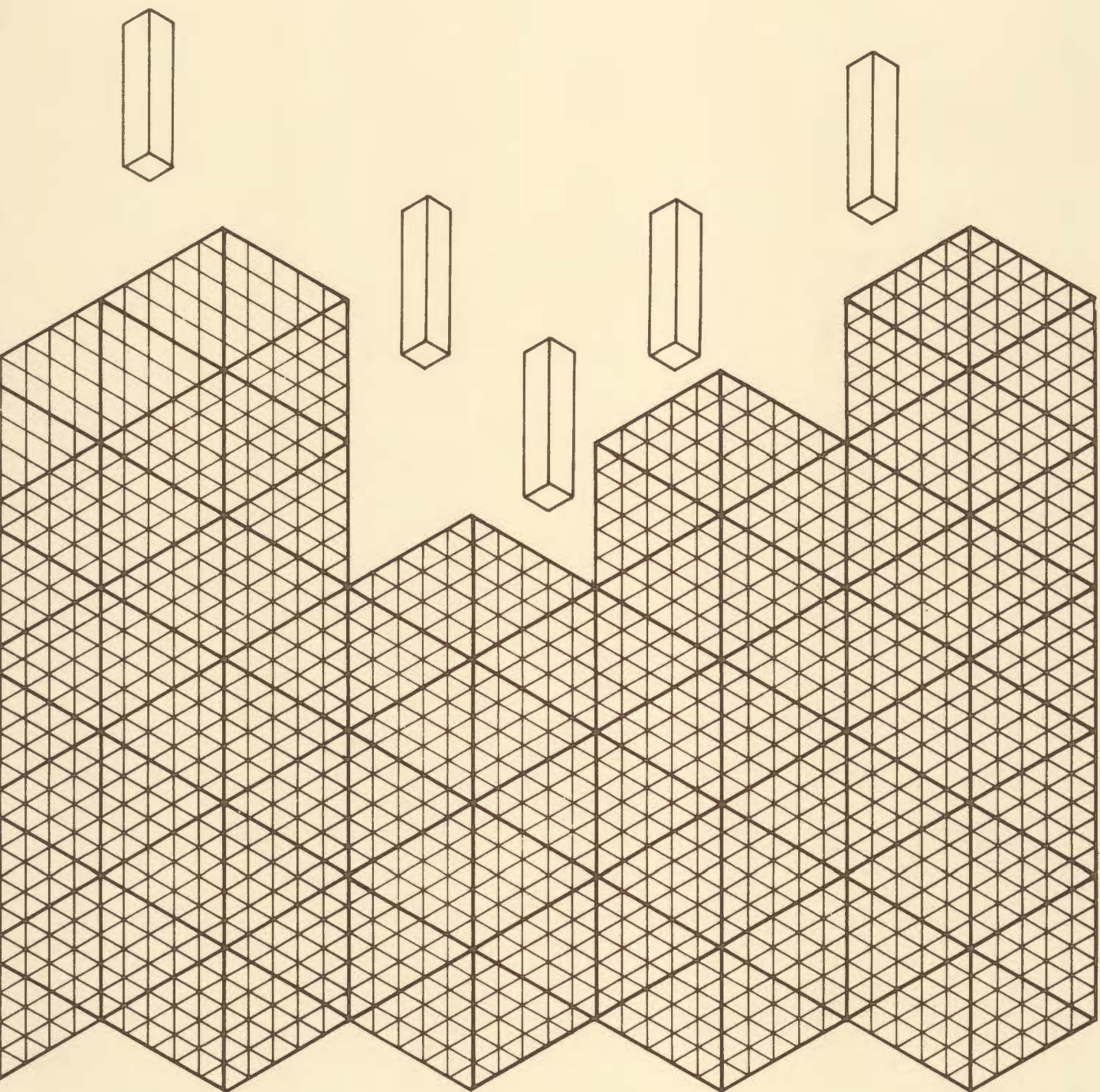


's-Gravenhage mei 1989

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH

bulletin

REDACTIE

H.G.J. Nijhuis, arts-
epidemioloog (hoofd-
redacteur);
Dr. A.H. Bergink,
jeugdarts;
Prof.dr. W.J. Schudel,
psychiater;
Ir. H.W.A. Struben,
epidemioloog;
Mw. I. Burger (redactie-
medewerkster)

GRAFISCH ONTWERP

P.J.C. Martens

DRUKWERK

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie
GG en GD
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Telefoon:
070 - 61 92 00

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

De redactie is verantwoor-
delijk voor de inhoud en
de samenstelling van het
bulletin

Mei 1989
24ste Jaargang nr. 2

Uitgave van de
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

Inhoud

Jaarverslag Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988	4
- Recept antidepressivum Prof.dr. W.J. Schudel	6
- Cara-exacerbatie (0-14 jaar) Dr. A.H. Bergink	10
- Hypo- en hyperthyreoidie F.A. Balder	13
- Consult knie-artrose Mw. G.H. de Bock	17
- Eerste verzoek om anticonceptie-pil (onder adolescenten) J.J. van Gemund en Mw. I. Burger	21
- Suïcidaal gedrag Prof.dr. W.J. Schudel	24
- Schadelijke effecten van geneesmiddelen R.H.B. Meyboom	27
Screenen op hypertensie in Den Haag Resultaten van het PreTensie-project J. Relyveld	30

Jaarverslag Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988

In het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag verzamelen huisartsen epidemiologische gegevens omtrent ziektebeelden en gebeurtenissen verkregen over hun gezamenlijke praktijkpopulatie.

Met ingang van 1 januari 1988 bestrijkt het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag, voorheen Huisartsregistratiesysteem Den Haag, behalve de gemeente Den Haag ook de gemeenten Leidschendam, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer. De schaalgrootte komt hierdoor vrijwel overeen met de Haagse gezondheidsregio. In het systeem registreerden in 1988 totaal 49 huisartsen, waarvan een aantal de praktijk beoefent in deeltijd. Voor Den Haag namen 26 huisartsen deel, voor Rijswijk 8, voor Leidschendam en Wassenaar beide 3 en voor Zoetermeer 9. De praktijklocaties van de deelnemende huisartsen staan in figuur 1. Het huisartspeilstationsysteem bestrijkt tussen de 12% en 30% van de bevolking van de deelnemende gemeenten. Bij de samenstelling van de groep huisartsen is ernaar gestreefd de gezamenlijke praktijkpopulaties voor iedere gemeente representatief te laten zijn voor de variabelen leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten. De deelnemende huisartsen zijn weergegeven in nevenstaande lijst.

In 1988 registreerden de huisartsen de volgende ziektebeelden of gebeurtenissen:

- Hypo- en hyperthyreoïdie
- Recept antidepressivum
- Eerste verzoek om de anticonceptie-pil (onder adolescenten)
- Consult knie-artrose
- Cara-exacerbatie bij kinderen (0-14 jaar)
- Suïcidaal gedrag
- Ernstige bijwerking geneesmiddel

Genoemde items zijn volgens zorgvuldig opgestelde criteria en afspraken geregistreerd op weekstaten of aparte registratieformulieren (ernstige bijwerking geneesmiddel). De aard van de gegevens die over de verschillende ziektebeelden/gebeurtenissen is verzameld was sterk afhankelijk van het onderwerp. Behalve naar leeftijd en geslacht ging de aandacht uit naar mogelijke risicofactoren, soort en ernst klachtenpatroon en interventie van de huisarts en andere voor de vraagstelling relevante zaken.

Het huisartspeilstationsysteem kent de volgende organisatiestructuur.

Het stafbureau Epidemiologie van de GG en GD Den Haag voert centraal voor alle deelnemende gemeenten de werkzaamheden uit ten aanzien van de gegevensverwerking, -opslag, -analyse en de (terug)rapportage.

Leiding:

- | | |
|----------------|--|
| H.G.J. Nijhuis | - arts-epidemioloog
(projectleider) |
| Mw. I. Burger | - onderzoekmedewerkster |

Overzicht 1 Lijst van deelnemende huisartsen. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Naam huisarts

DEN HAAG

Dhr. J.J.M. Avezaat
Dhr. F.A. Balder
Dhr. K.F. v.d. Bent
Dhr. L. Beukman
Dhr. W.L.I. Bogaartz
Dhr. P.C. v. Braam v. Vloten
Dhr. F.D. Brons
Dhr. M.F. Cox
Mw. M.G. v. Gelderen
Dhr. R. Hulsebosch
Dhr. R. Jamin
Dhr. R. Kanters
Dhr. H.H.M. Kranendonk
Dhr. H.J. Lamers
Dhr. P. v. Leeuwen
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis
Dhr. J. Marmelstein
Dhr. M.A. Oorthuys
Dhr. W.J. Pameijer
Mw. W. Pameijer-Eggink
Dhr. J.C.B.M. Rensing
Mw. P.H. Snel
Dhr. R. v. Spronsen
Dhr. J. Vermeijden
Dhr. P.R.H. Vermeulen
Mw. F. Vrijaldenhoven-Haitsma

RIJSWIJK

Dhr. B. Bakker
Mw. S. Bakker-de Ronde
Dhr. G.W. Bulder
Mw. M.A.P.E. Bulder-v. Beers
Dhr. P.W.M. Post
Mw. M.J. Post-Gladbeek
Dhr. C.M. de Putter
Dhr. L.W.N. Steur

WASSENAAR

Dhr. M.F. v.d. Feen
Dhr. G.Th.J. Schaepman
Dhr. J.W. Stuyfzand

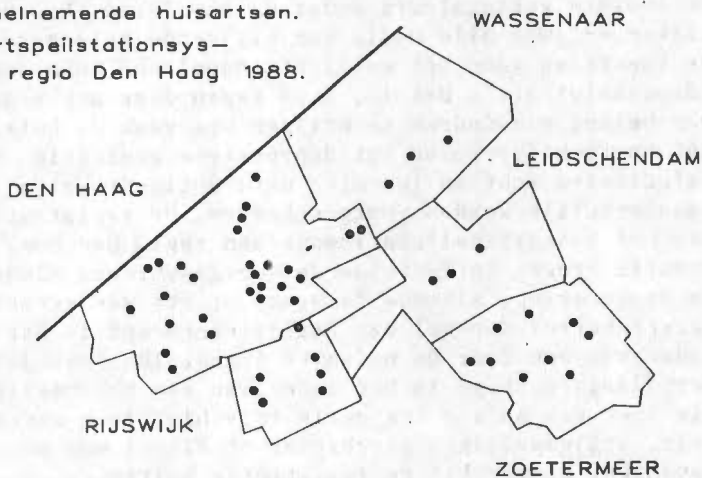
LEIDSCHENDAM

Dhr. W.M. Hoekstra
Dhr. J.G.C.M. Janssen
Mw. G.M. de Vlaam-Schlüter

ZOETERMEER

Dhr. C.M.R. Dikkeboom
Dhr. W.J. Eenink
Dhr. F.X.C. Krapels
Dhr. R.W. v. Lier
Dhr. J.S. Luyendijk
Mw. A. Margherita-Hermens
Dhr. W. v.d. Merwe
Dhr. Th.J. v. Munster
Dhr. P.H. v. Putten

Figuur 1 Praktijklocaties van de deelnemende huisartsen. Huisartspijlstationsysteem regio Den Haag 1988.



● Praktijkadres huisarts(en)

Projectbegeleiding vindt plaats in de vorm van een begeleidingsgroep die het programma van registratie-items opstelt en verantwoordelijk is voor de beschrijving en publicatie van de resultaten. De groep bestaat uit:

F.A. Balder	- huisarts te Den Haag
P. van Leeuwen	- huisarts te Den Haag
J.C.B.M. Rensing	- huisarts te Den Haag
R. van Spronsen	- huisarts te Den Haag
Mw. G.M. de Vlaam-Schlüter	- huisarts te Leidschendam
P.H. van Putten	- huisarts te Zoetermeer
Dr. A.H. Bergink	- jeugdarts GG en GD Den Haag
H.G.J. Nijhuis	- arts-epidemioloog GG en GD Den Haag
H.W.A. Struben	- epidemioloog GG en GD Den Haag
P.J.W. Soetekouw	- arts AGZ GG en GD Den Haag
J. Groot	- arts AGZ GGD Voorburg-Leidschendam

Als adviseurs van het huisartspijlstationsysteem treden op:

J.W.H. Garvelink	- directeur GG en GD Den Haag
Prof.dr. J.D. Mulder, Dzn.	- hoogleraar Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Leiden
Dr. A.P. Oliemans	- huisarts te Den Haag

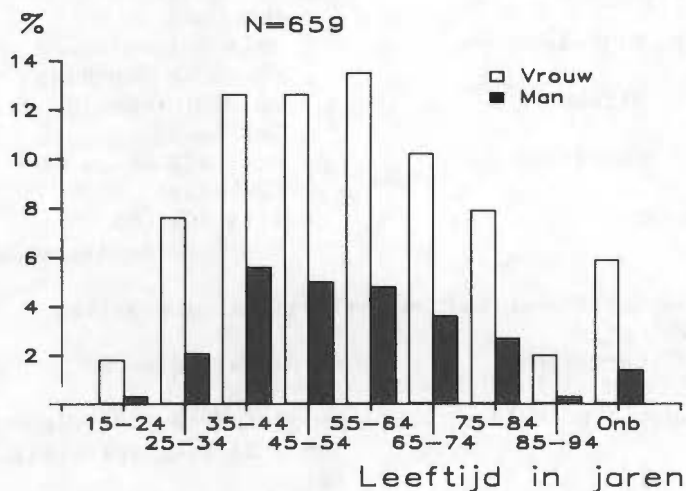
De selectie van de te registreren items is voorbereid door de begeleidingsgroep. De uiteindelijke keuze van de ziektebeelden en gebeurtenissen vindt plaats tijdens een gezamenlijke jaarlijkse bijeenkomst van alle deelnemende huisartsen. ■

-Recept antidepressivum

Depressieve klachten in de meest ruime zin worden veelvuldig gesignaleerd onder de bevolking. Bovendien lijken vrijwel alle media een blijvende belangstelling te koesteren voor het wellicht endemische fenomeen 'depressiviteit'. Het is, mede tegen deze achtergrond, van belang een indruk te krijgen hoe vaak de huisarts het voorschrijven van antidepressieve medicatie geïndiceerd acht en in welke mate antidepressiva daadwerkelijk worden voorgeschreven. De registratie van het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988 omvatte vragen betreffende de voorgeschreven middelen en de dosering, alsmede de vraag of het een eerste recept betrof dan wel een herhalingsrecept in het kader van een door de huisarts ingestelde behandeling. Herhalingsrecepten in het kader van een behandeling die door een andere instantie (psychiatrisch ziekenhuis, vrijevestigde psychiater of RIAGG) was aangevangen, bleven bij de registratie buiten beschouwing.

