

Vrouwen:

- werken als huisarts vaker in een samenwerkingsverband;
- hebben minder vaak een medewerkerovereenkomst met het ziekenfonds;
- werken in merendeel onafhankelijk van een partner;
- werken voornamelijk part-time;
- hebben in de helft van de gevallen een kind of kinderen;
- hebben vooral belemmeringen bij het vinden van hun werk ervaren in de persoonlijke, organisatorische sfeer;
- wonen vaker alleen (bij de niet-huisartsen de helft);
- hebben minder actief werk gezocht dan mannen;
- ervaren het ontbreken van een achterwacht als een zeer groot probleem;
- vinden vaker de belemmering onervaren te zijn als huisarts.

Er dient meer aandacht besteed te worden aan deze punten. Zo zouden er criteria opgesteld kunnen worden voor de uitoefening van het huisartsenberoep in deeltijd, zodat er ook meer part-time banen zouden ontstaan.^{3 4} Ook zou in de beroepsopleiding meer aandacht aan deze problematiek besteed kunnen worden. Het is onze indruk dat te veel vrouwen de belemmeringen als individueel bepaald zien.

Voorts moet onderzoek gedaan worden naar het functioneren van de verschillende praktijkvormen en -situaties. Weerstand en vooroordelen rond het vervullen van de achterwachtfunctie, anders dan door de partner van de huisarts, zouden dan weggenomen kunnen worden.

En tenslotte zou meer aandacht besteed moeten worden door de beroepsorganisaties aan de positie van de vrouwelijke huisarts bij het vestigingsbeleid.

¹ Groenewegen PP. Vrouwelijke Huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.

² Postma JHM. Registratie aspirant huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

³ Boerma LH, Hermann C, Tijssen IMJG. Deeltijdarbeid onder artsen. Med Contact 1983; 38: 682-3.

⁴ Hermann C. Vrouwelijke artsen in Nederland [Dissertatie]. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.

Epidemiologische notities

UIT HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM DEN HAAG

Bof, ziekte van Osgood Schlatter en suïcidaal gedrag

Sinds 4 juli 1983 functioneert ook in Den Haag een netwerk van peilstations: het Huisartsregistratiesysteem Den Haag.¹ Inmiddels is het eerste jaarverslag van dit netwerk gepubliceerd in het *Epidemiologisch Bulletin* van de Haagse GG en GD. Wij nemen daaruit een drietal hoofdstukken over.*

Bof en bofcomplicaties

Bof is doorgaans een onschuldige ziekte. Het bofvirus kan evenwel complicaties veroorzaken zoals meningitis, orchitis en oophoritis, pancreatitis, encefalitis en myocarditis. Ook kan een bofinfectie het inwendige oor aantasten, met centrale doofheid als gevolg. Voorts wordt het mogelijk geacht dat bofinfecties, met name de *slow virus*-infecties, een meer dan incidentele rol spelen in de etiologie van diabetes mellitus.

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

- temperatuursverhoging;
 - gezwollen, pijnlijke speekselklieren of sublinguale/submaxillaire klieren.
- Gecompileerde bof werd geregistreerd, indien op basis van het klinisch beeld sprake was van orchitis (eventueel aangevuld met een contact met een bofgeval in de anamnese), meningeale prikkeling of pancreatitis (evidente bovenbuikklachten, braken). Meningo-encephalitis werd gediagnostiseerd door middel van liquoronderzoek.

Tabel 1 geeft een overzicht van de uitkomsten van de bofregistratie in 1984. De leeftijdsgroep 1-4 jaar gaf de hoogste aantallen te zien, op de voet gevolgd door de leeftijdsgroep 5-9 jaar. Landelijk ligt de top bij de leeftijdsgroep 5-9 jaar, maar in stedelijke bevolkingen komt bof op wat jongere leeftijd voor dan op het platteland.² De gevonden

leeftijdsverdeling komt verder vrij goed overeen met de landelijke cijfers.³ Berekend werd dat de bofincidentie in 1984 in Den Haag 393 per 100.000 inwoners bedroeg. Uit een overzicht van *Huisman* over het voorkomen van bof in Rotterdam in de jaren 1965-1980 blijkt echter dat de incidentie van deze ziekte van jaar tot jaar zeer aanzienlijke verschillen kan vertonen.² Het gevonden incidentiecijfer is daarom van slechts betrouwbare waarde.

