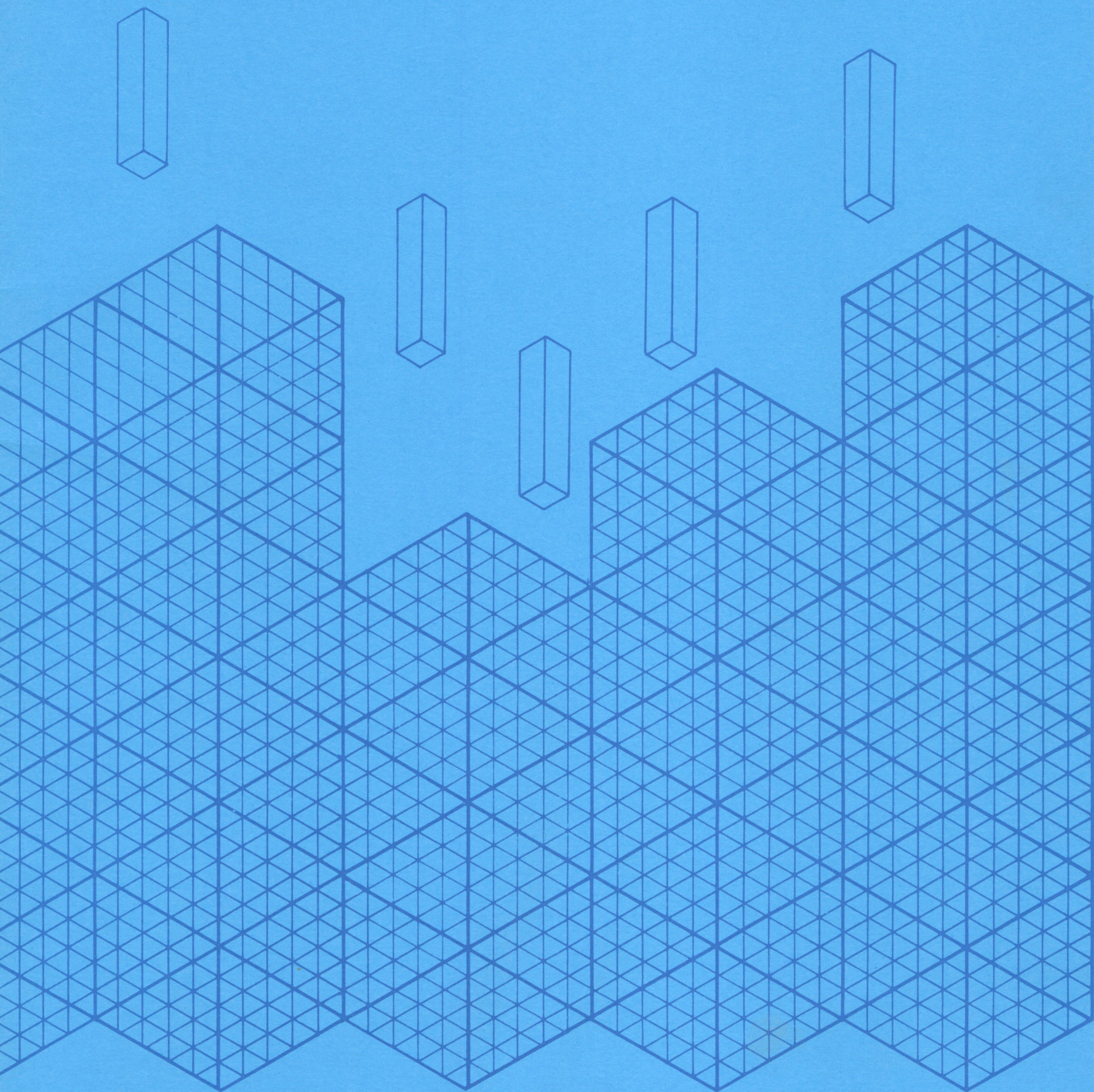


's-Gravenhage mei 1987

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  
Korte Vleerstraat 140  
2513 VK Den Haag  
Telefoon:  
070 - 61 45 21

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

Mei 1987  
22ste Jaargang nr. 2

EPIDEMIOLOGISCH

---

bulletin

---

# Inhoud

---

	Blz.
JAARVERSLAG VAN HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM, DEN HAAG 1986	4
Verwijzing voor congenitale dysplasie van de heup H.G.J. Nijhuis	6
Ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr.) G.M. de Jong	10
Acne vulgaris Dr. A.H. Bergink	13
Euthanasie(-verzoek) Prof.dr. W.J. Schudel	16
Kinkhoest H.G.J. Nijhuis	18
Mononucleosis infectiosa (M. Pfeiffer)	22
Suïcidaal gedrag Prof.dr. W.J. Schudel	24
Vragen over AIDS op het spreekuur H.G.J. Nijhuis, I. Verkade-Burger	26

---

# Jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1986

In het Huisartsregistratiesysteem Den Haag verzamelen huisartsen epidemiologische gegevens omtrent ziektebeelden en gebeurtenissen verkregen over een deel van de populatie van Den Haag. Onderstaande huisartsen maakten in 1986 deel uit van het huisartsregistratiesysteem:

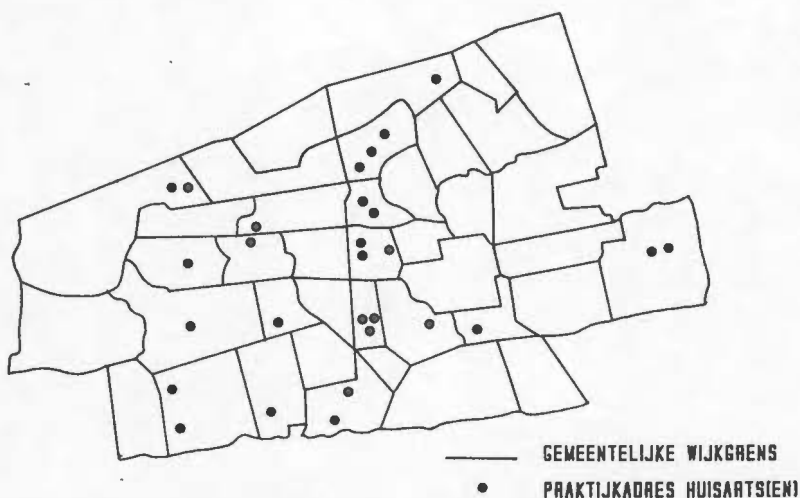
J.J.M. Avezaat	R. Jamin
M.J.Th. Lutjenhuis	H.H.M. Kranendonk
F.A. Balder	P. van Leeuwen
K.F. van der Bent	M.A. Oorthuys
H.J. Lamers	Ph. Oosterhout
L. Beukman	W.J. Pameijer
W.L.I. Bogaartz	W. Pameijer-Eggink
P.C. van Braam van Vloten	J.C.B.M. Rensing
F.D. Brons	R. Schüchmer
F.R.M.D. Vrijaldenhoven	P.H. Snel
J.L. Engelenburg	P.R.H. Vermeulen
M.E.E. Hibbeln	R. van Spronsen
R. Hulsebosch (R.M. Wiersma)	J. Vermeijden

Deze 27 huisartsen zijn werkzaam op 28 verschillende praktijkadressen verspreid over de stad (figuur 1). De gezamenlijke praktijkpopulatie bestrijkt ongeveer 12% van de Haagse bevolking en is zodanig samengesteld dat ze representatief mag worden genoemd voor de variabelen leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.

In 1986 registreerden de huisartsen de volgende ziektebeelden of gebeurtenissen:

- AIDS-VRAAG
- ACNE VULGARIS
- FERROPRIVE ANAEMIE BIJ KINDEREN (0-10jr.)
- VERWIJZING m.b.t. HEUPDYSPLASIE/LUXATIE
- DIAGNOSTIC DELAY BIJ MONONUCLEOSIS INFECTIOSA
- SUICIDAAL GEDRAG
- EUTHANASIE(-VERZOEK)
- KINKHOEST

Bovengenoemde items werden volgens zorgvuldig opgestelde criteria en afspraken geregistreerd op



Figuur 1.  
Praktijklocaties van de deelnemende huisartsen aan het Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

---

weekstaten of afzonderlijke registratieformulieren (euthanasie-verzoek en kinkhoest).

De aard van de gegevens die over de verschillende ziektebeelden/gebeurtenissen werd verzameld was sterk afhankelijk van het onderwerp. Behalve naar leeftijd en geslacht ging de aandacht uit naar onder andere risicofactoren, symptomen, wijze van diagnostiseren en interventie van de huisarts.

Het huisartsregistratiesysteem kende de volgende organisatiestructuur.

De dagelijkse leiding en uitvoering berustte bij het Stafbureau Epidemiologie van de GG en GD Den Haag:

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

De projectbegeleiding vond plaats in een groep bestaande uit:

F.A. Balder	- huisarts in Den Haag
J.C.B.M. Rensing	- huisarts in Den Haag
R. van Spronsen	- huisarts in Den Haag
Dr. A.H. Bergink	- jeugdarts, GG en GD Den Haag
H.G.J. Nijhuis	- arts-epidemioloog
Ir. H.W.A. Struben	- wetenschappelijk medewerker

Als adviseur van het registratiesysteem traden op:

J.F. Broekmans	- regionaal inspecteur van de volksgezondheid van Zuid-Holland
J.W.H. Garvelink	- directeur GG en GD Den Haag
Dr. A.P. Oliemans	- huisarts in Den Haag
Prof.dr. J.D. Mulder	- hoogleraar Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Leiden

De selectie van de te registreren items werd voorbereid door de begeleidingsgroep in nauwe samenwerking met externe deskundigen onder andere verbonden aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu-hygiëne en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden. De uiteindelijke keuze van de ziektebeelden en gebeurtenissen vond zoals ieder jaar plaats tijdens een gezamenlijke bijeenkomst van de deelnemende huisartsen. ■

# Verwijzing voor congenitale dysplasie van de heup

De aanleiding om congenitale dysplasie van de heup (CDH) in de registratie op te nemen was dat bij huisartsen de indruk leeft dat door consultatiebureau-artsen nogal eens vermoede gevallen van CDH worden aangeboden, welke bij nadere diagnostiek niet bevestigd worden.

Als we het heuponderzoek door de consultatiebureau-arts opvatten als een screeningstest betekent dit eigenlijk dat men vindt dat er teveel fout-positieven uitkomen. Anders gezegd: de predictieve waarde van het onderzoek van de consultatiebureau-arts is te laag. We zullen deze probleemstelling hier onderzoeken aan de hand van cijfermateriaal uit het huisarts-registratiesysteem.

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

In het stroomdiagram (figuur 1), wordt een beeld gegeven van de gebeurtenissen op het gebied van het screenen op CDH bij zuigelingen.

Allereerst dient te worden opgemerkt dat in het huisartsregistratiesysteem een vijftal verwijzingen met betrekking tot CDH in leeftijdsgroepen ouder dan één jaar aan de orde waren. Deze gevallen worden vanwege de gerichtheid van de gebruikelijke consultatiebureau-screening op 0-1 jarigen buitengesloten van onze analyses en beschouwingen.