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

Figuur 1 laat zien dat in één jaar (1988) door de 49 in het systeem deelnemende huisartsen aan 659 patiënten één of meermalen een antidepressivum werd voorgeschreven; aan zo'n 16 patiënten gemiddeld per praktijk derhalve. De man/vrouw verhouding bedroeg 1 : 2.8 voor alle leeftijden te zamen; bij de jongste en oudste leeftijdscategorieën is de man/vrouw ratio nog iets schever, maar de aantallen zijn relatief klein. Uit epidemiologisch onderzoek op veel grotere schaal is overigens bekend, dat bij vrouwen aanzienlijk vaker depressieve stoornissen worden geconstateerd dan bij mannen en voorts dat (vooral



Figuur 1 Procentuele verdeling van patiënten aan wie een antidepressivum werd voorgeschreven naar leeftijd en geslacht. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag, 1988.

unipolaire) depressies relatief frequent vóórkomen op de (jong-)middelbare leeftijd. Als incidentie per jaar voor unipolaire depressie geldt: 8-20 per 10.000 mannen en 25-60 per 10.000 vrouwen (1). De bipolaire (manisch-depressieve) stoornissen zijn veel zeldzamer; hier is de incidentie 0.9-1.5 per 10.000 mannen en 0.8-3 per 10.000 vrouwen. De prevalentie-cijfers worden geschat op 1% voor mannen én vrouwen met bipolaire stoornissen en voor de unipolaire depressie vindt men een prevalentie van 3% voor mannen en 9% voor vrouwen. Het spreekt vanzelf dat uit gegevens betreffende het voorschrijven van antidepressieve medicatie de prevalentie van depressieve klachten noch de incidentie kan worden benaderd. Wel is op basis van de gegevens uit het huisartspeilstationsstelsel vast te stellen dat een huisarts in de regio Den Haag gemiddeld circa 12 recepten antidepressivum per 1.000 inwoners op eigen indicatie voorschrijft.

Tabel 1 geeft een indruk over de regionale - en leeftijdsverschillen in het vóórkomen van depressieve syndromen, ervan uitgaande dat de huisartsen, elk in hun praktijk, de indicatiestelling ter zake van antidepressieve medicamenten min of meer constant hanteren. De gevonden regionale verschillen springen in het oog, met als uitersten Rijswijk c.q. Zoetermeer. Een verklaring hiervoor is moeilijk te geven. Het lijkt althans onaannemelijk dat voor de behandeling met antidepressiva in aanmerking komende aandoeningen in Rijswijk twee-en-een-half maal zo frequent vóórkomen als dat in Zoetermeer het geval is. Toch blijkt uit tabel 2 dat de huisartsen in de diverse gemeenten in zekere zin een consequent voorschrijfgedrag vertonen. Het aandeel van de nieuwe recepten in het totaal aantal recepten vertoont nauwelijks enige spreiding. Rijswijk is in beide categorieën hoog en Zoetermeer laag en de overige gemeenten zitten daar tussenin. Wellicht speelt het verwijspatroon in deze een rol van betekenis. Indien depressieve patiënten in Zoetermeer vaker en sneller

Tabel 1. Relatief vóórkomen (per 10.000) per gemeente van patiënten aan wie een antidepressivum werd voorgeschreven naar leeftijdsgroep. Huisartspeilstationsstelsel. Den Haag 1988.

Gemeente	Leeftijd in jaren		
	15-34	35-64	65-94
Den Haag:	29	114	99
Zoetermeer:	17	49	71
Rijswijk:	29	129	162
Leidschendam:	12	62	163
Wassenaar:	4	106	129

Tabel 2. Relatief vóórkomen* per gemeente van patiënten aan wie een antidepressivum werd voorgeschreven naar aard recept. Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1988.

Gemeente	Aard recept		
	Eerste	Alle	% Eerste
Den Haag:	18.4	78.7	23.4
Zoetermeer:	10.9	37.6	29.0
Rijswijk:	24.9	102.5	24.3
Leidschendam:	11.6	56.4	20.6
Wassenaar:	21.8	80.3	27.1

* per 10.000 inwoners van 15 jaar en ouder

Tabel 3. Recept antidepressivum naar psycho-actieve stof.
Huisartsapostatationssysteem regio Den Haag 1988.

Geneesmiddel	Absoluut		%		
Antidepressiva					
a. Amitryptilyne	181	}	18.5	}	
b. Clomipramine	73		7.4		
c. Imipramine	28		2.9		
d. Maprotiline	341		34.8		
e. Nortryptiline	2		0.2		
f. Doxepine	20		2.0		
g. Trimipramine	3		0.3		89.8
h. Dibenzepine	10		1.0		
i. Melitracen	2		0.2		
j. Dosulepine	8		0.8		
k. Opipramol	21		2.1		
l. Mianserine	149		15.2		
m. Fluvoxamine	42		4.3		
Neuroleptica					
n. Div. neuroleptica	32	}	3.3	}	
o. Comb. prep. neuroleptica/ antidepressiva	36		68		3.7
Anxiolytica					
p. Div. diazepinen	17	}	1.7	}	
q. Comb. prep. anxiolytica/ antidepressiva	14		31		1.4
Diverse middelen	1	1	0.1	0.1	
TOTAAL		980 +		100 +	

bij de psychiater terecht komen dan in Rijswijk het geval is, dan zal de Zoetermeerse huisarts een kleiner aandeel in de behandeling hebben. Op grond van onze gegevens kan een dergelijke veronderstelling uiteraard niet worden getoetst.

In totaal werd door de deelnemende huisartsen 980 maal melding gemaakt van het voorschrijven van antidepressieve medicatie (tabel 3). In 90% van de gevallen werd daadwerkelijk een antidepressivum voorgeschreven, terwijl in de overige 10% abusievelijk werd geregistreerd. De helft van deze niet-bedoelde recepten bevatten óók een antidepressieve stof, zij het in de verholde vorm van een combinatiepreparaat. Moleman en Pepplinkhuizen raden in hun richtlijnen voor het gebruik van antidepressiva overigens af combinatiepreparaten voor te schrijven in verband met de slechte doseerbaarheid en de moeilijkheid om therapeutische effecten te interpreteren (2). In dat kader wijzen zij ook het gelijktijdig gebruik van twee antidepressiva af. In het onderhavige project werd 20 maal het gelijktijdig voorschrijven van twee antidepressiva gemeld. Binnen de groep van de voorgeschreven antidepressiva bleek bij de huisartsen een voorkeur voor de 'klassieke' (tricyclische) anti-

Tabel 4. Recept antidepressivum naar dagdosering bij middelen die ≥ 25 keer zijn voorgeschreven. Huisartspeilstationssysteem regio Den Haag 1988.

Geneesmiddel	Abs.	Dagdosering in mgr.	
		HPS *	Referentie **
Amitriptyline	181	10 - 250	100 - 250
Clomiprazine	73	10 - 150	100 - 250
Imipramine	28	2 - 100	150 - 300
Maprotiline	341	15 - 150	75 - 200
Mianserine	149	5 - 120	60 - 90
Fluvoxamine	42	25 - 200	100 - 200

* Incl. combinatiepreparaten

** Aanbevolen dagdosering (2)

depressiva te bestaan (tabel 4-a t/m 1). De nieuwe generatie middelen, met name het mianserine en het fluvoxamine, haalde (slechts) 20% van de receptuur, terwijl de geringere toxiciteit, vooral in overdosering, van deze middelen een grotere populariteit in de huisartspraktijk zou veronderstellen (3). De gesignaleerde voorkeur van de deelnemende huisartsen voor het middel maprotiline (bijna 35% van alle recepten) is opvallend aangezien dit middel qua bijwerkingen en toxiciteit geen voordelen biedt ten opzichte van de klassieke tricyclische antidepressiva en de werkbaarheid met name op langere termijn minder goed is gedocumenteerd. Het is vooralsnog onduidelijk hoe dit voorschrijfgedrag dient te worden geïnterpreteerd.

Nader onderzoek ter zake is zeker gewenst en zal waar mogelijk worden gestimuleerd c.q. op gang worden gebracht.

In tabel 4 tenslotte worden van de meest frequent voorgeschreven antidepressiva de dagdoseringen getoetst aan 'de huidige stand van de wetenschap'. Opvallend is de tendens tot onderdosering ten opzichte van de referentiewaarden. Juist voor antidepressiva geldt immers: adequaat (lees: voldoende hoog) doseren of niet. Een beetje antidepressieve medicatie is zinloos, net als een beetje antibiotica (2). Het zijn ook weer in de eerste plaats (maar niet alleen) de combinatiepreparaten, die nogal eens 'een snuffje' antidepressivum bevatten. In het geval van imipramine is zelfs niet éénmaal een aanbevolen dagdosering voorgeschreven; bij de andere middelen gold dat zeer globaal in zo'n 50% van de gevallen.

Samenvattend bieden de hier gepresenteerde gegevens ruimschoots stof tot overdenking en beraad. Immers, jaarlijks worden er alleen al in de Haagse regio door de huisartsen zo'n 5 à 10.000 recepten voor antidepressiva afgegeven en een onbekend aantal soortgelijke voorschriften door andere medici. Het lijkt van groot belang door middel van nader onderzoek meer inzicht te krijgen in de omvang, de doeltreffendheid en de doelmatigheid van deze medisch (be)handelingen.

1. Rose N, editor. *Essential Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, 1988.
2. Moleman P, Peplinkhuizen L. *Praktische psychofarmacologie*. Bunge, 1987.
3. Pinder RM. *The benefits and risks of antidepressant drugs*. *Human Psychopharmacology* 1988; 3: 73-86.

-Cara-exacerbatie (0-14 jaar)

Inleiding

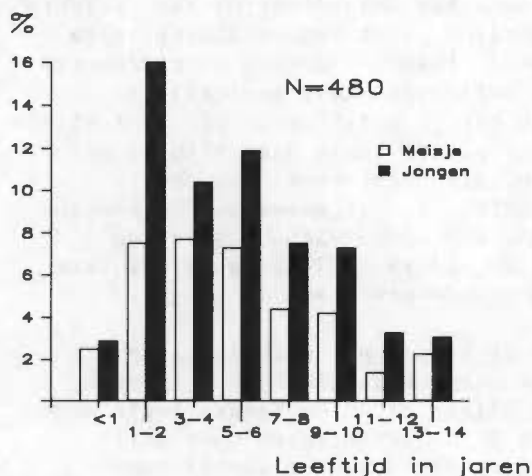
Chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) zijn één van de meest vóórkomende ziektebeelden op de kinderleeftijd. Bij ongeveer een vijfde van de ziekenhuisopnames bij kinderen van 0-14 jaar spelen problemen rond CARA een rol van betekenis (1). Epidemiologisch onderzoek onder schoolkinderen in Nederland (waaronder ook Den Haag) toonde aan dat 20% van het schoolverzuim te wijten is aan ziekten van de luchtwegen (2)(3)(4). Vroegtijdige onderkenning van CARA, een adequate behandeling en begeleiding van CARA-patiëntjes zijn bijzonder belangrijk. De huisarts is, zoals voor vele aandoeningen, ook voor CARA de belangrijkste zorgverlener (5). Met het oog hierop is in het huisartspeilstationproject nagegaan hoe frequent de huisarts geconfronteerd wordt met CARA-exacerbaties bij kinderen. Getracht werd de ernst van de exacerbaties in kaart te brengen en het zogenaamde patiënt's delay, dit in relatie tot het sociale niveau.

Zoals bekend kan de diagnose CARA aan de hand van een aantal klassieke criteria worden gesteld. Deze zijn: chronisch of recidiverend hoesten, regelmatig terugkerende kortademigheid, asthma-aanvallen en piepende ademhaling al of niet in combinatie met rhinitis. Bij de registratie werd uitgegaan van de volgende definitie:

CARA-exacerbatie: ziekte-episode waarbij één of meerdere bovengenoemde klachten/symptomen op de voorgrond staan en waarbij de hulp van de huisarts wordt ingeroepen.

Uitkomsten

In totaal gaven de registrerende huisartsen 480 kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar op met CARA-exacerbatie. Het recidiverende karakter van CARA-exacerbaties werd nog eens onderstreept doordat in

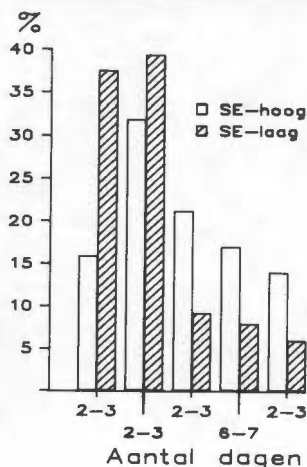


Figuur 1. Procentuele verdeling van cara-exacerbaties naar leeftijd en geslacht. Huisartspeilstationssysteem regio Den Haag 1988.

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

Tabel 1. Klachten- en symptomenpatroon cara-exacerbaties. Huisartspeilstationssysteem regio Den Haag 1988.

Klachten/symptomen	Abs.	%
Hoesten (+slijm):	335	62.4
Dyspnoe; tachypnoe; verlengd expirium; kortademig:	279	51.9
Rhanchi; piepen; brommen; zagen; crepities; rochelen:	183	34.1
Koarts:	83	15.4
Rhinitis (+keelpijn):	14	2.6
Bronchitis; pneumonie:	11	2.1
Niets genoemd:	8	1.5



Figuur 2. Patiënt 's delay consult cara-exacerbatie. voor sociaal hoog en - laag * Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

* Het sociaal niveau is bepaald op basis van het opkomstpercentage van de gemeenteraadsverkiezingen van 1986 van de wijk waarin de woonlocatie van de patiënt zich bevindt. In de spreidingsbreedte van het opkomstpercentage is een driedeling gemaakt. Voor elke groep is het relatief vóórkomen bepaald. De laagste (sociaal laag) en de hoogste (sociaal hoog) zijn met elkaar vergeleken.

ruim drie kwart van de gevallen het kinderen betrof die bekend waren met CARA. Aan de hand van de gegevens uit het peilstation werd berekend dat in 1988 in Den Haag per 1.000 kinderen onder de 15 jaar er 28 door hun huisartsen werden behandeld voor een CARA-exacerbatie. Voor de regio Rijswijk, Wassenaar, Zoetermeer en Leidschendam lag dit aantal in dezelfde orde van grootte namelijk 25. De leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiëntjes is gepresenteerd in figuur 1. De leeftijdspiek lag bij de 1-2-jarigen. De verhouding jongens-meisjes bedroeg 5:3. Op het registratieformulier werd ook naar de afkomst van de kinderen gevraagd. De huisartsen behandelden meer allochtone kinderen. Voor allochtone kinderen jonger dan 15 jaar bedroeg het relatief vóórkomen 57 per 1.000 en voor autochtonen 20 per 1.000.