Zoals bekend bestaat voor bof sedert 1976 een aangifteplicht. Op de lijst van aan te geven infectieziekten staat bof onder groep C, hetgeen betekent dat alleen opgave dient te worden verstrekt van het aantal ziektegevallen. Voor Nederland kwam het incidentiecijfer per 100.000 inwoners in 1984 uit op 2,1, voor Zuid-Holland op 3,9. Deze cijfers tonen aan dat het opnemen van bof in de C-groep op een echee is uitgelopen. De sterke onderaangifte van bof is overigens niet nieuw. Peilstationgegevens uit Amsterdam melden dat in 1980 1 procent van het werkelijke aantal werd aangegeven.⁴

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

Gevalen van meningo-encephalitis en meningeale prikkeling werden niet opgegeven. Op 174 geregistreerde bofgevallen is dit niet vreemd. De literatuur leert dat op de 500 bofinfecties er één leidt tot ziekenhuisopname wegens me-

* Ontleend aan: *Epidemiologisch Bulletin* ('s-Gravenhage) 1985; 20(2), uitgegeven door de GG en GD van Den Haag. De bijdragen over de bof en de ziekte van Osgood Schlatter zijn van de hand van Dr. A. H. Bergink, de bijdrage over suïcidaal gedrag is geschreven door Prof. dr. W. J. Schudel.

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

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

ningitis.⁵ Zoals bekend komt deze complicatie het meest voor bij jongens van 4 tot 8 jaar.

Orchitis, meestal eenzijdig, komt vooral voor na de puberteit. Bij jonge mannen zou bof in circa 20 procent van de gevallen met een dergelijke complicatie gepaard gaan. In het verslagjaar werden twee gevallen van orchitis geregistreerd, één in de leeftijdsklasse 5-9 jaar en één in de leeftijdsklasse van 25-34 jaar.

De complicatie pancreatitis werd vijf maal vastgesteld. Een verrassende uitkomst, die echter zeer voorzichtig moet worden geïnterpreteerd, omdat de diagnose pancreatitis louter en alleen op het klinische beeld moeilijk, zo niet onmogelijk is te stellen. Het feit dat 3 procent van de kinderen met bof duidelijke bovenbuiksklachten had, kan evenmin worden gebagatelliseerd. Er zijn nogal wat lichte, subklinisch verlopende gevallen van pancreatitis bij bof beschreven die gepaard gingen met schade aan de eilandjes van Langerhans.⁶

Bij het afwegen van het voor en tegen van bofvaccinatie spelen de complicaties die bij deze ziekte kunnen optreden, een grote rol. Bij de bofregistratie in 1984 in Den Haag werd in 4 procent van de gevallen een complicatie genoteerd. De vraag of deze uitkomsten een argument vormen voor inenting tegen bof, zal door de deelnemende huisartsen naar alle waarschijnlijkheid niet eenduidig worden beantwoord.

Ziekte van Osgood Schlatter

In 1982 verschenen ongeveer gelijktijdig, maar onafhankelijk van elkaar, twee publikaties waarin werd vastgesteld dat in de literatuur vrijwel geen epidemiologische gegevens beschikbaar zijn omtrent de ziekte van Osgood Schlatter, een aandoening waarmee artsen in de schoolgezondheidszorg toch regelmatig worden geconfronteerd.^{7 8} Opname in het Huisartsregistratieproject werd onder meer zinvol geacht, omdat met betrekking tot deze aandoening op preventief gebied wellicht nog veel te doen is, speciaal in het kader van de sportadvisering.

De diagnose werd gesteld op basis van het vaststellen van een van de twee volgende (klinische) criteria:

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

In tabel 2 zijn de uitkomsten van dit onderzoek gepresenteerd. Met behulp van deze cijfers werd berekend dat de jaarlijkse incidentie van de ziekte van Osgood Schlatter in Den Haag 44 per 10.000 inwoners in de leeftijdsklasse van 10-20 jaar bedraagt. Helaas ontbreken in de literatuur vergelijkbare incidentie- en prevalentiecijfers.^{9 10}

Uit het onderhavige onderzoek kan de conclusie worden getrokken dat de ziekte van Osgood Schlatter beslist geen zeldzame afwijking is: aan de hand van het gevonden incidentiecijfer kan worden berekend dat rond 4 procent van de Haagse jongeren in de levensfase van 10-20 jaar deze aandoening doormaakt. De gevonden geslachtsverhouding (2:1) is in overeenstemming met de literatuur.¹¹⁻¹³

De ziekte van Osgood Schlatter kan voorkomen aan één of beide knieën. Het blijkt dat in 1984 het aantal gevallen links 6 bedroeg, rechts 8 en bilateraal 12. Op dit punt stemmen de uitkomsten niet overeen met de opgaven in de literatuur, die melding maken van 25-30 procent van de gevallen aan beide knieën (tegen 45 procent in ons onderzoek), en een grotere frequentie bij de linker knie.^{9 14} De in de literatuur beschreven patiënten waren echter allen vanwege de ernst van de klachten naar een specialist verwezen, terwijl de in Den Haag geregistreerde patiënten voor het eerst met knieklachten bij hun huisarts kwamen; aangenomen mag worden dat het hier voornamelijk lichte gevallen van de ziekte van Osgood Schlatter betrof.