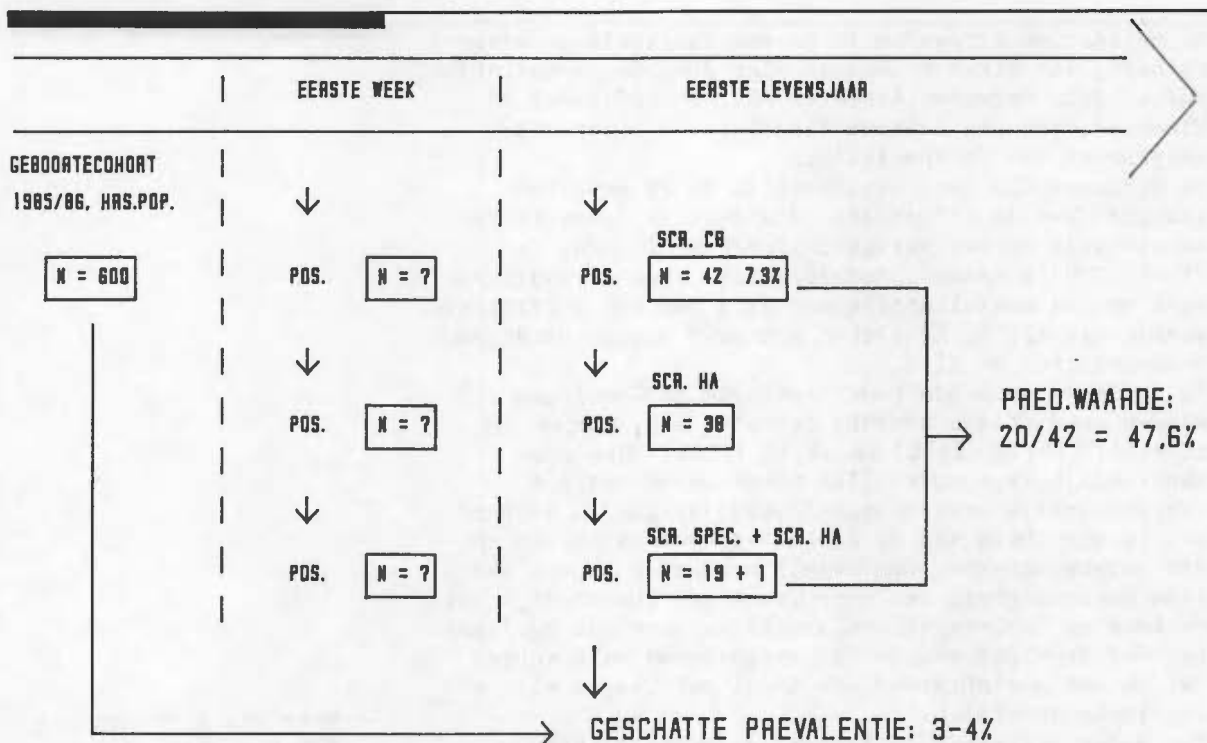
De systematiek weergegeven in het stroomdiagram geeft de gang van zaken bij consultatiebureaus in het algemeen weer. De cijfers zijn ontleend aan en dus specifiek voor het huisartsregistratiesysteem.

Zoals het diagram laat zien wordt een geboortecohort, deels geboren in 1985 deels in 1986, gedurende het registratiejaar (1986) longitudinaal begeleid door consultatiebureau-artsen. De omvang van het cohort dat deel uitmaakt van de praktijkbevolking van het huisartsregistratiesysteem is naar schatting rond de 600 levendgeborenen.

Bij deze beschouwing moeten we ervan uitgaan dat in de neonatale periode (eerste levensweek) door obstetricus, verloskundige, kinderarts of huisarts bij een deel van de kinderen reeds een screening op CDH heeft plaatsgevonden. Dit neonatale proces van screening en diagnostiek (weergegeven tussen stippellijnen) heeft reeds een (onbekend) aantal gevallen van CDH opgeleverd. De productie binnen dit stelsel valt buiten het gezichtsveld van de consultatiebureau-arts en daarmee eveneens buiten deze registratie.

We spreken hier dus over wat ten tijde van het eerste levensjaar, maar na de eerste levensweek, passeert met betrekking tot CDH-screening en diagnose. Gesteld wordt dat het gehele cohort van 600 kinderen regelmatig door consultatiebureau-artsen wordt gescreend op CDH. Over de aard van het onderzoek, respectievelijk de test valt nog heel wat te zeggen. We komen daarop aan het slot van dit artikel terug.

Door de consultatiebureau-arts als positief geteste kinderen worden verwezen naar de huisarts. Deze ziet



Figuur 1. Stroomdiagram van het screeningsproces op congenitale dysplasie van de heup. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

de kinderen en besluit wel dan niet tot verwijzing naar een specialist voor een definitieve diagnose. In deze fase van het proces heeft de huisarts de indruk gekregen dat er sprake zou zijn van teveel fout-positieve screeningsuitslagen door de consultatiebureau-arts.

De diagnose wordt uiteindelijk bijna altijd gesteld door een specialist. Hier wordt evident wat als eindresultaat van het screenings/diagnoseproces een geval van CDH is.

#### De cijfers

We verwijzen opnieuw naar figuur 1.

Gedurende het jaar werden door de consultatiebureau-artsen 42 gevallen naar de huisarts verwezen. Deze groep van 42 positieve testuitslagen vormt 7,3% van het gehele passerende cohort van levendgeborenen. De kans om verwezen te worden in verband met vermoede CDH voor een zuigeling is dus 7,3% per jaar.

Vergeleken met onderzoeken op dit gebied verricht in Groningen is deze kans laag (1). Daar werden in 1976 en 1984 kansen gevonden van respectievelijk 23,7% en 19,1%. De verklaring voor deze verschillen kan worden gevonden in het feit dat het hierbij onderzoeksprojecten betrof waarbij de consultatiebureau-artsen nauw betrokken waren bij de opzet en uitvoering. Dit brengt mogelijk een grote alertheid en derhalve een aanzienlijk verwijzingspercentage met zich mee. In ons onderzoek met behulp van het huisartsregistratiesysteem wisten de consultatiebureau-artsen van de prins geen kwaad.



De huisartsen screenden in tweede instantie en wezen op basis van eigen onderzoek vier door de consultatiebureau-arts verwezen kinderen af. Er werden dus 38 kinderen voor een laatste diagnostisch onderzoek aangeboden aan de specialist.

De diagnose CDH werd uiteindelijk in 20 gevallen gesteld. Van de 42 kinderen die door de consultatiebureau-arts werden verwezen bleken er 20, dat is 47,6%, CDH te hebben. Anders gezegd: het screeningswerk van de consultatiebureau-arts had een predictieve waarde van 47,6%. Er bleken achteraf dus 22 kinderen fout-positief te zijn.

In de reeds genoemde onderzoeken in Groningen (1) werden predictieve waarden gevonden van respectievelijk 16,3% (1976) en 14,1% (1984). Dat deze aanzienlijk lager uitvallen hangt samen met het waarschijnlijk groter aantal verwijzingen in verband met de alertheid van de consultatiebureau-artsen in die onderzoeken. Een mogelijk gunstig aspect van deze omstandigheid zou voor Groningen kunnen zijn dat de kans op fout-negatieve uitslagen eveneens geringer is. Het probleem van de fout-negatieven valt echter buiten het gezichtsveld van zowel het Haagse als het Groningse onderzoek.

Een ander onderzoek in Amsterdam, vergelijkbaar met het Haagse observationele ontwerp, laat eveneens een hoge predictieve waarde (47,3%) zien (2). In dit onderzoek wordt met name aandacht gegeven aan de voor de betrokkenen ongunstige gevolgen van fout-positieven. Het blijkt dat rond één derde van de onder-vraagde ouders zich ernstig ongerust maakt bij verwijzing.

Wanneer men dit overbodige leed bij fout-positieve testuitslagen uitzet tegen de voordelen van de vroegdiagnostiek van CDH, slaat de balans ongetwijfeld door ten gunste van een test, die een predictieve waarde laat zien van bijna 50%.

Ten aanzien van de vastgestelde predictieve waarde van het screeningswerk van consultatiebureau-artsen in Den Haag, de probleemstelling van dit onderzoek, mag gesteld worden dat deze acceptabel is en de huisartsen geen reden tot klagen geeft.

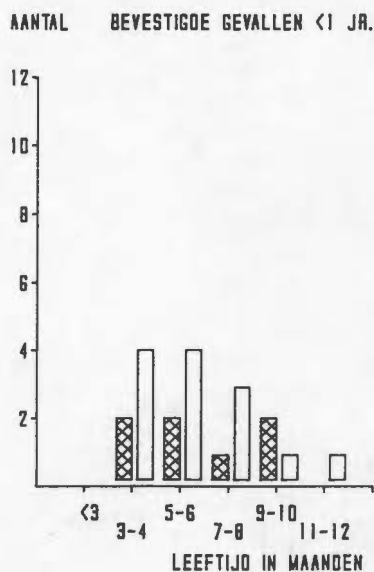
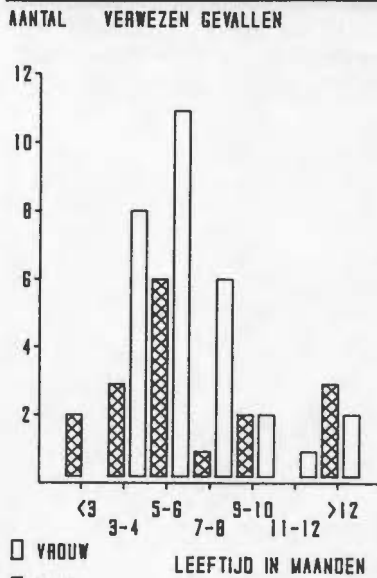
In hoeverre sprake is van fout-negatieven, dat wil zeggen gemiste kinderen met een latente CDH, is zoals gezegd onduidelijk.

Voor meer informatie over aspecten van het klinisch anamnestic onderzoek op het gebied van CDH verwijzen we naar uitstekende publicaties hierover van Van Hees (1)(3)(4).

Tenslotte besteden we nog aandacht aan het overige epidemiologische cijfermateriaal. Wederom wordt verwezen naar figuur 1.

De geschatte periode-prevalentie voor CDH bij zuigelingen is 3-4% over het jaar 1986. Dit cijfer is hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van de prevalentie van CDH in de zuigelingenleeftijd. Immers

1. Hees van-Laan van der ZJ. Opsporing van congenitale dysplasie van de heup op het consultatiebureau voor zuigelingen. Stand van zaken. *Tijdschr Kinder-geneeskd* 1985; 53 nr 3: 99-105.
2. Woudenberg R van, Wolters HJU. Hoe ervaren ouders een verwijzing van hun kind bij verdenking op CHD. *Skriptie Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg-TNO, Leiden* 1986.
3. Hees van-Laan van der ZJ, Huttinga-Edens MM. Congenitale dysplasie van het heupgewricht bij zuigelingen; een onderzoek op consultatiebureaus in Groningen. *Ned T Geneeskd* 1981; 125 nr 47: 1913-7.
4. Hees van-Laan van der ZJ, Huttinga-Edens MM. Het onderzoek naar congenitale heupdysplasie op consultatiebureaus voor zuigelingen. *Huisarts en Wetensch* 1981; 24: 101-3.



