1 toont de sterke toename van kinkhoestgevallen vanaf oktober 1985. Blijkbaar ontwikkelde zich in die periode in Den Haag een epidemie, welke tot in 1986 voortduurt.

Figuur 2 toont ons het risicoprofiel naar leeftijd. Evenals bij de interpretatie van de incidentie voor Den Haag bedenke men dat dit een beeld is op basis van gediagnostiseerde gevallen. Het werkelijke infectierisicoprofiel onder de bevolking zou er anders uit kunnen zien.

Het leeftijdsprofiel laat een relatief hoog risico voor kinkhoest zien bij kinderen tot 10 jaar. Gevallen van kinkhoest op oudere leeftijd komen voor, maar in mindere mate. Evenwel juist op oudere leeftijd ligt de diagnose kinkhoest minder voor de hand en kunnen gevallen zijn gemist. Het infectierisico voor ouderen zou in dat geval worden onderschat.

Tabel 3 laat de verdeling van de gevallen zien bij personen met een Nederlandse respectievelijk een niet-Nederlandse afkomst. Deze tabel vormt slechts een ruwe analyse voor een infectierisico zodat de interpretatie voorzichtigheid vraagt. Men kan er evenwel uit afleiden dat deze cijfers geen verhoogd risico aantonen voor kinderen met een niet-Nederlandse afkomst.

Uiteraard moeten bij het verder opsporen van risicofactoren andere attributen worden betrokken zoals: vaccinatie-voorgeschiedenis (waaronder tijdstip van vaccinatie en sterkte vaccin); kinkhoest ziektevoorgeschiedenis; aspecifieke weerstand en sociaal gedrag (beide leeftijdsgebonden).

In een vervolgartikel zullen wij trachten over deze etiologische condities verdere informatie te verschaffen. De gegevens uit het Huisartsregistratiesysteem te Den Haag en Amsterdam worden hiervoor, in samenwerking met de GG en GD van Amsterdam, verder bewerkt.

1. Aronson DC, Pilon JW, Blij JF van der. Pertussispreventie; een kink in de kabel? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1412-5.
2. Nagel J, Graaf S de, Schijf-Evers D. Sero-diagnose van kinkhoest. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1427-9.
3. Bijkerk H. Neemt kinkhoest werkelijk toe? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1421-2.



# Pityriasis rosea

Pityriasis is een vrij onschuldige, 'self limiting disease' van de huid. De huidandoening komt de huisarts voornamelijk tegen als storend ervaren cosmetisch probleem. Van de ziekte is weinig bekend. Met name is nog niet precies bekend wat de oorzaak, laat staan de ontstaanswijze is. Wel kan gesteld worden op basis van de literatuur en het bij herhaling gesignaleerde seizoengebonden vóórkomen, dat sterk de verdenking uitgaat naar een virale aandoening. Met name om de seizoengebondenheid onder Nederlandse klimatologische omstandigheden te onderzoeken werd de aandoening als item in het registratiesysteem opgenomen. Ook bestond belangstelling voor het kwantificeren van het vóórkomen van pityriasis. Door de huisartsen werd verondersteld dat zij het zeer frequent tegenkwamen. Als referentie-informatie voor de resultaten van de Haagse registratie wordt gebruik gemaakt van een eveneens populatiegerichte uitgebreide studie uit de Mayo Clinic, Rochester, Verenigde Staten (1969-1978) (1).

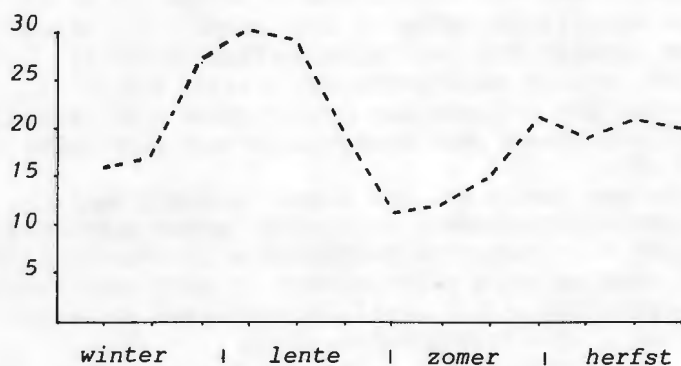
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.  
Dr. A. Notowicz, dermatoloog, Westeinde Ziekenhuis Den Haag.

In totaal werden 89 gevallen van pityriasis rosea gediagnostiseerd, hetgeen een incidentie oplevert van 20 per 10.000 per jaar. Deze incidentie komt opvallend overeen met de Rochestercijfers: 17 per 10.000.

Uit figuur 1 blijkt een toename van de incidentie in het vroege voorjaar. In de zomermaanden, juni tot en met augustus, is duidelijk sprake van een lagere incidentie. Ofschoon in Rochester de verheffing wat vroeger zit, is ook daar sprake van een soortgelijk seizoengebonden golfvormig verloop.