Het totaal aantal consulten wegens CARA-exacerbatie bedroeg 537. 31 Kinderen kwamen vanwege deze aan-doening in de loop van 1988 twee maal en 13 kinderen drie maal bij hun huisarts.

Bij elk consult werd de huisarts verzocht de belangrijkste klachten en symptomen te vermelden en de mate van functiebeperking aan te geven. Blijkbaar was het niet zo gemakkelijk over de mate van functiebeperking een oordeel te vellen, want in bijna 40% van de gevallen bleef deze vraag onbeantwoord. Het is onaan-nemelijk dat bij al deze meldingen geen sprake was van functiebeperking. Bij 23% van de consulten sprak de huisarts over een matige beperking (zoals snel moe, hangerig, moeilijk hanteerbaar, toename klachten bij inspanning en dergelijke). Een flinke beperking werd bij 12.5% van de consulten genoemd. Hieronder zijn onder andere gecategoriseerd: slaapt slecht of niet; niet naar school; in bed; ziek; kan moeilijk meekomen op school.

Over het klachten-symptomen patroon bij de exacerbaties konden de huisartsen ons meer informatie verschaffen (tabel 1). Hoesten, eventueel met slijm was de voornaamste klacht (62.4%). Ruim de helft van de kinderen had last van benauwdheden. In 17% van de consulten kwamen beide genoemde symptomen gecombineerd voor.

Tenslotte werd navraag gedaan naar het patiënt delay. Uit de antwoorden op deze vraag bleek dat 22% van de kinderen direct na het optreden van de ziekteverschijnselen naar hun huisarts ging, terwijl 33.7% de huisarts bezocht nadat de klachten twee tot drie dagen aanhielden. Bijna 40% wachtte nog langer, alvorens de huisarts te raadplegen. Zoals reeds vermeld was het speciaal de bedoeling het verband tussen het patiënt delay en het sociale niveau te onderzoeken. Bij deze analyse werd de middengroep weggelaten. De ver-gelijking tussen het patiënt delay bij kinderen van sociaal laag en sociaal hoog niveau vindt men in figuur 2. Hieruit is wel een opmerkelijke conclusie te trekken. Over het algemeen kwamen kinderen uit het sociaal lagere milieu sneller bij hun huisarts dan

kinderen uit de hogere. Waarschijnlijk moet de verklaring naar mening van referent, ten dele gezocht worden in het verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Kinderen uit het lagere milieu zijn doorgaans bij het ziekenfonds verzekerd en hebben daardoor kosteloos toegang tot de huisarts. Bij de particulier verzekerden daarentegen behoort de huisartsenhulp in de regel niet tot het verstrekkingen-pakket.

Discussie

In 1986-1987 werd door schoolartsen van basisgezondheidsdiensten in Noordoost-Friesland, Flevoland en Midden-Holland in nauwe samenwerking met de afdeling epidemiologie van de Rijks Universiteit Groningen een grootschalig epidemiologisch onderzoek uitgevoerd naar het vóórkomen van respiratoire symptomen bij schoolkinderen, 5 tot 14 jaar oud. Van alle leerlingen bleek 7.5% naar de huisarts te gaan in verband met (ernstige) klachten van de luchtwegen (1). Voor wat betreft de verschillende regio's evenwel, waren hier en daar opvallende verschillen in de frequentie van luchtwegklachten bij schoolkinderen. Of men uit dit registratieonderzoek, waarbij werd vastgesteld dat slechts 2 á 3 van alle kinderen jaarlijks de huisarts consulteert vanwege een CARA-exacerbatie zou mogen concluderen dat in de Haagse regio de frequentie van luchtwegklachten bij kinderen laag is, dient ernstig te worden betwijfeld. Zoals bekend is in de Haagse regio de omvang van de acute hulpverlening op de eerste-hulpafdelingen van de ziekenhuizen, speciaal buiten de kantooruren, buitensporig hoog (7). Het lijkt meer dan waarschijnlijk dat zeer veel ouders op eigen initiatief, dus zonder eerst de huisarts te raadplegen, rechtstreeks met hun kind dat een CARA-exacerbatie heeft naar een polikliniek of een eerste hulpafdeling van een ziekenhuis gaan. Vele CARA-patiëntjes blijken klinisch of poliklinisch te worden behandeld. Alleen al in het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag waren in 1988 in totaal 124 kinderen met asthma-aanvallen opgenomen, terwijl op de polikliniek 4306 CARA-consulten plaatsvonden (7). ■

1. Werkgroep 'CARA' bij jeugdigen'. De regio's studie. Deel I en II. Vakgroep sociale geneeskunde en epidemiologie. Rijksuniversiteit Groningen.
2. Lako CJ. Schoolverzuim op de basisschool. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1983; 61: 775-83.
3. Kaptein-Hollman MP, Stoel-Copper MC. Onderzoek naar de oorzaken en de structuur van schoolverzuim op de lagere school. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1985; 63: 144-8.
4. Rijcken B, Verkerk PH. Schoolverzuim en CARA. Tijdschr Jeugdgezondh 1988; 20: 28-9.
5. Voorn Th B. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht, Bunge 1983.
6. Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren. Epidemiol Bul Grav 1988; 23 nr 1: 11-5.
7. Duiverman EJ. Persoonlijke mededeling.

-Hypo- en hyperthyreoidie

F.A. Balder, huisarts
te Den Haag.

Inleiding

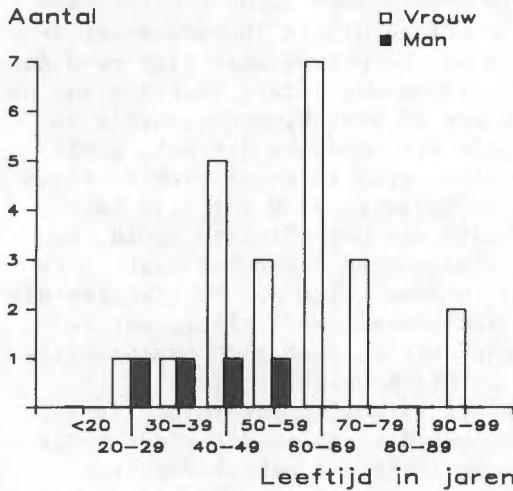
Hypothyreoidie (een te trage functie van de schildklier) en hyperthyreoidie (een te snelle functie van de schildklier) zijn stoornissen in de schildklierfunctie die een belangrijke plaats innemen onder de endocriene aandoeningen. De prevalentie ligt rond de 1% voor beide aandoeningen. Op oudere leeftijd kan de prevalentie oplopen tot 2% voor hyperthyreoidie en 3% voor hypothyreoidie (1). Ondanks dat het, zoals deze cijfers laten zien, geen zeldzame ziektebeelden zijn, zijn ze door de huisarts vaak moeilijk te diagnostiseren op basis van het klinisch beeld. De algemeen bekende uitingsvormen ontbreken vaak in de beginfase of treden helemaal niet op. De klachten die wel bestaan hebben schijnbaar geen relatie met de aandoening. Deze problematiek doet zich voornamelijk voor onder ouderen en bij hypothyreoidie. Heeft men inmiddels het vermoeden dat sprake is van een hypo- of hyperthyreoidie dan is dit sinds enige jaren betrekkelijk eenvoudig met behulp van biochemische bepalingen vast te stellen. De mate van werkzaamheid van de schildklier wordt uitgedrukt in de T₄-waarde. Teneinde storende invloeden van onder andere medicijngebruik te corrigeren kan een FTI worden berekend. En tenslotte stelt men met een TSH-bepaling vast of het inderdaad een hyper- dan wel een hypothyreoidie betreft.

Met het doel meer inzicht te krijgen in het vóórkomen van deze twee ziektebeelden en in het klachten- en symptomenpatroon is dit onderwerp als registratie-item opgenomen in het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag. Alle nieuwe en recidieve gevallen van hypothyreoidie en van hyperthyreoidie zijn onderscheiden geregistreerd. Behalve leeftijd en geslacht is genoteerd hoe de aandoening zich presenteerde en of er sprake was van een recidief. Tenslotte zijn de laboratoriumwaarden met de naam van het laboratorium opgegeven. Definiëring vond plaats op basis van de biochemische laboratoriumwaarden (T₄; FTI en TSH of combinaties hiervan) voor een hypo- dan wel een hyperthyreoidie. Bij uitkomsten in het grensgebied tussen een normaal werkende schildklier en een milde functiestoornis is het oordeel van de huisarts doorslaggevend.

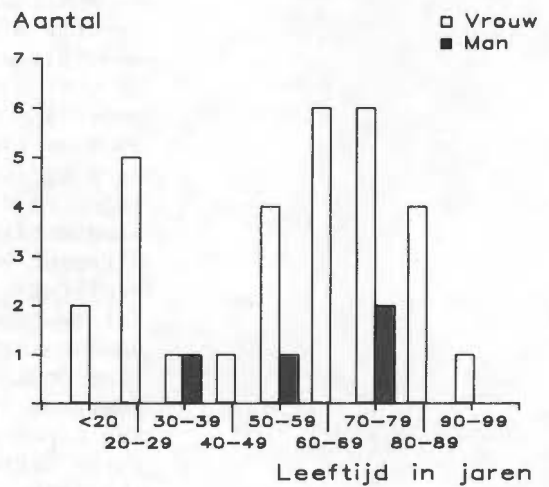
Hypothyreoidie

Als typische klachten en symptomen bij een hypothyreoidie worden in het algemeen genoemd een combinatie van: slaapneiging, kouwelijkheid, gewichtstoename, traagheid, droge huid, haaruitval, traag hartritme, pafferig uiterlijk, lage hese stem en gezwellen bovenste oogleden. Hypothyreoidie werd 26 maal geconstateerd: 4 maal bij een man en 22 maal bij een vrouw. Dit betekent een relatief vóórkomen van 3.1 per 10.000 inwoners per jaar. Een huisarts ziet dus ongeveer één maal per jaar een nieuw geval. In het Continue Morbiditeitsproject van het Nijmeegs

HYPOTHYREOIDIE



HYPERTHYREOIDIE



Figuur 1 a en 1 b. Gevallen van hypothyreoïdie respectievelijk hyperthyreoïdie naar leeftijd en geslacht. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Huisartsen Instituut, stelde men een incidentie vast van 1 per 10.000 (2).

Wanneer we alleen naar de vrouwen kijken dan komen we op een relatief vóórkomen in het Huisartspeilstation-systeem regio Den Haag van 5 per 10.000. In de Tunbridge survey in Engeland stelde men een incidentie vast van 15 per 10.000 vrouwen (3).

De leeftijds- en geslachtsverdeling is in figuur 1a weergegeven. Voornamelijk vrouwen ouder dan 40 jaar worden gezien met deze aandoening.

In 18 gevallen (69%) was er sprake van een nieuw geval: 8 maal werd opgegeven dat het een recidief betrof. Het aantal recidieve gevallen komt ons hoog voor daar hypothyreoïdie als een diagnose voor de rest van het leven beschouwd wordt. Wel kan een hyperthyreoïdie overgaan in een hypothyreoïdie waarmee sprake is van een recidieve functiestoornis van de schildklier. Ook zou het mogelijk kunnen zijn dat reeds bestaande gevallen van hypothyreoïdie door enkele huisartsen als recidief zijn opgegeven.

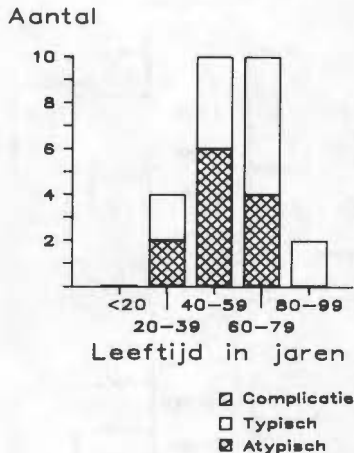
14 Maal (54%) presenteerde de aandoening zich atypisch, 12 maal (46%) typisch. De atypische presentatievorm liet zich in de hoogste leeftijdscategorie (80 jaar en ouder) niet zien (zie figuur 2a).

Klachten of symptomen die bij een atypische presentatie genoemd werden, zijn:

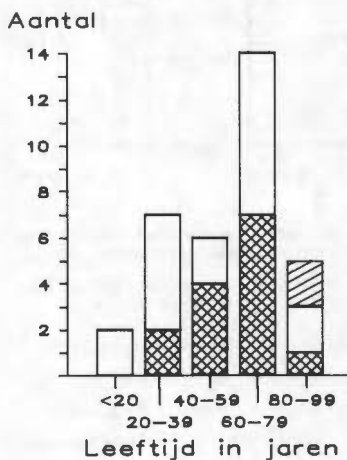
- moeheid, algehele malaise, duizeligheid
- dikke handen en/of voeten
- globusgevoel, keelpijn
- depressiviteit, hypochondrische stemming
- vermagering

Hypothyreoïdie blijkt dus vooral voor te komen bij vrouwen boven de 40 jaar. In ongeveer de helft van de

HYPOTHYREOÏDIE



HYPERTHYREOÏDIE



Figuur 2a en 2b. Uitingsvormen van hypo- en hyperthyreoidie naar leeftijd. Huisartspeilstatie-systeem regio Den Haag 1988.

1. Goslings BM. Interpretatie van schildklier-(functie)onderzoek. In: Boerhaave cursus, vorderingen en praktijk. Leiden 1988: 45-8.
2. Morbidity Figures from General Practice: data from four general practices 1978-1982. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Nijmegen 1985.

gevallen presenteert deze aandoening zich atypisch.