Figuur 2. Congenitale dysplasie van de heup naar leeftijd en geslacht voor verwezen gevallen (boven) en en bevestigde gevallen (onder). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

de gevallen die in de (met stippellijnen aangegeven) neonatale fase worden gediagnostiseerd maken hiervan geen deel uit.

Wel komt het zeer goed overeen met de Groningse onderzoeken waarin achtereenvolgens een prevalentie van 3,9% (1976) en 2,9% (1984) werd gevonden over dezelfde leeftijdsspanne.

In figuur 2 staan de leeftijds- en geslachtsverdeling van zowel de groep door de consultatiebureau-arts verwezen kinderen als de groep met een bevestigde CDH. Zoals ook uit ander onderzoek blijkt zijn de meisjes in beide groepen sterk in de meerderheid (jongens : meisjes = 1 : 1,8).

Te zien is eveneens dat de bevestigde CDH'en voornamelijk in de leeftijdsperiode van 3 tot 12 maanden worden gevonden. Dit verschijnsel hangt zonder twijfel samen met het verwijzingsbeleid op de consultatiebureaus (verwijzen na drie maanden). Het in de praktijk brengen van een goede systematiek van onderzoek en verwijzing is van groot belang voor het minimaliseren van fout-negatieve uitslagen en daarnaast het emotionele leed bij fout-positieve screeningsuitslagen. Daarom vermelden we hier de richtlijnen afkomstig uit een uitstekend overzichtartikel van Van Hees (4).

#### 'Verwijzings- en behandelingsprocedure

Indicatie tot verwijzing:

- een positieve familie-anamnese;
- een afwijkend lichamelijk onderzoek; met name abductiebeperring is een belangrijke verwijzings-indicatie; bij kinderen met een torticollis of voet-afwijking komt CDH meer voor;
- een meisje in stuitligging geboren; hoewel men deze indicatie discutabel kan stellen, verdient het ernstige overweging deze meisjes toch te verwijzen, omdat er gevallen van CDH bekend zijn, waarbij dit de enige reden tot verwijzing was.

Leeftijd van verwijzing.

- op de leeftijd van drie maanden in verband met prognose;
- bij duidelijk lichamelijke afwijkingen eerder;
- indien pas na drie maanden lichamelijke afwijkingen ontdekt worden, zo spoedig mogelijk!

Naar welke specialist:

naar een orthopeed (via de huisarts). Een orthopeed ziet niet alleen de bekkenfoto, eventueel met consultatie van een röntgenoloog, maar onderzoekt ook het kind en behandelt het zo nodig'.

# Ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr.)

De laatste jaren werden signalen ontvangen, dat nog steeds problemen met betrekking tot deficiënte voeding en zelfs ondervoeding bestaan. Misschien zelfs wel in toenemende mate. Zo vond er in Nederland in de tweede helft van de jaren zeventig een ware opleving plaats van rachitis, vooral onder migranten.

Na een intensieve anti-rachitiscampagne is dit ziektebeeld hier overigens weer een zeldzaamheid geworden. Toch bleven er na het verdwijnen van rachitis signalen komen van huisartsen, kinderartsen en maatschappelijke organisaties, waarbij aangenomen werd dat er nog steeds deficiënte voedingspatronen bestonden, zowel bij migranten als bij autochtone groeperingen. Met name zou ijzerdeficiëntie bij kinderen nogal eens een ferroprive anaemie tot gevolg hebben. Daarom werd in het huisartsregistratiesysteem nagegaan of een ferroprive anaemie bij kinderen inderdaad nog zo frequent voorkomt.

Bij de registratie werd bepaald dat er sprake was van een ferroprive anaemie wanneer het Hb-gehalte lager was dan 6,5 mmol/l (10,5 g%) en waarbij het ijzertekort ofwel direct werd aangetoond (bijvoorbeeld een verlaagd serum-ijzer) ofwel indirect door een Hb-stijging na ijzertherapie.

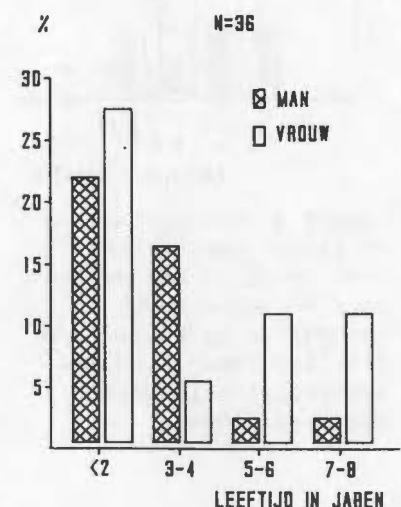
In totaal werd 36 keer de diagnose ferroprive anaemie gesteld. Dit komt neer op een incidentie van 67,5 per 10.000 per jaar. Geëxtrapoleerd naar heel Den Haag (onderzoekpopulatie is 12% van de Haagse populatie) betekent dit dat in 1986 bij rond de 295 kinderen deze diagnose is gesteld door de huisarts.

Tabel 1 laat zien dat meer dan de helft van de kinderen (56%) een niet-Nederlandse etno-culturele achtergrond had. Met de wetenschap dat rond 20% van de Haagse kinderen in de leeftijd 0-14 jaar van niet-Nederlandse afkomst is, betekent dit dus dat een ferroprive anaemie bij deze niet-Nederlandse kinderen vijf maal vaker voorkomt dan bij Nederlandse kinderen. Bij 10 kinderen (dus ruim een kwart) betrof het een recidief.

Figuur 1 geeft weer dat bij iets meer meisjes dan jongens (respectievelijk 20 en 16) een ferroprive anaemie werd vastgesteld. Dit verschil komt vooral tot uiting in de leeftijdsgroep 5-8 jarigen. Tabel 2 toont het verband tussen de ernst van de anaemie en de leeftijd. De laagste Hb-waarden (< 5,0 mmol/l) komen vooral voor bij kinderen jonger dan 5 jaar, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met het feit dat juist op die leeftijd fysiologisch gezien het Hb-gehalte het laagst is. Dit zou ook de verklaring kunnen zijn dat de helft van de kinderen met een ferroprive anaemie jonger is dan twee jaar.

In figuur 2 is de verhouding te zien tussen niet-Nederlandse patiënten ten opzichte van het totaal aantal patiënten bij verschillende Hb-waarden. Niet-Nederlandse kinderen zijn gelijk verdeeld over de categorieën Hb-waarden. Het is dus niet zo, zoals men misschien zou verwachten, dat de ernstigste ferroprive

G.M. de Jong, kinderarts,  
werkzaam in het Westeinde  
ziekenhuis, Den Haag.



Figuur 1. Ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr.) naar leeftijd. Huisartsregistratiesysteem, 1986.

Tabel 1. Ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr.) naar afkomst. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Afkomst	Abs.	%	Incidentie per 10.000 per jaar
Nederlands	16	44.5	37.5
Marokkaans	7	19.4	188.0
Turks	6	16.7	
Surinaams	6	16.7	
Overige (niet Ned.)	1	2.7	
Totaal	36	100.0	67.5

Tabel 2. Ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr.) naar leeftijd en HB-waarde. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

HB-waarde mmol/l	Leeftijd				Totaal
	< 2 jr.	3-4 jr.	5-6 jr.	7-8 jr.	
4.1-4.5:	2 (50.0)	2 (50.0)	-	-	4 (100.0)
4.6-5.0:	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
5.1-5.5:	-	-	-	-	-
5.6-6.0:	5 (55.6)	3 (33.3)	1 (11.1)	-	9 (100.0)
6.1-6.5:	9 (50.0)	2 (11.1)	3 (16.7)	4 (22.2)	18 (100.0)
Totaal :	18 (50.0)	8 (22.2)	5 (13.9)	5 (13.9)	36 (100.0)

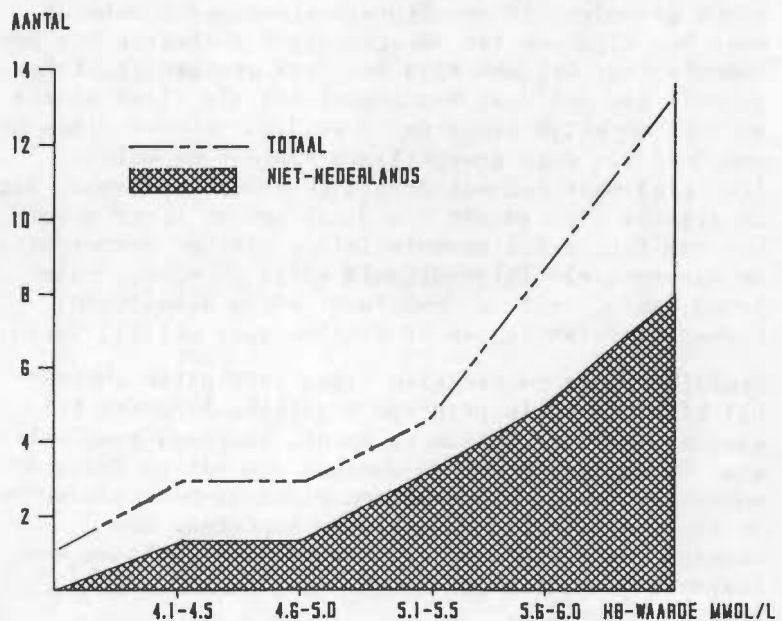
( ) Percentages

anaemieën vooral bij niet-Nederlandse kinderen voorkomen.