Bij het systematisch onderzoek van leerlingen uit de vijfde en zesde klassen van lagere scholen en van scholen voor voortgezet onderwijs wordt bij rond 2

Tabel 2. Aantal gevallen van de ziekte van Osgood Schlatter naar leeftijd en geslacht, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

Leeftijd in jaren	10-14	15-19	Totaal
Mannen	10	7	17
Vrouwen	8	1	9
Totaal	18	8	26

tot 5 procent van de meisjes en jongens een duidelijk prominente tuberositas tibiae gevonden bij de aanhechtingsplaats van het ligamentum patellae. De meeste leerlingen bij wie deze verdikkingen worden aangetroffen, hebben totaal geen klachten.^{7 8} Uit onze morbiditeitsregistratie blijkt evenwel dat ongeveer 4 procent van de Haagse jongeren in de adolescentieperiode de huisarts raadpleegt in verband met klachten die op rekening komen van de ziekte van Osgood Schlatter.

De conclusie lijkt voor de hand te liggen. Snel groeiende adolescenten met verdikkingen aan de tuberositas tibiae, ook al zijn deze niet drukpijnlijk, dienen medische sportadviezen te krijgen. Algemeen wordt nu aangenomen dat de ziekte van Osgood Schlatter een traumatische aandoening is, die gepaard gaat met een gedeeltelijk verlies van de continuïteit van het kraakbeen en been van de tuberositas tibiae. Vermindering van de stress op de tuberositas tibiae door het vermijden van krachtige aanspanningen van de musculus quadriceps femoris kan verergering voorkomen en de genezing bevorderen. Intensieve sportbeoefening in de actieve fase van de aandoening kan leiden tot het ontstaan van losse botfragmentjes, die chirurgisch ingrijpen noodzakelijk maken.

Suïcidaal gedrag

Sinds jaar en dag registreert de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD het voorkomen van suïcidaal gedrag in Den Haag. Via diverse bronnen – ambulancedienst, EHBO-afdelingen van algemene ziekenhuizen, politie en de sociaal psychiatrische dienstverlening (thans uitgevoerd door de RIAGG's) – wordt getracht de ware incidentie zo dicht mogelijk te benaderen. In 1984 is suïcidaal gedrag ook via het Huisartsregistratiesysteem geregistreerd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen niet-lethale en lethale gebeurtenissen (para-suicide en suicide). Het onderwerp is geregistreerd aan de hand van de volgende definitie:

Tabel 3. Parasuicide en suicide. Absolute en relatieve aantallen (per 100.000 per jaar) voor vrouwen en mannen, Huisartsregistratiesysteem, Den Haag, 1984.

	Absoluut aantal				Relatief aantal		
	mannen	vrouwen	onbekend	totaal	mannen	vrouwen	totaal
Parasuicide	10	29	1	40	47	131	90
Suicide	—	3	—	3	—	13	7
Suïcidaal gedrag	10	32	1	43	47	144	97

Tabel 4. Parasuicide en suicide. Absolute en relatieve aantallen (per 100.000 per jaar) voor vrouwen en mannen, Registratiesysteem afdeling Geestelijke gezondheidszorg, Den Haag, 1984.

	Absoluut aantal			Relatief aantal		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
Parasuicide	218	322	540	103	137	121
Suicide	48	29	77	23	12	17
Suïcidaal gedrag	266	351	617	126	150	139

Suïcidaal gedrag is een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgemaakt dat de betreffende persoon – duidelijk de intentie had zichzelf te doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen;

– een dergelijk „suïcidaal” gedrag vertoonde met andere intentie dan zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

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

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

Vergelijking van de tabellen 3 en 4 toont aanzienlijke verschillen tussen beide registratiesystemen. Zo registreerde de GGZ ruim 33 procent meer parasuicides en bijna 150 procent meer suicides.

Dit laatste gegeven behoort ons niet te verbazen. De meerderheid van de suicides vindt buitenshuis plaats en bijna altijd is de dood ingetreden voordat een arts aanwezig is. Nogal eens worden dan slechts de politie en de gemeentelijke lijkschouwer ingeschakeld, terwijl de huisarts afhankelijk is van de bereidheid van de nabestaanden om hem te informeren. Ook moet er op worden gewezen dat de absolute aantallen erg klein zijn, waardoor de kans op statistische vertekening aanzienlijk is. Een voortgezette (en wellicht uitgebreide) registratie zal hier meer zicht op kunnen geven. Bij de parasuicides is het verschil veel kleiner, terwijl de grotere aantallen de