Hyperthyreoidie

Bij hyperthyreoidie worden als typische klachten en symptomen gezien een combinatie van: gejaagdheid, prikkelbaarheid, gewichtsverlies, toegenomen eetlust, toegenomen defaecatie-frequentie, snelle hartslag, vergrote schildklier, vochtige huid, trillende handen en oogafwijkingen (chemosis en exoptalmus). Hyperthyreoidie werd 34 maal geregistreerd: 4 maal bij een man en 30 maal bij een vrouw. Dit houdt een relatief voorkomen in van 4.1 per 10.000 inwoners per jaar. Ook deze aandoening ziet de huisarts gemiddeld één keer per jaar. Dit cijfer komt overeen met informatie uit de Continue Morbiditeits Registratie waar een incidentie van 5 per 10.000 gevonden werd (2). Voor vrouwen alleen vonden we 6.7 per 10.000.

De leeftijds- en geslachtsverdeling is weer-gegeven in figuur 1b. Opvallend is het hoge aantal jonge vrouwen met een hyperthyreoidie in de leeftijdscategorie 20-29 jaar. Verder blijkt de aandoening vooral voor te komen bij vrouwen boven de 50 jaar. Zelfs op zeer hoge leeftijd kan de aandoening ontstaan.

26 Maal (76%) was er sprake van een nieuw geval, 6 maal betrof het een recidief en in 2 gevallen kon dit niet worden vastgesteld.

In 14 gevallen (41%) openbaarde de aandoening zich atypisch. Twee maal werd het ziektebeeld vastgesteld doordat zich een complicatie voordeed. Beide complicaties deden zich in de leeftijdsgroep 80-99 jaar voor (figuur 2b). De atypische presentatievormen kwamen alleen in de jongste leeftijdscategorie niet voor. Als atypische vormen werden genoemd:

- gewichtsverlies
- moeheid, malaise
- snelle polsslag
- kortademigheid bij inspanning

Als complicatie werd genoemd een angstige depressie.

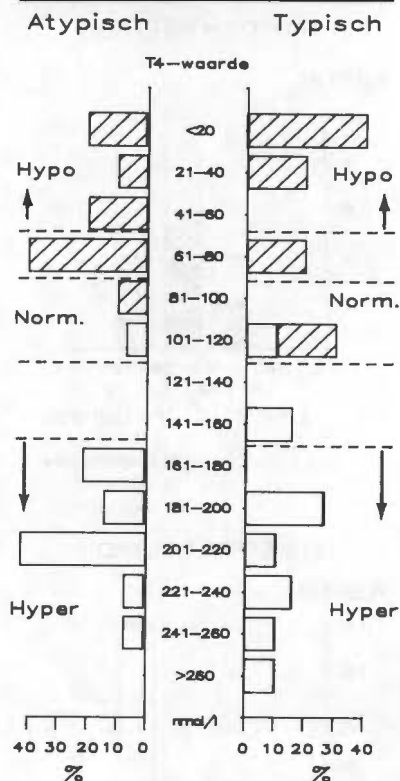
Hyperthyreoidie is dus vooral gezien bij jonge vrouwen in de leeftijdscategorie 20-29 jaar en vrouwen boven de 50 jaar. De piek bij de 20-29-jarige vrouwen kan verklaard worden door een hyperthyreoidie die door de ziekte van Graves veroorzaakt is, een ziekte die zich vooral onder jonge vrouwen openbaart. In ongeveer 40% van de gevallen presenteert de aandoening zich atypisch.

Er is nagegaan of er een verband bestaat tussen de gevonden laboratoriumwaarden en de wijze van presentatie van het ziektebeeld. Omdat de laboratoriumbepalingen door 11 verschillende laboratoria verricht zijn is het moeilijk de verschillende waarden te vergelijken aangezien een uniforme ijking ontbreekt. Bovendien is de gevoelige TSH-bepaling in het registratiejaar niet voor alle gevallen uitgevoerd. Desalniettemin is in figuur 3 een vergelijking gemaakt

tussen de T4-waarden van de 'typische' en 'atypische' gevallen voor zover de laboratoria éénzelfde eenheid gebruikten. Gesteld kan worden dat de gevonden T4-waarden bij de typisch en atypische presentatie in grote lijnen dezelfde verdeling hebben. Een verband tussen de laboratoriumwaarde en de wijze van presentatie lijkt onwaarschijnlijk.

Conclusies

Zowel hypothyreoïdie als hyperthyreoïdie zijn aandoeningen die vooral bij vrouwen vóórkomen. Het relatieve vóórkomen bij beide aandoeningen is laag, respectievelijk 3.1 en 4.1 per 10.000 inwoners. Voor beide ziektebeelden geldt dat de huisarts gemiddeld één geval per jaar ziet. De hypothyreoïdie komt vooral voor bij vrouwen boven de 40 jaar. In de helft van de gevallen presenteert de aandoening zich op een atypische wijze (met name moeheid en depressie). De hyperthyreoïdie komt vooral voor bij jonge vrouwen (20-29 jaar) en bij vrouwen boven de 50 jaar. In 40% van de gevallen presenteert de aandoening zich atypisch (vooral als moeheid of gewichtsverlies). Tenslotte lijkt een verband tussen de hoogte van de laboratoriumwaarden en de wijze waarop de ziektebeelden zich presenteren onwaarschijnlijk.



■ In HPS geregistreerd geval van hypothyreoïdie
□ In HPS geregistreerd geval van hyperthyreoïdie

Figuur 3. T4-waarde hypothyreoïdie en hyperthyreoïdie naar 'typisch' en 'atypisch'. Huisartapeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

- Es A van, Geerdink RA. Schildklierziekten. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1988. Nieuwenhuysen Kruseman AC. Schildklierziekten bij de oudere mens. Practitioner 1989: 163-6. Bolk JH. Atypische hypo- en hyperthyreoïdie. In: Boerhaave cursus, vorderingen en praktijk. Leiden 1986: 1-13.

- Consult knie-artrose

Mw. drs. G.H. de Bock,
onderzoekmedewerkster
Instituut voor Huisarts-
geneeskunde Rijksuniver-
siteit Leiden.

Inleiding

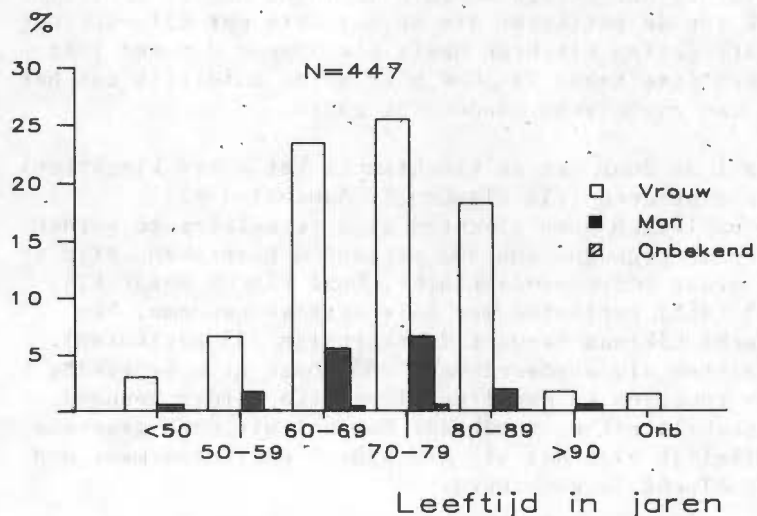
Artrose is een chronische, degeneratieve gewrichts-aandoening waarbij de patiënt klachten heeft als pijn, (ochtend)stijfheid en beperking van beweging. Bij een aantal patiënten is het aangedane gewricht gezwollen. Vanuit histologisch perspectief kenmerkt een artrotisch gewricht zich door sclerose en osteofyten-vorming die op een röntgenfoto zichtbaar zijn. Echter, het verband tussen afwijkingen zichtbaar op een röntgenfoto en klachten van de patiënt is gering. Er is gekozen voor registratie van artrose vanwege het frequente voorkomen, de grote sociaal-economische gevolgen, het gebrek aan kennis over de ernst van het klachtenpatroon en het therapeutisch handelen in de huisartspraktijk. De voorkeur voor knie-artrose vindt zijn oorzaak in het gegeven dat dit een relatief duidelijk omschreven aandoening is.

Mede op basis van deze huisartsregistratiegegevens ligt het plan in de toekomst richtlijnen voor de huisarts te formuleren omtrent diagnostiek en behandeling van artrose-patiënten in de huisartspraktijk.

Epidemiologie

In 1988 hebben de huisartsen van het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 447 mensen gezien met knie-artrose. Dat wil zeggen dat in 1988 een huisarts per 1.000 patiënten gemiddeld 5.3 patiënten met knie-artrose heeft gezien.

De leeftijds- en geslachtsverdeling van de in het peilstation geregistreeerde patiënten staat in figuur 1 uiteengezet. De huisarts ziet meer vrouwen dan mannen met knie-artrose. Relatief stijgt het voorkomen met de leeftijd. Bekijkt men bijvoorbeeld de groep van 60 jaar en ouder dan ziet men per 1.000 inwoners 7 mannen en 21 vrouwen met knie-artrose. Voor de groep



Figuur 1. Procentuele verdeling van patiënten met knie-artrose naar leeftijd en geslacht. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

van 80 jaar en ouder geldt een vóórkomen van 10 mannen en 27 vrouwen met knie-artrose per 1.000 personen. Knie-artrose is dus een aandoening die onder ouderen meer vóórkomt dan onder jongeren, en meer gezien wordt bij vrouwen dan bij mannen. Een vergelijkbare leeftijds- en geslachtsverdeling is ook in andere prevalentie-studies gevonden. Dit betreffen zowel studies in de huisartspraktijk als open-populatie-studies (1)(2).

Er is geen verschil gevonden tussen Den Haag, en de deelnemende regiogemeenten Leidschendam, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer wat betreft het relatief vóórkomen van knie-artrose onder inwoners boven de 60 jaar.

Ook is geen verschil gevonden in het relatief vóórkomen tussen groepen geformeerd naar sociaal niveau (sociaal laag en sociaal hoog) *.

De consulten

Van de patiënten met knie-artrose die de huisarts in 1988 heeft gezien is bijna 60% bij de huisarts bekend met artrotische klachten. Deze groep heeft de huisarts vóór 1988 geconsulteerd naar aanleiding van knie-artrose. Uit dit gegeven blijkt duidelijk dat knie-artrose een chronische aandoening is.

In bijna 90% van de in 1988 geregistreerde consulten betrof het een éénmalig consult (zie tabel 1). Uit eigen onderzoek komt eveneens naar voren dat de meerderheid van de patiënten met artrotische klachten de huisarts slechts één keer per jaar consulteert voor deze klachten (3).

De klachten en de invloed op de dagelijkse activiteiten

Uit de duur van de klachten, zoals deze geregistreerd zijn bij het eerste consult in 1988, blijkt dat bijna 60% van de patiënten die de huisarts met knie-artrose heeft gezien klachten heeft die langer dan een jaar duren (zie tabel 2). Ook hier wordt duidelijk dat het om een chronische aandoening gaat.

Naast de duur van de klachten is het soort klacht(en) geregistreerd (zie figuur 2). Aangezien bij 55 patiënten geen klachten zijn geregistreerd worden hier de gegevens van 392 patiënten besproken. Pijn is de meest vóórkomende klacht. Deze klacht wordt bij 333 (85%) patiënten met knie-artrose genoemd. Een klacht hieraan verwant is startpijn (33 patiënten). Klachten die eveneens veel vóórkomen zijn beperking van beweging en zwelling. Tenslotte worden genoemd instabiliteit en roodheid. Het zal uit deze gegevens duidelijk zijn dat bij een aantal patiënten meer dan één klacht is genoteerd.

De invloed van deze klachten op het dagelijks activiteitenpatroon, de ADL-beperking, is groot. Bij 363 patiënten is de ADL-beperking beschreven (zie

Tabel 1. Personen naar aantal consulten in verbond met knie-artrose. Huisarts-peilstationsstelsel regio Den Haag 1988.

No. consult	Abs.	%
1 Consult:	401	89.7
2 Consulten:	38	8.5
3 Consulten:	7	1.6
4 Consulten:	1	0.2
Totaal:	447	100.0

* Het sociaal niveau is bepaald op basis van het opkomstpercentage van de gemeenteraadsverkiezingen van 1986 van de wijk waarin de woonlocatie van de patiënt zich bevindt. In de spreidingsbreedte van het opkomstpercentage is een driedeling gemaakt. Voor elke groep is het relatief vóórkomen bepaald. De laagste (sociaal laag) en de hoogste (sociaal hoog) zijn met elkaar vergeleken.

Tabel 2. Personen naar duur klachten in verband met knie-artrose *. Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1988.

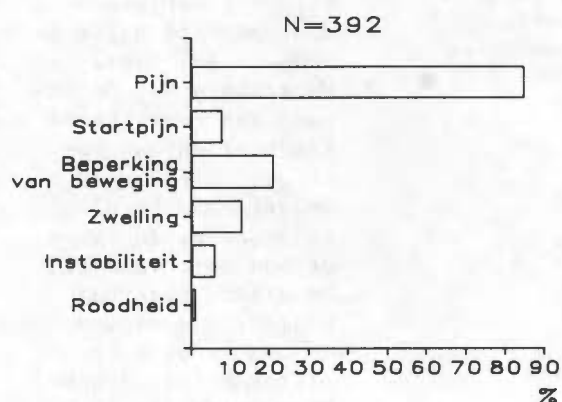
Duur	Abs.	%
< 1 jaar:	162	36.2
1-2 jaar:	96	21.5
3-5 jaar:	53	11.9
> 5 jaar:	104	23.3
Onbekend:	32	7.2
Totaal:	447	100.0

* Geregistreerd bij eerste consult in 1988.