In conclusie wordt in dit onderzoek het vermoeden bevestigd dat met name onder de allochtone kinderen ferroprive anaemie nog vaak voorkomt. Aangezien waarschijnlijk alleen die patiënten geregistreerd zijn die klachten of symptomen hadden of bij wie de ouders het initiatief namen om de huisarts te bezoeken, hebben we hier vrijwel zeker te maken met een 'topje van de ijsberg'. Immers ook een ernstige anaemie geeft soms betrekkelijk weinig klachten. Zo werd nog

Figuur 2. Voortschrijdend gemiddelde\* van de HB-waarden van gevallen van ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr.) van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

\* Het voortschrijdend gemiddelde is een reeks van gemiddelden berekend uit een bepaalde waarde op de as en haar vorige en volgende waarde.



niet zo lang geleden in onze kliniek een Pakistaans meisje opgenomen met een zeer ernstige ferroprive anaemie (2,7 mmol/l). De slechte eetlust van het kind was de enige reden waarom de huisarts werd geconsulteerd. Deze liet vanwege de extreme bleekheid van het kind een Hb-bepaling doen. Hoe de groep patiënten bij wie de diagnose is gesteld zich verhoudt tot de 'symptoomloze' groep is niet bekend. In een serie epidemiologische onderzoeken in Amerika werd bijvoorbeeld gevonden dat wisselend van 3 tot 24% van de kinderen op de leeftijd van 6 tot 24 maanden een ijzergebreksanaemie had (1)(2)(3). Uit dezelfde onderzoeken is gebleken dat als zich op kinderleeftijd een ijzergebrek voordoet dit vooral het geval is bij zuigelingen en peuters jonger dan twee jaar. Bovendien is gebleken dat deze groep relatief veel koemelk drinkt wanneer de ouders behoren tot de sociaal-economisch zwakkeren in de samenleving. Tenminste een deel van deze gegevens komt overeen met de resultaten van ons onderzoek in Den Haag. De oorzaak van ferroprive anaemie bij kinderen jonger dan twee jaar komt vrijwel altijd doordat naast de borst- of flesvoeding te laat wordt begonnen met bijvoeding. Misschien dat een slecht consultatiebureaubezoek hierbij een rol speelt. Hetzelfde was destijds het geval bij de rachitis-patiëntjes. Met name op het consultatiebureau wordt immers de voeding van de zuigeling en de jonge peuter begeleid. Melk vermindert de resorptie van ijzer in de darm. Dit geldt eveneens voor voedingsmiddelen als eieren, kaas, graanproducten, witbrood en thee. Wanneer deze voedingsmiddelen een belangrijke plaats innemen in het dieet kan daardoor alleen al een ijzergebreksanaemie ontstaan.

Vlees is de belangrijkste voedingsbron van ijzer. Dit is mogelijk de verklaring voor het feit dat de ijzergebreksanaemie veel onder niet-Nederlandse kinderen wordt gevonden. Etno-culturele minderheden behoren over het algemeen tot de economisch zwakkeren van onze samenleving. Het kan zijn dat deze groepen juist het gebruik van een duur voedingsmiddel als vlees daarom zo veel mogelijk beperken. Bovendien behoort vlees bij een deel van deze groeperingen vanwege de cultuur (religie) niet tot het dagelijks voedingspatroon. Het is evenwel niet zo dat een dieet zonder vlees persé tot een ferroprive anaemie leidt. Als het evenwichtig is samengesteld (bijvoorbeeld extra groente, bruinbrood, soja, fruit en eventueel extra vitamine C) kunnen kinderen er qua Hb-gehalte zeer wel bij varen.

Profylactische maatregelen tegen ferroprive anaemie bij kinderen is in principe mogelijk. Alvorens tot systematische profylaxe te kunnen overgaan moet echter meer bekend zijn over de oorzaak van het zo frequent voorkomen van een ijzergebrek bij niet-Nederlandse en in mindere mate bij Nederlandse kinderen. Een onderzoek naar de voedingsgewoonten in gezinnen van ferroprive anaemie-patiënten lijkt daarvoor zonder meer noodzakelijk.

1. Reeves JD et al. Iron Deficiency in health. *Disease Advances in Pediatric* 1983; 30: 281-320.
2. Oski FA, Stockman JA. Iron Deficiency Anemia and Poor Iron Utilization. *The Pediatric Clinics of North America* 1980; 27 nr 2: 237-53.
3. Behrman RE, Vaughan VC. (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 12th edition. Philadelphia. WB Saunders Co 1983.

Overige geraadpleegde literatuur:

- Uitenhuis J. IJzer en zuigelingenvoeding. *Ned Tijdschr Kindergeneeskd* 1985; 53 suppl 25-7.
- Dagnelie PC, Staveren WA van, Hautvast JGAJ. De gezondheid en voedingstoestand van 'alternatief' gevoede zuigelingen en peuters, feiten en onzekerheden. II Specifieke tekorten. *Ned Tijdschr Kindergeneeskd* 1985; 53 nr 6: 208-16.
- Nijhuis HGJ, Zoethout HE, Jong GM de. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiol Bul Grav* 1982; 17 nr 3: 7-16.

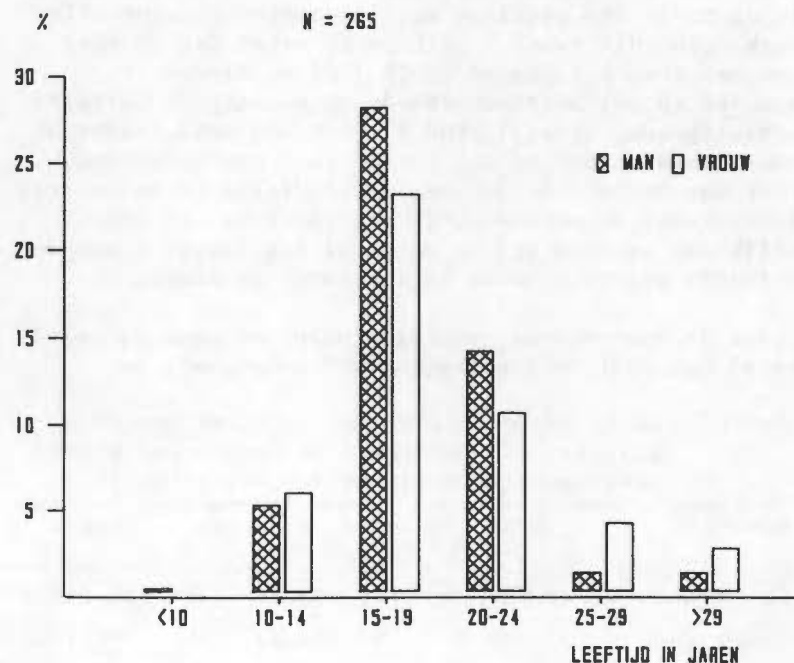
# Acne vulgaris

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

Ongetwijfeld behoort acne vulgaris tot die aandoeningen waarvoor lang niet altijd medische hulp wordt ingeroepen. Deze huidafwijking werd dan ook niet geregistreerd om meer gegevens te verkrijgen omtrent het voorkomen onder Haagse jeugdigen, maar om de omvang van de hulp die in de huisartspraktijk wordt verleend met betrekking tot dit euvel in kaart te brengen. Ook werd getracht een antwoord te vinden op de vraag hoe groot het percentage adolescenten is dat wegens acne vulgaris de huisarts consulteert. Tenslotte werd gekeken naar zaken, zoals piekleeftijden, de zelfmedicatie en seizoenschommelingen. De aandoening werd geregistreerd op basis van het polymorfe klinische beeld: witte en zwarte comedones, papulae, pustulae, noduli en nodi. Alleen gevallen waarvoor door de huisarts voor het eerst een therapie werd ingezet werden aangegeven.

In totaal werden in 1986 door de aan het huisartsregistratiesysteem deelnemende huisartsen 265 gevallen van acne vulgaris in behandeling genomen. Er van uitgaande dat over circa 12% van de Haagse populatie werd geregistreerd betekent dit dat de Haagse huisartsen jaarlijks te maken hebben met rond de 2150 nieuwe gevallen van acne.

Figuur 1 geeft een overzicht van de aangegeven gevallen uitgesplitst naar geslacht en leeftijd. Over de gehele linie genomen bleek het aantal vrouwelijke patiënten nagenoeg even groot te zijn als het aantal manlijke. De absolute getallen bedroegen respectievelijk 127 en 138. Geconcludeerd kan worden dat er met



Figuur 1. Gevallen van acne vulgaris naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

betrekking tot het consulteren van de huisarts geen duidelijke geslachtsverschillen bestaan.

Voorts laat figuur 1 overduidelijk zien dat de piekleeftijd voor acne vulgaris ligt bij de 15-19 jarigen. Berekend werd dat per 10.000 jongens en meisjes in deze leeftijdsgroep er jaarlijks 386 voor het eerst door de huisarts in behandeling worden genomen. Dit komt er op neer dat in de leeftijdsperiode van 15- tot 19-jaar rond één op de vijf adolescenten de hulp inroept van de huisarts om van de jeugdpuistjes af te komen.

De uitkomsten van dit registratieonderzoek bevestigen dat gevallen van acne vulgaris vóór het tiende levensjaar zeldzaam zijn. Slechts één jongen was jonger dan tien jaar toen de behandeling werd ingezet. Daarentegen blijken jonge volwassenen in de leeftijd van 20- tot 29-jaar vrij frequent de huisarts te consulteren wegens acne vulgaris. In totaal vroegen 42 jonge mannen en 41 jonge vrouwen hun huisarts om advies en behandeling. Dit houdt in dat de huisartsen in Den Haag rond de 700 jonge volwassenen op hun spreekuur krijgen met het verzoek om medicatie voor hun acne. Jonge volwassenen, zowel mannen als vrouwen, blijken meer onder deze aandoening te lijden dan algemeen wordt verondersteld.

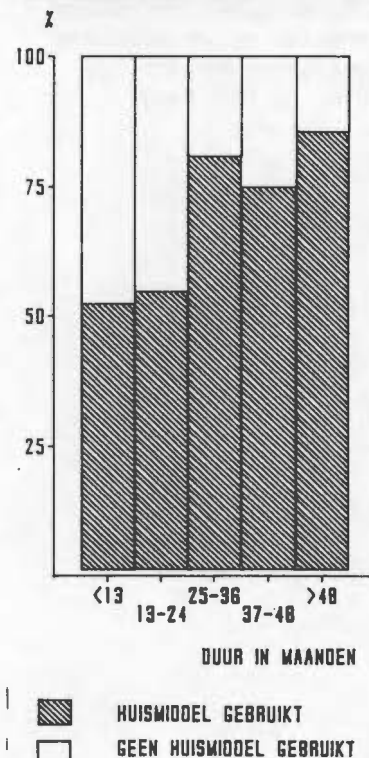
Van de in 265 in behandeling genomen patiënten met acne vulgaris waren er 12 (4,5%) ouder dan 30 jaar. Hieronder bevonden zich vier mannen en acht vrouwen. Geén van hen was de 50 gepasseerd.

Op het registratieformulier werd eveneens gevraagd naar de duur van de symptomen voordat de therapie werd ingezet. In 244 gevallen werd hieromtrent informatie verkregen. Uit tabel 1 valt op te maken dat globaal genomen rond 55% van de 10-19 jarigen binnen 12 maanden na het ontstaan van de aandoening de huisarts consulteerde, terwijl rond 45% dit pas deed, nadat al meer dan een jaar of nog langer last was ondervonden. Voor wat betreft de oudere leeftijdsgroepen waren deze percentages respectievelijk wat lager en wat hoger. Blijkbaar wachten zij in de regel nog langer aler de huisarts wegens acne om advies wordt gevraagd.