Uit figuur 2 valt op te maken dat de aandoening relatief het meest frequent vóórkomt in de leeftijdsklasse 20-29 jaar. Zij is uiterst zeldzaam bij jonge

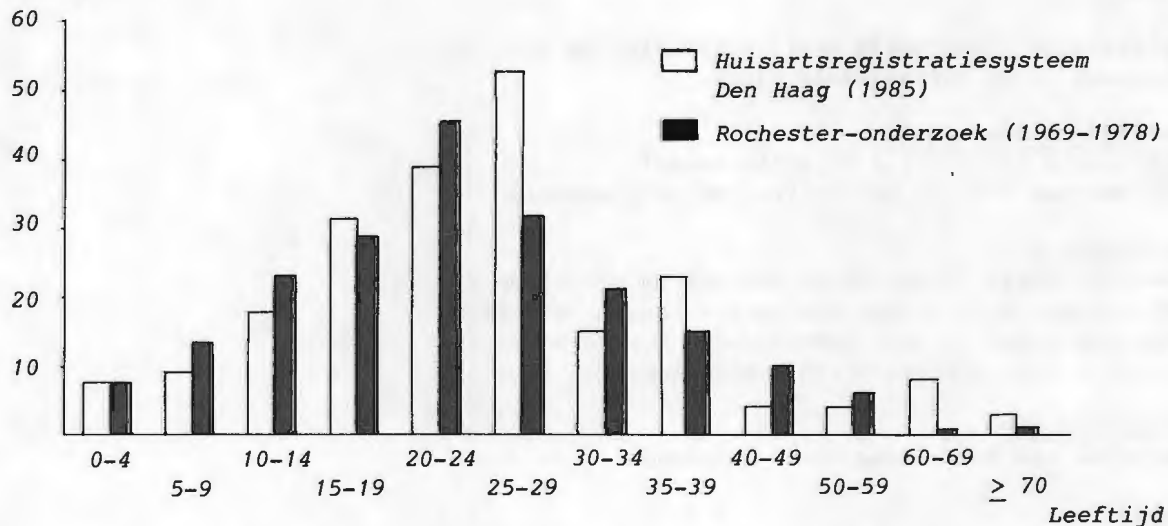
*Voortschrijdend  
gemiddelde van de  
incidentie per 10.000*



Figuur 1. Gevallen van pityriasis rosea. Verloop over de tijd uitgedrukt in voortschrijdend gemiddelde van de incidentie per vierwekelijkse periode. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985.

1. Chuang TY, Ilstrup DM, Peery HO e.a. Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978: a 10-year epidemiologic study. *J Am Ac of Dermatology* 1982; 80-9.
2. Björnberg A, Hellgren L. Pityriasis rosea: a statistical clinical and laboratory investigation of 826 patients and matched healthy controls. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1962; 42 (suppl 50): 1-68.

Incidentie  
per 10.000



Figuur 2. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers van gevallen van pityriasis rosea. Huisartsregistratiesysteem Den Haag (1985) vergeleken met het Rochester-onderzoek (1969-1978).

kinderen en bejaarden. Ook hier zien wij weer een sterke overeenkomst met de cijfers uit de Verenigde Staten welke dezelfde leeftijdscategorie als risicogroep aanduiden. De man-vrouw verhouding op basis van de Haagse gegevens blijkt 1 : 1.4 (Rochester: 1 : 1.8).

Een incidentie van 20 per 10.000, een typisch seizoengebonden verloop, een lichte voorkeur voor vrouwen en een hoog voorkomen bij jong volwassenen zijn samengevat de belangrijkste karakteristieken van de epidemiologie van pityriasis rosea in Den Haag.

Naar predisponerende factoren werd geen onderzoek gedaan. Op basis van de literatuur valt te vermelden dat (andere) infecties, allergie, seborrhische dermatitis, zwangerschap en psychosociale stress wel als risicofactoren worden aangemerkt (1)(2). Bemoedigend is ons inziens tenslotte de sterke overeenkomst tussen de Haagse- en de Rochestercijfers. De laatste zijn afkomstig uit een zeer uitgebreide studie, welke 10 jaar duurde, en welke met andere grote studies in Europa en de Verenigde Staten zeer consistente resultaten opleverde. ■

---

■ ENIGE CASUSTIEK EN/OF EPIDEMIOLOGIE VAN DE  
AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN OVER HET EERSTE KWARTAAL  
1986.

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

Bacillaire dysenterie

1 shigella flexneri; 1 shigella sonnei.

Eén persoon werd in het buitenland geïnfecteerd.

Hepatitis A

Twee patiënten liepen de besmetting op school op en  
één persoon werd in het buitenland besmet. Bij de  
overigen bleef de bron onbekend. 46 Bewoners van een  
tehuis werden profylactisch gamma-globuline ingeënt.

Hepatitis B

De wijze van besmetting bleef onbekend.

Lepra

Beide patiënten waren van Surinaamse afkomst.

Meningococcosis

Een contact werd profylactisch behandeld.

Pertussis

Patiënt was volledig gevaccineerd.

Rubella

Er werden 5 IgG-testen verricht. Aan 23 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, 1e kwartaal 1986.

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																				
Lassaakoorts e.a.																				
Poliomyelitis																				
Rabiës																				
Variola																				
<b>GROEP B</b>																				
Anthrax																				
Brucellosis																				
Cholera																				
Difterie																				
Dysenteria bac.	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Febris recurrens																				
Gele koorts																				
Hepatitis A	-	-	1	-	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	8	1	9	-
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	2	-
Leptospirosis																				
Malaria																				
Meningococcosis	-	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3	4	4
Morbilli																				
Ornithosis																				
Paratyfus B																				
Pertussis	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Q-koorts																				
Rubella	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1
Salmonellose																				
Scabies	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Tetanus																				
Trichinosis																				
Tuberculosis	1	-	1	-	-	1	2	1	12	2	1	-	3	3	2	1	22	8	30	8
Tularemie																				
Typhus exanth.																				
Voedselinfectie	-	-	-	1	-	-	1	-	2	2	-	-	-	-	1	-	4	3	7	2
<b>GROEP C</b>																				
Gonorrhoe	-	-	-	-	-	-	10	6	93	31	21	1	4	-	1	-	129	38	167	-
Syfilis (prim./sec)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	1	1	-	-	-	3	3	6	-
Syfilis (cong.)																				
Parotitis epidemica																				