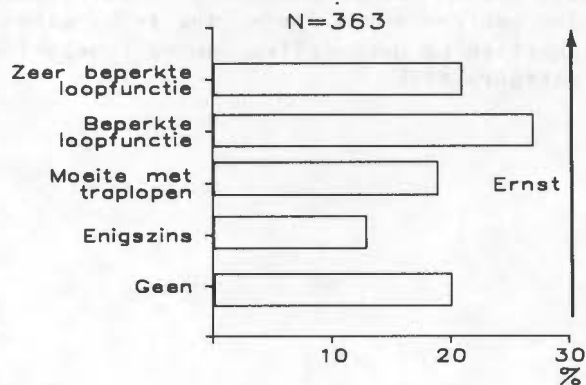
figuur 3). Een kleine 300 patiënten heeft op een of andere manier een beperking in het dagelijks activiteitenpatroon als gevolg van de knie-artrose. Over 13% patiënten wordt gezegd dat ze enigszins moeite met lopen hebben en bijvoorbeeld geen lange afstanden kunnen lopen. 19% Van de patiënten heeft moeite met traplopen. Bij 27% van de patiënten is de loopfunctie beperkt: men loopt met een stok en heeft moeite met traplopen. 21% Patiënten vergaat het lopen zeer moeilijk: men loopt minder dan 250 meter; loopt met een looprekje of een krukprothese; men komt het huis niet meer uit; is invalide of bedlegerig. Veel patiënten ervaren dus een aanzienlijke beperking in hun dagelijkse activiteiten als gevolg van hun klachten.

Het beleid: de therapie

Wat is het beleid van de huisarts bij deze groep patiënten wat betreft therapie? Bij 77 patiënten is geen therapie genoemd. De beschreven gegevens hebben dus betrekking op 370 patiënten (zie tabel 3). Bij 236 (64%) patiënten is medicatie voorgeschreven. Hiervan kreeg ongeveer twee derde deel van de patiënten alleen medicatie. Bijna één derde kreeg een combinatie van medicatie en fysiotherapie voorgeschreven. Een klein aantal patiënten ontving naast medicatie advies. Als medicatie koos de huisarts voornamelijk een NSAID. Bij 134 patiënten werd door de huisarts geen medicatie voorgeschreven. Het grootste deel van deze patiëntengroep werd naar de fysiotherapie verwezen. Een kleiner deel werd verwezen naar de tweede lijn (voor diagnostiek of voor een operatie) of kreeg advies. Er wordt vaker wél dan geen medicatie voorgeschreven bij artrose-patiënten. Dit gegeven komt overeen met de



Figuur 2. Klachten van de patiënten met knie-artrose. (combinaties mogelijk). Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1988.



Figuur 3. ADL-beperking van patiënten met knie-artrose. Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1988.

Tabel 3. Personen met knie-artrose naar therapiebeleid van de huisarts, medicatie versus geen medicatie. (N=370). Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag regio 1988.

Medicatie			Geen medicatie		
Therapie	Abs.	%	Therapie	Abs.	%
Alleen medicatie:	157	43	Verwezen naar tweede lijn:	24	6
Medicatie met fysiotherapie:	60	16	Verwezen naar fysiotherapie:	90	24
Medicatie en advies:	19	5	Advies:	24	6
Totaal:	236	64	Totaal:	134	36

gegevens uit ander onderzoek (1)(3).

Conclusie en discussie

Knie-artrose is een chronische aandoening die bij ouderen meer vóórkomt dan bij jongeren. Tevens komt deze aandoening bij vrouwen vaker voor dan bij mannen. De belangrijkste klachten zijn: pijn, beperking van beweging en zwelling. Mensen gaan niet vaak voor deze klachten naar de huisarts. Bij het overgrote deel van de patiënten zijn de klachten op één of andere manier van invloed op hun dagelijkse activiteitenpatroon. De belangrijkste therapie ten aanzien van knie-artrose is medicamenteus. Ongeveer twee derde van de patiënten die bij de huisarts komen met knie-artrose krijgen medicatie voorgeschreven. Deze gegevens komen overeen met gegevens uit de literatuur en uit ander onderzoek (1)(2)(3).

Naar aanleiding van deze onderzoeksgegevens lijkt het ons van belang te kijken in hoeverre het op dit moment door de huisarts gekozen beleid het meest adequate beleid is. In samenwerking met huisartsen zal getracht worden een consensus opstelling te bereiken omtrent diagnostiek en behandeling van artrosepatiënten in de huisartspraktijk.

1. Lamberts H. *Morbidity in general practice; diagnosis related information from the monitoring project.* Utrecht: uitgeverij Huisartsenpers BV, 1984.
2. Valkenburg HA. *De omvang van reumatische klachten en aandoeningen in een open Nederlandse bevolkingsgroep.* In: Korst JK van der, editor. *De diagnostiek van reumatische aandoeningen in de huisartspraktijk.* Arnhem: Ciba-Geigy BV, 1979.
3. Bock GH de, Kaptein AA, Mulder JD Dzn. *Dutch General Practitioners' management of osteoarthritis patients (In press).*

-Eerste verzoek om anti-conceptiepil (onder adolescenten)

J.J. van Gemund, kinder-
arts, destijds hoofd
afdeling Jeugdgezond-
heidszorg GG en GD

Den Haag.

Mw. I. Burger, onder-
zoekmedewerkster werk-
zaam op het stafbureau
Epidemiologie, GG en GD
Den Haag.

Inleiding

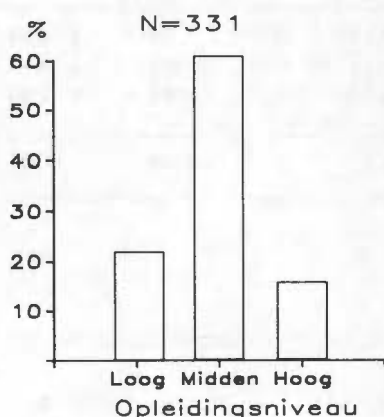
De laatste jaren neemt het gebruik van de anti-conceptie-pil onder jongeren toe. Een gezondheids-enquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek laat zien dat over de periode 1981-1986 onder de 16-19-jarigen het pilgebruik is toegenomen van 22 naar 32% (1). Het totale aantal pilgebruiksters in de leeftijdsgroep 16-49 jaar steeg gemiddeld met bijna 1% per jaar. In 1986 gebruikte 30% van alle vrouwen in de vruchtbare levensjaren de pil. In de leeftijdscategorie 16-19-jarigen wordt in deze gegevensverzameling enige onderrapportage vermoed aangezien het een enquête betrof met betrokkene (of moeder) en sociaal wenselijke antwoorden niet uitgesloten konden worden. Het pilgebruik onder meisjes jonger dan 16 jaar bleef onbekend.

De huisartsen in het peilstationsysteem hebben in 1988 informatie verschaft over de leeftijd waarop voor de eerste maal door een meisje jonger dan 20 jaar om de anticonceptie-pil wordt gevraagd. Met betrekking tot dit verzoek is het interval bepaald met de sexarche. Tevens is naar het opleidingsniveau van het meisje gevraagd omdat vermoed werd dat er een verband bestaat met het opleidingsniveau en de lengte van genoemd interval. De huisarts gaf naar eigen inzicht aan of het opleidingsniveau laag, middelbaar dan wel hoog was.

Uitgesloten is het pilgebruik wegens dysmenorroe.

Resultaten

In 1988 zijn in totaal 331 verzoeken om de anti-conceptie-pil geregistreerd. De leeftijdsverdeling legt het zwaartepunt bij de groep der 16- en 17-jarigen. Het relatieve vóórkomen van een eerste verzoek om de anticonceptie-pil bij de huisarts is op basis van de gegevens uit te drukken in 8 per 100 meisjes in de leeftijdscategorie 15-19 jaar. Bekijken wij het opleidingsniveau dan is de groep die middelbaar onderwijs volgt veruit het grootst (figuur 1). De relatie tussen leeftijd waarop voor de eerste maal om de anticonceptie-pil wordt gevraagd en het opleidingsniveau is weergegeven in figuur 2. Wij zien duidelijk dat naarmate het opleidingsniveau hoger wordt de meisjes meestal op latere leeftijd bij de huisarts om de anticonceptie-pil vragen.



Figuur 1 Eerste verzoek anticonceptie-pil naar opleidingsniveau. Huisarts-peilstationsysteem regio Den Haag, 1988.

Het interval met de sexarche met betrekking tot het verzoek om de pil kon in 37% der gevallen (N=122) niet worden aangegeven. Omdat de onbekendheid met dit interval echter voor alle drie de opleidingsniveaus in vrijwel gelijke mate gold is toch een schatting te geven van het verband tussen interval sexarche en verzoek anticonceptie-pil met het opleidingsniveau (tabel 1). Met dezelfde restrictie kan de relatie bekeken worden tussen dit interval en de leeftijd waarop om de anticonceptie-pil wordt gevraagd (tabel 2).

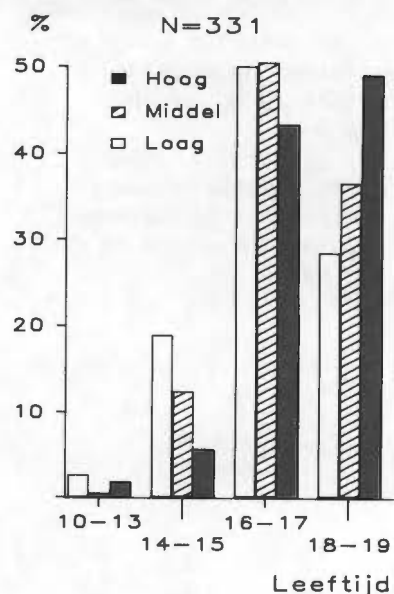
Uit tabel 1 is af te lezen dat naar opleidingsniveau

geen opvallende verschillen waarneembaar zijn. In elke groep blijkt dat ruim 75% van de meisjes binnen een half jaar na de sexarche om de anticonceptie-pil vraagt. Aangezien de leeftijd waarop om de anticonceptie-pil gevraagd wordt in veel gevallen een samenhang heeft met door het opleidingsniveau zien wij in tabel 2 gelijklopende percentages in de verschillende leeftijdscategorieën.

Beschouwing

De huisarts werd vooral door 16- en 17-jarige meisjes gevraagd voor het eerst de anticonceptie-pil voor te schrijven. Meisjes met een laag opleidingsniveau kwamen naar verhouding eerder met dit verzoek bij de huisarts dan meisjes met een hoog opleidingsniveau. Dit verschijnsel kan deels verklaard worden door het verband dat bestaat tussen lichamelijke en maatschappelijke rijping van meisjes. Wagenaar stelde in haar onderzoek onder 418 meisjes uit de tweede klas van het voorgezet onderwijs vast dat er een verschil van zes maanden lag tussen de mediane menarcheleeftijd van LBO'ers en HAVO/VWO'ers. Dit lag voor 76 LBO-meisjes op 12 jaar en 10 maanden en voor 188 HAVO/VWO-meisjes op 13 jaar en 4 maanden. Volledigheidshalve valt nog te vermelden dat na invoering van LBO/LAVO-besluit van 1 augustus 1981 de LBO-meisjes expliciet onderwijs krijgen over sexualiteit en voortplanting.

Verder kunnen aan de bevindingen uit het huisartspeilstationsysteem slechts beperkt conclusies worden verbonden aangezien de anticonceptie-pil ook verstrekt



Figuur 2. Eerste verzoek anticonceptie-pil naar leeftijd en opleidingsniveau. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Tabel 1. Interval sexarche en begin pilgebruik naar opleidingsniveau. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Interval	Laag (%)	Middel (%)	Hoog (%)	Onb	Totaal (%)
Geen (virgo):	19 (44)	49 (38)	7 (21)	1	76 (36)
0 - 1/2 jaar:	16 (36)	50 (38)	18 (55)	1	85 (41)
> 1/2 jaar:	10 (20)	31 (24)	8 (24)	-	48 (23)
Totaal:	44 (100)	130 (100)	33 (100)	2	209 (100)

Tabel 2. Interval sexarche en begin pilgebruik naar leeftijd. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Interval	Leeftijd in jaren			Totaal (%)
	10-15 (%)	16-17 (%)	18-19 (%)	
Geen (virgo):	15 (44)	37 (37)	24 (32)	76 (36)
0 - 1/2 jaar:	13 (38)	43 (42)	29 (40)	85 (41)
> 1/2 jaar:	6 (18)	21 (21)	21 (28)	48 (23)
Totaal:	34 (100)	101 (100)	74 (100)	209 (100)

wordt door de landelijk werkzame Rutgers Stichting voor geboorteregeling en sexualiteitsvragen. Navraag leerde ons dat in 1988 in de regio Den Haag 1106 jongeren onder de 19 jaar de bureaus van de Rutgers Stichting bezochten. De regionale bureaus van de Rutgers Stichting in de regio worden derhalve door 2.9% van de 10-18-jarige meisjes in de regio Den Haag bezocht. Anticonceptie is hierbij de voornaamste reden voor een consult maar in hoeverre het een eerste consult met betrekking tot de anticonceptie-pil betreft is niet vastgelegd. In het huisartspeilstation-systeem vraagt 4.8% van de 10-19-jarige meisjes de huisarts voor het eerst om de anticonceptie-pil. Hoewel deze percentages niet geheel vergelijkbaar zijn is wel vast te stellen dat de Rutgers Stichting een aanzienlijk aandeel heeft in de distributie van de anticonceptie-pil. Derhalve is beantwoording van de vraagstelling van dit peilingsonderzoek pas goed te geven indien de Rutgers Stichting direct of indirect betrokken wordt bij het onderzoek. Dit vereist onderlinge afstemming in de administratief-statistische sfeer tussen het huisartspeilstation en de Rutgers Stichting. Ook is het daarbij belangrijk de vastlegging van de gegevens vollediger en nauwkeuriger te laten plaatsvinden. Zo zou bijvoorbeeld expliciet gevraagd moeten worden naar het onderwijstype.