Naast de duur van de symptomen werd ook geregistreerd of al dan niet zelfmedicatie werd toegepast. De

Tabel 1. Leeftijdsverdeling voor gevallen van acne vulgaris naar duur van de symptomen. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

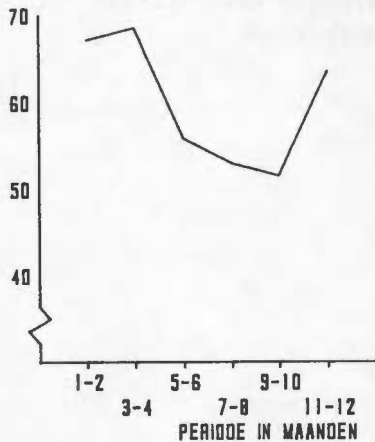
Leeftijd	Duur symptomen		Totaal
	≤ 12 mnd	≥ 13 mnd	
10-19 jaar:	85 (54.8)	70 (45.2)	155 (100)
20-29 jaar:	27 (34.6)	51 (65.4)	78 (100)
≥ 30 jaar :	5 (45.4)	6 (54.6)	11 (100)
Totaal :	117 (48.0)	127 (52.0)	244 (100)



Figuur 2. Duur symptomen van acne vulgaris naar het gebruik van huismiddelen. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

\* Het voortschrijdend gemiddelde is een reeks van gemiddelden berekend uit een bepaalde waarde op de as en haar vorige en volgende waarde.

AANTAL  
PER 10.000



*Figuur 3. Voorschrijdend gemiddelde\* van gevallen van acne vulgaris (per 10.000) per tweemaandelijke periodes. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.*

Informatie die hieromtrent werd verkregen is gepresenteerd in figuur 2. De uitkomsten spreken voor zich en zijn overeenkomstig de verwachting. Ruim 50% van de patiënten die binnen twee jaar na het optreden van acne de huisarts opzochten hadden zelfmedicatie toegepast. Dit percentage bedroeg rond de 80% voor diegenen die een bezoek aan de huisarts wegens acne nog langer uitstelden. Zelfmedicatie bij acne blijkt eerder regel te zijn dan uitzondering. Op grond van deze uitkomsten kan worden vastgesteld dat in Den Haag het aantal adolescenten en jonge volwassenen dat jaarlijks een drogist of apotheek binnenloopt om een middel tegen acne te kopen in de duizenden loopt.

In figuur 3 tenslotte is een overzicht gegeven van het voortschrijdend gemiddelde van de incidentie van acne-patiënten bij wie de huisarts een behandeling inzette. Heel voorzichtig zou men uit deze figuur de conclusie kunnen trekken dat in de zomermaanden wat minder hinder van acne wordt ondervonden dan in de wintermaanden.

Ter afsluiting dient nog te worden vermeld dat het onderhavige registratie-onderzoek geen harde gegevens aan het licht bracht omtrent het voorkomen van welstandsverschillen met betrekking tot het item. Voorts werden verwijzingen naar de dermatoloog niet geregistreerd. Over de omvang van specialistische hulp bij ernstige vormen van acne, acne conglobata in het bijzonder, verschaft dit onderzoek evenmin informatie ■



# Euthanasie(-verzoek)

De registratie van euthanasieverzoeken en euthanasie is in 1986 met volledige instemming van de deelnemende huisartsen voortgezet. Tegen de achtergrond van de op landelijk niveau nog immer actuele discussie over de mogelijke aanpassing van de strafwet en wet op de lijkbezorging zijn betrouwbare gegevens over de aard en de omvang van de euthanasieproblematiek vanzelfsprekend van het grootste belang. Aangezien een strikt vertrouwelijke behandeling van de gegevens van ons registratiesysteem gewaarborgd is en de deelnemers doordrongen zijn van het belang van een volledige inventarisatie, menen wij ook dit jaar voor die volledigheid te kunnen instaan.

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

## Definitie euthanasie:

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

De 27 huisartsen werden 13 maal geconfronteerd met een verzoek tot euthanasie (in 1985: 17 maal). Aangezien 12% van de Haagse populatie vertegenwoordigd is in het registratiesysteem zouden de huisartsen in Den Haag gezamenlijk ongeveer 106 keer per jaar een verzoek tot euthanasie kunnen verwachten. Per arts betekent dat één per twee jaar.

In vergelijking met de Haagse cijfers over 1985 is het relatieve aantal euthanasieverzoeken met ongeveer 30% afgenomen. Ook het jaarverslag van de Peilstations Nederland over 1984 toonde hogere cijfers dan nu in Den Haag over 1986 kan worden gerapporteerd.

In de tabellen 1, 2 en 3 worden de geregistreeerde gevallen van euthanasieverzoek en euthanasie in het huisartsregistratiesysteem Den Haag weergegeven naar leeftijd, diagnose en aanleiding tot het verzoek. In meer dan 60% van de gevallen bleek er sprake te zijn van maligniteit (in 1985: bijna 50%); in vrijwel alle gevallen was uitzichtloosheid van het lijden, al dan niet in combinatie met pijn en/of angst de voornaamste drijfveer voor het verzoek. In 1986 werd zesmaal het verzoek tot euthanasie door de huisarts ingewilligd (in 1985: 9 maal) en in alle gevallen heeft de huisarts ook zelf de euthanasie uitgevoerd. In één geval van euthanasie-verzoek overleed de

Tabel 1. Gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie. Verdeling naar leeftijd. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Leeftijd	Euthanasie-verzoek*	Euthanasie**
< 60 jaar :	3	1
60-69 jaar:	3	2
70-79 jaar:	2	1
> 80 jaar :	5	2
Totaal :	13	6

\*Betreft de geregistreeerde verzoeken inclusief de ingewilligde.

\*\*Omvat alleen de ingewilligde verzoeken.

Tabel 2. Gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie. Verdeling naar directe aanleiding (combinaties mogelijk). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Directe aanleiding	Euthanasie-verzoek*	Euthanasie**
Uitzichtloosheid van het lijden :	12	8
Pijn :	4	1
Ademhalingsprobl.:	2	1
Angst/eenzaamheid:	4	1

Tabel 3. Gevallen van euthanasie-verzoek en euthanasie. Verdeling naar medische diagnose. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Medische diagnose	Euthanasie-verzoek*	Euthanasie**
Maligniteit:	8	4
Overige :	5	2
Totaal :	13	6

patiënt alvorens de huisarts het verzoek om euthanasie kon inwilligen.

Bij beschouwing van de gegevens van 1985 en 1986 gezamenlijk ontstaat de indruk dat zowel van de kant van de patiënt als van die van de huisarts de indicatiestelling verder is aangescherpt. De ernst en de uitzichtloosheid van het lijden zijn in 1986 nog sterker geprononceerd en het in de jurisprudentie steeds terugkerende begrip 'uitzichtloze noodsituatie' lijkt bij alle gevallen van euthanasie evident.

Samenvattend werden in 1986 27 Haagse huisartsen 13 keer geconfronteerd met een verzoek tot euthanasie; hierbij vormden vooral uitzichtloosheid van het lijden, gecombineerd met pijn en angst de directie aanleiding; tweederde deel van de patiënten bij wie het verzoek werd ingewilligd leed aan een maligne aandoening; vrijwel steeds was het sterven onafwendbaar nabij.

Volgens dit onderzoek zou de conclusie getrokken kunnen worden dat een Haagse huisarts één in de vier jaar euthanasie verricht. In 1 à 1,5% van alle sterfgevallen in Den Haag zou er derhalve sprake zijn van euthanasie door de huisarts. ■

# Kinkhoest

In het jaar 1986 werd de in 1985 gestarte registratie van kinkhoest gecontinueerd.

De diagnose kinkhoest werd gesteld op basis van de serologische beoordeling door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (dr. J. Nagel). Hierbij dient evenwel de kanttekening te worden gemaakt dat de serologische grenswaarden waarbij van een geval van kinkhoest werd gesproken zijn veranderd in 1986. Ook de cijfers over 1985, welke zijn opgenomen in dit artikel, zijn volgens de nieuwe grenswaarden\* geclassificeerd.

## Enkele trends

Sedert de beginjaren tachtig is sprake van een toename van geregistreerde kinkhoestgevallen. In tabel 1 staan de aangiftecijfers per 10.000 voor Den Haag en Nederland over 1985 en 1986 weergegeven. Het is duidelijk dat in ieder van de twee registratiesystemen een verdere toename van geregistreerde gevallen zichtbaar wordt. De in eerdere publicaties opgeworpen vraag blijft echter bestaan: is hier sprake van een verheffing van het voorkomen van kinkhoest, van een verandering in de diagnostische criteria, van een grotere attentie van aangevende artsen of misschien van een combinatie van deze(1)(2). De sterke stijging van het aantal gevallen aangegeven aan de Geneeskundige Hoofdinspectie (50%), naast de geringere toename in het onderzoekstelsel in Den Haag (27%) suggereert in ieder geval een verandering in het spontane aangiftegedrag van artsen.

In figuur 1 staat het verloop van de kinkhoestgevallen over 1985 en 1986 verkregen uit het Huisartsregistratiesysteem Den Haag weergegeven. We zien het aantal kinkhoestgevallen opklimmen in de herfst van 1985, een top bereiken in hartje winter en dan wederom dalen in het voorjaar. In de herfst 1986 lijkt zich niet opnieuw eenzelfde epidemische verheffing in te zetten. Echter hoe de curve verder loopt in 1987 is met onze onderzoekgegevens niet zichtbaar te maken.

In tabel 2 staat informatie over de etno-culturele afkomst van kinkhoestgevallen berekend over de afgelopen twee jaren. Opnieuw wordt het beeld bevestigd dat er geen sprake is van een opmerkelijk voorkomen van kinkhoest onder niet-Nederlanders. Immers het aandeel niet-Nederlanders is in de Haagse bevolking rond de 11% terwijl dit 13% is onder de kinkhoestgevallen.

Bij de veronderstelling dat niet-Nederlanders bijzonder risico zouden lopen speelt de gedachte dat de vaccinatie-status bij leden van deze groep minder zou zijn dan bij Nederlanders. In een eerder artikel lieten we reeds zien dat ook op een uitstekend gevaccineerde school in Midden-Limburg sprake was van een kinkhoestepidemie (2). We betoogden op basis daarvan dat bij een toegenomen infectiedruk de bescherming, die uitgaat van het huidige vaccinatieschema, op wat oudere kinderleeftijd zeer beperkt is.

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

## \* Kinkhoest:

IgA (E/ml)	IgG anti LPF (E/ml)
ongeacht	> 60
5-9	30-59
10-29	15-29
> 30	ongeacht

Tabel 1. Aantal gerapporteerde gevallen van kinkhoest per 10.000. Den Haag en Nederland, 1985-86.