kans op statistische vertekening minimaliseren. Bij parasuicides is er vrijwel altijd sprake van een medische interventie, waarover de huisarts tenminste geïnformeerd wordt, ook al was hij bij de behandeling zelf niet betrokken. Men kan zelfs opmerken dat het gevonden verschil van 33 procent tussen de beide registratiesystemen opmerkelijk gering is, tegen de achtergrond van de stelling van *Diekstra e.a.*, dat huisartsen suïcidaal gedrag in hun praktijk over het hoofd zien.¹⁵ In een extrapolatie van de landelijke peilstationgegevens concluderen zij dat de ware incidentie van parasuicide ten minste 50 procent hoger is dan wat door de huisarts wordt gesignaleerd. In hetzelfde artikel komen zij voor 1979 tot een totale incidentie van suïcidepogingen in Nederland van 101,5 per 100.000 personen van 15 jaar en ouder. De gegevens van de Haagse huisartsen (90 per 100.000 voor alle leeftijden) liggen dus al boven de door *Diekstra e.a.* geschatte waarden. Van een dramatische ondersignalering lijkt dan ook geen sprake te zijn.

¹ Nijhuis HGJ. Het huisartsregistratiesysteem van start. *Epidemiologisch Bulletin* ('s-Gravenhage) 1983; 18(3): 4-12.

² Huisman J. Bof. *Epidemiologisch Bulletin* (Rotterdam) 1980; 16(1): 6-7.

³ Wilterdink JB. Bof. In: Huisman J. Immunisatie tegen infectieziekten. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1984.

⁴ Anoniem. Jaarverslag 1980. Amsterdams Peilstation Projekt. Amsterdam: GG en GD, z.j.

⁵ De Jonge GA. Bofmeningitis en bofsterfte. *Tijdschr Jeugdgezondheidszorg* 1979; 11: 91-3.

⁶ De Jonge GA. Bof-vaccinatie. *Tijdschr. Jeugdgezondheidszorg* 1979; 11: 39-40.

⁷ Crena de Iongh-Rubingh GH. Voorkomen van de ziekte van Osgood-Schlatter bij schoolgaande kinderen en jongeren [Scriptie]. Leiden: NIPG-TNO, 1982.

⁸ Bergink AH. De ziekte van Osgood-Schlatter. *Tijdschr Jeugdgezondheidszorg* 1982; 14: 70-5.

⁹ Kridelbaugh W, Wyman AC. Osgood-Schlatter's disease. *Am J Surg* 1948; 75: 553-61.

¹⁰ Haneveld GT. Het voorkomen van de aandoening van Osgood-Schlatter bij manlijke adolescenten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1962; 106: 2376-9.

¹¹ Mital MA, Matza RA, Cohen J. The so-called unresolved Osgood Schlatter lesion. *J Bone Joint Surg* 1980; 52A: 732-9.

¹² Rostron PKM, Calver RF. Subcutaneous atrophy following methylprednisolone injection in Osgood Schlatter epiphysitis. *J Bone Joint Surg* 1979; 61A: 627-8.

¹³ Schott L, Schott HJ. Lokale Hydrocortison-Behandlung der Schlatterschen Krankheit und ihre örtlichen Nebenwirkungen. *Med Klin* 1961; 56: 1934-8.

¹⁴ Ehrenborg G. The Osgood-Schlatter lesion. A clinical and experimental study. *Acta Chirurgica Scand* 1962 (suppl 288).

¹⁵ Diekstra RFW, De Graaf AC, Van Egmond M. Over de epidemiologie van suïcidepogingen: een sample-survey onderzoek in huisartspraktijken. *Tijdschr Soc Geneeskd* 1982; 60: 398-404.

Vervolg literatuur van pag. 266

¹⁰ Andrasik F, Holroyal KA, Abell T. Prevalence of headache within a college student population: a preliminary analysis. *Headache* 1979; 19: 384-7.

¹¹ Ostfeld AM. The natural history and epidemiology of migraine and muscle contraction headache. *Neurology* 1963; 13(2): 11-5.

¹² Mills CH, Waters WE. Headache and migraine on the isles of Scilly. In: Waters, ed. *The epidemiology of migraine*. Boehringer, Ingelheim, 1974.

¹³ Giel R, Van der Lugt PJM. Het lijden dat men vreest. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1966; 110: 1488-9.

¹⁴ Packard RC. What does the headache patient want. *Headache* 1979; 19: 370-4.

¹⁵ Calkhoven JE. Zelfbehandeling: een benadering door de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 23: 226-30.

¹⁶ Saarela S, Yrigda M, Isokoski M. Consumption of self selected drugs. *Suomen Laak* 1975; 30: 29-33.

¹⁷ Medina JL, Diamond S. Drug dependency in patients with headaches. *Headache* 1977; 17: 12-4.

¹⁸ Nikiforow R. Headache medication habits in Northern Finland. *Headache* 1980; 20: 274-8.