Een derde van de jongeren kiest zoals gezegd de pil als vorm van anticonceptie. Uiteraard is dit niet de enige mogelijkheid van anticonceptie. Recent stelde Sikkema in zijn enquête onder jongeren (12-24 jaar) vast dat 12% condooms gebruikt (2). Als effectmeting van goede anticonceptie kan dienen het verloop van het aantal onwettig geboren kinderen van moeders jonger dan 20 jaar. Voor 1981 vermeldt het Centraal Bureau voor de Statistiek op totaal 179.000 levendgeborenen in Nederland 1424 (circa 0.8%) gevallen; voor 1986 zijn deze aantallen 1606 op 184.136 (circa 0.9%). Duiding van deze percentages in de zin van stabilisering of relatieve toeneming wordt bemoeilijkt door het tussentijds opkomen van nieuwe samenlevings- en/of opvoedingsvormen zoals bijvoorbeeld het bewust ongehuwd moederschap. Tenslotte merken wij nog op dat bij aanvullend onderzoek het aanbeveling verdient ook de kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van de verstrekte anticonceptie-pil te registreren in verband met de in de laatste jaren verkregen opheffing van de complicerende verstoring van de lipoproteïne-stofwisseling. ■

1. Sonsbeek JLA. Het gebruik van de anticonceptie-pil, 1981-1986. *Mndber Gezondheid* 1987; 6 nr 7: 5-7.
2. Jeugd '89: levensstijlen en psychografische stijlen van jongeren; eerste resultaten - maart 1989. Interview Nederland BV Instituut voor marktinformatie. Amsterdam 1989.
3. Wagenaar-Fischer MM. Hebben schoolmeisjes tegenwoordig nog klachten als zij menstrueren? *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1986; 64: 16-8.

-Suïcidaal gedrag

De registratie van suïcides en parasuïcides is voor het vijfde achtereenvolgende jaar opgenomen in het huisartspeilstationsstelsel. 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-letale 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 is 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 om zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

In 1988 zijn 77 gevallen van parasuïcide en 12 suïcides opgegeven door de 49 in het stelsel deelnemende huisartsen in de regio Den Haag. Aangezien het peilstationsstelsel in 1988 is uitgebreid met huisartsen uit de randgemeenten, zijn de verkregen gegevens alleen voor het Haagse deel vergelijkbaar met die van voorgaande jaren.

Tabel 1 laat zien dat jaarlijks ruim één op de duizend groot-Hagenaars suïcidaal gedrag vertoont waarvan de huisarts in kennis wordt gesteld. Tevens valt op te maken dat suïcide in en buiten Den Haag relatief even frequent voorkomt, terwijl het relatieve voorkomen van parasuïcide in Den Haag tweemaal zo hoog is als daarbuiten.

Op basis van deze gegevens zou een huisarts eens in de vier jaar geconfronteerd worden met een suïcide in zijn (of haar) praktijk, terwijl parasuïcide gemiddeld in Den Haag tweemaal per jaar en in de regiogemeenten éénmaal per jaar ter kennis van de huisarts komt.

In figuur 1 is de verdeling naar leeftijd en geslacht weergegeven voor suïcides en parasuïcides in het

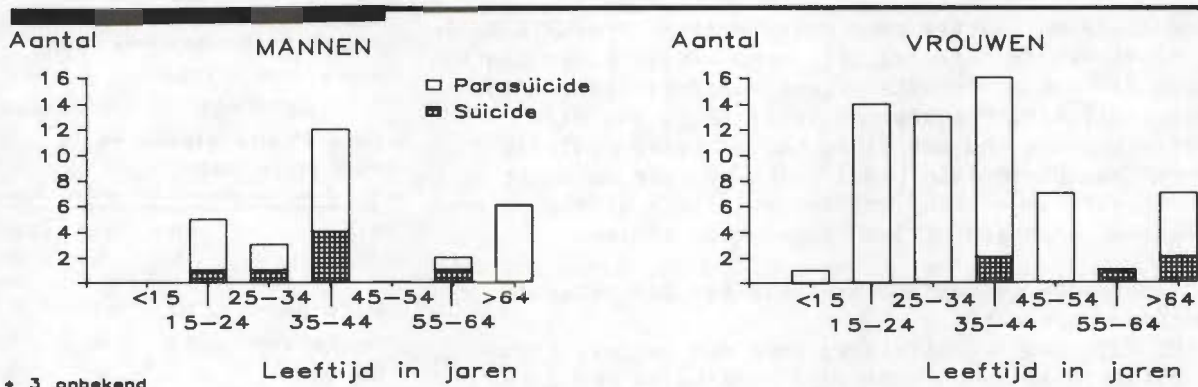
*Prof.dr. W.J. Schudel,
hoogleraar psychiatrie,
Erasmus Universiteit
Rotterdam.*

Tabel 1 Suïcidaal gedrag. Relatief voorkomen (per 100.000 per jaar).
Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1988.

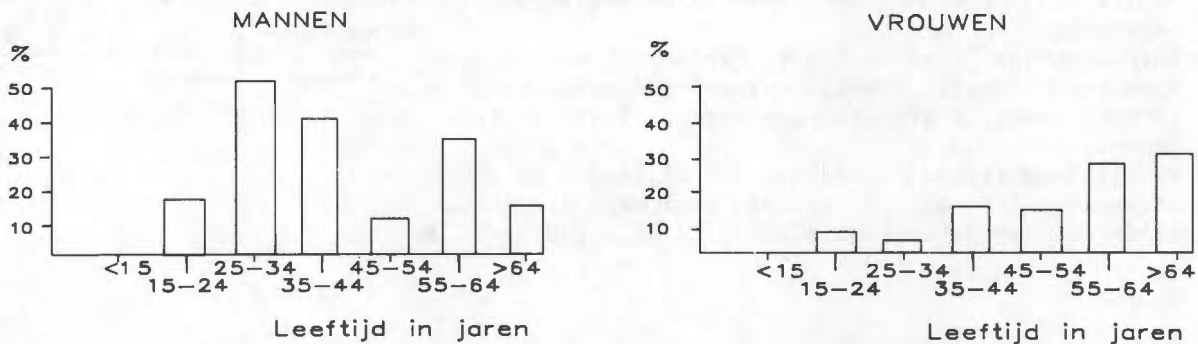
	Den Haag				Regio **	
	1984	1985)	1986 *	1987	1988	1988
Parasuïcide:	90	119	89	110	120	63
Suïcide:	7	7	20	23	14	15
Suïcidaal gedrag:	97	126	109	132	134	78

* Vanaf 1986 is de huisarts in Den Haag door de gemeentelijk lijkechouwer in kennis gesteld bij een geval van suïcide in zijn of haar praktijk.

** Excl. Den Haag



Figuur 1. Suïcidaal gedrag naar leeftijd* en geslacht, verdeeld naar parasuicide en suïcide. Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1988.



Figuur 2. Aandeel suïcides in de verschillende leeftijdsgroepen naar geslacht. (Suïcidaal gedrag = 100%) Huisartspeilstationsstelsel (regio) Den Haag 1986-1988.

gehele peilstationsstelsel. Bij de parasuïcides komt het gebruikelijke beeld naar voren: een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten in de jongere leeftijdscategorieën. De parasuicide/suïcide-ratio is bij de vrouwen veel groter dan bij de mannen, maar ook dat is een 'normaal' verschijnsel in de statistieken van suïcidaal gedrag.

In figuur 2 wordt dit nogmaals geïllustreerd met behulp van een aggregatie van alle meldingen in ons stelsel in de periode 1986-1988. Een dodelijke afloop van suïcidaal gedrag, dat wil zeggen een hoog suïcide-risico, zien wij relatief vaak bij mannen tussen de 25 en 45 jaar. In wat mindere mate is er ook van een verhoogd suïcide-risico sprake bij ouderen van beiderlei kunne.

Bij jongeren en vooral meisjes en jonge vrouwen is suïcide in absolute en relatieve zin zeldzaam, maar ook dit gegeven signaleerden wij reeds eerder.

Tabel 2 laat zien dat bij parasuïcides in overwegende mate er min of meer consistent gebruik gemaakt wordt van medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol. In ongeveer de helft van het aantal gevallen werd daarbij gebruik gemaakt van medicijnen die door de huisarts aan de patiënt zelf waren voorgeschreven. In de overige gevallen betrof het aan huisgenoten voorgeschreven medicatie of patent-geneesmiddelen. Bijna één op de drie (30%) van alle betrokkenen had

gedurende de laatste twee weken voor de (para-)suicide contact met de huisarts; bij ongeveer de helft van hen vond dit contact plaats wegens depressiviteit en/of suicidaliteit. Ongeveer de helft (51%) van alle betrokkenen stond ten tijde van de (para-)suicide onder psycho-sociale begeleiding en ruim de helft (54%) werd in verband met het suicidale gedrag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis gezien.

Bovenstaande gegevens overziende kan het volgende worden opgemerkt.

- Er zijn geen aanwijzingen voor een verdere trendmatige toename van suïcidaal gedrag in Den Haag.
- Parasuicide lijkt in Den Haag relatief vaker voor te komen dan in de randgemeenten; echter: de regio-cijfers zijn pas voor het eerst in de registratie opgenomen
- Suicide onder jongeren blijft (gelukkig) een zeldzaam verschijnsel, terwijl parasuicide onder de jongere leeftijdsgroepen niet verder lijkt toe te nemen.
- Er zijn nog steeds onvoldoende aanwijzingen om te veronderstellen dat de huisarts veel méér zou kunnen bijdragen aan de preventie van suïcidaal gedrag. ■

Tabel 2. Parasuicide naar wijze van uitvoering (combinaties mogelijk). Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Wijze	1986 %	1987 %	1988 %
Medicijnen:	82	81	75
Snijwonden:	18	9	17
Springen:	5	4	3
Verdrinking:	3	4	1
Verstikking:	-	2	-
Vergif:	3	2	5
Alcohol *:	18	9	9

* Steeds in combinatie

- Schadelijke effecten van geneesmiddelen

R.H.B. Meyboom, arts
hoofd bureau bijwer-
kingen geneesmiddelen,
hoofdinspectie van de
volksgezondheid voor de
geneesmiddelen Rijswijk.

Inleiding

In 1988 is één van de vragen van het Huisarts-peilstationsysteem gericht geweest op de morbiditeit als gevolg van bijwerkingen van geneesmiddelen. De bedoeling hiervan was om tegen de achtergrond van verontrustende maar wisselende signalen in de literatuur te onderzoeken in welke mate, in kwalitatieve zin, in onze regio geneesmiddelen oorzaak zijn van ziekte. In het algemeen is het gebruik van geneesmiddelen in vrij hoge frequentie geassocieerd met relatief weinig ernstige klachten, zoals hoofdpijn, duizeligheid en functionele stoornissen van het maagdarmkanaal. Dergelijke verschijnselen laten zich echter slecht onderzoeken met behulp van een registratiesysteem, met name omdat een vergelijkingsmogelijkheid ontbreekt. Omdat onze belangstelling bovendien vooral uitgaat naar de ernstiger pathologie, hebben de registratieformulieren het opschrift 'ernstige bijwerking geneesmiddel' gekregen. Er werd van een ernstige bijwerking van een geneesmiddel gesproken indien zich somatische en/of psychische verschijnselen voordeden bij een patiënt die door de huisarts in verband worden gebracht met geneesmiddelengebruik. Op het registratieformulier is een lijst met ernstige bijwerkingen opgenomen zodat de kwalificatie 'ernstig' zo uniform mogelijk gehanteerd kan worden.

Resultaten

In 1988 zijn in totaal 22 meldingen over patiënten met vermoedelijke bijwerkingen ingestuurd; gegevens over deze patiënten zijn samengevat in overzicht 1. Eén patiënt was in de waarneming gezien en valt daardoor buiten deze registratie. Acht huisartsen meldden 17 patiënten; van de resterende vier gevallen kon de identiteit van de meldende arts niet met zekerheid worden achterhaald.

Bespreking

Numeriek het meest op de voorgrond tredend waren de berichten over verslaving aan benzodiazepine-derivaten, met name lorazepam. Over de omvang in ons land van dit probleem, dat reeds jaren geleden is signaleerd, is weinig met zekerheid te zeggen. In het buitenland is hierover nog onlangs ongerustheid uitgesproken (1)(2). Het is opmerkelijk dat deze acht berichten van maar twee huisartsen afkomstig waren. Het vermoeden bestaat dat ook de overige huisartsen dergelijke patiënten hebben gezien, maar wellicht in de veronderstelling verkeerden dat verslaving buiten het bestek van de rapportage viel. Daarom is nadrukkelijk gevraagd over het jaar 1989 alle gevallen van vermoede afhankelijkheid van benzodiazepine-derivaten (en andere geneesmiddelen) te registreren.

Het ernstigst zijn de twee intracraniële bloedingen in samenhang met behandeling met anticoagulantia, die in beide gevallen dodelijk zijn verlopen. Dergelijke

Overzicht 1. Lijst van opgegeven 'ernstige' bijwerkingen.
Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Verdacht geneesmiddel	Vermoede bijwerking	Sexe	Lft in jr
Lorazepam	Verslaving	M	52
Lorazepam	Verslaving	M	52
Lorazepam	Verslaving	V	47
Lorazepam	Verslaving	V	36
Oxazepam	Verslaving	V	38
Oxazepam	Verslaving	V	79
Lorazepam	Verslaving	V	29
Diazepam	Verslaving	V	28
Lorazepam	Verslaving	V	62
Fenprocoumon	Dodelijke intranele bloeding	V	64
Fenprocoumon	Dodelijke intranele bloeding	V	70
Co-trimoxazol/fenprocoumon	Bloeding lip en wang (interactie)	V	82
Fenfluramine	Impotentie	M	64
Thiamazol	Hepatitis	V	81
Theofylline	Agitatie, hartkloppingen, tremor	V	29
Clomipramine	Erythema multiforme	V	27
Glafenine	Acute allergische reactie	V	68
Diclofenac	Duodenum perforatie	V	84
Acetylsalicylzuur	Convulsie	V	2
Nifedipine	Conjunctivitis	M	68
DKTP	Convulsie	M	5 mnd

ernstige complicaties, waarvoor blijkens recente literatuur hoge leeftijd, hypertensie en te sterke antistolling risicofactoren zijn, beklemtonen het belang van een scherpe indicatiestelling voor antistollingsbehandeling (3)(4)(5). De mogelijkheid dat op co-trimoxazol de werking van coumarine-derivaten kan ontregelen is in de literatuur gedocumenteerd (6).