Locatie	1985	1986
Den Haag :	5.2	6.6
Nederland:	1.0	1.5

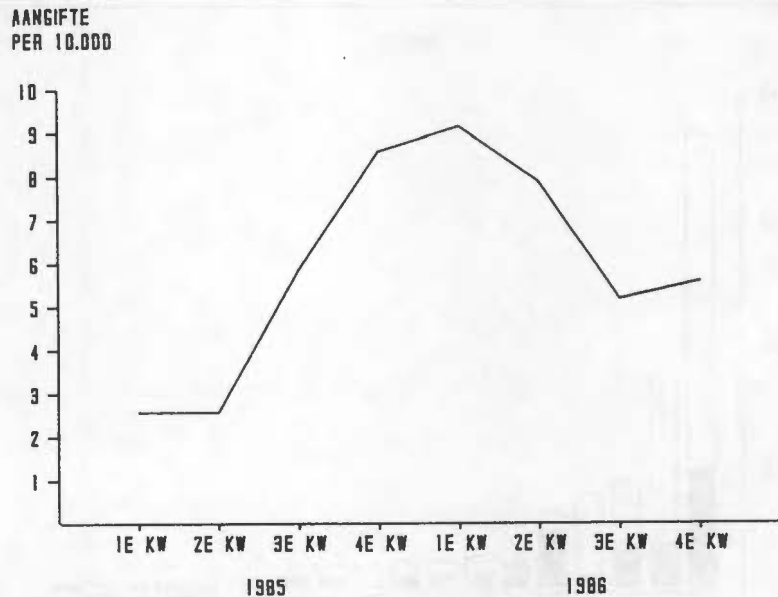
Tabel 2. Kinkhoestgevallen naar Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985-86.

Afkomst	Abs.	%
Nederlands :	45	87
Niet-Nederlands:	7	13
Totaal :	52	100

1. Nijhuis HGJ. Kinkhoest. *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr 2: 30-1.
2. Mertens PLJM, Nijhuis HGJ. Een kinkhoest-epidemie onderzocht. *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr 4: 12-20.

Figuur 1. Voortschrijdend gemiddelde\* van de kinkhoestaangifte (per 10.000). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

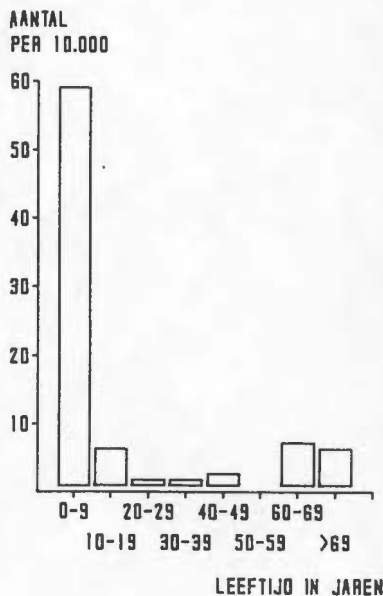
\* Het voortschrijdend gemiddelde is een reeks van gemiddelden berekend uit een bepaalde waarde op de as en haar vorige en volgende waarde.



Het niet verhoogde voorkomen voor niet-Nederlanders (eventueel minder gevaccineerd dan Nederlanders) is hiermee volkomen in overeenstemming.

Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling van kinkhoestgevallen op basis van de registratiecijfers in de afgelopen twee jaren. Duidelijk spreekt uit deze figuur het opvallende aandeel 0-9 jarigen. Ook de wat verhoogde aangifte bij bejaarden trekt de aandacht. We stelden reeds de mogelijke rol van de huisarts bij veranderingen in de aangifte van kinkhoest aan de orde. Bij de beoordeling van de leeftijdsverdeling moet men deze en andere overwegingen betreffende artificiële effecten in het waargenomen patroon betrekken. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de perceptie van 'ziek zijn' door de patiënt bij een klinisch gesproken zelfde kinkhoestaandoening per leeftijd verschilt. Hiermee samenhangend kan de beslissing om de huisarts te bezoeken voor een hoestende patiënt per leeftijdscategorie verschillen. Ook de alertheid van de huisarts per leeftijdsgroep kan verschillen. Denken huisartsen wellicht eerder aan kinkhoest bij 0-9 jarigen en laten zij dientengevolge eerder bij deze groep een serologische test doen?

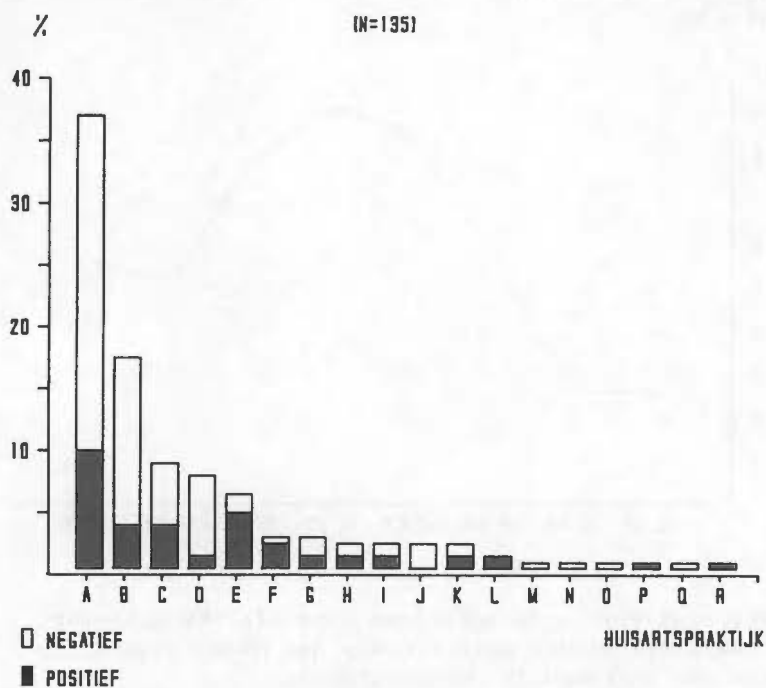
We hebben met name met betrekking tot deze laatstgenoemde factor, het diagnostisch gedrag van de huisarts, het cijfermateriaal aan een nadere analyse onderworpen.



Figuur 2. Aantal aangegeven gevallen van kinkhoest (per 10.000) per leeftijdscategorie. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985-86.

#### Diagnose bij de huisarts

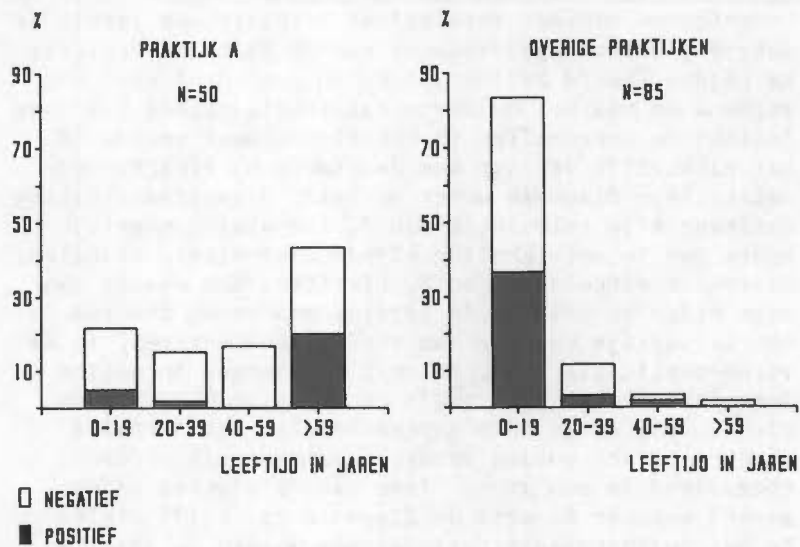
In figuur 3 staat weergegeven hoe de aanvragen voor en uitslagen van serologisch onderzoek waren verdeeld over de diverse huisartspraktijken. Het percentage positieven is niet constant over de diverse huisartspraktijken verdeeld. Het lijkt enigszins af te nemen naarmate men meer aanvraagt. Duidelijk is evenwel de trend dat hoe meer men aanvraagt hoe meer men vindt.



*Figuur 3. Procentuele verdeling van serologische testen op kinkhoest naar positieve en negatieve uitslagen voor de diverse huisartspraktijken. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985-86.*

Is een huisarts erg alert op de diagnose kinkhoest en laat hij derhalve snel een serologische test verrichten dan vindt hij dientengevolge relatief veel gevallen. Hieruit blijkt dat de opstelling van de huisarts een zeer bepalende factor is bij het vaststellen van de 'incidentie' van kinkhoest onder de bevolking door middel van een registratie- of aangiftesysteem.

Huisarts A uit figuur 3 vormt in dit opzicht een interessant voorbeeld. In figuur 4 worden de registratieresultaten van deze huisarts vergeleken met de overige huisartsen. Het blijkt dat huisarts A opvallend veel serologische diagnostiek uitvoert bij 'verdachte' oudere mensen. Kennelijk is hier sprake van een grote alertheid op kinkhoest bij ouderen. Deze extra aandacht levert in de leeftijdsgroep 60 jaar en ouder heel wat gevallen op bij huisarts A. Door de andere huisartsen werd niet één geval van kinkhoest in deze leeftijdscategorie gevonden. Dit illustreert wederom, nu aan de hand van een leeftijdsspecifieke analyse, de invloed van de opstelling van de huisarts bij het onderzoek naar het voorkomen van kinkhoest. Ook de leeftijdsverdeling wordt blijkbaar sterk beïnvloed door deze alertheid. Zouden alle huisartsen handelen als huisarts A dan zou niet de groep 0-9 jarigen maar de groep 60 jaar en ouder de grootste risicogroep lijken voor kinkhoest. Het spiegelbeeld van wat we als een normaal leeftijdspatroon voor kinkhoest beschouwen zou het resultaat zijn geweest. Uiteraard speelt hierbij de validiteit van de serologische test een rol. In hoeverre betekent een positieve testuitslag inderdaad een actuele infectie met kinkhoest en volgens welke systematiek moet de



*Figuur 4. Procentuele verdeling van serologische testen op kinkhoest naar positieve en negatieve uitslagen voor diverse leeftijdsgroepen in praktijk A en in de overige praktijken. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1985-86.*

leeftijd betrokken worden bij de beoordeling van een bepaalde serologische uitslag. We begeven ons daarmee echter op het terrein van het (natuurlijk) verloop van de serologie en de symptomatologie van kinkhoest, waaraan onze cijfers geen verdere bijdrage kunnen leveren. ■

# Mononucleosis infectiosa (M. Pfeiffer)

Voorafgaand aan het verslagjaar bereikte ons vanuit de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden (hoofd Prof.dr. J.D. Mulder, dzn) het verzoek om via het Huisartsregistratiesysteem Den Haag inzicht te verschaffen in het tijdsmoment waarop in het natuurlijk verloop van de ziekte M. Pfeiffer de definitieve diagnose wordt gesteld. Deze vraagstelling ontleent zijn relevantie aan de toepassingsmogelijkheden van in ontwikkeling zijnde anti-virale middelen, waaronder middelen tegen M. Pfeiffer. Een aantal van deze middelen grijpen in tijdens een vroeg stadium in het natuurlijk verloop van virale aandoeningen, in de virus-replicatie fase. Zo valt bij herpes infecties deze fase in het prodromale en acute stadium van de ziekte. Van dergelijke geneesmiddelen kan derhalve slechts effect worden verwacht wanneer zij worden toegediend in een vroege fase van de ziekte; anders gezegd wanneer de arts de diagnose 'op tijd' stelt. In het huisartsregistratiesysteem werden de gevallen van M. Pfeiffer geregistreerd wanneer sprake was van een positieve serologische test. Vastgelegd werden bij deze gevallen het moment van de testuitslag, van de bloedafname, van het begin van de acute fase en van het begin van de prodromale fase.

## Resultaten

De diagnose M. Pfeiffer werd 39 maal gesteld, hetgeen neerkomt op een relatief voorkomen van 8.9 per 10.000 per jaar. Een huisarts diagnostiseert dus per jaar één tot twee gevallen van M. Pfeiffer.

Zoals figuur 1 laat zien nam het voorkomen in de loop van het jaar enigszins toe.

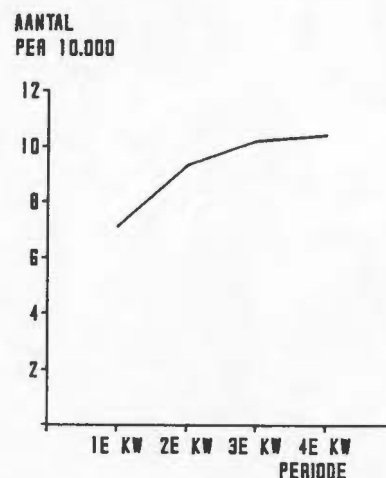
Tabel 1 laat de verdeling zien van de serologische testen welke door de huisartsen werden gebruikt bij het stellen van de diagnose M. Pfeiffer. In het merendeel van de gevallen werd gebruik gemaakt van de Paul Bunel-test (61,5%). Ook van de Slide-test werd regelmatig gebruik gemaakt (31,0%).

Tabel 2 laat zien welk interval verloopt tussen het ontvangen van de testuitslag en drie relevante tijdsmomenten in het verloop van de ziekte.

De huisarts heeft gemiddeld anderhalve dag na het afnemen van het bloed de uitslag in huis. De niet onaanzienlijke spreidingsbreedte (0-8 dagen) laat zien

Tabel 2. Gemiddelde ( $\mu$ ), standaarddeviatie ( $sd$ ) en spreidingsbreedte ( $w$ ) voor een drietal intervallen in het verloop van M. Pfeiffer (uitdrukt in dagen). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Interval	$\mu$	$sd$	$w$
Uitslag - bloedafname	: 1.5	2.3	0-8
Uitslag - begin acute fase	: 4.9	5.6	0-21
Uitslag - begin prodromale fase	: 14.1	14.2	3-68

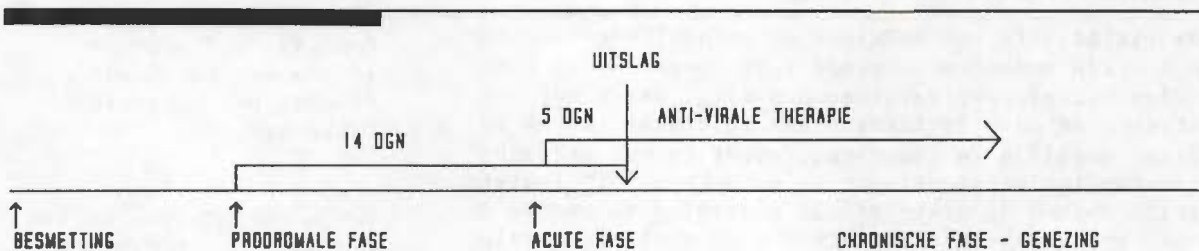


Figuur 1. Het verloop van het voortschrijdend gemiddelde\* van het relatief voorkomen van de diagnose M. Pfeiffer. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

\* Het voortschrijdend gemiddelde is een reeks van gemiddelden berekend uit een bepaalde waarde op de as en haar vorige en volgende waarde.

Tabel 1. Testen gebruikt bij het diagnostiseren van M. Pfeiffer. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Test	Abs.	%
Paul-Bunel	: 24	61.5
Slide test	: 12	31.0
Anders/comb.:	3	7.5
Totaal	: 39	100.0



*Figuur 2. Natuurlijk verloop van M. Pfeiffer, het moment van de testuitslag en de eventuele fase van anti-virale therapie. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.*

dat in uitzonderingsgevallen de tijdspanne tussen afname en uitslag danig uit de hand kan lopen. Tussen het begin van de acute fase en het moment van de uitslag lagen gemiddeld ongeveer vijf dagen. Ook hier valt een vrij grote spreidingsbreedte op (0-21 dagen). Tussen de aanvang van de prodromale fase en de testuitslag lag gemiddeld 14 dagen. Evenals bij de vorige intervallen is sprake van een aanzienlijke spreiding (3-68 dagen).

In figuur 2 zijn de gemiddelde waarden van de intervallen uitslag - acute fase en uitslag - prodromale fase uitgezet op een as die het natuurlijk verloop van M. Pfeiffer weergeeft. Vanaf het moment van de testuitslag kan een anti-virale therapie worden ingezet. Van belang is dat op dit moment, dat wil zeggen 14 dagen in de prodromale fase en vijf dagen in de acute fase, de virus-replicatie nog dusdanig is dat de hierop gerichte therapie effectief kan zijn. Dat het moment van de uitslag zo 'laat' in het verloop van M. Pfeiffer valt als we hebben vastgesteld is terug te voeren op een patient-delay, een arts-delay of een combinatie van beide. Het valt te betwijfelen of het totale delay kan worden gereduceerd ten behoeve van de toepassingsmogelijkheden van in ontwikkeling zijnde geneesmiddelen. ■



# Suïcidaal gedrag

De registratie van suïcides en parasuïcides is voor het derde achtereenvolgende jaar opgenomen in het Huisartsregistratiesysteem Den Haag. Naast het streven de ware incidentie van suïcidaal gedrag zo dicht mogelijk te benaderen, wordt tevens getracht trendmatige veranderingen te ontdekken. Dit laatste geldt vooral de niet-lethale gedragingen, waarop in veel grotere mate demografische en socio-culturele variabelen van invloed lijken te zijn. Bovendien is van oudsher de registratie van suïcides in Den Haag door de samenwerking met onder andere de politie en de GG en GD zeer nauwkeurig geweest.

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 willen 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 1986 werden 39 gevallen van parasuicide en negen suïcides opgegeven door de 27 in het systeem deelnemende huisartsen. Tabel 1 laat zien dat jaarlijks ongeveer één op de duizend Hagenaars suïcidaal gedrag vertoont waarvan de huisarts in kennis wordt gesteld. Een Haagse huisarts wordt gemiddeld tweemaal per jaar met suïcidaal gedrag in zijn praktijk geconfronteerd, waarvan één in de drie jaar met dodelijke afloop.

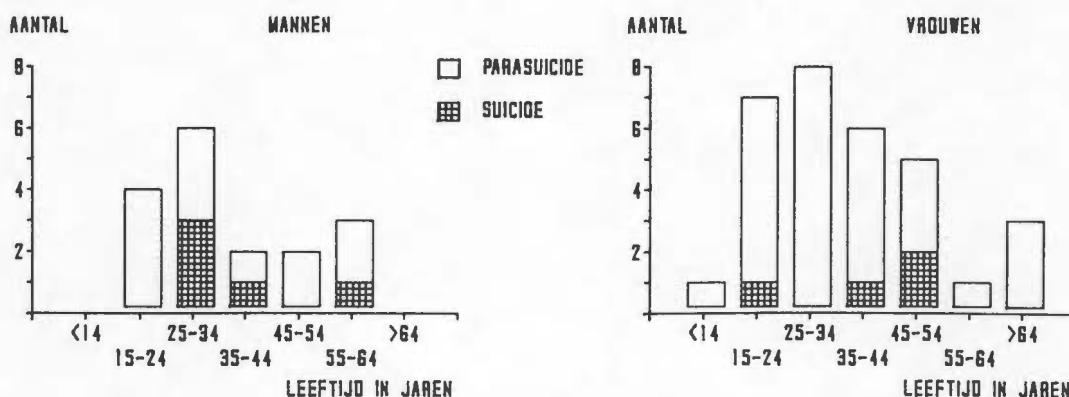
In figuur 1 is de verdeling naar leeftijd en geslacht weergegeven. Bij de parasuïcides komt het gebruikelijke beeld naar voren: een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten vooral in de jongvolwassen leeftijdscategorieën.

De parasuicide/suicide-ratio is bij de vrouwen veel groter dan bij de mannen, maar ook dat is een 'normaal' verschijnsel in (para-)suicide-statistieken. Opnieuw blijkt suicide onder jeugdigen in Den Haag uiterst zeldzaam voor te komen; de jongste geregis-

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

Tabel 1. Het verloop van het relatief vóórkomen (per 10.000 per jaar) van suïcidaal gedrag. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Periode	
1e kwartaal:	13.8
2e kwartaal:	12.5
3e kwartaal:	7.4
4e kwartaal:	9.9
Heel 1986 :	10.9



Figuur 1. Suïcidaal gedrag naar leeftijd en geslacht, verdeeld naar para- en suïcides. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Tabel 2. Parasuicide naar wijze van uitvoering (N=39, combinaties mogelijk). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Wijze	Aantal
Snijwonden	7
Springen van hoogte, of voor trein/bus:	2
Verdrinking	1
Medicijnen	32
Vergif	1
Alcohol	7*

\* Steeds in combinatie

Tabel 3. Suïcidaal gedrag. Relatief vóórkomen (per 100.000 per jaar). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

	1984	1985	1986
Parasuicide	90	119	89
Suïcide	7	7	20
Suïcidaal gedrag:	97	126	109

treerde overledene was 21 jaar (1).

Overigens is het aantal suïcide-gevallen in absolute zin te klein voor generalisering. De parasuicides lenen zich daarentegen wel voor een nadere analyse.

Tabel 2 laat zien dat (evenals in 1985) in ruim 80% van de parasuicides medicijnen werden gebruikt, een aantal malen in combinatie met alcohol. De enige andere categorie van betekenis (18%) is die van de snijwonden (meestal in de pols, soms in de hals). Bij de gebruikte medicijnen bestond net als in 1985 een sterke voorkeur voor benzodiazepinen, gevolgd door antidepressiva en paracetamol. In 17 gevallen (44%) maakte de betrokkene gebruik van door de huisarts aan hem- of haarzelf voorgeschreven medicijnen. In de overige gevallen betrof het aan huisgenoten voorgeschreven medicatie of patent-geneesmiddelen.

Tot slot een vergelijking met de gegevens van 1984 en 1985 (tabel 3). In totaal is er geen toename van suïcidaal gedrag te constateren. Het accres van het relatief aantal geregistreerde suïcides dient te worden gewaardeerd gegeven de kleine absolute aantallen (drie in 1984 en 1985, negen in 1986). Immers, het suïcideregister van de GG en GD, waarin alle suïcides van Hagenaars worden bijgehouden, laat over 1986 géén toename zien, te weten 60 suïcides ten opzichte van 62 suïcides in 1985 en 77 suïcides in 1984.