Impotentie als mogelijke bijwerking van fenfluramine wordt genoemd in Meyler's Side Effects of Drugs (7) maar niet in, bijvoorbeeld, het Farmacotherapeutisch Kompas. Het is echter onduidelijk hoe vaak dit voorkomt en wat de farmacologische verklaring is. Thyreostatica veroorzaken soms ernstige overgevoelighedsreacties; agranulocytose is relatief frequent, maar ook hepatitis is incidenteel beschreven (7). Vanwege de zeldzaamheid ervan is het gemelde geval een interessante observatie. Een vrouw van 29 jaar kreeg reeds kort na het begin van het gebruik van een retard theofyllinepreparaat, in een dagdosering van 500 mg, klachten van nervositas, prikkelbaarheid en agressiviteit alsmede hartkloppingen en tremoren. Deze verschijnselen wijzen op een voor haar te hoge dosering (de geadviseerde begindosis is 375 mg per dag); bloedspiegels zijn echter niet bekend. Tricyclische antidepressiva zoals clomipramine zijn weinig frequent geassocieerd met een exantheem (7). Glafenine daarentegen is in verband met anafylactische reacties de meest frequente, aan het

1. Committee on Safety of Medicines: Current Problems nr 21. Januari 1988.
2. Ashton H. Risk of dependence on benzodiazepine drugs: a major problem of long term treatment. *Br Med J* 1989; 298: 103-4.
3. Wintzen AR, Klasen L, Bussemaker W e.a. Een retrospectief onderzoek naar oorzaak, behandelen en beloop van hersenbloedingen tijdens orale antistollingsbehandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 2151-4.

Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen gerapporteerde stof (8). Eén patiënte had de karakteristieke ervaring dat het innemen van één tablet glafenine, dat tevoren incidenteel was gebruikt, binnen 15 minuten per acuut werd gevolgd door een overgevoeligheidsreactie die tot ziekenhuisopname leidde. Indrukwekkend is de ziektegeschiedenis van een 84-jarige vrouw bij wie het gebruik van diclofenac (3xdd 25 mg) werd gecompliceerd door een perforatie van het duodenum. Aan deze problematiek is recent aandacht besteed door De Boer e.a. (9)(10).

Conclusies

4. Fannin TF, Gray WJ. Anticoagulant drugs in the elderly. *B Med J* 1989; 298: 184.
 5. Scott PJW. Anticoagulant drugs in the elderly: the risks usually outweigh the benefits. *B Med J* 1988; 297:1261-3.
 6. Shinn AF, Shrewsbury RP. Evaluations of Drug Interactions, 3e editie. CV Mosby Company, 1985.
 7. Dukes MNG, Meyler's Effects of Drugs, 11e editie. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988.
 8. Acute overgevoeligheidsreacties door geneesmiddelen. *Bul Bijwerkingen Geneesmiddelen*, nr 3, 1987.
 9. Boer SY, Berge Henegouwen GP van. Gebruik van niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen en maag- en duodenumcomplicaties. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 154-7.
 10. Boer SY de, Berge Henegouwen GP van, Kluitman EM. Niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen en bloedingen uit maag- en darmulcera. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 160-3.
- Het is geruststellend dat het peilstationsysteem geen grote aantallen ernstige bijwerkingen aan het licht heeft gebracht. Daar staat tegenover dat het bescheiden aantal artsen waarvan een reactie is ontvangen, doet vermoeden dat er een onderrapportage kan hebben bestaan. Deze opvatting wordt gesteund door de waarneming dat door twee van de artsen vrij grote aantallen bijwerkingen werden gemeld, respectievelijk zes en zeven. Het is mogelijk dat de intentie van de vraagstelling in 1988 de huisartsen niet voldoende duidelijk was. De presentatie van de formulieren kan er toe hebben bijgedragen dat minder ernstige bijwerkingen, of gevallen waarbij het verband met het geneesmiddel onzeker was (en dat is nu eenmaal vaak het geval), niet zijn gerapporteerd. Hoewel het aantal reacties nog klein was, heeft het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag toch reeds interessante informatie over 'geneesmiddelenziekten' opgeleverd. Naast het incidenteel voorkomen van overgevoeligheidsreacties (thiamazol, glafenine), traden twee problemen op de voorgrond; intracraniale bloedingen tijdens antistollingsbehandeling en verslaving aan benzodiazepinederivaten (onder andere lorazepam). Vooral naar het laatstgenoemde probleem is nader onderzoek gewenst. De omvang van de inventarisatie doet vermoeden dat het voorstel om 'geneesmiddelenziekten' te registreren met enige aarzeling in de regio is ontvangen. Desondanks zijn een aantal belangrijke indrukken opgedaan, die een goede reden zijn om dit project te continueren en te intensiveren. Post Marketing Surveillance van de bijwerkingen van geneesmiddelen is een onderwerp dat thans midden in de belangstelling staat. Een intensivering van het project in de Haagse regio en uitbreiding tot een samenwerkingsverband tussen de basisgezondheidsdiensten in ons land, zou een unieke mogelijkheid kunnen bieden om goede informatie over dit belangrijke onderwerp te verkrijgen. Hoewel bescheiden, zijn de eerste resultaten in de regio Den Haag in dit verband veelbelovend.

Screenen op hypertensie in Den Haag

Resultaten van het PreTensie-project

Inleiding

Sterfte vanwege hart- en vaatziekten, met name de ischaemische hartziekten (IHZ) en het cerebrovasculair accident (CVA), is in Nederland de belangrijkste doodsoorzaak. Met een aandeel van 44% op de totale sterfte, betekende dit in het laatste decennium in Nederland een jaarlijkse sterfte van ruim 50.000 personen.

In Den Haag is dit aandeel 42% in de brutosterfte, hetgeen een jaarlijkse sterfte van 2.200 personen aan hart- en vaatziekten betekent (1). In zijn vergelijking van Den Haag met de rest van Nederland concludeerde Struben dat de sterfte aan IHZ beneden het landelijke niveau en dat van de overige grote steden lag. Voor CVA lag de sterfte ook net beneden het landelijke niveau, maar hoger dan in de overige grote steden.

Het krijgen van hart- en vaatziekten wordt voor een belangrijk deel bepaald door de aanwezigheid van zogenaamde risicofactoren. De belangrijkste zijn roken, hypertensie, verhoogd cholesterol en overgewicht. Wanneer het mogelijk is deze risicofactoren gunstig te beïnvloeden, wordt de kans op het krijgen van hart- en vaatziekten verminderd. Het feit dat er gesproken wordt van risicovermindering op groepsniveau en niet van individuele kansen voor patiënten is de laatste jaren oorzaak van heftige discussies over de wenselijkheid van preventie op hart- en vaatziekten. Cruciaal hierbij is de vraag of je een individu met risicofactoren 'levenslang mag behandelen' terwijl het rendement voor die patiënt niet vast ligt. Het zou zelfs kunnen dat behandeling meer klachten geeft dan de risicofactoren veroorzaken. Bij deze overweging spelen de grenswaarden die men nastreeft en de soort behandeling die men instelt een belangrijke rol.

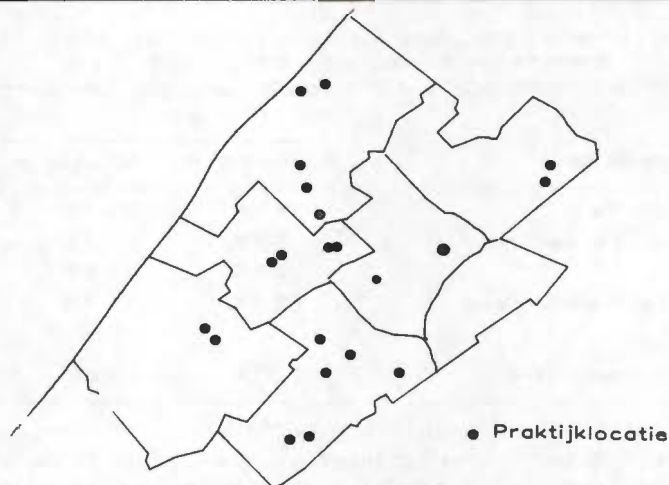
Het PreTensie-project, onderwerp van dit artikel, stelt zich als doel na te gaan aan welke voorwaarden voldaan moet worden om in een samenwerkingsverband tussen basisgezondheidsdiensten en huisartsen een kwalitatief verantwoord preventief programma op hart- en vaatziekten uit te voeren. In dit landelijke project wordt de praktijkpopulatie van ongeveer 100 huisartsen in de leeftijdscategorie 30-60 jaar gescreend op hypertensie en vervolgens op aanwezigheid van één of meer risicofactoren. Zijn hier één of meerdere van aanwezig dan wordt de nadruk gelegd op het veranderen van leefstijl. Een eventueel medicaliserend effect van screenen op risicofactoren of nadelige effecten van behandeling zijn op deze wijze nauwelijks aanwezig. In dit artikel zullen wij de tussentijdse uitkomsten (op 31 januari 1989) bespreken van de screenings-gegevens in Den Haag, één van de vijf deelnemende regio's.

Werkwijze

Het PreTensie-project Den Haag is opgezet in een samenwerkingsverband tussen de GG en GD Den Haag en

J. Relyveld, arts werkzaam op het stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

Figuur 1 Praktijklocaties van de deelnemende huisartsen aan het PreTensie-project. Den Haag 1988.



20 huisartspraktijken. Vanaf de start van het project op 1 februari 1988, werd aan patiënten uit de doelgroep gevraagd of zij bereid waren de bloeddruk te laten meten. Daarnaast vond navraag plaats naar rookgedrag en het voorkomen van hartinfarcten of hersenbloedingen in de familie (beneden 55 jaar). Tenslotte informeerde men of de patiënt het laatste jaar gecontroleerd was voor hypertensie en/of hierbij sprake was van een verhoogde tensie. Wanneer na diplomering een tensie werd vastgesteld ≥ 160 en/of ≥ 95 mm Hg (eventueel na een hermeting voor mensen die onbekend waren met verhoogde tensie) werd gekeken naar het cholesterolgehalte en het gewicht, gecorrigeerd voor de lengte (Quetelet-index = $\text{gewicht}/\text{lengte}^2$). Op basis van deze gegevens is een gericht advies gegeven om de voeding conform de richtlijnen 'Goede Voeding' aan te passen. Met intervallen van drie maanden moest deze patiënt zijn verhoogde waarde(n) nog drie maal laten controleren. Deze termijn kon worden verlengd naar zes maanden wanneer alle parameters genormaliseerd bleken. Het voedingsadvies kon dan op geleide van de resultaten worden bijgesteld.

Vanwege de bescherming van de privacy van de deelnemende patiënten zijn alle gegevens door GG en GD anoniem verwerkt. Wanneer terugkoppeling naar de oorspronkelijke patiëntgegevens nodig was, was dit uitsluitend in de huisartspraktijk mogelijk. Voor één huisartspraktijk bleek dit protocol toch niet uitvoerbaar binnen de bestaande praktijkvoering, zodat de resultaten betrekking hebben op 19 praktijken. De locaties van de praktijkadressen (twee praktijken omvatten twee adressen) staan in figuur 1. De locaties lijken tamelijk gelijkmatig over de stad verdeeld.

Doelpopulatie

De doelpopulatie bevat 21.247 personen in de leeftijd van 30-60 jaar. Dit is 13% van de 30-60 jarigen in Den Haag en qua geslachtsverdeling en leeftijdsopbouw een goede afspiegeling van deze groep. Van al deze personen zijn geregistreerd geslacht, geboortedatum, verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) en het

Tabel 1. Percentage deelnemers per karakteristiek naar leeftijd en geslacht. PreTensie-project Den Haag 1988.

Karakteristiek	Man		Vrouw		Totaal
	30-44 jr.	45-59 jr.	30-44 jr.	45-59 jr.	
Ziekenfonds:	55.8%	54.7%	65.9%	66.4%	61.3%
Hypertensie bekend:	5.6%	15.3%	3.5%	12.9%	8.4%
Rokers:	52.8%	49.6%	46.6%	38.8%	46.9%
Pos. familieanamnese:	12.0%	11.9%	13.9%	15.4%	13.4%
Aantal deelnemers:	3.289	2.261	4.090	2.939	12.579

al of niet bekend zijn met hypertensie. Het percentage ziekenfondsverzekerden toont in de doelpopulatie wel verschil naar geslacht, maar niet naar leeftijd. Bij de mannen is ongeveer 52% ziekenfonds verzekerd tegen 63% bij de vrouwen. Zoals verwacht mocht worden is het al dan niet bekend zijn met hypertensie aan de leeftijd gerelateerd. Bij de jongste leeftijdsgroep ligt dat percentage tussen 3% en 4%. Bij de oudere groep (45-59 jaar) is dat 11% tot 12%.

Gescreende deelnemers

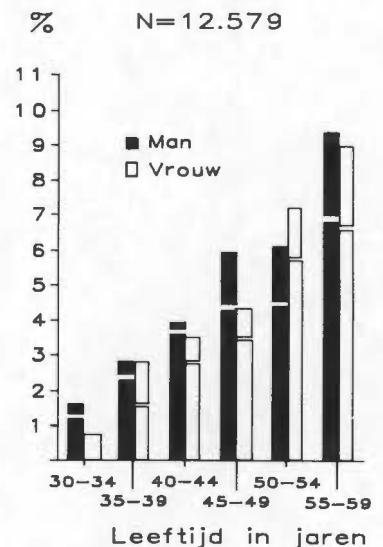
Doel in het eerste projectjaar was 40% van de onderzoekspopulatie te bereiken. Deze doelstelling is ruimschoots waargemaakt met een gescreend aantal deelnemers van 12.579 (bijna 60%). Dit percentage varieerde in de praktijken onderling tussen de 40% en 75%. Relatief werden meer vrouwen betrokken dan mannen (65% tegen 54%). Het percentage mannen liep licht op met de leeftijd.

Voor een aantal kenmerken van de deelnemers staan de resultaten vermeld in tabel 2. Het percentage ziekenfondsverzekerden bleek 3% hoger te liggen dan in de totale doelpopulatie. Voor de deelnemers, die bekend waren met hypertensie werd een percentage gevonden dat 1.5% tot 3% hoger lag. De percentages rokers zijn zeer hoog. Bij de mannen is dit nog sterker dan bij de vrouwen (50% tegen 43%). In vergelijking met de cijfers voor de grote steden in dezelfde leeftijdsgroep vallen zij ongeveer 4% hoger uit (2). Een hypothese zou kunnen zijn dat rokers vaker een huisartspraktijk bezoeken dan niet-rokers. In dat geval zou het aandeel rokers het komende jaar wat moeten gaan dalen.

Dat hart- en vaatziekten een belangrijk gezondheidsprobleem vormen moge nog eens duidelijk worden uit de 13% deelnemers bij wie in de familie sprake was van een hartinfarct of een cerebrovasculair accident.