Samenvattend kan worden gesteld dat de gegevens van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag wijzen op een zekere stabilisering van de omvang van suïcidaal gedrag in Den Haag. Met name zijn er geen aanwijzingen dat het aantal parasuicides blijft toenemen, zoals dat in de jaren zeventig wel het geval was. Ook in het buitenland (met name in het Verenigd Koninkrijk) lijkt de parasuïcidale 'hausse' achter de rug te zijn. De gegevens van het Haagse huisartsregistratiesysteem over 1987 en volgende jaren zullen hierover nadere informatie kunnen geven. ■

1. Schudel WJ. Vijf jaar suïcide onder adolescenten in Den Haag (1980-84). *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr 1: 20-2.

# Vragen over AIDS op het spreekuur

De eerstelijnsgezondheidszorg, waaronder de huisarts, wordt een centrale rol toebedacht bij de opvang en begeleiding van personen met AIDS-problemen. Het gaat daarbij met name over de opvang van mensen die zich om welke reden dan ook zorgen maken over deze ziekte. We hebben het item 'vragen over AIDS' gedurende het afgelopen jaar opgenomen om nader in beeld te brengen hoe vaak de huisarts geconfronteerd wordt met dergelijke vragen, wie ze stelt, waarover ze gaan, en wat de huisarts ermee doet.

## Hoe vaak

Gedurende 1986 registreerden de huisartsen 73 vragen over AIDS. Gedurende het jaar nam het aantal geleidelijk toe. In december werd een toename van 9% geconstateerd ten opzichte van januari. Deze toename laat zich zonder meer verklaren door de toegenomen belangstelling en betrokkenheid van het publiek bij de groeiende dreiging van de mondiale AIDS-ramp. Zonder twijfel is het aantal vragen ook in 1987 verder gestegen. Het aantal van 73 voor het gehele systeem komt neer op 3,3 vraag per huisartspraktijk gedurende het jaar.

In figuur 1 staat de spreiding van de aantallen over de 22 praktijken weergegeven. Er blijkt dus een forse spreiding te bestaan tussen de verschillende praktijken, die zich zeker niet volgens een normale verdeling gedraagt. Indien geen sprake is van storende verschillen door onderrapportage zou men kunnen stellen, dat enkele huisartsen een duidelijke vraagbaakfunctie op dit gebied voor hun patiënten hebben, anderen minder of in het geheel niet. Extrapoleren we de peilstationcijfers naar heel Den Haag, dan werden in 1986 in totaal ongeveer 750 vragen gesteld op het spreekuur van de Haagse huisartsen.

De Dienst Geslachtsziektenbestrijding van de GG en GD kreeg in het afgelopen jaar tientallen keren per dag, dat wil zeggen enkele duizenden keren per jaar, te maken met vragen over AIDS. Het merendeel van deze contacten verliep telefonisch en in volstrekte anonimiteit. Hiervan kan in een huisartspraktijk uiteraard geen sprake zijn. De stedelijke 'AIDS-polikliniek' van de stichting AIDS-informatie en -begeleidingspreekuur werd 225 maal (deels telefonisch) geconsulteerd. Deze polikliniek is slechts twee avonden per week bereikbaar.

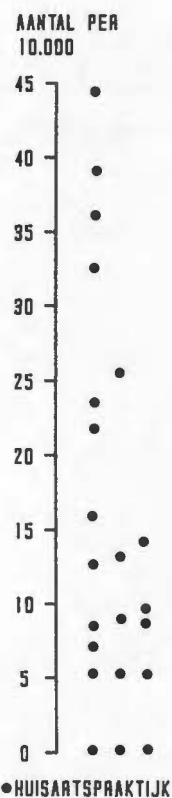
## Door wie

Van de vragenstellers op het spreekuur van de huisarts had 28,8% homoseksuele contacten, 65,8% behoorde niet tot een bevolkingsgroep waarvan we aannemen dat zij extra risico draagt\*.

27,4% Bestond uit personen die een vast seksueel partnership hadden met een persoon uit een zogenaamde risicogroep\*.

In figuur 2 is de leeftijds- en geslachtsverdeling weergegeven van de vragenstellers. Duidelijk is dat

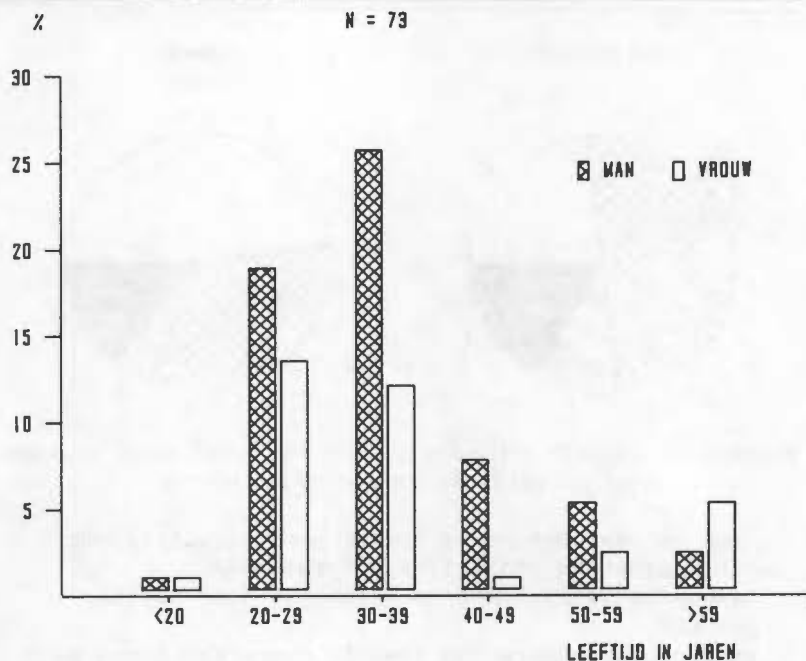
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.  
I. Verkade-Burger, onderzoekmedewerkster, werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.



Figuur 1. Aantal AIDS-vragen (per 10.000) per huisartspraktijk. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

\* Als risicogroep zijn geclassificeerd: intravenus drugsgebruiker; haemofilie patiënt; homoseksueel; bisexueel; regelmatig bezoeker prostituee.

Figuur 2. AIDS-vragenstellers naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, Den Haag, 1986.



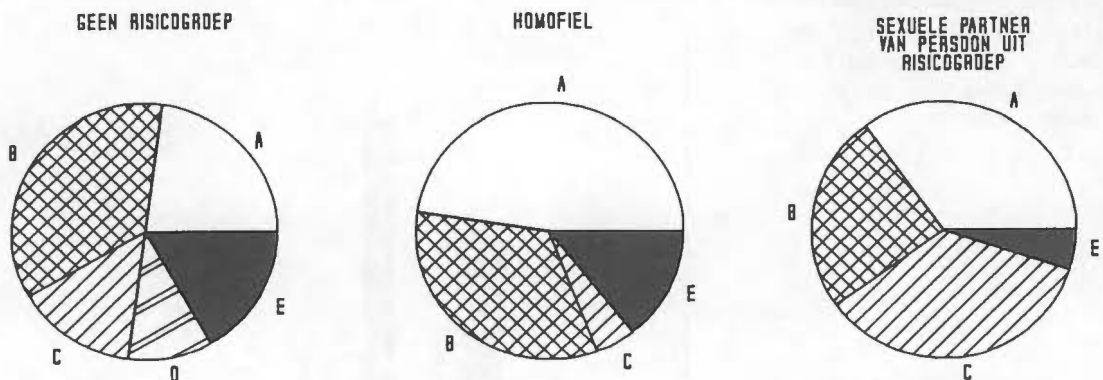
mannen eerder vragen stellen dan vrouwen. Gezien het extra risico voor AIDS bij homoseksuele, manlijke personen ligt dit voor de hand. Verder blijkt dat vooral personen van jonge en middelbare leeftijd, met andere woorden, het seksueel actievere deel van de bevolking, met vragen komt.

#### Soort vraag

De aard van de vragen waarmee de huisartsen werden geconfronteerd verschilde nogal. Wij onderscheiden naar hoofdonderwerp:

- A. Vraag over symptomen, diagnostiek en/of behandeling van AIDS, die in direct verband wordt gebracht met de vraagsteller zelf; ('medische vraag');
- B. Vraag naar aanleiding van één of meer zorgwekkende incidentele seksuele contacten;
- C. Vraag met betrekking tot seksuele contacten met een vaste partner;
- D. Vraag met betrekking tot andere dan seksuele contacten met bepaalde personen (bijvoorbeeld de kapper; de tandarts etc.);
- E. Vraag met een algemeen karakter, die niet in verband wordt gebracht met de vraagsteller zelf.

In figuur 3 staat uitgebeeld welke vragen door diverse groepen werden gesteld. De vragenstellers die niet tot een risicogroep behoren hebben op ieder van de onder 'A' tot en met 'E' onderscheiden onderwerpen wel wat te vragen. Homofiele personen hebben opvallend veel behoefte aan informatie over symptomen, diagnostiek en behandeling, op henzelf betrekking hebbend. Personen die een vast seksueel partnership onderhouden met iemand uit een risicogroep hebben juist over die seksuele relatie vragen. Ook bij deze groep komt de 'medische vraag' frequent voor.



Figuur 3. Inhoud\* AIDS-vraag voor verschillende groepen vragenstellers. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

Kijken we naar het soort vragen voor verschillende leeftijdsgroepen dan blijkt het volgende:

- 'algemene vragen' worden het meest door ouderen gesteld;
- vragen over andere dan seksuele contacten komen meer voor naarmate men ouder is;
- 'medische vragen' komen het meest frequent voor in de leeftijdsgroep 25-34 jaar.

- \* A = medisch
- B = incidentele sex. part.
- C = vaste sex. partner
- D = geen sex. contacten
- E = algemeen

#### Geboden hulp

In 19,2% van de gevallen was de vraag of hulpvraag voor de huisarts aanleiding een nader lichamelijk onderzoek te verrichten. De huisarts verwees 8,2% van de vragenstellers naar een andere instantie (bijvoorbeeld GG en GD, laboratorium, ziekenhuis). Bij de overige vragenstellers volstond de huisarts met het geven van informatie of het verstrekken van een advies.

#### Besluit

Erg opzienbarend zijn bovenstaande cijfers uiteraard niet. Wel tonen zij aan dat de huisarts wel degelijk geprepareerd moet zijn op allerlei, ongetwijfeld dikwijls niet eenvoudige vragen. Het bestaansrecht van categorale informatie-centra, zoals deze bestaan bij de GG en GD en de 'AIDS-polikliniek', staat blijkens de jaarcijfers van deze instellingen vast.

Mensen met problemen zoeken echter evenzeer hulp van de huisarts. Het is niet overdreven te stellen dat op dit ogenblik, gezien de toegenomen publiciteit, bewustwording en angst, intussen een nog veel groter beroep op de huisarts wordt gedaan dan de cijfers uit het jaarverslag 1986 aangeven. ■