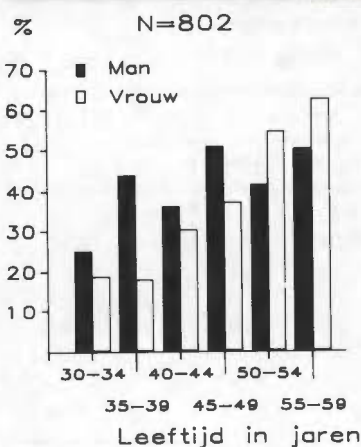
Meetresultaten tensie, cholesterol en Quetelet-index
Als criteria voor 'verhoogd' werden de volgende grenzen gehanteerd:

- tensie systolisch - 160 mm Hg
- tensie diastolisch - 95 mm Hg

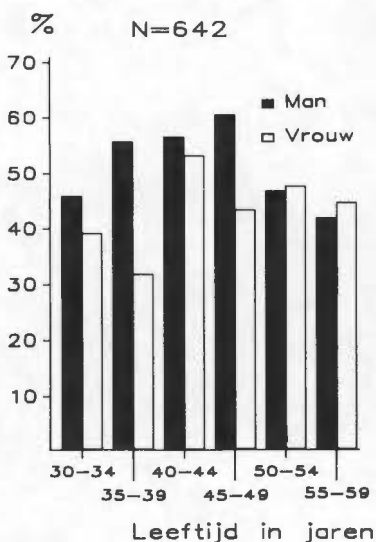


Figuur 2. Percentage hypertensie (matig versus ernstig verhoogd) naar leeftijd en geslacht. PreTensie-project. Den Haag 1988.

* De onderbreking in de kolom geeft de grens tussen matig en verhoogd weer. (ernstig = bovenste deel).



Figuur 3. Percentage cholesterolwaarde verhoogd naar leeftijd en geslacht. PreTensie-project Den Haag 1988.



Figuur 4. Percentage quetelet-index verhoogd, naar leeftijd en geslacht. PreTensie-project Den Haag 1988.

- cholesterol - 6.5 mmol/l
 - Quetelet-index - 27.0 kg/m²

Van alle deelnemers werd de tensie bepaald. Bij 530 metingen werd een verhoogde waarde gevonden (4.2%). Matig verhoogd was 3.5% en ernstig verhoogd 0.7%. De meeste mensen werden verhoogd bevonden zowel op basis van de diastole als de systole (45%). Bij 43% betrof het uitsluitend een verhoogde diastolische waarde en in 12% van de gevallen enkel een verhoogde systolische waarde.

Figuur 2 laat een bijna rechtlijnig verband met de leeftijd zien, lopend van 1% tot ruim 9%. Een sluitende verklaring voor het discontinue verloop bij mannen tussen 50 en 54 jaar hebben wij niet. Van Dis meldt in haar overzicht over verschillende onderzoeken een hypertensie-percentage dat duidelijk hoger ligt, namelijk tussen 10 en 15%. De leeftijdsverdeling vertoont ook daar eenzelfde beeld, al zien we daar de discontinuïteit pas op 60-jarige leeftijd optreden bij de mannen (3).

Bij de mensen met een matig verhoogde tensie (417) werd het cholesterolgehalte bepaald. Op andere indicatie, meestal een belaste familieanamnese werd ook bij een aantal anderen een cholesterolbepaling gedaan. In totaal werden 802 bepalingen verricht waarvan er 342 verhoogd waren (43%). Ook hier is een stijging te zien met de leeftijd. Bij vrouwen is dat meer uitgesproken dan bij mannen. Voor mannen en vrouwen stijgt het percentage van 21% tot 57% (figuur 3). Hoewel de percentages niet geheel te vergelijken zijn met Van Dis, omdat daarbij een grenswaarde van 6.7 mmol/l werd gehanteerd, valt ook daar waar te nemen dat er een kentering optreedt in de man/vrouw verhouding op 50-jarige leeftijd (3).

Voor het bepalen van de risicofactor overgewicht is gebruik gemaakt van de Quetelet-index, waarmee het gewicht gecorrigeerd wordt voor de lengte (gewicht/lengte² kg/m²). In totaal zijn er 642 metingen gedaan waarvan 302 verhoogd waren (47%). Figuur 4 toont geen duidelijk verband met de leeftijd. Wel is er een verschil tussen beide geslachten, waarbij met name de jongere mannen relatief vaker overgewicht hebben (tussen 30 en 45 jaar gemiddeld ongeveer 10% verschil). Ook bij deze risicofactor is vergelijking met andere studies moeilijk gezien de verschillende referentie-waarden.

Van 640 patiënten waren zowel cholesterol als Quetelet-index bekend. Van hen had ongeveer de helft één van beide parameters verhoogd en nog een een kwart had zowel een verhoogd cholesterol als een verhoogde Quetelet-index.

Gemiddelde waarden

De hoogte van de verschillende risicofactoren staat vermeld in tabel 2. Hierin is telkens voor de twee

Tabel 2. Gemiddelde waarde van de risicofactoren voor alle deelnemers en voor de verhoogde waarden. PreTensie-project Den Haag 1988.

Risicofactor		Man		Vrouw		Totaal
		30-44 jr.	45-59 jr.	30-44 jr.	45-59 jr.	
<u>Tensie:</u>	Alle:	126/80	133/82	122/77	134/82	530
	Verhoogde:	152/102	161/100	154/101	166/100	
<u>Cholesterol:</u>	Alle:	6.2	6.6	5.8	6.7	342
	Verhoogde:	7.6	7.7	7.3	7.5	
<u>Quetelet-index:</u>	Alle:	27.7	27.5	27.5	27.1	302
	Verhoogde:	30.4	33.5	33.5	31.1	

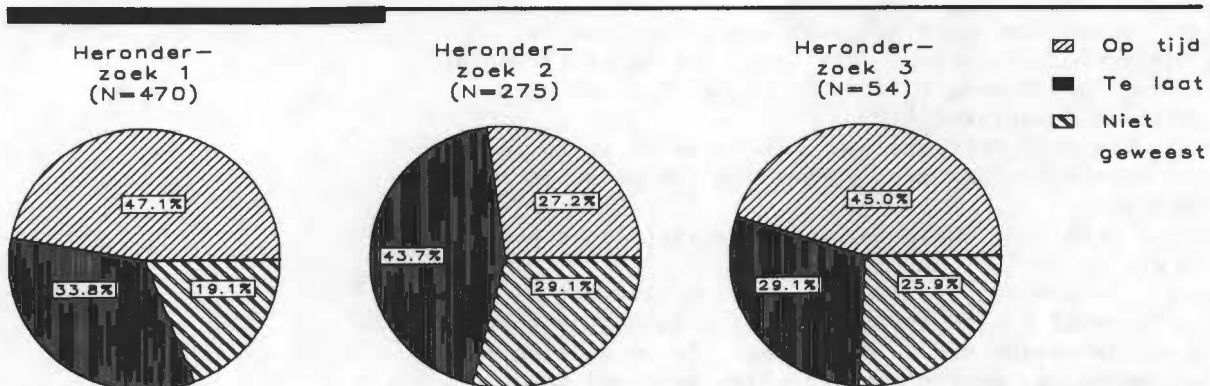
gekozen leeftijdscategorieën de gemiddelde waarde, en het gemiddelde van de verhoogde waarden aangegeven. Uit deze tabel kan afgelezen worden dat de tensie systolisch een verschil vertoont tussen de jongere en oudere leeftijdsgroep, dit in tegenstelling tot de diastolische waarde. Ook het cholesterol vertoont een dergelijk verschil, waarbij nog moet worden aangekend dat de mannen en vrouwen boven 45 jaar een gemiddelde hebben dat boven de grenswaarde van 6.5 mmol/l valt. Het overgewicht tenslotte vertoont een dermate hoog gemiddelde (-30) dat daarmee alle bepalingen van de Quetelet-index boven de grens van 27 kg/m² komen.

Controle

Een belangrijke component van het PreTensie-protocol is het blijven controleren van patiënten bij wie één of meer verhoogde waarden zijn gevonden. De mate waarin het is gelukt om patiënten (bijtijds) terug te zien voor controle-onderzoek staat weergegeven in figuur 5. Elke cirkel geeft daarbij het aantal mensen weer dat voor een bepaald heronderzoek terug had moeten komen. De segmenten geven respectievelijk het percentage mensen op tijd, - te laat gecontroleerd en het deel dat helemaal niet geweest is weer. De zeer matige resultaten bij heronderzoek twee worden waarschijnlijk verklaard door de zomervakantie. Hoewel 75% uiteindelijk terug gezien wordt voor controle, geeft het aandeel waarbij dat op tijd gebeurt toch enigszins te denken. Hangt dit samen met opvattingen van huisartsen over hun praktijkvoering en het actief blijven vervolgen van patiënten zoals Van Ree dit aangeeft, of is het een implicatie van dit specifieke onderzoeks-protocol (4).

Het effect

Om een indruk te krijgen van de effecten, die bereikt zijn met de protocollaire begeleiding, is gekeken naar de mensen die inmiddels voor twee heronderzoeken geweest zijn. Het aantal mensen dat het protocol afgerond heeft, is nog te klein om daar resultaten van te noemen. Bij de tensie is sprake van een duidelijke



Figuur 5. Procentuele verdeling van patiënten opgeroepen voor heronderzoek(en) onderverdeeld naar optijd -, te laat en niet geweest. PreTensie-project Den Haag 1988.

daling tussen eerste onderzoek en heronderzoek één, waarna bij heronderzoek twee vrijwel geen wijziging meer optreedt. De daling systolisch bedraagt 10 mm Hg (van 157 naar 147 mm Hg) en diastolisch 9 mm Hg (van 101 naar 92 mm Hg). Het percentage mensen waarvan na het eerste of het tweede heronderzoek de tensie genormaliseerd is bedraagt 72%.

Ook bij cholesterol en Quetelet-index is er sprake van een daling, al betreft het hier een zeer geleidelijke. Na twee heronderzoeken is het cholesterol met 0.4 mmol/l (van 7.5 naar 7.1 mmol/l) en de Quetelet-index met 0.7 kg/m² (van 31.5 naar 30.8 kg/m²) gedaald. Dit laatste betekent een gemiddeld gewichtsverlies van 1½-2 kilo. De percentages mensen die hiermee een genormaliseerde waarde hebben gekregen bedragen respectievelijk 39% voor cholesterol en 6% voor de Quetelet-index. Hoe deze getallen eruit zouden hebben gezien wanneer een genormaliseerde waarde ook opnieuw bepaald zou worden bij een volgend heronderzoek kunnen wij niet voorspellen. Aanname is dat een éénmaal ingezette daling bij mensen, misschien met enige schommeling, zich toch zal voortzetten als er maar een blijvend zorgvuldige begeleiding geboden wordt.

Conclusie

In Den Haag hebben de 19 huisartspraktijken te zamen 21.247 personen tussen 30 en 60 jaar in de doel-populatie. Hiervan is in het eerste jaar bijna 60% gescreend (12.579 personen).

Alle praktijken wisten daarbij het streefpercentage van 40% te halen. Gerookt wordt er door 47% van de deelnemers. Het percentage hypertensieven, matig en ernstig, bedraagt 4%, waarbij een gemiddelde waarde van 160/101 mm Hg wordt gevonden. Van de 802 cholesterol-bepalingen was 43% verhoogd. Het gemiddelde van deze verhoogde bepalingen bedroeg 7.6 mmol/l. De 642 Quetelet-index bepalingen waren in 47% van de gevallen verhoogd met een gemiddelde van 31 kg/m².

Uiteindelijk komt drie kwart van de mensen, dat een

voedingsadvies heeft gekregen terug voor een heronderzoek, maar slechts een kwart tot de helft van de mensen doet dit op tijd (afhankelijk van vakantieperiodes en dergelijke).

Bij alle drie meetbare risicofactoren is er tot en met het tweede heronderzoek sprake van een gedaalde waarde,

al is deze voor cholesterol en Quetelet-index nog niet zo groot.

Het screenen op hypertensie is een activiteit die zonder veel moeite inpasbaar blijkt binnen de normale praktijkvoering van de huisartsen. De onderdelen van het protocol, waarin een werkwijze gevraagd wordt die in een huisartspraktijk minder vertrouwd is, geven tot op heden wel enige problemen. Het betreft dan met name het actief onder controle houden van gescreende patiënten en het blijvend adviseren over veranderingen in voedingsgewoonten.

Zonder afbreuk te willen doen aan de eigen verantwoordelijkheden van patiënten denk ik dat het voor een optimale uitvoering van preventieve taken door een huisarts belangrijk is de patiënt in ieder geval continue zorg aan te bieden. Wat deze patiënt daar vervolgens mee doet is uiteraard zijn of haar verantwoordelijkheid. De nabije toekomst met een steeds verdergaande automatisering in de huisartspraktijk, zal voor deze zorgverlening een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn.

Dat wij met de direct meetbare effecten op risicofactoren een bijdrage leveren aan het terugdringen van hart- en vaatziekten mag op dit moment niet geconcludeerd worden. Op de lange duur echter verwacht ik dat, ondersteund met een actief preventief zorgbeleid in een huisartspraktijk, de effecten zich geleidelijk kunnen voortzetten.

Een ander effect, dat zeer moeilijk te meten valt, is de invloed op de attitude in de gezondheidszorg ten aanzien van leefstijl en gezondheid. De indruk uit gesprekken daarover met huisartsen is positief. Als onderdeel van een brede maatschappelijke beïnvloeding van leefstijl zou ook de (eerstelijns)gezondheidszorg een belangrijke functie kunnen hebben.

De waarde van een project als dit voor genoemde ontwikkelingen laat zich in dit stadium niet makkelijk voorspellen. ■

1. *Struben HWA. Sterfte in Den Haag: doodsoorzaken ná 1987. Epidemiol Bul Grav 1988, 24 nr 1: 13-26.*
2. *NIPO-onderzoek continue onderzoek rookgewoonten periode 1987 III en 1988 (on gepubliceerd).*
3. *Dis SJ van e.a. Hart- en vaatziekten: een epidemiologische benadering. Hartstichting 1985.*
4. *Ree JW van, Bosch WJHM van den, Rutten GEHM. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. Huisarts Wetensch 1985; 28: 133-6.*